Reporte de evaluacion intermedia del proyecto

Author

MSH

Date of Publication

2014

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 | PERU | MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES II

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

msh Management Sciences for Health

PROYECTO USAID/MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES II

Reporte de evaluación intermedia del proyecto

Management Sciences for Health
Área de Monitoreo y evaluación
del Proyecto USAID/MCS II

Lima, 2014

"Este informe ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo Americano a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido es responsabilidad de Management Sciences for Health (MSH) y no refleja, necesariamente, los puntos de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos."

Coordinación General

Edgar Medina Figueroa
Director del Proyecto USAID/MCS II

Dirección técnica

Miriam R. Santivañez Salazar
Responsable del área de M&E

Colaboración

Evelyn Torre Camacho
Álvaro Villanes Rojas
José Montero Pulache
Equipo de M&E

Agradecimiento

Un agradecimiento y reconocimiento especial a los equipos de las sedes regionales del proyecto por apoyo en el trabajo de campo de esta evaluación intermedia
José Manuel Delgado y su equipo de San Martin
Carmen Vallejo y su equipo de Ayacucho
Cosme Tacanga y su equipo de Ucayali

AGRADECIMIENTO

El equipo del Proyecto USAID/MCS II que interviene en cuatro regiones del Perú en el marco del Associate Cooperative Agreement AID-527-LA-11-00001 con USAID, agradece a todas las personas que facilitaron y aportaron en el desarrollo de la evaluación intermedia de este proyecto.

Un reconocimiento especial a las familias, Juntas Vecinales Comunales, Personal de Salud, funcionarios de las Gerencias de Desarrollo Social de los Gobiernos Locales, las autoridades ediles, funcionarios de las Direcciones Regionales de Salud y de los Gobiernos Regionales que participan en la implementación del proyecto por haber facilitado información relevante sobre los logros y retos del proyecto.

Management Sciences for Health Inc.

Tabla de Contenidos

SIGLAS **5**

RESUMEN EJECUTIVO **6**

Sección 1: Antecedentes **14**

Sección 2: Metodología Lot Quality Assurance Sampling (Lqas) **16**

Sección 3: Diseño del Estudio **17**

3.1 Diseño Cuantitativo 17

3.1.1 Población del estudio: 17

3.1.2 Marco Muestral del estudio: 17

3.1.3 Tamaño de la Muestra: 18

3.1.4 Temas e Indicadores evaluados 19

3.1.5 Instrumentos de recolección: 20

3.1.6 Capacitación en uso de los instrumentos 21

3.1.7 Control De Calidad En La Generación De La Información 21

3.1.8 Procesamiento De Datos 22

3.1.9 Técnicas De Análisis 22

3.2 Diseño Muestral Cualitativo 22

3.2.1. Marco Muestral: 23

3.2.2. Tipo de Muestreo 23

3.2.3. Unidades de Análisis: 23

3.2.4. Criterios de elección 24

3.2.5. Método de Selección 25

3.2.6. Tamaño de la Muestra 25

3.2.7. Dimensiones a evaluar 27

3.2.8. Instrumentos De Recolección 29

3.2.9. Validación de instrumentos y capacitación 29

3.2.10. Procesamiento de Datos 29

3.2.11. Análisis de la Información 29

Sección 4: Resultados **30**

4.1 Resultados Cuantitativos de Desempeño del Proyecto **31**

4.1.1 PARTE 1: Nutrición Infantil 31

4.1.2 PARTE 2: Salud Infantil 37

4.1.3 Planificación Familiar 46

4.1.4 Salud Materna 54

4.1.5 Capital Social 61
4.1.5.1 Dimensión de Sentido de colectividad 62
4.1.5.2 Dimensión de capacidad colectividad 63
4.1.5.3 Dimensión de eficacia colectiva 64
4.1.5.4 Dimensión de confianza social 65
4.2 Resultados Cualitativos de Proceso del Proyecto 66
4.2.1 Logros en el escenario de familias saludables 66
4.2.2 Logros en el escenario de comunidad saludable 69
4.2.3 Logros en el escenario de municipio saludable 75
4.2.4 Logros en el fortalecimiento de capital social 84
4.2.4.1 Dimensión de sentido de colectividad 84
4.2.4.2 Dimensión de eficacia Colectiva 86
4.2.4.3 Dimensión de capacidad colectiva 88
4.2.4.4 Dimensión de confianza social 91
4.2.5 Logros en el proceso de Transferencia, Expansión y Sostenibilidad 94
4.2.5.1 Valoración de la metodología MCS 94
4.2.5.2 Los momentos de transferencia y expansión de la metodología MCS 99
4.2.5.3 Institucionalización de la metodologia MCS 108
Section 5: Conclusiones 114
Section 6: Recomendaciones 122
Anexo 1: Areas de Supervisión 127
Anexo 2: Instrumentos cuantitativos 128
Anexo 3: Dimensiones de escenarios Saludables 129
Anexo 4: Dimensiones de Capital Social 132
Anexo 5: Dimensiones de Transferencia, Expansión y Sostenibilidad 134
Anexo 6: Instrumentos Cualitativos 136
Anexo 7: Consetimiento Informado 153
Anexo 8: Marco Conceptual de la Intervención del Proyecto 158

SIGLAS

AS	Área de supervisión
CRED	Crecimiento y Desarrollo
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DGPS	Dirección General de Promoción de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ETL	Equipo Técnico Local
ENDES	Encuesta
EI	Evaluación Intermedia
EESS	Establecimiento de Salud
GL	Gobierno Local
GR	Gobierno Regional
IRA	Infección Respiratoria Aguda
JVC	Junta Vecinal Comunal
LB	Línea Base
LME	Lactancia Materna Exclusiva
LQAs	Lot quality assurance sampling
MAC	Métodos Anticonceptivos
MCS	Municipios y Comunidades Saludables
MSH	Management Sciences For Health
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
M&E	Monitoreo y Evaluación
OPI	Oficina de Inversión Púbica
ODS	Oficina de Desarrollo Social
ONG	Organización No Gubernamental
OMS	Organización Mundial de Salud
PF	Planificación Familiar
PIPs	Proyectos de Inversión Pública
SMI	Salud Materno Infantil
TES	Transferencia, Expansión y Sostenibilidad
UPM	Unidad Primaria de Muestra
USM	Unidad Secundaria de Muestra
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos

RESUMEN EJECUTIVO

1. Antecedentes

El presente resumen, ilustra los aspectos más relevantes del reporte cuantitativo de la evaluación intermedia del proyecto USAID/MCS II, aplicada en su ámbito de intervención correspondiente a un total de 106 comunidades de 15 distritos en las regiones de Ayacucho, San Martín y Ucayali.

Como antecedente, se menciona que el proyecto USAID/Municipios y Comunidades Saludables II (USAID/MCS II) es operado por Management Sciences for Health (MSH) y se desarrolla en el marco del convenio con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Este proyecto tiene como objetivo: Mejorar las prácticas de salud materno-infantil (SMI) y la planificación familiar (PF). Tiene como población objetivo a niños menores de 2 años, gestantes y mujeres en edad fértil (MEF) del ámbito de su intervención.

Para lograr su objetivo principal, el proyecto fortalece las capacidades en la gestión de la salud en las comunidades para la promoción de conductas saludables en familias y, la creación de ambientes saludables con la participación de las juntas vecinales comunales, de gobiernos locales y regionales.

En el proceso inicial de implementación, MSH realizó un estudio de línea de base (LB) en el primer trimestre del año 2011, a fin de tener una medición inicial de los indicadores del marco de resultados previstos en el proyecto. La línea de base fue realizada en las regiones de San Martin, Ucayali y Ayacucho. Para este propósito, se aplicó una metodología cuantitativa y cualitativa, en el primer caso se realizó una encuesta de salud en hogares y de capital social que utilizó la técnica de muestreo de "Lot quality assurance sampling" (LQAs)[1], o muestreo por lotes o áreas de supervisión (AS) para aseguramiento de calidad. Se consideró una muestra en 8 AS de las regiones antes mencionadas, seleccionándose al azar a: 162 hogares con niños de 0 a 5 meses, 178 hogares con niños de 6 a 23 meses y, 340 hogares con mujeres en edad fértil.

Con el fin de medir la evolución de estos indicadores en las AS y valorar el desempeño de la intervención, el Proyecto USAID/MCS II desarrolló una evaluación intermedia (EI) utilizando las mismas técnicas de muestreo en las áreas evaluadas en la medición basal.

A continuación, los principales datos generados por la evaluación intermedia respecto a la situación de los indicadores de efecto y su comparación con la LB. Así como, las conclusiones y recomendaciones más resaltantes para mejorar el desempeño del proyecto.

2. Metodología

El estudio de evaluación intermedia del proyecto USAID/MCS II ha seguido la misma metodología de estudio de la línea base, aplicando un método probabilístico de muestreo denominado Lot Quality Assurance Sampling" (LQAS) ([2]). Se aplicó una muestra de 143 niños de 0 a 5 meses de edad, 168 niños de 6 a 23 meses de edad y 311 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) distribuido aleatoriamente en 08 áreas de supervisión o lotes, con un total de 106

[1] Este método de muestreo fue adaptado y aplicado en 1980 para la evaluación de programas en salud y, en 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo reconoce como una metodología rápida y eficaz para estudios de los sistemas de salud, alentando a su uso por ser práctico y de fácil manejo para el monitoreo de las intervenciones. Los datos que reporta son por lotes o áreas de supervisión.

[2] Según evidencia de estudios en salud el método de muestreo "Lot Quality Assurance Sampling" (LQAS) fue adaptada y aplicada en 1980 para la evaluación de programas en salud y en 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el LQAs es una metodología rápida y eficaz para estudios de los sistemas de salud, alentando a su uso por ser practico y facilita el monitoreo de las intervenciones.

comunidades donde interviene el proyecto; con un nivel de confianza al 95% y una precisión de +/- 8% para el grupo de niños y de +/- 6% en el grupo de mujeres en edad fértil, valores usados en la línea base.

Las dimensiones estudiadas son desnutrición y salud infantil en niños menores de 2 años de edad, salud materna, planificación familiar y capital social.

El estudio se complementó con método cualitativo de tipo exploratorio con un muestro teórico ([3]), que busca explicar los significados que determinan la gestión comunitaria a favor de prácticas saludables en el cuidado de salud del niño y la mujer, los cambios en los comportamientos de las familias sobre su salud y su entorno y la gestión territorial en los gobiernos locales a favor en la promoción de prácticas saludables y mejora de determinantes sociales de la salud. Se aplicó la técnica de grupos focales y de entrevistas a profundidad.

3. Resultados

Además de determinar el valor actual del desempeño del proyecto a través de los 23 indicadores de efecto del proyecto. El presente estudio realizó una comparación con lo encontrado en la línea de base mediante un test chi2 para comparar proporciones.

A nivel de la ***Nutrición Infantil*** se midió la situación de la desnutrición crónica infantil (DCI), se observa que en los 8 lotes o áreas de supervisión (AS) las coberturas promedio de la evaluación intermedia muestran una reducción de 4.2 puntos porcentuales de DCI (de 16.7% a 12.54%) en relación al 2011, la cual no es estadísticamente significativa (p=0.12). Respecto al desempeño del proyecto por AS se observa en la evaluación intermedia que las AS no se encuentran por encima del mínimo esperado para este indicador según regla de decisión del LQAs. No obstante, en comparación a la LB muestran un mejor desempeño en relación a la disminución de casos de DCI por AS, pero sin superar lo mínimo aceptable.

A nivel de prácticas relacionadas con la nutrición infantil que promueve el proyecto, se encontró que en lo que respecta a la *práctica de frecuencia mínima de comidas solidas o semisólidas en niños de 6 a 23 meses de edad* las familias han mejorado en 15.06 puntos porcentuales (de 52.8% a 67.86%) en la evaluación intermedia en relación a la LB. La diferencia encontrada es estadísticamente significativa (p<0.01). A nivel de desempeño por AS se observa mejoras en 7 lotes, solo el AS N° 7 que considera comunidades de los distritos de Irazola, Tournavista y Padre Abad (Ucayali), no logró cumplir con la cobertura mínima requerida.

Por otro lado, en la práctica de lactancia materna exclusiva se observa reducción de la practica de 89.5% a 83.9%, el cual no es estadísticamente significativo (p=0.14) este comportamiento se estaría explicando que las familias en los seis primeros meses de vida del niño o niña introduce algún tipo de “agüitas” además de la lactancia materna, que en la evaluación se captura a partir de preguntas complementarias que captan la introducción de líquidos adicionales. En la exploración cualitativa se identificó práctica como que por falta de leche en el quinto o sexto mes introducen “calditos”. En relación al desempeño de esta práctica por AS mantiene mejoras solo el AS nro. 1 al que corresponden comunidades de los distritos de Acosvinchos y Luricocha, presentan un incremento de casos que no cumplen la práctica.

Sobre el acceso de niños o niñas a programas nutricionales se observa una reducción de 78.6% a 55.36%, tendencia negativa del indicador pero que es estadísticamente significativa (p<0.01),

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

esta reducción podría estar asociada al retiro de programas nutricionales que venían siendo intervenidas en las zonas de intervención del proyecto como el Programa Chispitas y también se han presentado reducción de cobertura del programa local de Vaso de Leche en algunos distritos.

A nivel del desempeño por AS de la intervención, se observa que en la EI, que solo el AS nro. 8 al que corresponden comunidades del distrito de Padre Abad, muestra una situación crítica de casos sin acceso a programas de nutrición, las comunidades de esta AS son las que tienen menor cercanía a los EESS, que estaría influyendo en acceder a programas de nutrición que oferta esta instancia.

Respecto a las prácticas en ***Salud Infantil*** se encontró en la evaluación intermedia que ha mejorado la práctica de control de crecimiento oportuno para la edad de niños de 0 a 12 meses de edad en 19.5 puntos porcentuales (de 46.84% a 66.37%) en relación a la LB, la cual es estadísticamente significativa ($p<0.01$). En el caso del desempeño por AS se encontró en la El que el AS N°5 que corresponde a comunidades del distrito de Curimana y un grupo de 4 comunidades de Campoverde (Ucayali) y el AS N°4 que comprende las comunidades del distrito de San Roque de Cumbaza, Tres Unidos y Saposoa (San Martín) no alcanzan la cobertura mínima esperada en el control de CRED de niños menores de 23 meses acorde a su edad.

En relación a la práctica de asegurar que los niños o niñas de 0 a 12 meses de edad cuenten con sus vacunas básicas al día, se encontró un mínimo incremento proporcional de 41.35% a 43.05%, diferencia que no es estadísticamente significativo ($p=0.71$). En el transcurso de vida del proyecto se ha presentado situaciones donde hubo desabastecimiento de insumos (vacunas) y de otro lado los "días" de acceso a vacunación de comunidades distantes estarían limitando una mayor mejora. Sobre el desempeño por AS sobre esta práctica se encontró en la EI que el AS N°5 que corresponde a comunidades del distrito de Curimana y cuatro de Campo Verde (Ucayali) reportan una tendencia decreciente en comparación a la LB y no cumplen la meta esperada.

También se observa una mejora mínima en la evaluación intermedia en la práctica de consumo de agua segura en niños o niñas de 6 a 23 meses de edad en 5.5 puntos porcentuales (de 73% a 78.5%) con respecto a la LB; incremento porcentual que no es estadísticamente significativo ($p=0.22$). En la exploración cualitativa se identifica que esta práctica progresa paulatinamente dentro de la vivienda, pero aún está la barrera de acceso a servicios de agua potable en las viviendas que podría afectar alcanzar mejores resultados.

Sobre la práctica de identidad de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad, se ha encontrado en la evaluación intermedia una mejora estadísticamente significativa de 27 puntos porcentuales (de 24.7% a 51.7%, $p<0.01$). Sobre el desempeño por AS de esta práctica se observa que AS N°4 al que corresponden las comunidades de los distritos de San Roque de Cumbaza, Tres Unidos y Saposoa (San Martin) y el AS N° 8 que comprende las comunidades del distrito de Padre Abad (Ucayali) se encuentran con cobertura por debajo del mínimo esperado.

Y sobre la práctica de los padres en condición de pobreza de asegurar que sus niños o niñas de 0 a 23 meses de edad tengan seguro de salud (SIS u otro), se encontró una reducción estadísticamente significativa de proporciones entre la evaluación intermedia y la LB de 42.2 puntos porcentuales (de 84.7% a 42.5%, $p<0.01$). Situación que estaría relacionada una reducción del nivel de pobreza de las familias evaluadas (71.5% Vs 64,9%) y por otro lado, en la intervención se observa situaciones de no actualización del seguro de salud, sobre todo en comunidades distantes al EESS, que estaría relacionado con limitaciones en los mecanismos de comunicación y estrategias de afiliación de la oferta de los servicios de salud que viene desarrollándose en los EESS locales. En el desempeño de esta práctica por AS se encontró que el AS N°1 que considera comunidades de los distritos de Acosvinchos y Luricocha(Ayacucho) y el AS

N° 4 que cubre las comunidades de los distritos de San Roque de Cumbaza, Tres Unidos y Saposoa (San Martin) no lograron la cobertura mínima esperada según regla de decisión del LQAs.

En la línea de la ***Salud Reproductiva*** se priorizó dos indicadores (i) el uso de algún método de planificación familiar por la mujer o su esposo/pareja, encontrándose una reducción en la evaluación intermedia de 5.7 puntos porcentuales (de 55.8% a 50.1%) con relación a la LB, la cual no es estadísticamente significativa. Analizando el desempeño por AS se encontró que en la EI, el AS N° 1 sede Ayacucho, con intervención en los distritos de Acosvinchos y Luricocha, el AS N° 7 sede Ucayali, con intervención en los distritos de Irazola y Padre Abad y, el AS N° 8 sede Ucayali, con intervención solo en el distrito de Padre Abad, se encuentran por debajo del mínimo establecido en la regla de decisión esperada para esta práctica y, (ii) el indicador intervalo intergenésico de por lo menos de 3 años de uno a otro embarazo, se encontró una ligera mejora de 3.8 puntos porcentuales (de 66.2% a 70%) no siendo estadísticamente significativo (p=0.38) el incremento.

Y a nivel de ***Salud Materna*** se encontró cuatro prácticas relevantes siendo la primera sobre madres con niños o niñas de 0 a 23 meses de edad que durante su último embarazo han tenido de seis a mas atenciones prenatales en los EESS, esta práctica ha mejorado según la evaluación intermedia (de 68.2% a 79.5%, p<0.01), siendo estadísticamente significativo la mejora. A nivel del desempeño por AS se observa que el AS N° 5 al que corresponden los distritos de Campoverde, Nueva Requena y Curimana (Ucayali) continúa presentando un valor inferior a su regla de decisión.

La segunda práctica es sobre las madres con niños o niñas de 0 a 23 meses de edad que en su último parto han demandado por atención de personal de salud, que según la evaluación intermedia se ha incrementado en 8.2 puntos porcentuales (de 88.2% a 96.4%, p<0.01) siendo estadísticamente significativo la mejora de esta práctica. El conjunto de todas las AS logró superar el mínimo requerido por sus respectivas reglas de decisión en esta práctica, siendo por ello satisfactorio su desempeño en el 100% de las AS.

La tercera práctica abordada ha sido sobre la reducción de mujeres adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez, según la evaluación intermedia se encontró una reducción no significativa (p=0.52) de 2 puntos porcentuales. Destacando que las ocho áreas de supervisión cumplen con los criterios de la regla de decisión.

Y sobre la cuarta práctica mujeres en condición de pobreza que tienen seguro de salud (SIS u otro) se encontró en la evaluación intermedia que ha reducido en 11.5 puntos porcentuales (de 91.7% a 80.2%, P<0.01). Comportamiento que estaría siendo similar al de la práctica de aseguramiento de los niños que provienen de familias calificadas como pobres, donde existen barreras aun en la oferta desde los EE.SS.

Y a nivel de ***Capital Social*** los resultados de la evaluación muestran que el 16.03% de padre o madre de familia encuestadas alcanzan un alto índice de capital social, hallándose un mejor desempeño de este indicador en 11.9 puntos porcentuales con relación a la LB (4.1%), esto estaría evidenciando el empoderamiento y participación comunitario en la gestión comunal a favor de salud. Así mismo, un 78.53% de encuestados se ubican en un índice intermedio de capital social, mostrando un incremento de 19.6 puntos porcentuales con respecto a la LB (58.9%).

Y con relación a las dimensiones de capital social se observa en tres de ellas un buen desempeño con respecto a la LB. A nivel de la dimensión de ***sentido de colectividad*** se ha

logrado que el 44.8% de las familias encuestadas se ubican en un alto nivel, incrementándose en 21.4 puntos porcentuales con respecto a la LB (23.4%). Estos hallazgos estarían expresando que los líderes comunitarios y su población están valorando ser parte de la comunidad, sus problemas y retos.

Sobre la dimensión de e***ficacia colectiva*** se observa un mejor desempeño con relación a los hallazgos de la LB, con un incremento en 29.5 puntos porcentuales (de 10.8% a 40.3%). Evidencia que existe mayor involucramiento y participación en acciones de cambio que lidera la JVC a favor de la mejora de entornos y de prácticas saludables, que se plasma en el cumplimiento de la mayoría de sus metas de su plan comunal.

La dimensión de c***onfianza social*** ha mejorado en 48.4 puntos porcentuales con relación a la LB (de 3.5% a 51.9%). Estos avances muestran que se está mejorando el reconocimiento colectivo sobre el trabajo de sus líderes y su compromiso por las mejoras comunitarias emprendidas para alcanzar mejores condiciones de interés común, destacando el rol de sus líderes.

Y en el caso de la dimensión de ***"capacidad colectiva"*** no se ha encontrado cambios importantes, siendo aún débil la participación de las familias en diferentes redes comunitarias y en su interacción, persistiendo la expectativa de "beneficios personales" para participar, por ende el tejido social demanda mayor cohesión, corresponsabilidad e involucramiento para articular esfuerzos colectivos.

4. Conclusiones

- Los resultados de los indicadores de desempeño del proyecto por áreas de supervisión muestra diferentes comportamientos; en términos generales amerita que los equipos locales exploren a mayor profundidad los elementos que están restringiendo un buen desempeño en la mejora de prácticas.
- Los resultados en la mejora de la nutrición infantil muestran que en los ámbitos de intervención del proyecto, el indicador de desnutrición crónica infantil-DCI se ha reducido de 16% a 12%, que en un análisis de proporciones tiene una p=0.12.
- Un grupo clave de indicadores de salud infantil y materna muestran un incremento en relación a la LB. Un elemento facilitador estaría siendo la vigilancia comunitaria que realizan los integrantes de la Junta Vecinal Comunal. De ello, se podría inferir que existe una relación entre la mejora de indicadores sobre prácticas de cuidado de salud y la vigilancia abordada desde la gestión comunitaria de las Juntas Vecinales Comunales.
- En el 2013, la intervención del proyecto en las AS 5,6, 7 y 8 que corresponden a la región de Ucayali tuvo una reducción de personal, restringiendo la frecuencia de acompañamiento a las comunidades, situación que estaría influyendo en el desempeño de estas AS.
- Y sobre el capital social se encontró un incremento en el nivel alto de dicho índice, de 4.1% a 16.03% y, tres de sus sub-índices: sentido de colectividad, eficacia colectiva y confianza social, han mejorado en relación con la LB, lo cual expresan un gradual empoderamiento de la JVC promoviendo movilización social a favor de la mejora de sus entornos y acercamiento a las familias vía la vigilancia comunal de prácticas.
- A nivel de los 23 indicadores de efecto, que han sido medidos en esta evaluación intermedia, se tiene un grupo de siete indicadores, que tiene un bajo control desde la intervención del proyecto, por su naturaleza dependen en mayor proporción desde la oferta de los servicios

de salud, siendo importante considerar estos factores en el análisis de los resultados alcanzados y la necesidad de su revisión de la pertinencia de su inclusión en el PMP([4]).

- Respecto los indicadores sobre TRO en EDAs y búsqueda de atención de proveedor de salud en casos de IRA, no se aplicó el criterio de reemplazo por ello no alcanzaron la muestra mínima requerida por el LQAs. Debido a esta situación no se cuenta con información para el análisis de desempeño respectivo.
- A nivel del escenario de familias saludables destaca la valoración de la utilidad de los tableros y los cambios generados en la mejora de prácticas y armonía familiar, mayor involucramiento de los hijos y la pareja para cumplir sus compromisos.
- En el escenario de comunidad saludable se observa un grupo de comunidades con avances importantes a partir del liderazgo de los miembros de la JVC, valorando la utilidad de las herramientas de diagnóstico, plan comunal y ficha de vigilancia de prácticas saludables.
- En el escenario de municipios saludables, juega un rol importante los Equipos Técnicos Locales (ETL) y las Gerencias de Desarrollo Local, dependiendo de su capacidad de organización y gestión para alcanzar reconocimiento y compromiso político de sus autoridades, que respalde la implementación de la estrategia de "municipios saludables", un elemento clave que valoran es el plan distrital como medio que les está permitiendo posicionar y consolidar la metodología.
- Respecto a la transferencia en las regiones, se encontró en forma general, que en cada región la dinámica ha sido variada, respondiendo al contexto político y de apropiación de la metodología MCS.
- En la experiencia del proyecto USAID/MCS II, el proceso de Transferencia, expansión y sostenibilidad en Ayacucho y Ucayali se circunscribe a experiencias focalizadas de un número pequeño de GL entre 3 a 5 por región, con dinámicas de implementación en proceso inicial; dependiendo únicamente de la voluntad de las autoridades y funcionarios ediles. En el caso de la región San Martin está teniendo mayor alcances de GL (35 de 77 GL), con un soporte político desde el Gobierno regional y su Dirección Regional de Salud, que está permitiendo mayores resultados en la implementación de la metodología MCS.

5. Recomendaciones

- Los resultados de los indicadores de desempeño del proyecto por AS muestra diferentes comportamientos; en términos generales amerita que los equipos locales exploren a mayor profundidad los elementos que están restringiendo un buen desempeño y redefinir estrategias educativas en mayor intensidad según la necesidad de mejorar determinadas prácticas en el cuidado de salud del niño y/o de la mujer en edad fértil.

- Debido a la presencia aun de casos de DCI se recomienda a los equipos locales mayor incidencia en la JVC para que prioricen la vigilancia comunal en niños de 0 a 23 meses de edad en la práctica de LME, alimentación complementaria adecuada según edad de los

[4] Acceso a programas de nutrición, acceso a seguro del MINSA de niños pobres y sus madres, MEF o sus parejas que tienen continuidad de algún MAC, MEF o cuyas parejas han recibido consejería en PF en los últimos 6, MEF que han recibido consejería en PF después de dar a luz a su último hijo y adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez.

niños y niñas, consumo de agua segura y un mayor análisis de los determinantes del entorno que están predisponiendo casos de DCI con el apoyo del personal de salud local.

- Reenfocar recursos en la Región Ucayali para la intervención comunitaria y mejorar las prácticas de cuidado de salud el niño y la madre, por tener lotes con más limitaciones de mejora de prácticas y porque es la sede con el mayor número de comunidades (52% de las 106 intervenidas).

- Se recomienda mantener una asistencia técnica del proyecto con el activo involucramiento del personal de salud local y de las JVC para que se consoliden familias saludables y la JVC en coordinación con el personal de salud asuman el liderazgo del trabajo de promover familias saludables.

- A nivel de las JVC se requiere reforzar la capacitación a la JVC respecto a la importancia de la vigilancia comunal de prácticas, mejora de entornos y determinantes sociales de salud y fortalecimiento en liderazgo, reajustando los módulos del programa de liderazgo y gestión moral comunitaria y acompañar a las JVC en su gestión comunal de salud.

- A partir de municipios saludables el reto es redefinir las estrategias de incidencia para obtener mayor interés y compromiso de las autoridades ediles, reforzar los conocimientos en el manejo de la metodología y sus herramientas a los funcionarios municipales y personal de salud.

- Desarrollar estrategias para promover el uso de información del SISMUNI por las autoridades, áreas de gestión municipal y los equipos de salud, a fin de socializar experiencias sobre los beneficios de su uso.

- Desarrollar mayor acompañamiento a los GL post talleres de PIPs hasta concretar la viabilidad de los PIPs formulados o inscritos durante los talleres de formulación e incidir en la priorización de los PIPs para su financiamiento por losa GL.

- Para mejorar el capital social es importante seguir fortalecimientos las competencias y habilidades en gestión y liderazgo democrático de los miembros de las JVC, que les permita generar trabajo consensuado, participación en decisiones de manera colectiva, cooperación, valoración y confianza.

- Al iniciar nuevas experiencias de transferencia de la metodología MCS debe trabajar con las autoridades y su equipo técnico las pautas de esta experiencia, los beneficios de seguir cada uno de los cuatro momentos de la TES y de la importancia de un proceso de entrenamiento a los equipos encargados de su aplicación.

- Se identifica en general la necesidad de afinar la metodología de capacitación según público objetivo (familia, JVC y ETL/autoridad municipal). Así también, se considera importante consolidar una herramienta que guíe las pautas clave para capacitar/reforzar a los facilitadores de la metodología de MCS vía programas modulares y guías de capacitación.

- Se debe desarrollar una estrategia de advocacy y mercadeo para que los gobiernos regionales de Ayacucho y Ucayali, consideren como una oportunidad adoptar la metodología MCS en su agenda regional.

- Para la evaluación final se tomara en cuenta el criterio de reemplazo para asegurar información de los indicadores relacionados a las prácticas de rehidratación oral en casos de niños o niñas menores de 2 años con EDA y a la práctica de busca de atención por personal de salud en caso de niños o niñas con IRA, para analizar el desempeño de estas dos prácticas en relación con la LB.

SECCIÓN 1: ANTECEDENTES

El proyecto USAID/Municipios y Comunidades Saludables II (USAID/MCS II) que se desarrolla en el marco del convenio con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) tiene como objetivo mejorar la salud materno-infantil (SMI) y la planificación familiar (PF) en niños menores de 2 años, gestantes y mujeres en edad fértil (MEF) en el ámbito de intervención del proyecto a través de la promoción de prácticas de cuidado de salud en las familias de las comunidades de su ámbito de intervención.

El Proyecto para lograr su objetivo principal fortalece las capacidades en la gestión de la salud en las comunidades para la promoción de conductas saludables en familias y la creación de ambientes saludables con la participación de las juntas vecinales comunales, y los gobiernos locales y regionales. En el 2011 el proyecto inicia su intervención en 170 comunidades priorizados de 21 distritos de las regiones de Ayacucho, Ucayali y San Martín. En el 2012 debido a reducción del presupuesto asignado por la fuente cooperante USAID, la intervención se focaliza en 107 comunidades de 15 distritos de las regiones antes citadas.

MSH ha realizado un estudio de línea de base el año 2011 para poder tener una medición inicial de los indicadores del marco de resultados previstos en el proyecto, que permitiera realizar un seguimiento de los indicadores y comparar su evolución con una evaluación intermedia y final. La línea de base fue realizada en el primer trimestre del año, en las regiones de San Martin, Ucayali y Ayacucho. Con este propósito se aplicó una metodología cuantitativa y cualitativa, en el primer caso se realizó una encuesta de salud en hogares y de capital social que utilizó la técnica de muestreo de "Lot quality assurance sampling" o muestreo por lotes para aseguramiento de calidad (LQAs); para el segundo caso se realizaron entrevistas a informantes clave y grupos focales.

La parte cuantitativa de la línea de base fue realizada a una muestra en 8 áreas de supervisión de las regiones de San Martín, Ucayali y Ayacucho. En estos ámbitos, mediante la técnica de muestreo LQAS fueron seleccionados al azar 162 hogares con niños de 0 a 5 meses, 178 hogares con niños de 6 a 23 meses, y 340 hogares con mujeres en edad fértil. Los resultados de este estudio mostraron algunos indicadores que requerían ser mejorados, tales como el acceso a un tratamiento adecuado de rehidratación oral, el control de crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 12 meses de edad, cobertura de inmunizaciones, coberturas de registro de identidad, acceso a agua potable, uso de métodos anticonceptivos modernos, espacio inter-genésico y atención prenatal. La encuesta basal también midió el índice de capital social y mostró necesidades de mejora en la confianza social, compromiso en el quehacer colectivo y sentido de colectividad.

La parte cualitativa de la LB fue realizada bajo un muestreo teórico o intencionado buscando las explicaciones desde las percepciones de los actores claves según escenario que promueve el proyecto y su aproximación al empoderamiento según el rol que le competen a la familia, comunidad, gobiernos locales y regionales. Se aplicó 24 grupos focales a Juntas Vecinales Comunales

(JVC) y Equipos Técnicos Locales (ETL), así como 60 entrevistas a profundidad a autoridades de Gobiernos Locales (GL), Gobiernos Regionales (GR) y personal de salud.

Con el fin de medir la evolución de estos indicadores en las áreas de supervisión y valorar el desempeño del programa, el Proyecto USAID/MCS II ha desarrollado una evaluación intermedia aplicando método cuantitativo y cualitativo utilizando las mismas técnicas de muestreo en las áreas evaluadas en la medición basal.

El presente documento contiene el reporte de la evaluación intermedia, que muestra el desempeño que se viene alcanzando en cada una de las áreas de supervisión y la proporción global por cada uno de los indicadores de salud y capital social en comparación a los resultados de la línea base. Así como, conclusiones y recomendaciones para utilizar la información proporcionada por estas evaluaciones para mejorar el desempeño del proyecto con previsión al término de la intervención.

SECCIÓN 2: METODOLOGÍA LOT QUALITY ASSURANCE SAMPLING (LQAS)

Según evidencia de estudios en salud el método de muestreo "Lot Quality Assurance Sampling" (LQAS) fue adaptada y aplicada en 1980 para la evaluación de programas en salud y en 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el LQAs es una metodología rápida y eficaz para estudios de los sistemas de salud, alentando a su uso por ser practico y facilita el monitoreo de las intervenciones. Los datos que reporta por lotes o áreas de supervisión facilita su uso por los operadores para redefinir estrategias operativas según los resultados alcanzados por encima de la meta esperada en cada área o lote, de otro lado, la información se puede utilizar de manera agregada a una estimación de cobertura de la totalidad del proyecto o programa.

El LQAS trabaja subdividiendo un ámbito de intervención en áreas de supervisión o lotes ([5]), para el caso de la evaluación intermedia se ha definido 8 áreas de supervisión, delimitando 2 AS por equipo de intervención operativa en los ámbitos de Ayacucho, San Martin, Aguaytia y Pucallpa (estas 2 ultimas corresponden a la región de Ucayali), de esta manera se cumpla el criterio de tener de 5 a más AS para un estudio con LQAs. En ese sentido, la evaluación intermedia se aplicó en una muestra de 143 niños de 0 a 5 meses de edad, 168 niños de 6 a 23 meses de edad y 311 mujeres en edad fértil (15 a 49 años). De esta manera, la muestra tiene un intervalo de confianza al 95% y un nivel de precisión de +/- 8% para el grupo de niños y de +/- 6% en el grupo de MEF.

Tabla N°1. Determinación estadística del tamaño de la muestra en LQAS

Precisión +/-5%	Intervalo de confianza		
	90%	95%	99%
1%	6718	9512	16317
2%	1688	2395	4130
3%	751	1066	1840
4%	423	600	1036
5%	270	384	663
6%	188	267	461
7%	138	196	338
8%	106	150	259
9%	83	119	205
10%	68	96	166

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

[5] En esta evaluación el LQAs se utilizara por áreas de supervisión, bajo las siglas SA.

SECCIÓN 3: DISEÑO DEL ESTUDIO

3.1 Diseño Cuantitativo

3.1.1 Población del estudio:

El proyecto USAID/MCS II está siendo implementado en 4 sedes administrativas (áreas de influencia del proyecto): Ayacucho, San Martín, Aguaytía y Pucallpa (estas 2 sedes corresponden a la región Ucayali), la población total reajustada del ámbito de intervención es en base a 106 comunidades, alcanzando una población objetivo de 6,121 individuos. En la tabña N° 2 se describe la población por sede administrativa de intervención.

La población objetivo aborda a tres sub-grupos poblacionales:

- Niños menores de 6 meses (0-5 meses),
- Niños de 06 a 23 meses,
- Mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años[6]

Tabla N° 2
Distribución de la Población Total del ámbito de Intervención del Proyecto USAID/MCS II

Sede	Comunidades	Niños 0 a 5 meses	Niños 6 a 23 meses	MEF
Aguaytía	43	126	467	1981
Pucallpa	23	68	189	778
Ayacucho	16	19	100	669
San Martín	24	68	260	1396
Total	**106**	**281**	**1016**	**4824**

Fuente: SISMUNI 2013.

3.1.2 Marco Muestral del estudio:

Según el ámbito poblacional del proyecto el marco del estudio se ha organizado en 8 áreas de supervisión bajo los mismos criterios de la LB, estas áreas de supervisión han sido definidas en función a tres criterios (el detalle de las áreas de supervisión se adjunta en el Anexo N°1):

(i) Accesibilidad de las comunidades independiente de su estructura de influencia geopolítica de los distritos.
(ii) Tamaño proporcional de población
(iii) Las áreas de supervisión tiene personal responsable del acompañamiento durante el proceso de intervención.

[6] El grupo de mujeres en edad fértil comprende a: mujeres adolescentes de 15 a 19 años y mujeres de 20 a 49 años, en general.

En estas áreas de supervisión la aplicación de la encuesta tomará en primer término las UPM y luego las USM según las siguientes características definidas:

- **Unidad Primaria de Muestreo (UPM)**
  Las UPM está constituida por las 106 comunidades priorizadas al 2013 por el proyecto. Cabe precisar que en la LB se trabajó con 156 comunidades que luego de la intervención en el 2012 se redujo a las 106 actualmente intervenidas.

- **Unidad Secundaria de Muestreo (USM)**
  Las USM han sido las viviendas particulares localizadas en las UPM, que albergan a las familias con niños de 0 a 5 meses de edad, o con niños de 6 a 23 meses de edad y MEF.

3.1.3 Tamaño de la Muestra:

En la determinación del tamaño de la muestra, siguiendo el método LQAs, 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 la técnica LQAS, se partió con un nivel de error (+/- 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. Cabe precisar que en el grupo de niños de 0 a 5 meses de edad en las áreas de supervisión 1 y 2 la población se encuentra por debajo del mínimo de muestra (n=19) esperado, por ello la muestra aplicada fue de 143.

TMF = 19 x 8 Áreas Supervisión = 152 Unidades de muestreo mínimo por sub grupo de estudio

TMT = 152 casos x 3 sub grupos = 456 casos esperados

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 el cuadro No. 3 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 311, con un nivel de precisión +/- 6 al 95% para MEF y +/-8 al 95% para niños de 0 a 5 meses y 6 a 23 meses.

Tabla N° 3
Distribución de la muestra según área de supervisión y sub – grupo de estudio del estudio de evaluación intermedia de MCS II, año 2013

SEDE ADMINISTRATIVA	ÁREA DE SUPERVISIÓN	Niños de 0 - 5 meses		06 a 23 meses		MEF		TOTAL APLICADO
		Prog.	Aplicado	Prog.	Aplicado	Prog.	Aplicado	
Ayacucho	Área de Supervisión No 1	7	7	21	21	28	28	56
	Área de Supervisión No 2	12	12	21	21	33	33	66
San Martín	Área de Supervisión No 3	21	21	21	21	42	42	84
	Área de Supervisión No 4	21	20	21	21	42	41	82
Ucayali	Área de Supervisión No 5	20	20	21	21	41	41	82
	Área de Supervisión No 6	21	21	21	21	42	42	84
Aguaytia	Área de Supervisión No 7	21	21	21	21	42	42	84
	Área de Supervisión No 8	21	21	21	21	42	42	84
TOTAL		**144**	**143**	**168**	**168**	**312**	**311**	**622**

Fuente: Informe de campo de la evaluación intermedia 2013

A partir de cada área de supervisión se seleccionó a las comunidades siguiendo el procedimiento de muestreo al "azar", utilizando el intervalo de muestra por cada área de supervisión y una tabla de números aleatorios y luego en cada UPM se seleccionó al azar a los 622 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.

3.1.4 Temas e Indicadores evaluados

Los temas tratados han sido organizados en cinco ejes temáticos: Nutrición infantil, salud infantil, salud reproductiva, salud materna y capital social. En la tabla N° 4, se detalla los indicadores de este estudio por eje temático.

Tabla N° 4
Dimensiones de Análisis de Indicadores de Efecto y Resultado
Evaluación Intermedia Proyecto USAID/MCS II, 2014

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 6 a 23 meses de edad
	% de niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta que	Niños de 0 a 23 meses de edad

Dimensión	Indicador	Unidad de Análisis
Salud Infantil	recibieron una solución de rehidratación oral (SRO) y/o fluidos rehidratantes caseros recomendados.	
	% 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 DNI.	Niños de 0 a 23 meses de edad
	% de niños entre 0 y 23 meses de edad que viven en una vivienda que tiene agua potable.	Niños de 0 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
Salud sexual y reproductiva	% de mujeres entre 15 y 49 años de edad que utilizan, o cuyas parejas sexuales utilizan actualmente, cualquier forma 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 entre 15 y 49 años 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.	MEF
	% 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.	MEF
	% 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	MEF
Índice de capital social	Índice de capital social	Adulto responsable de salud de la familia.

3.1.5 Instrumentos de recolección:

Los indicadores establecidos en la matriz de marco de resultados, 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 los cuatro ejes temáticos de salud y un cuestionario sobre capital social([7]). En resumen se aplicó los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de hogar
- Cuestionario para niños de 0 a 5 meses
- Cuestionario para niños de 6 a 23 meses
- Cuestionario de capital social

El cuestionario de hogar contiene preguntas generales de hogar encuestado. Los cuestionarios de niños han estado estructurados según preguntas sobre los temas de salud: datos generales de la informante([8]), 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.

En el caso del instrumento de capital social las preguntas han estado estructuradas en base a elementos de sentido de colectividad, capacidad colectiva, eficacia colectiva y confianza social. Cabe mencionar que estos cuestionarios son los mismos que se usaron en la línea base. **Ver anexo Nº 2.**

3.1.6 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 previsiones necesarias para que todo el personal de campo esté debidamente entrenado, capacitándose a 4 críticos de campo, 4 antropometristas y 12 encuestadores de campo (4 encuestadores por región).

La capacitación se realizó durante tres 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 para afianzar conocimientos en el equipo de encuestadores.

3.1.7 Control De Calidad En La Generación De La Información

I-Etapa de Control de calidad: En la etapa de aplicación de encuestas se usó instrumentos de campo para asegurar el seguimiento de la cuota de muestra y para consultar inconsistencias en campo, los cuales fueron:

- Guía del encuestador.
- Guía del crítico de campo.
- Ficha de reporte de avances de muestra.

[7] El informante para el módulo de capital social será definido después de la prueba piloto, en base a criterios de representatividad.
[8] En el caso de los niños de 0 a 23 meses la informante ha sido la madre.

En cada región el supervisor nacional o el personal del área de M&E realizó la verificación de consistencia de calidad de información recogida en campo y consolido las encuestas aplicadas.

II-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; además se realizó doble digitación para minimizar errores de digitación.

3.1.8 Procesamiento De Datos

Se elaboró las máscaras de los tres instrumentos y se procesó la data en la base de Census and Survey processing System (CSPRO) elaboradas por un especialista y luego se exporto a Statical Analysis Sotfware (SPSS) para el análisis respectivo.

3.1.9 Técnicas De Análisis

La base de datos procesada fue sometida a procedimientos de limpieza de la información, luego se generó los reportes con información válida, procesada por el programas estadístico (SPSS versión 15).

En un primer momento se calculó los diferentes valores 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.

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 (9) en todo el ámbito del proyecto. Su importancia de este estudio radica en el carácter descriptivo por áreas de supervisión para facilitar insumos para replantear estrategias de campo según grupos de comunidades organizadas en las áreas de supervisión.

Además, en esta evaluación se realizó la comparación de los indicadores obtenidos en la evaluación intermedia con lo obtenido en la evaluación basal, para esto se utilizó un test de comparación de proporciones mediante la prueba de chi2, con un nivel de significancia de 0.05.

3.2 Diseño Muestral Cualitativo

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.

[9] http://www.coregroup.org/conf_reg/lqas_series.cfm

3.2.1. Marco Muestral:

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.

- Componente I: Madres de Familia, líderes de JVC y autoridades/funcionarios de GL.
- Componente II: Autoridades/funcionarios y equipo de trabajo de Gobiernos regionales, gobiernos locales, Red de Salud, ministerios (Salud, MIDIS) que están adoptando la metodología del proyecto
- Componente III: ONGs nacionales y locales que adoptaron la metodología MCS del proyecto

3.2.2. Tipo de Muestreo

En el estudio cualitativo se usó muestreo "teórico" o intencionado basado en los propósitos de la evaluación intermedia que responda a la teoría del cambio esperada y además facilite determinar en qué etapas de cambio se encuentra la población objetivo en base a la metodología que promueve el proyecto MCS.

Con este diseño se buscó las explicaciones del espacio simbólico de los actores claves según escenario y el espacio discursivo sobre los alcances que viene teniendo la intervención del proyecto, explorando factores facilitadores y restrictivos que interactúan con la intervención. Buscando captar el "potencial polarización y coincidencia" ([10]) en relación a los temas inmersos en el proceso de fortalecimiento de escenarios saludables, empoderamiento en el autocuidado de prácticas de salud, empoderamiento en la gestión comunal a favor de la salud y determinantes, capital social alcanzado en este proceso de empoderamiento y alcances de la transferencia y sostenibilidad de la metodología MCS a actores de instituciones públicas y privadas que han decidido su adopción e implementación en su espacio institucional.

3.2.3. Unidades de Análisis:

La unidad de análisis cualitativo está determinada por UMP que vienen a ser las comunidades/distritos/regiones 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 en la siguiente tabla.

Tabla N° 5
Unidades de Análisis de evaluación cualitativa
Evaluación Intermedia Proyecto USAID/MCS II, 2014

Unidad de Medida Primaria	***Unidad de Medida Secundaria***	
Comunidad	Población objetivo 1	Familias
	Población objetivo 2	Miembros de las JVC
	Población objetivo 3	Personal de Salud de EESS
	Población objetivo 4	Autoridades de gobiernos

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

Unidad de Medida Primaria	*Unidad de Medida Secundaria*	
Distritos		locales(Alcalde/regidores)
	Población objetivo 5	Gerente de Desarrollo Social
	Población objetivo 6	Responsable de evaluar y declarar viabilidad de PIPs.
	Población objetivo 7	Miembros de ETL
	Población objetivo 8	Personal de Salud de Microred/RED de Salud.
Región	Población objetivo 9	Presidente/Representante de GR
	Población objetivo 10	Gerente Regional de Desarrollo Social.
	Población objetivo 11	Director de DIRESA/promoción de salud.
	Población objetivo 12	Facilitadores capacitados ([11])
Nacional	Población objetivo 13	Directivos Nacionales
Otros espacios	Población objetivo 14	Representante de ONG/Empresa Privada
	Población objetivo 15	Responsable Técnico de ONG/empresa privada
	Población objetivo 16	Personal ONG/empresa privada capacitada

3.2.4. Criterios de elección

- Para definir la muestra y que responda al propósito de la intervención en cada uno de los componentes se determinó criterios por tipo de grupos de estudio:
  - ✓ En comunidad: Se abordó a familias y líderes de JVC bajo los criterios:
    - – Comunidades con el criterio de nivel de clasificación de comunidad saludable: Avanzado e intermedio.
    - – Miembros de las JVC que tiene más de un año en la junta.
  - ✓ En distritos: Se abordó a las autoridades y funcionarios bajo los criterios:
    - – Autoridades de gobiernos locales (Alcalde, funcionarios ediles) de las comunidades seleccionadas según grado de avance según reportes de monitoreo.
    - – Personal de desarrollo social de los GL (responsable de la Oficina de Desarrollo Local) que tiene mínimo un año en el cargo.
    - – Miembros de las ETL que tiene más de un año en el equipo.
    - – Personal de salud encargado de promoción de la salud a nivel de EESS y Microred de Salud que tienen más de 6 meses de trabajo en los ámbitos de intervención.
    - – Personal de oficina de Proyectos de Inversión Pública de GL.
  - ✓ En Regiones: Se abordó a las autoridades y funcionarios bajo los criterios:

11 Los facilitadores de salud están ubicados en el nivel regional ó en el nivel de red y microred de salud, dependiendo de la dinámica de la red regional de salud.

- Autoridades de gobiernos regionales (Presidente, funcionarios de la dirección de desarrollo social) que tiene mínimo un año en el cargo.
- Personal de salud de la DIRESA que trabaja en promoción de salud más de 6 meses.

✓ En instituciones que se ha transferido la metodología MCS II: Se abordó bajo los criterios:

- Autoridad o funcionario encargado de la adopción de la metodología MCS involucrado en las fases de Transferencia, Expansión y Sostenibilidad (TES).
- Equipo institucional entrenado en el manejo de la metodología MCS, designado para implementar en la institución.

Tabla N° 6
Marco muestral según instituciones que están adoptando la metodología MCS como parte del proceso de TES – ámbito expansión
Evaluación Intermedia Proyecto USAID/MCS II, 2014

INSTITUCIÓN	***Actores involucrados en la adopción e institucionalización de la metodología MCS***
Gobierno Local	(i) Alcalde distrital/Gerente de Desarrollo Social de Municipalidad. (ii) ETL conformado y capacitado (iii) Personal de Oficina de Programación e inversión(OPI)
DIRESA/DISA	(i)Director de DIRESA/Director de promoción de salud. (ii) Facilitadores capacitados
Nacional	(i)Directivos de MINSA-DGPS (ii)Directivos de MIDIS (CUNA MAS, Dirección de políticas)
ONGs locales o nacionales	(i)Representa/director de la ONG (II) Personal capacitado de la ONG
Empresa privada	(i)Gerente de la Empresa/Responsable de responsabilidad social (ii) Personal capacitado de la empresa

3.2.5. Método de Selección

El método de selección fue por conveniencia según actores priorizados en el proyecto ([12]), cuidando para cada caso cumplir con los criterios de inclusión antes descritos, se evitó casos extremos, para ello, se elaboró una preselección al azar de las comunidades y distritos donde se recogió la información para cada tipo de actor.(Ver detalle en el protocolo).

3.2.6. Tamaño de la Muestra

Se contó con un tamaño de muestra referencial, según los criterios de inclusión antes descritos y en campo se tomó en cuenta si abordaba la intensidad de las dimensiones en estudio, cuidando de esta manera el criterio de saturación teórica que determino el tamaño final de muestra que fue de la siguiente manera:

[12] El método de reclutamiento ha sido estratégico "anidado al proyecto".

Tabla N° 7
Total de grupos focales y entrevistas aplicadas a nivel de familias y comunidad
Evaluación Intermedia, Proyecto USAID/MCS II, 2014

REGION	Grupos Focales								Entre vista
	COMUNIDADES CON AVANCE SIGNIFICATIVO			COMUNIDADES EN PROCESO INICIAL			TOTAL		Personal EESS
	N° de comunidades	N° de Familias sobre MCS	N° de Familias sobre Capital Social	N° de comunidades	N° de Familias sobre MCS	N° de Familias sobre Capital Social	N° comunidades	N° Familias	
Ayacucho	3	6	3	3	6	3	6	12	3
San Martin	4	6	4	4	6	4	8	12	5
Ucayali	6	6	5	6	6	5	12	12	4
Total	**13**	**18**	**12**	**13**	**18**	**12**	**26**	**36**	**12**

Tabla N° 8
Total de entrevistas cualitativas aplicadas a nivel de agentes distritales
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2014

SEDE	Tipo de entrevista/actor en GL					Autoridades /directivos Regionales
	Entrevista a grupal ETL	Entrevista a individual Autoridad municipal	Entrevista a individual funcionario de ODL	Entrevista a individual a personal OPI	Entrevista a individual Personal de salud	
Ayacucho	2	02	02	2	03	03
Ucayali	3	03	03	3	05	05
San Martin	3	03	03	3	06	05
Total	**8**	**08**	**08**	**8**	**14**	**13**

Tabla N° 9
Total de muestra de entrevistas cualitativas aplicadas en ámbito de expansión
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2014

SEDE	Tipo de entrevista/actor en GL					Autoridades/ directivos Regionales	ONGs/Emp Privada
	Entrevista a grupal ETL	Entrevista a individual Autoridad municipal	Entrevista a individual funcionario de ODL	Entrevista a individual a personal OPI	Entrevista a individual Personal de salud		
Ayacucho	2	2	2	2	3	2	3
Ucayali	1	1	1	1	2	2	0
San Martin	2	2	2	2	7	4	3
Total	**5**	**5**	**5**	**5**	**12**	**8**	**6**

3.2.7. Dimensiones a evaluar

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

Primer eje: Escenarios saludables de familia, comunidad y municipios, mayor detalle en el anexo **N° 03.**

Tabla N° 10
Dimensiones de estudio a nivel de escenarios saludables
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2014.

Dimensión	ESCENARIOS SALUDABLES		
	Indicador Familia	Indicador Comunidad	Indicador Municipio
Sensibilización/ Organización	VISION futura de LA FAMILIA	Reconocimiento de JVC por Gobierno Local	Reconocimiento de ETL por autoridad local
	Reconocimiento del cambio	Participación de mujeres en JVC	Rol de Oficina de Desarrollo Social
	Participación del esposo/pareja en el cambio para ser FS		
Planificación	Manejo de tableros de visión, diagnostico familiar.	Manejo de herramientas para planificar acciones comunales en forma participativa por la JVC	Manejo de herramientas para planificar acciones sobre escenarios saludables
	Manejo de tableros de compromisos y de normas de convivencia.		
Ejecución	Compromisos asumidos por los miembros del hogar	Movilización comunal en el cumplimiento del Plan Comunal de salud.	Alcance de la implementación de planes de acción distrital de MCS
	Grado de cumplimiento de compromisos y de normas de convivencia.	Interacción en redes de articulación de base comunal	Interacción/ articulación con comunidad
	Prácticas saludables en el niño y las mujeres		
Auto-evaluación	Actitud de reflexionar sobre cambios y retos.	Actitud de reflexionar sobre cambios y retos.	Capacidad para evaluar avances concertadamente

Segundo eje: Alcances del capital social en las comunidades, mayor detalle en el anexo **N° 04**

Tabla N° 11
Dimensiones de estudio a nivel de capital social
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2014.

Dimensión	Indicador
Sentido de colectividad	Identificación con las necesidades y soluciones de salud en la comunidad.
	Interés compartido con la comunidad en la mejora de la salud comunitaria.
Eficacia Colectiva	Identificación y movilización de recursos/intervenciones a favor de la salud.
	Acceso ayuda, atenciones y otros servicios de soporte en salud.
Capacidad Colectiva (para organizarse)	Integración/asociación a redes comunitarias de salud (Organizaciones Sociales de Base, Asociaciones).
	Cooperación en las redes comunitarias de salud dentro de la comunidad.
	Participación en las decisiones de interés colectivo en salud.
Confianza Social	Sentido de pertenencia/identificación con *su red comunitaria* de salud.
	Identificada con las normas/reglas de su red de salud (Respeto, reconocimiento).
	Sentido de soporte/reciprocidad de su red en situaciones de necesidad de salud.

Tercer eje: Alcances del proceso de transferencia, expansión y sostenibilidad (TES), mayor detalle en el anexo **N° 05.**

Tabla N° 12
Dimensiones de estudio a nivel de TES
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2014.

Dimensión	Indicador
Valoración de la aplicación de la metodología en la mejora de prácticas saludables y los determinantes de salud	Credibilidad de la metodología MCS
	Resultados observables producto del uso de la metodología
	Pertinencia de la metodología para abordar promoción de salud.
	Ventaja Relativa
Proceso de transferencia y expansión de la metodología MCS	Sensibilización e incidencia
	Organización y planificación en marcha para implementar MCS
	Desarrollo/ fortalecimiento de capacidades para desarrollar MCS
	Cultura de autoevaluar y mejorar
Institucionalización de la estrategia de MCS	Pertinencia con las políticas (desafíos)
	Legitimidad([13]) política([14])
	Legitimidad técnica
	Legitimidad social

[13] Legitimidad: La legitimidad es una construcción social íntimamente vinculada a la concepción antropológica de cada sociedad concreta (Voegelin, 1968), si bien participa de elementos comunes en cualesquiera lugares donde existen relaciones de poder: aquellos que permiten hablar del ser humano como especie. Es este carácter universalizable (válido por tanto) de lo que sea legítimo el que lleva a su asunción individual, a su aceptación como "ley íntima", al otorgamiento del "con-sentimiento".

[14] La **pretensión de legitimidad** hace referencia a la garantía -en el plano de la integración social- de una identidad social determinada por vías normativas

3.2.8. Instrumentos De Recolección

Se utilizó guías de entrevista individual y grupal Ver anexo Nº 6, desarrollándose en total 07 guías de recojo de información. Cabe precisar que las guías se estructuraron en función a las dimensiones abordadas según los niveles de evaluación que se detallan en el anexo Nº 3, 4 y 5. Además se aplicó una ficha de consentimiento informado para aplicar los grupos focales y entrevistas según modelo adjunto en el anexo N° 7.

- Guía de grupos focales para Familias
- Guía de grupos focales sobre capital social a Familias
- Guía de grupos focales para JVC
- Guía de entrevista individual a miembros de ETL/autoridad/funcionario municipal
- Guía de entrevista individual a personal de salud
- Guía de entrevista individual a personal de OPI
- Guía de entrevista individual sobre TES a autoridad/funcionario locales, regional/nacionales/ONG, empresa privada.

3.2.9. Validación de instrumentos y capacitación

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

Se capacitó a los 03 entrevistadores con experiencia en aplicación de instrumentos cualitativos. En el caso de Ayacucho, la entrevistadora manejada el idioma local (Quechua) para facilitar el dialogo de las entrevistas con las familias.

3.2.10. Procesamiento de Datos

Se degrabado las entrevistas grupales e individuales, luego se procedió a la codificación de los textos, parafraseo y organización en base a categorías de análisis según las dimensiones definidas por cada eje temático en estudio, según detalle en el anexo N° 3, 4 y 5.

3.2.11. 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 preguntas del estudio de la evaluación intermedia, para ello se analizó e interpreto bajo dos tipos de análisis:

(i) Análisis a nivel de contenidos por dimensiones identificando recurrencias entre regiones o divergencias particulares a cada región.

(ii) Análisis de inferencias de discursos lógicas o teóricas, buscando asociaciones de hechos y argumentos que explican determinados comportamientos y significados en el proceso que involucra a cada actor estudiado.

SECCIÓN 4: RESULTADOS

La intervención del Proyecto se ha focalizado en lograr el propósito de mejorar la salud materno infantil y planificación familiar en niños menores de 2 años, gestantes y MEF (15 a 49 años de edad) en 106 comunidades y 15 distritos, que son ámbito de intervención del proyecto USAID/MCS II.

En este marco los resultados que se presentan en este acápite responden a la pregunta central *¿En qué medida la situación de nutrición infantil, salud infantil y materna alcanzados a medio término del proyecto está contribuyendo al logro del efecto esperado al 2013?.* Para ello, se ha medido un kit de indicadores de efecto (registrados en la tabla N° 4), organizados en 4 ejes temáticos de salud: la nutrición infantil, la salud infantil, la salud materna y la salud sexual y reproductiva. Estos indicadores dan cuenta del nivel de desempeño que viene teniendo el proyecto en función del propósito del marco de resultados. Y complementariamente se ha medido el capital social en favor de la salud que aportan al empoderamiento para el cambio en familias en su autocuidado y su participación colectiva a favor de la misma.

En el caso del primer resultado intermedio ***"Comunidades con familias que tienen niños menores de 2 años, gestantes y MEF han mejorado las prácticas saludables"*** previsto en el marco de resultados, se ha medido percepciones y valoraciones de los actores involucrados directa e indirectamente en la implementación de la metodología que promueve el proyecto para alcanzar el propósito final de la intervención, que serán presentados desde los resultados cualitativos de este estudio y que responden a las preguntas:

(i) ¿En qué medida la metodología de escenarios saludables que promueve el proyecto facilita una actitud de cambio por mejorar las condiciones de salud y vida desde las propias familias, comunidades en articulación con sus Gobiernos Locales?

(ii) ¿En qué medida se percibe la apropiación de las herramientas de la metodología MCS por parte de las familias, JVC y GDS/ETL y logran metas trazadas de forma articulada?

Para el caso del segundo resultado intermedio ***"Instituciones públicas y privadas institucionalizan la metodología MCS de manera sostenible"*** se ha evaluado de forma cualitativa los procesos que se vienen desarrollando en el marco de las acciones de transferencia, expansión y sostenibilidad de la metodología MCS con autoridades/funcionarios de instituciones públicas y privadas que están adoptando el modelo de intervención. Para ello la evaluación busca responder a las preguntas:

(iii) ¿En qué medida la metodología MCS implementada desde el proyecto se viene adecuando e institucionalizando con las demandas de los beneficiarios y la agenda política prioritaria de los gobiernos regionales y locales del ámbito de intervención del proyecto?

(iv) ¿Cuáles son las percepciones y expectativas de agentes del sector público y privado que adoptan la metodología MCS en instancias de gestión regional, local y de los sectores públicos según sus prioridades institucionales?

En este marco, se describe los resultados de la evaluación organizado en tres acápites (i) Resultados a nivel de indicadores de nutrición, salud infantil, materna y reproductiva, y capital social, (ii)Resultados a nivel de empoderamiento de familias, JVC y ODS/ETL por mejorar prácticas de cuidados de salud de niños y MEF, y (iii) Resultados a nivel del proceso de institucionalización de la metodología MCS en instituciones públicas y privadas.

4.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS DE DESEMPEÑO DEL PROYECTO

4.1.1 PARTE 1: Nutrición Infantil

Estado Nutricional de niños:

Indicador Nº E.1: % de desnutrición crónica infantil (DCI) en niños de 0 a 23 meses de edad.

Se observa que la desnutrición crónica infantil (déficit de la talla para la edad) en niños de 0 a 23 meses de edad en el 2013 se encuentra en 12.5%[15]. Situación que muestra mejora en 4.2 puntos porcentuales con respecto a lo hallado en la LB del 2011 (16.76%). Ambos resultados se midieron según los estándares y parámetros de la OMS.

En el caso de los niños y niñas de 0 a 5 meses la DCI es de 6.9% y en el grupo de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad la DCI es de 17.2%; en ambos casos también se observa una reducción en referencia a lo hallado en la LB.

A nivel de la distribución de comunidades por áreas de supervisión (AS)([16]) se observa que el AS 2 correspondiente a comunidades intervenidas por el proyecto en los distritos de Quinua e Iguaín presentan aun el más alto número de casos de DCI en comparación a las otras AS.

En relación al resto de áreas de supervisión, si bien no cumplen la meta mínima esperada al tercer año de intervención, si se observa un comportamiento de reducción del número de casos con respecto a los resultados de LB, lo que explicaría que se viene mejorando gradualmente las condiciones y determinantes que influyen en la DCI; el cual además es un reto intersectorial e intergubernamental.

Tabla Nº 13

Distribución de la desnutrición crónica infantil en niños de 0 a 23 meses de edad según AS Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	20%								57	340	**16.76%**
	E.1 % de desnutrición crónica infantil en niños de 0 a 23 meses de edad	7	12	4	8	5	7	7	7			
	Muestra	44	40	44	41	42	46	41	42			
	Regla de Decisión (igual o menor al número de casos esperados de DCI)	4	3	4	3	3	4	3	3			
	Cumple con la meta	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO			

[15] 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.

[16] Las áreas de supervisión (AS) se han definido por grupos de comunidades que tienen ciertos criterios para ser parte de cada AS, que en adelante serán descritos según el desempeño alcanzado.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
Evaluación Intermedia	*Promedio redondeado*	15%								39	311	**12.5%**
	E.1 % de desnutrición crónica infantil en niños de 0 a 23 meses de edad	4	10	4	3	5	3	4	6			
	Muestra	28	33	42	41	41	42	42	42			
	Regla de Decisión (igual o menor al número de casos esperados de DCI)	**1**	**1**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**			
	Cumple con la meta	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia Py USAID/MCS II

Además, se aplicó un análisis de comparación de proporciones de estos valores globales y se encontró una p=0.12, lo que expresa que no es estadísticamente significativo los cambios obtenidos en ambas mediciones.

En razón del resultado a medio término con la meta esperada al 2013 que es de reducir la DCI a 14%([17]) definida en el Plan de M&E del proyecto se observa que se ha cumplido la meta esperada, pero aún es alto el reto de reducir los casos de DCI en todas las áreas de supervisión del proyecto.

Por ello, será importante continuar con acciones educativas que promueven mejora de prácticas de alimentación, consumo de agua tratada y cuidados de salud en los niños en todas las áreas de supervisión.

Lactancia Materna Exclusiva (LME):

Indicador Nº E.2: % de niños entre 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna exclusiva durante las últimas 24 horas

En esta evaluación intermedia se encontró que la prevalencia de madres que dan de lactar solo leche materna a sus niños o niñas menores de 6 meses (Lactancia Materna Exclusiva) es de 83.9%, mientras que en la LB aplicado en el 2011 se reportó un 89.5%, mostrando una tendencia decreciente de la cobertura de LME. Este comportamiento se estaría explicando que las familias en los seis primeros meses de vida del niño o niña introducen algún tipo de "agüitas" además de la lactancia materna, que en la evaluación se captura a partir de preguntas complementarias que captan la introducción de otros tipos de líquidos adicionales a la leche materna antes de los 6 meses de edad.

Analizando los resultados por área de supervisión se observa que en el AS N° 01 y 02 que corresponde a las comunidades de Ayacucho no se logró obtener la muestra mínima establecida en el muestreo de LQAs, por lo cual los datos de ambas AS son solo referenciales. En el resto de áreas de supervisión se observa que el comportamiento de cobertura de madres que dan LME a sus hijos menores de 6 meses de edad aún se mantiene por encima de la regla de decisión.

[17] La meta de DCI definida en el Plan de M&E para el 2013 es de 14%.

Tabla Nº 14
Distribución de la cobertura de LME en niños de 0 a 5 meses de dad según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**90%**								145	162	**89.5%**
	E.2 % de niños entre 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna exclusiva durante las últimas 24 horas	21	18	17	14	20	19	17	19			
	Muestra	23	19	21	16	20	22	20	21			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	**18**	**15**	**15**	**14**	**16**	**18**	**16**	**17**			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			
Eval.	*Promedio redondeado*	**85%**								120	143	**83.92%**
	E.2 % de niños entre 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna exclusiva durante las últimas 24 horas	**5**	9	18	18	17	18	17	18			
	Muestra	**7**	**12**	**21**	**20**	**20**	**21**	**21**	**21**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	NA	9	16	15	15	16	16	16			
	Cumple con la meta	**NA**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia Py USAID/MCS II

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.14, lo que expresa que no es estadísticamente significativo las variaciones obtenidas en ambas mediciones.

En resumen, se concluye que en los ámbitos de intervención del proyecto se observa un alto porcentaje de madres que tienen la práctica de LME. De otro lado, el decrecimiento de la cobertura en parte se estaría debiendo a que la cantidad de niños y niñas menores de 6 meses de edad en las AS 1 y 2 no cumplen el mínimo de tamaño de muestra debido a que hay menor cantidad de población en este rango de edad y que podría estar afectan los resultados globales.

En razón del resultado a medio término con la meta esperada al 2013 que era “incrementar la práctica de LME a 90%” según el Plan de M&E del proyecto, se observa que no se ha cumplido, siendo necesario la previsión de acciones para alcanzar la meta, principalmente en las comunidades de Ayacucho.

Alimentación Complementaria:

Indicador Nº E.3: % de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben al menos cinco comidas sólidas o semi- sólidas al día.

Se exploró en las madres con niños en las edades de 6 a 23 meses de edad sobre la práctica en la consistencia y frecuencia de la alimentación complementaria en sus niños según grupo etario y se encontró que el 67.8% de madres dan una alimentación consistente ([18]) y en la frecuencia correcta para la edad de los niños, tomando como referencia los criterios técnicos de la norma nacional de Crecimiento y Desarrollo (CRED) que diferencia el número de veces según grupos de edad: de 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y mayor a 12 meses. La tendencia de la cobertura de esta práctica viene mejorando de 52.8% que se reportó en la LB en el 2011, observándose un incremento de 15 puntos porcentuales al 2013.

De otro lado, el AS N° 6 y 8 que en la LB estaban por debajo de la cobertura esperada de esta práctica, han mejorado en su desempeño. Mientras que el AS N° 7 que corresponde a comunidades del distrito de Irazola, Tournavista y Padre Abad no han alcanzado la meta por encima de la regla de decisión.

Tabla Nº 15
Distribución de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentación complementaria por AS Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	55%										
	E.3 % de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben al menos cinco comidas sólidas o semi- sólidas al día.	16	12	17	14	11	8	9	7	94	178	**52.8%**
	Muestra	21	21	23	25	22	24	21	21			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados)	9	9	10	10	9	10	9	9			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**			
Eval.	*Promedio redondeado*	70%										
	E.3 % de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben al menos cinco comidas sólidas o semi- sólidas al día.	**14**	**13**	**19**	**12**	**16**	**15**	**10**	**15**	114	168	**67.86%**
	Muestra	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados meta)	**12**	**12**	**12**	**12**	**12**	**12**	**12**	**12**			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia Py USAID/MCS II

[18] El elemento importante que se ha cuidado en la medición es la consistencia de los alimentos es que sea (liquida, semi-espesa y espesa) según las edades del niño o niña.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró diferencia estadísticamente significativa de $p<0.01$ en la variación obtenida en ambas mediciones.

En resumen, se concluye que en los ámbitos de intervención del proyecto se da un desempeño positivo de esta práctica en 7 de las 8 AS, mientras que en el AS N° 7 los factores que han influido podría ser el menor acceso a las comunidades de Tournavista y un grupo de comunidades de Padre Abad que limitaron la asistencia técnica con mayor frecuencia debido a la reducción del equipo de campo en el proyecto.

En razón de la meta esperada al 2013 en el plan de M&E de llegar al 60.8% en la "práctica de alimentación complementaria" se observa que ha superado la meta global esperada, siendo necesario seguir trabajando para mantener y continuar incrementando esta práctica en las familias, por ser un factor importante que aporta en la reducción de la DCI.

Acceso a programas nutricionales:

Indicador Nº E.4: % de niños de 6 a 23 meses de edad que se benefician de los programas de nutrición.

Respecto a la situación del acceso de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad a programas nutricionales que proporcionan las instancias del sistema público o privadas, se exploró en qué medida las familias con niños o niñas de 6 a 23 meses de edad han tenido la oportunidad de participar en algún programa social o proyecto orientado a la mejora nutricional con una línea de intervención de apoyo alimentario.

Al respecto, se encontró en promedio que solo el 55.3% de familias refieren acceder a programas de apoyo alimentario; en relación con la LB del 2011 se observa una tendencia decreciente de 23.3 puntos porcentuales dado que en dicho periodo se reportó una cobertura de 78.7%. Sin embargo, esta situación de reducción de acceso a programas alimentarios estaría respondiendo al nuevo contexto de los programas sociales nacionales que están siendo reorientadas en el eje educativo, desarrollo temprano y cumplimiento de atención al niño y la mujer, las mismas que están fuera del control del proyecto.

Se observa de manera recurrente que en la LB y en la EI el área de supervisión N° 8 que corresponde a comunidades del distrito de Padre Abad, concentra a las familias con niños menores de 2 años que no están accediendo a programas nutricionales.

Tabla Nº 16
Distribución de niños de 6 a 23 meses de edad que acceden a programas nutricionales por área de supervisión
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**80%**										
	E.4: % de niños de 6 a 23 meses de edad que se benefician de los programas de nutrición	**16**	**15**	**22**	**23**	**17**	**21**	**14**	**12**	140	178	**78.7%**
	Muestra	21	21	23	25	22	24	21	21			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	**14**	**14**	**16**	**17**	**15**	**16**	**14**	**14**			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**			
Eval.	*Promedio redondeado*	**60%**										
	E.4: % de niños de 0 a 23 meses de edad que se benefician de los programas de nutrición	**14**	**14**	**10**	**11**	**12**	**14**	**10**	**8**	93	168	**55.36%**
	Muestra	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia Py USAID/MCS II

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una $p<0.01$, lo que expresa que las diferencias de ambas mediciones es estadísticamente significativa.

En resumen, es importante precisar que el acceso a programas sociales de apoyo alimentario está supeditado a la presencia de programas sociales del Estado y de las condiciones para acceder a ellas, que por distancia, tiempos disponibles, criterios de priorización o focalización, entre otros requisitos ciertos distritos donde interviene el proyecto no son parte de estas intervenciones.

De otro lado, en razón del plan de M&E actualizado, este indicador sigue otras metas relacionadas directamente la vigilancia comunal de cuidados de salud del niño y la mujer que se implementa desde el proyecto ([19]).

[19] En el plan de M&E este indicador "N° de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que se benefician de programas de nutrición" con código RI 1.3, ha sido redefinido y aborda niños y niñas vigilados semestralmente por la JVC.

4.1.2 PARTE 2: Salud Infantil

Tratamiento de Rehidratación Oral en Enfermedad Diarreica Aguda (EDA):

Indicador Nº E.5: % de niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron tratamiento de rehidratación oral.

El indicador especifico que mide el proyecto es la "práctica de rehidratación oral en los casos de EDA", al respecto se encontró en promedio que el 60.9% de madres realiza esta práctica cuando su niño o niña tiene episodios de EDA. Cabe precisar que esta información solo es referencial, dado que no cubrió el tamaño de muestra mínimo esperado por el método de LQAs, por ello, el análisis global y a nivel de las áreas de supervisión no aplica en este indicador.

Tabla Nº 17
Distribución de niños de 0 a 23 meses de edad con EDA que recibe rehidratación oral por área de supervisión - Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	70%										
	E.5: % de niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron tratamiento de rehidratación oral.	9	17	27	24	14	16	21	15	143	204	**70.1%**
	Muestra	16	21	32	30	27	25	28	25			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	9	12	18	17	15	14	16	14			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**			
Eval.	*Promedio redondeado*	60%										
	E.5: % de niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron tratamiento de rehidratación oral.	1	5	1	3	3	6	3	3	25	41	**60.98%**
	Muestra	1	6	4	6	6	10	4	4			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			
	Cumple con la meta	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia Py USAID/MCS II

Para asegurar su medición apropiada en la evaluación final, se aplicará el criterio de reemplazo como se desarrolló en la LB.

Tratamiento de Infección Respiratoria Aguda (IRA):

Indicador Nº 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.

Respecto al indicador que se mide en el marco del proyecto que es la "práctica de buscar atención en un proveedor de salud en los casos de IRA", se encontró que de los casos de IRA identificados, en promedio el 60.0% de madres refirió que demandó los servicios de un proveedor de salud para atender a su niño o niña con IRA.

De otro lado, es importante considerar que estos resultados son referenciales dado que no se cubrió la muestra mínima esperada según el método de LQAs; por ende no es factible el análisis global y por áreas de supervisión.

Tabla Nº 18
Distribución de niños de 0 a 23 meses de edad con IRA que acuden en proveedor de salud por área de supervisión
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	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.	19	13	34	37	14	16	17	24	174	238	**73.1%**
	Muestra	21	14	37	39	22	26	38	41			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	13	9	23	24	14	16	24	25			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**			
Eval.	*Promedio redondeado*	60%										
	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.	2	5	5	6	3	8	6	7	42	70	**60.00%**
	Muestra	2	6	11	10	12	12	9	8			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	NA	NA	NA	NA	6	6	NA	NA			
	Cumple con la meta	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**SI**	**NA**	**NA**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia Py USAID/MCS II

Para asegurar su medición apropiada de este indicador en la evaluación final, se aplicará el criterio de reemplazo como se desarrolló en la LB.

Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño:

Indicador Nº E.7: % de niños de 0 y 12 meses de edad que tiene control de crecimiento y desarrollo para su edad.

La práctica de que los niños y niñas menores de 0 a 12 meses de edad cuenten con sus controles acordes al calendario de CRED según la norma del MINSA en la evaluación intermedia se encontró que en promedio el 66.37% de niños y niñas de este grupo de edad del ámbito del proyecto cumple con esta práctica. En relación con la LB se observa un incremento de 19.6 puntos porcentuales.

El desempeño según las áreas de supervisión muestra que el área de supervisión N° 6 que corresponde a comunidades del distrito de Campo Verde, Nueva Requena y Honoria del ámbito definido en el proyecto tienen un mejor desempeño en esta práctica en comparación a la LB, en la cual se encontraba la meta por debajo de la regla de decisión.

Mientas que el área de supervisión N°5 que corresponde a comunidades del distrito de Curimana y a un grupo de 4 comunidades de Campo Verde, se encuentran con cobertura por debajo de la regla de decisión, no habiendo mejorado desde el 2011. Así mismo, se observa que el área de supervisión N°4 que comprende las comunidades del distrito de San Roque de Cumbaza, Tres Unidos y Saposoa su cobertura de CRED en niños menores de 23 meses está por debajo de la regla de decisión, mostrando bajo desempeño en este periodo de intervención.

Tabla Nº 19
Distribución de niños de 0 a 12 meses de edad con control CRED por área de supervisión
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	50%										
	E.7: % de niños de 0 y 12 meses de edad que tiene control de crecimiento y desarrollo para su edad.	24	20	17	11	7	8	13	11	111	237	**46.8%**
	Muestra	36	27	35	27	28	32	24	28			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	13	10	12	10	10	11	9	10			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**	**SI**	**SI**			
Eval.	*Promedio redondeado*	70%										
	E.7: % de niños de 0 y 12 meses de edad que tiene control de crecimiento y desarrollo para su edad.	12	14	19	14	16	26	23	24	148	223	**66.37%**
	Muestra	16	20	31	28	32	34	30	32			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	9	12	18	16	18	19	17	18			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia Py USAID/MCS II

Además, en el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales, se encontró una p<0.01, lo que expresa que es estadísticamente significativo los cambios obtenidos en ambas mediciones.

En resumen, se concluye que si bien se da una tendencia creciente del acceso a control CRED en ámbitos del proyecto en 19.6 puntos porcentuales; el AS N° 5 que pertenece a la región Ucayali aun no muestra un desempeño aceptable en esta práctica. En el caso del AS N° 4 en la intervención se han presentado dificultades por la rotación de agentes claves del GL y equipos de salud en los distritos de San Roque de Cumbaza y Tres Unidos, situación que podría estar aportando al debilitamiento en la dinámica de trabajo comunitario y con las familias.

De otro lado, en razón del plan de M&E actualizado, este indicador tiene como meta al 2013 de lograr una cobertura de 55%, habiendo superado la meta global esperada llegando a 66.3%, pero si es necesario seguir trabajando en las AS N° 4 y 5 en la promoción de que los padres lleven a sus niños o niñas a su control de crecimiento y de desarrollo oportuno.

Vacunas al día en niños:

Indicador Nº E.8: % de niños entre 0 y 12 meses de edad que cuentan con todas sus vacunas para su edad

La cobertura de niños y niñas de 0 a 12 meses de edad que cuentan con todas sus vacunas calendario([20]) para su edad según el esquema nacional de vacunación del MINSA en la evaluación intermedia se encontró en 43.05%, observándose un ligero incremento de 1.7 puntos porcentuales en relación a la LB.

En relación al desempeño de esta práctica según áreas de supervisión se observa que el área de supervisión N°8 que no cumplía la meta según la regla de decisión en la LB ha alcanzado un mayor desempeño al 2013, mientras que el área de supervisión N°5 que corresponde a comunidades del distrito de Curimana y cuatro de Campo Verde no han tenido un buen desempeño con respecto a la LB y no alcanzan la meta según la regla de decisión.

Tabla Nº 20
Distribución de niños de 0 a 12 meses de edad que cuentan con todas sus vacunas por AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	45%										
	E.8 % de niños entre 0 y 12 meses de edad que cuentan con todas sus vacunas para su edad	24	16	14	12	9	10	11	2	98	237	**41.4%**

[20] Para este estudio se ha considerado las vacunas calendario a todas las que actualmente figuran en el esquema nacional. A diferencia de la ENDES que considera como "todas las vacunas a las básicas BCG, Sarampión, las tres de DTP y POLIO".

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
	Muestra	36	27	35	27	28	32	24	28			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	11	8	10	8	8	10	7	8			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**			
Eval.	*Promedio redondeado*	**45%**										
	E.8 % de niños entre 0 y 12 meses de edad que cuentan con todas sus vacunas para su edad	9	14	16	11	**7**	14	15	10	96	223	**43.05%**
	Muestra	16	20	31	28	32	34	30	32			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	5	6	9	8	10	10	9	10			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia Py USAID/MCS II

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales, se encontró una p=0.71, lo que expresa que no es estadísticamente significativo los cambios obtenidos en ambas mediciones.

En resumen, se concluye que si bien se da una tendencia creciente del acceso a vacunación en ámbitos del proyecto en 1.7 puntos porcentuales, es importante señalar que el logro de esta práctica se encuentra relacionada con condiciones que no son controladas por los padres de familia como el aseguramiento oportuno de insumos y biológicos en los EESS y la atención diaria (oportuna) en el EESS, que podrían estar influyendo en los resultados. De otro lado, el AS N°5 que pertenece a la región Ucayali aun no muestra un desempeño aceptable en esta práctica, situación similar a la práctica de control CRED, que deberá ser priorizado en la intervención educativa y de incidencia con los EESS local.

De otro lado, en razón del plan de M&E actualizado, este indicador tiene como meta al 2013 de lograr una cobertura de 50%, sin embargo, no se ha logrado la meta global esperada en el proyecto, siendo necesario seguir trabajando en todas las AS para alcanzar un mejor desempeño y poner mayor énfasis en el AS N° 5.

Acceso a Seguro Integral de Salud (SIS) en niños:

Indicador Nº E.9: % de niños pobres entre 0 meses y 23 meses de edad que están cubiertos por el seguro del MINSA.

En primera instancia en la evaluación intermedia se determinó que del total de familias con niños menores de 2 años el 64.9% se ubica en situación de pobreza. Mientras que en la LB el

nivel de pobreza de las familias encuestadas se encontraba en 71.5%, esto estaría expresando que se viene mejorando el aspecto económico de las familias del ámbito de intervención del proyecto por situaciones del sistema económico ajenos a la intervención del proyecto.

Luego se calculó en el grupo de familias en situación de pobreza el indicador definido en el proyecto "niños y niñas pobres que acceden a seguro MINSA" y se halló que solo el 42.57% tiene acceso al seguro integral de salud del MINSA, mientras que en la LB se encontró que el 84.8% de los niños y niñas calificados pobres accedían al SIS. Este comportamiento de tendencia decreciente de pobreza podría estar influyendo en la necesidad de las familias a tener vigente el acceso al SIS en el ámbito de intervención del proyecto o será necesario indagar que otros factores estarán influyendo en ello desde la oferta de este tipo de servicio.

A nivel de las áreas de supervisión se observa que en el AS N°1 la información es referencial dado que la muestra mínima de niños o niñas pobres no alcanza la muestra requerida según el método LQAs. El AS N°4 que cubre las comunidades de los distritos de San Roque de Cumbaza, Tres Unidos y Saposoa no han logrado la cobertura esperada según la regla de decisión.

Tabla Nº 21
Distribución de niños de 0 a 23 meses de edad pobres que cuentan con SIS por AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	85%										
	E.9: % de niños pobres entre 0 meses a 2 años de edad que están cubiertos por el seguro del MINSA.	21	12	29	29	27	30	28	30	206	243	**84.8%**
	Muestra	24	12	31	33	31	37	38	37			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados	18	9	23	24	23	27	28	27			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			
Eval.	*Promedio redondeado*	45%										
	E.9: % de niños pobres entre 0 meses y 5 años de edad que están cubiertos por el seguro del MINSA.	**7**	**12**	**10**	**4**	**12**	**12**	**13**	**16**	86	202	**42.57%**
	Muestra	**9**	**13**	**29**	**21**	**32**	**34**	**30**	**34**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados)	**NA**	**4**	**9**	**6**	**10**	**10**	**9**	**10**			
	Cumple con la meta	**NA**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia y LB del Py USAID/MCS II

Y en el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se pudo encontrar que alcanza una p< 0.01, lo que expresa que es estadísticamente significativos los cambios obtenidos en ambas mediciones.

En resumen, se concluye que la tendencia decreciente del acceso de niños y niñas pobres al SIS es significativa. Al respecto, es importante tener en cuenta que el acceso a este servicio de SIS depende de condiciones externas como el escasos o bajo nivel de mercadeo de la oportunidad para acceder al SIS, escasa información de la población sobre el beneficio de acceder a SIS, entre otros elementos que podrían estar restringiendo una mayor cobertura en los ámbitos de intervención del proyecto.

De otro lado, en razón del plan de M&E actualizado, este indicador ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

Identidad en niños:

Indicador Nº E.10: % de niños entre 0 y 23 meses de edad que cuentan con DNI.

En la evaluación intermedia se midió la proporción de niños en el rango de edad de 0 a 23 meses de edad que cuentan con Código Único de Identidad que es el documento base para identificar a la persona vía el Documento Nacional de Identidad (DNI) y se encontró que el 51.7% de niños y niñas cuentan con este documento de identidad. En relación con la LB que solo alcanzó el 24.7%, se observa un incremento en el desempeño a favor del derecho a la identidad de los niños y niñas en los ámbitos de intervención del proyecto.

A nivel de áreas de supervisión N°4 correspondiente a las comunidades de los distritos de San Roque de Cumbaza, Tres Unidos y Saposoa en San Martin, así como el AS N°8 correspondiente a las comunidades del distrito de Padre Abad en Ucayali se encuentran con cobertura por debajo de la meta según la regla de decisión, situación inversa al 2011 en ambas AS. Un elemento que estaría interviniendo en este indicador sería la presencia de población flotante en ciertos periodos del año, en especial en épocas de siembra o cosecha en la selva, dado que familias de otras regiones cercanas se instalan en las comunidades temporalmente y no tienen regularizado el tema de la identidad de sus hijos e hijas.

Tabla Nº 22
Distribución de niños de 0 a 23 meses de edad que cuentan con DNI por AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**25%**										
	E10: % de niños entre 0 y 23 meses de edad que cuentan con	12	10	15	13	13	11	5	5	84	340	**24.7%**

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
	DNI											
	Muestra	44	40	44	41	42	46	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**6**	**5**	**5**			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			
Eval.	*Promedio redondeado*	**55%**										
	E10: % de niños entre 0 y 23 meses de edad que cuentan con DNI	**22**	**27**	**19**	**13**	**25**	**25**	**17**	**13**	161	311	**51.77%**
	Muestra	**28**	**33**	**42**	**41**	**41**	**42**	**42**	**42**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	**12**	**13**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia y LB del Py USAID/MCS II

Además, se aplicó un análisis de comparación de proporciones de estos valores globales y se encontró una $p < 0.01$, lo que expresa que si es estadísticamente significativo los cambios obtenidos en ambas mediciones.

En resumen, se concluye que si bien se da una tendencia de mejor desempeño de la práctica de identidad en niños de 0 a 23 meses de edad en las comunidades de intervención del proyecto, un eje clave estaría siendo las acciones/campañas de identidad que los GL han venido desarrollando.

De otro lado, es importante que en las AS N°5 y 8 que no tienen avances importantes en esta práctica, se aborde en coordinación con los GL acciones para asegurar que los niños y niñas tengan la oportunidad de acceso a registro de su identidad.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador tiene como meta al 2013 de lograr una cobertura de 50%, la cual ha sido superada en 1.7 puntos porcentuales.

Acceso de niños y niñas a agua segura:

Indicador N° E.12: % de niños entre 6 y 23 meses de edad que consumen agua segura.

El reporte sobre la práctica de consumo de agua segura que consiste en que los niños y niñas consumen agua tratada vía técnica de cloración, SODIS o hervida. Se encontró que el 78.5% de niños y niñas si consume agua tratada, tendencia que muestra incremento en 5.5 puntos porcentuales en relación a la LB.

A nivel de áreas de supervisión se observa que el AS N°6 correspondiente a las comunidades de los distritos de Campo Verde, Honoria y Nueva Requena en San Ucayali se encuentran con cobertura por debajo de la regla de decisión, situación que persiste desde la LB.

Tabla Nº 23
Distribución de niños de 6 a 23 meses de edad que consumen agua tratada por AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**75%**										
	E.12: % de niños entre 6 y 23 meses de edad que consumen agua segura.	21	21	15	18	17	**11**	**12**	15	130	178	**73.0%**
	Muestra	21	21	23	25	22	24	21	21			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	13	13	14	16	14	15	13	13			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**	**SI**			
Eval.	*Promedio redondeado*	*80%*										
	E.12: % de niños entre 6 y 23 meses de edad que consumen agua segura.	**21**	**21**	**17**	**16**	**16**	**7**	**17**	**17**	132	168	**78.57%**
	Muestra	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	**14**	**14**	**14**	**14**	**14**	**14**	**14**	**14**			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia y LB del Py USAID/MCS II

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.22, lo que expresa que no es estadísticamente significativo los cambios obtenidos en ambas mediciones.

En resumen, se puede determinar que si bien se da un incremento de la práctica de consumo de agua segura en niños de 6 a 23 meses de edad en las comunidades de intervención del proyecto, un eje clave estaría siendo las acciones de movilización comunitaria para la realización de campañas informativas y sesiones demostrativas sobre las formas de tratar el agua para beber.

De otro lado, es recurrente la práctica negativa en el AS N°6 que no muestra avances desde la LB, siendo necesario que el equipo local evalué las limitaciones que no favorecen en la adopción de esta práctica y adopte estrategias más viables.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador tiene como meta al 2013 de lograr una cobertura de 75%, la cual ha sido superada en 3.5 puntos porcentuales.

4.1.3 Planificación Familiar

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 método de anticoncepción.

El porcentaje de Mujeres en Edad Fértil (MEF) o cuyas parejas sexuales utilizan algún tipo de método anticonceptivo (MAC) de tipo moderno o tradicional alcanzó el 50.16% según reportan las mujeres unidas y no unidas que fueron encuestadas. En relación a la línea de base, la presente evaluación reporta una disminución en 5.74 puntos porcentuales esta práctica.

En relación a las áreas de supervisión, los resultados de la evaluación intermedia muestran que el AS N° 1 sede Ayacucho, con intervención en los distritos de Acosvinchos y Luricocha, el AS N° 7 en Ucayali, con intervención en comunidades de los distritos de Irazola y Padre Abad y, el AS N° 8 Ucayali, con intervención solo en comunidades del distrito de Padre Abad, no han logrado un desempeño aceptable, se encuentran con meta por debajo de la regla de decisión. Mientras que, en la línea de base, todas las AS cumplieron la meta establecido según la regla de decisión. Los resultados en estos lotes reflejan una posible necesidad de mejorar las estrategias de educación e información masiva, así como explorar la oportunidad y calidad de la orientación y consejería en PF brindada por los EESS.

Tabla N° 24
Distribución de mujeres entre 15 y 49 años de edad que utilizan, o cuyas parejas sexuales utilizan actualmente, cualquier forma de anticoncepción por áreas de supervisión
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**60%**										
	E.13: % de mujeres entre 15 y 49 años de edad que utilizan, o cuyas parejas sexuales utilizan actualmente, cualquier forma de anticoncepción.	20	23	22	25	25	22	24	29	190	340	**55.9%**
	Muestra	44	40	44	41	42	46	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	20	18	20	19	19	21	19	19			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
EI	*Promedio redondeado*	**55%**										
	E.13: % de mujeres entre 15 y 49 años de edad que utilizan, o cuyas parejas sexuales utilizan actualmente, cualquier forma de anticoncepción.	**11**	22	26	23	17	27	**15**	**15**	156	311	**50.16%**
	Muestra	28	33	42	41	41	42	42	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	12	13	17	17	17	17	17	17			
	Cumple con la meta	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**			

Fuente: Reporte de evaluación intermedia y LB del Py USAID/MCS II

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.14, lo que expresa que no es estadísticamente significativa la situación obtenida en ambas mediciones.

En resumen, se puede concluir que el comportamiento de la práctica de uso de MAC en mujeres o sus parejas en las comunidades de intervención del proyecto ha disminuido. Las áreas de supervisión N° 1, 7 y 8 no han logrado un buen desempeño, dado que la meta en estas tres AS no han superado la regla de decisión. Entre posibles factores que estarían afectando logros de uso de MAC en zonas de Ucayali (zona de post erradicación de coca de Padre Abad) sería la migración poblacional por estadios, por lo que podría no mantenerse la población sensibilizada o informada en esta práctica.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador tiene como meta al 2013 de alcanzar una cobertura de 60%, la cual no se ha logrado, por el contrario se ha ampliado la brecha para cumplir esta meta en 9.8 puntos porcentuales.

Continuidad de MAC

Indicador Nº E.14: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que tienen continuidad de algún MAC.

El porcentaje de mujeres entre 15-49 años o sus parejas que tienen continuidad de algún MAC es de 90.41%. En relación a la línea de base, la presente evaluación reporta una disminución en 1.99 puntos porcentuales, mostrando una proporción menor en la práctica de continuidad de MAC en el ámbito de intervención del proyecto. En buena medida, estos resultados se vinculan a la información que las usuarias o sus parejas tiene respecto a los MAC que ponen en "tela de juicio" las creencias bioculturales como lo menciona un estudio sobre mitos y métodos anticonceptivos([21]).

[21] Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Mitos y Métodos Anticonceptivos. Lima, Perú. 2011.

En relación a las áreas de supervisión, todos lograron cumplir la meta esperada según la regla de decisión. No obstante, se reporta que el AS N° 1 de la sede Ayacucho no cumple con el mínimo de muestra, por lo cual, no se pudo calcular si cumple o no con la regla de decisión. De otro lado, las AS N° 2, 5,7 y 8 tienen una muestra por debajo del mínimo recomendado por LQAs, por lo cual su nivel de precisión es mayor al 10% de lo establecido en el muestreo.

Tabla N° 25
Distribución de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que tienen continuidad de algún MAC según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**95%**										
	E.14: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que tienen continuidad de algún MAC.	**15**	**18**	18	25	25	21	23	26	171	185	**92.4%**
	Muestra	19	22	20	25	25	21	24	29			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	16	19	17	21	21	18	21	25			
	Cumple con la meta	**NO**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			
EI	*Promedio redondeado*	**90%**										
	E.14: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que tienen continuidad de algún MAC.	7	15	23	20	14	24	15	14	132	146	**90.41%**
	Muestra	10	**15**	24	23	17	27	**15**	**15**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	NA	12	19	18	14	21	12	12			
	Cumple con la meta	**NA**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2013.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.13, lo que expresa que no es estadísticamente significativa la diferencia obtenida en ambas mediciones.

En resumen, se concluye que existe una tendencia decreciente sobre la continuidad de uso de MAC por mujeres o sus parejas en relación a la LB. Situación que en parte podría estar respondiendo a la necesidad de mayor esfuerzo de la oferta de servicios para mejorar las competencias del personal de los EESS del primer nivel de atención, en torno a brindar una mejor orientación y consejería respecto a la gama de MAC ofrecida en el MINSA.

De otro lado, en razón del plan de M&E actualizado, este indicador ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

Preferencia de MAC

Indicador Nº E.15: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que prefieren el MAC moderno que actualmente usan.

El porcentaje de MEF o cuyas parejas sexuales tienen preferencia por el MAC moderno que actualmente utilizan, alcanzó al 95.89% según reportan las mujeres encuestadas en la evaluación intermedia. En relación a la línea de base, la presente evaluación reporta un incremento en 5.09 puntos porcentuales.

A nivel de las AS se encontró que a excepción del AS N° 1([22]), el resto de AS lograron cumplir la meta sobre preferencia por los MAC modernos por encima de la reglas de decisión. No obstante, es importante tener cuidado con las AS N° 2, 5, 7 y 8 que tienen un tamaño de muestra por debajo de 19, siendo los valores solo referenciales dado que lo recomendable según la metodología de LQAs es tener una muestra mínima de 19 casos por lote.

Tabla N° 26
Distribución de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que prefieren el MAC moderno que actualmente usan según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**90%**										
	E.15: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que prefieren el MAC moderno que actualmente usan.	17	22	20	21	25	20	20	23	168	185	**90.8%**
	Muestra	19	22	20	25	25	21	24	29			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	15	18	16	20	20	17	19	23			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			
EI	*Promedio redondeado*	**95%**										
	E.15: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que prefieren el MAC moderno que actualmente usan.	9	15	24	22	16	25	15	14	140	146	**95.89%**
	Muestra	10	**15**	24	23	**17**	27	**15**	**15**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	**NA**	13	21	20	15	23	13	13			
	Cumple con la meta	**NA**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2013.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.07, lo que expresa que no es estadísticamente significativa la diferencia obtenida en ambas mediciones.

[22] El AS N° 1 en varios casos no aplica su medición porque no llega a cubrir el mínimo de muestra que se espera tener por AS.

En resumen, se concluye que existe una tendencia decreciente sobre la continuidad de uso de MAC por mujeres o sus parejas en relación a la LB. Situación que en parte estaría siendo afectada por limitaciones de la oferta de servicios respecto al perfil y competencias del personal de los EESS del primer nivel de atención, siendo débil la orientación y consejería respecto a la gama de MAC y de sus efectos colaterales que reducen el uso de métodos de PF con plena satisfacción.

De otro lado, en razón del plan de M&E actualizado, este indicador ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

Espaciamiento de embarazos

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

El porcentaje de madres que tuvieron un espaciamiento de embarazo de 3 años y más, alcanza el 70.09 por ciento que con respecto a la línea de base, la presente evaluación reporta un incremento de 3.89 por ciento en el ámbito de intervención directa del proyecto.

Todos las AS cumplieron con la meta según regla de decisión por área esperado, logrando un buen desempeño las AS N° 5 sede Ucayali (Campoverde, Nueva Requena y Curimaná) y N° 8 sede Ucayali (solo distrito de Padre Abad) a diferencia de la línea de base.

Tabla Nº 27
Distribución de nacimientos con espacio de por lo menos tres años uno de otro según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**70%**										
	E.16: % de nacimientos con espacio de por lo menos tres años uno de otro	20	18	26	21	**13**	18	20	**15**	151	228	**66.2%**
	Muestra	25	25	32	31	26	28	33	28			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	14	14	18	18	15	16	19	16			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**NO**			
EI	*Promedio redondeado*	**70%**										
	E.16: % de nacimientos con espacio de por lo menos tres años uno de otro	18	16	18	21	16	17	24	20	150	214	**70.09%**
	Muestra	21	21	31	26	28	29	29	29			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	12	12	18	15	16	17	17	17			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2013.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.38, lo que expresa que no es estadísticamente significativa la diferencia obtenida en ambas mediciones.

En resumen, se puede concluir que existe una mejora en el desempeño de este indicador con respecto a la LB. Situación que en parte estaría relacionado con la sensibilización de las mujeres y de sus parejas acerca de la importancia de tener un tiempo para recuperarse de un embarazo anterior, importancia para brindar cuidados y socialización del hijo anterior. La utilización de MAC permite aplazar la gestación por el período mínimo necesario (idealmente mayor a dos años), en este proceso, la orientación brindada por el personal de salud es primordial.

De otro lado, en razón del plan de M&E actualizado, este indicador ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

Consejería en Planificación Familiar

Indicador Nº E.17: % de mujeres entre 15 a 49 años de edad o cuyas parejas han recibido consejería en PF en los últimos 6 meses.

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que recibió consejería en planificación familiar[23], alcanzó al 60.39 por ciento según reportan las mujeres encuestadas en la evaluación intermedia. Este resultado muestra una disminución en 2.11 por ciento respecto a la línea de base (62.5 por ciento).

En relación al comportamiento de las áreas de supervisión, se tiene que el AS N° 7 sede Ucayali (distritos de Irazola, Tournavista y Padre Abad) no logró cumplir la meta según su regla de decisión. Igual situación ocurrió en la línea de base. Así también, el AS N° 5 sede Ucayali (distritos de Campoverde, Nueva Requena y Curimaná), tampoco logró cumplir con la meta para su regla de decisión, esto muestra un bajo desempeño de este indicador en esta área. Respecto a la línea de base, cabe señalar la mejora del desempeño del AS N° 8 sede Ucayali (solo distrito de Padre Abad).

[23] Se entiende como consejería, al hecho de que el personal de salud le haya brindado alguna información sobre métodos anticonceptivos.

Tabla Nº 28
Distribución de mujeres entre 15 a 49 años de edad o cuyas parejas han recibido consejería en PF en los últimos 6 meses según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**65%**										
	E.17 % de mujeres entre 15 a 49 años de edad o cuyas parejas han recibido consejería en PF en los últimos 6 meses.	33	36	26	29	26	26	**15**	**21**	212	339	**62.5%**
	Muestra	44	40	44	40	42	46	41	42			
	Regla de Decisión	23	21	23	21	22	24	21	22			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**			
EI	*Promedio redondeado*	**60%**										
	E.17 % de mujeres entre 15 a 49 años de edad o cuyas parejas han recibido consejería en PF en los últimos 6 meses.	24	30	24	24	**17**	25	**18**	24	186	308	**60.39%**
	Muestra	28	33	42	41	41	40	41	42			
	Regla de Decisión	13	15	19	19	19	18	19	19			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2013.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.57, lo que expresa que no es estadísticamente significativa la diferencia obtenida en ambas mediciones.

En resumen, este indicador refleja en dos áreas de supervisión bajo desempeño, siendo reiterativo el AS N° 7 y a nivel global no ha mejorado, situación que en parte sería por nudos críticos en la oferta de este servicio y el bajo interés por parte de las mujeres o de sus parejas en recibir consejería en PF, situación que estaría en parte vinculada con la calidad técnica del servicio y la calidez en el trato que aún tiene mucho margen para mejorar como lo mencionan algunos estudios [(24).]

De otro lado, en razón del plan de M&E actualizado, este indicador ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

[24] Planas M-E, Garcia P, Bustelo M, Cárcamo C, Martinez M, Ñopo H, MerinoM-F, Morrison A. Existen disparidades étnicas en la calidad de atención de los servicios de planificación familiar en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia y Banco Interamericano de Desarrollo. Perú, 2013.

Consejería en Planificación Familiar post parto

Indicador Nº E.18: % de mujeres entre 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 de su último hijo, alcanzó al 72.08 por ciento según reportan las mujeres encuestadas en esta evaluación. Este resultado muestra reducción de 4.62 por ciento con respeto a los hallazgos de la línea base.

Todas las áreas de supervisión lograron superar meta según su regla de decisión. Destacando el AS N° 3 que ha logrado mejorar su desempeño en comparación a la LB.

Tabla Nº 29
Distribución de mujeres entre 15 a 49 años de edad que han recibido consejería en PF después de dar a luz a su último hijo según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**80%**										
	E.18 % de mujeres entre 15 a 49 años de edad que han recibido consejería en PF después de dar a luz a su último hijo.	34	35	**25**	29	35	31	35	36	260	339	**76.7%**
	Muestra	44	40	44	40	42	46	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	30	27	30	27	28	31	28	28			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			
EI	*Promedio redondeado*	**75%**										
	E.18 % de mujeres entre 15 a 49 años de edad que han recibido consejería en PF después de dar a luz a su último hijo.	22	25	28	33	27	33	26	28	222	308	**72.08%**
	Muestra	28	33	42	41	41	40	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	18	21	26	25	25	25	25	26			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2013.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.17, lo que expresa que no es estadísticamente significativa la diferencia encontrada entre ambas mediciones.

En resumen, se observa que a nivel de las AS se ha mejorado el despeño, pero a nivel global no, esta situación tiene relación con lo mencionado en el indicador anterior, respecto a la necesidad de explorar los nudos críticos de este servicio y la necesidad de realizar ajustes en la calidad técnica de la consejería en PF, pero además, al seguimiento que el personal de salud debería realizar en las mujeres en período post parto.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador al igual que el anterior ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

4.1.4 Salud Materna

Atención Prenatal:

Indicador Nº 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 de su último 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 atenciones prenatales, alcanzó al 79.54 por ciento según reportan las mujeres encuestadas en la evaluación intermedia. En relación a la línea de base, la presente evaluación reporta un incremento en 11.34 por ciento en el ámbito de intervención del proyecto.

Este resultado se relaciona con los esfuerzos desplegados por la oferta de los servicios atención prenatal re-enfocada [25]. Adicionalmente, la cobertura del Seguro Integral de Salud-SIS en gestantes que incluye –entre otras atenciones- el control pre natal así como el financiamiento de medicamentos, insumos médico-quirúrgicos, materiales, servicios de apoyo al diagnóstico, hospitalización y la alimentación que recibe la madre durante los días que dure su atención. [26] Y desde la demanda la mayor información que se alcanza en la comunidad para acudir oportunamente a las atenciones prenatales.

En cuanto a las áreas de supervisión, se observa que el AS Nº 5 sede Ucayali (distritos de Campoverde, Nueva Requena y Curimana) continúa presentando una meta inferior a su regla de decisión (este mismo hallazgo fue reportado en la línea de base).

Tabla N° 30
Distribución de madres que tuvieron seis o más atenciones prenatales de su último hijo según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**70%**										
	E.19. % de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que tuvieron seis o más atenciones prenatales de su último hijo.	39	33	29	29	**23**	26	28	25	232	340	**68.2%**
	Muestra	44	40	44	41	42	46	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	25	23	25	23	24	26	23	24			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**			

[25] Es una atención integral que busca la participación de la gestante, la pareja y su familia en la preparación para el parto institucional, puerperio y cuidados de la/el recién nacida/o y no solo evaluación clínica de la gestante, incidiendo en promoción de la salud, prevención de las enfermedades, detección temprana de signos de alarma y manejo de enfermedades o complicaciones existentes.
[26] Extraído el 14.11.2014 de: http://www.sis.gob.pe/NotaPrensa/a_NotaPrensa.asp?idNoticia=303

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
EI	*Promedio redondeado*	**80%**										
	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 de su último hijo.	**26**	**29**	**39**	**35**	**24**	**28**	**31**	**29**	241	303	**79.54%**
	Muestra	**28**	**31**	**41**	**41**	**37**	**41**	**42**	**42**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	**19**	**21**	**28**	**28**	**25**	**28**	**28**	**28**			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia de Proyecto MCS II, 2013.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una $p<0.01$, lo que expresa que es estadísticamente significativa la diferencia obtenida en ambas mediciones.

En resumen, se observa a nivel global que ha mejorado el desempeño de este indicador, sin embargo, el AS N° 5 no ha mejorado en su desempeño con respecto a la LB, situación que amerita explorar los nudos críticos de la brecha aun no superada, que debe ser abordada en un esfuerzo conjunto con la oferta de servicios de salud y una mayor movilización comunitaria a favor de la promoción de las atenciones prenatales, entre las que se destaca la vigilancia comunitaria.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador tiene como meta al 2013 de alcanzar una cobertura de 75%, la cual se ha logrado, incluso se ha superado en 4.5 puntos porcentuales.

Atención de Parto

Indicador Nº E.20: % de niños entre 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 96.46 por ciento según reportan las mujeres encuestadas en la evaluación intermedia. En relación a la línea de base, la presente evaluación reporta un incremento en 8.2 por ciento en el ámbito de intervención del proyecto.

Este resultado estaría reflejando -en parte- el esfuerzo desplegado para el desarrollo de iniciativas que garanticen que las mujeres gestantes tengan acceso a los cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad (incluye los referidos a la atención al parto), promoviendo la organización de los servicios en redes de atención con criterios de accesibilidad oportuna y efectiva, incluida la atención con enfoque intercultural, por ejemplo: la atención de parto en posición vertical. [27]

[27] Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 598-2005. Aprueba "Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural".

El conjunto de todas las áreas de supervisión lograron superar la meta requerida por sus respectivas reglas de decisión, es decir, que en todas ellas se cumple la atención de nacimiento de los niños y niñas por parte de personal calificado.

Tabla N° 31
Distribución de niños entre 0 a 23 meses de edad cuyo nacimiento fue asistido por personal calificado según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**90%**										
	E.20: % de niños entre 0 a 23 meses de edad cuyo nacimiento fue asistido por personal calificado.	44	40	39	36	35	38	35	33	300	340	**88.2%**
	Muestra	44	40	44	41	42	46	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	35	32	35	32	33	36	32	33			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			
EI	*Promedio redondeado*	**95%**										
	E.20: % de niños entre 0 a 23 meses de edad cuyo nacimiento fue asistido por personal calificado.	**28**	**33**	**40**	**37**	**40**	**42**	**40**	**40**	300	311	**96.46%**
	Muestra	**28**	**33**	**42**	**41**	**41**	**42**	**42**	**42**			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	24	28	36	35	35	36	36	36			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2011.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una $p<0.01$, lo que expresa que es estadísticamente significativa la diferencia obtenida en ambas mediciones.

En resumen, se observa a nivel global que también se ha dado un buen desempeño de este indicador, que se ha mantenido en todas las áreas de supervisión. Situación que estaría correspondiéndose con el esfuerzo articulado de la red de servicios de salud con capacidad resolutiva y desde la demanda con la promoción y vigilancia comunitaria de gestantes para que acudan a la atención del parto institucional.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador tiene como meta al 2013 de alcanzar una cobertura de 90%, la cual incluso se ha superado en 6.4 puntos porcentuales.

Atención de Post parto

Indicador Nº 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.

El porcentaje de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que tuvo atención post parto por personal calificado, dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento del hijo menor, alcanzó

al 61.09 por ciento, según reportan las mujeres madres encuestadas en la evaluación. En relación a la línea de base, se observa una reducción de la cobertura de atención post parto en 15.11 por ciento en el ámbito de intervención del proyecto.

Este resultado estaría reflejando la necesidad de revisar las estrategias de la oferta de los servicios de salud para: i) el seguimiento estricto a las gestantes, a fin de asegurar que su parto sea atendido en el EESS con capacidad resolutiva para dicha función y ii) la identificación inmediata de puérperas cuyos partos fueron atendidos en domicilio.

En relación al comportamiento de las AS, tanto en la línea de base como en la evaluación intermedia, el AS N° 7 de la sede Ucayali (distritos Irazola y Padre Abad) y el AS N° 8 de sede Ucayali (solo distrito Padre Abad) no lograron la meta esperada según regla de decisión.

Tabla Nº 32

Distribución de madres que recibieron un control post-natal por parte de personal de salud calificado según AS

Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**80%**										
	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	35	38	34	35	**14**	**19**	259	340	**76.2%**
	Muestra	44	40	44	41	42	46	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	30	27	30	28	28	31	28	28			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**			
EI	*Promedio redondeado*	**65%**										
	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.	19	26	36	35	24	29	**11**	**10**	190	311	**61.09%**
	Muestra	28	33	42	41	41	42	42	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	15	17	22	21	21	22	22	22			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2013.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una $p<0.01$, lo que expresa que es estadísticamente significativa la diferencia obtenida en ambas mediciones.

En resumen, se observa a nivel global que este indicador no ha alcanzado un buen desempeño, persistiendo el bajo desempeño en las AS N° 7 y 8. Es posible que las estrategias de seguimiento descritas líneas arriba ameriten una revisión y ajuste desde la oferta de los servicios de salud. Por otro lado, es importante resaltar las limitaciones en la disponibilidad del

recurso humano en esta zona, dado que en su mayoría laboran 06 horas diarias, especialmente, el personal de puestos de salud (instalados en las propias comunidades), y por otro lado, es de recordar las huelgas prolongadas que acataron los trabajadores de salud en períodos previos a la evaluación intermedia en la región en general.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

Embarazo en adolescente

Indicador N° E. 22: % de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres o que están embarazadas por primera vez.

El porcentaje de madres adolescentes fue de 21.86 por ciento. Este porcentaje refleja una disminución en 1.04 por ciento el número de casos de mujeres adolescentes que ya son madres durante la encuestada aplicada en la evaluación intermedia.

Esta situación persiste por limitaciones/carencias de servicios de salud que reducen la oportunidad de acceso a las adolescentes a servicios integrales de salud en zonas rurales, que incluyan educación sexual y orientación en el uso responsable de métodos anticonceptivos modernos, entre otros. Diversos análisis en materia de prevención de embarazo adolescente, sugieren que su abordaje implica una intervención multisectorial y social que considere, mínimamente, a: i) la familia y comunidad organizada, ii) los propios adolescentes (líderes y organizaciones), iii) el sector salud, iv) el sector educación y, v) los diferentes niveles de gobierno ([28]).

La distribución por AS muestra que, tanto en la línea de base como en la evaluación intermedia, siete de AS no cumplen la meta esperada de acuerdo a su regla de decisión. El AS N° 1 es la excepción en mejorar su desempeño en tener un numero bajo de casos de madres adolescentes en la evaluación intermedia.

Tabla Nº 33
Distribución de adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**25%**										
	E.22: % de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres o que están embarazadas por primera vez.	**12**	**6**	**9**	**7**	**12**	**14**	**6**	**12**	78	340	**22.9%**
	Muestra	44	40	44	41	42	46	41	42			
	Regla de Decisión (igual o menor al número de casos esperados según la meta)	5	5	5	5	5	6	5	5			
	Cumple con la meta	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**			

[28] Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza-Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal, op cit, págs. 7 y 8.

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
EI	*Promedio redondeado*	**25%**										
	E.22: % de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres o que están embarazadas por primera vez.	3	**4**	**11**	**10**	**13**	**13**	**7**	**7**	68	311	**21.86%**
	Muestra	28	33	42	41	41	41	43	42			
	Regla de Decisión (igual o menor al número de casos esperados según la meta)	3	3	5	5	5	5	5	5			
	Cumple con la meta	**SI**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**			

Fuente: Evaluación Intermedia del Proyecto MCS II, 2011.

En el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se encontró una p=0.52, lo que expresa que no es estadísticamente significativa la diferencia obtenida en ambas mediciones.

En resumen, se observa a nivel global que este indicador ha mejorado ligeramente en su desempeño. Siendo critico en esta situación en las AS N° 2,3, 4, 5,6, 7 Y 8; con excepción del AS N° 1. Es posible que alguna intervención promovida desde el sector salud, educación y/o desde haya aportado a la mejora en la prevención del embarazo en adolescentes, será importante explorar que factores están influyendo en estos resultados del AS N° 1.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

Acceso a seguro de salud de madres

Indicador N° E. 23: % de mujeres pobres con cobertura de seguro de salud del MINSA

En la evaluación intermedia se determinó que 64.9 por ciento de las madres encuestadas del total de madres se encuentra en situación de pobreza. Mientras que en la LB el nivel de pobreza de las familias encuestadas se encontraba en 71.5%, esto estaría expresando que se viene mejorando el aspecto económico de las familias del ámbito de intervención del proyecto por situaciones del sistema económico ajenos a la intervención del proyecto.

Luego se calculó en el grupo de familias en situación de pobreza el indicador definido en el proyecto “mujeres pobres con cobertura de seguro MINSA” y se halló que solo el 80.2% tiene acceso al seguro integral de salud del MINSA, mientras que en la LB se encontró que era el 91.8% de madres calificados pobres que accedían al SIS. Esta situación al igual que el indicador de acceso a seguro en niños podría estar siendo influenciando por la condición económica o será necesario indagar que otros factores estarán influyendo en ello desde la oferta de este tipo de servicio.

A nivel de las áreas de supervisión se observa que en el AS N°1 y 2 la información es referencial dado que la muestra mínima de mujeres pobres no alcanza la muestra requerida según el método LQAs. El AS N°7 que cubre las comunidades de los distritos de Irazola,

Tournavista y Padre Abad (Ucayali) no han logrado la cobertura esperada según la regla de decisión.

Tabla Nº 34
Distribución de mujeres pobres que acceden seguro de salud según AS
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**95%**										
	E.23. % de mujeres pobres con cobertura de seguro de salud del MINSA	22	12	30	30	29	35	34	31	223	243	**91.8%**
	Muestra	24	12	31	33	31	37	38	37			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	21	**11**	26	28	26	31	32	31			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			
EI	*Promedio redondeado*	**80%**										
	E.23. % de mujeres pobres con cobertura de seguro de salud del MINSA	9	13	25	19	22	28	19	27	162	202	**80.20%**
	Muestra	**9**	**13**	29	21	32	34	**30**	34			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	NA	9	20	14	22	23	20	23			
	Cumple con la meta	**NA**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2011

Y en el análisis de comparación de proporciones de estos valores globales se pudo encontrar que alcanza una $p < 0.01$, lo que expresa que la diferencia de ambas mediciones es estadísticamente significativa.

En resumen, se concluye que el comportamiento decreciente del acceso de madres pobres al SIS es significativo. A nivel de las AS N° 1 y 2 la información es referencial, mientras que en el AS N° 7 se encontró un bajo desempeño a comparación de la LB. Esta situación podría estar generándose por nudos críticos en la oferta del SIS que no promueve la universalización del SIS en zonas rurales.

Y en razón del plan de M&E actualizado del proyecto, este indicador ya no ha sido priorizado para las evaluaciones, por ello se reporta de manera complementaria para conocimiento del caso.

4.1.5 Capital Social

La proporción de alto índice de capital social alcanzo el 16.03% en la evaluación intermedia. Mientras que en la línea base la proporción de alto índice de capital social se halló en 4.11%.

Esta situación estaría reflejando mejora de condiciones en el rol y protagonismo de los lideres/autoridades en la gestión comunal a favor de la promoción de prácticas saludables y de mejora en los entornos; mayor involucramiento de la población en las acciones movilizadoras a favor de la promoción de la salud; que se estarían reflejando en tres de las cuatro dimensiones de capital social.

La distribución por AS de la evaluación intermedia muestra que todas las AS cumplen con la meta esperada de acuerdo a su regla de decisión. Con respecto a la línea base los parámetros de proporción para el análisis se encuentran entre 10% y 95% por lo cual no aplicó el análisis.

Tabla Nº 35
Distribución de población encuestada según AS respecto a capital social
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**5%**										
	Capital social	3	5	0	4	1	1	0	0	14	341	**4.11%**
	Muestra	44	40	44	41	42	47	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			
	Cumple con la meta	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**			
EI	*Promedio redondeado*	**20%**										
		2	4	3	5	3	5	13	15	50	312	**16.03%**
	Muestra	28	33	42	42	41	42	42	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	2	2	3	3	3	3	3	3			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2011

En resumen, se concluye que el comportamiento creciente del alto índice de capital social tiene un mejor alcance a lo hallado en la LB, también se observa un buen comportamiento en todas las AS con relación a la regla de decisión.

Y en razón del plan de M&E actualizado, este indicador tiene como meta al 2013 de alcanzar una cobertura de 30%, la cual no se ha logrado, siendo necesario enfatizar a nivel de la capacidad colectiva.

4.1.5.1 Dimensión de Sentido de colectividad

El porcentaje de población (jefes de hogar o conyugue) con un alto índice de sentido de colectividad alcanzó al 44.8% en la evaluación intermedia. En relación a la línea de base, la presente evaluación reporta un incremento en 21.4 puntos porcentuales.

Esto estaría evidenciando que los líderes comunitarios y la población vienen mejorando en la concienciación por reconocer ser parte de las necesidades y alternativas de solución de los problemas de salud y otros de manera colectiva en la comunidad.

A nivel de las AS se encontró que a excepción del AS N° 1, el resto de AS lograron cumplir la meta sobre un alto compromiso de sentido de colectividad por encima de la regla de decisión. Con relación a la LB se observa que las AS N° 3 y 8 alcanzaron un mejor desempeño, por el contrario se observa que el AS N°1 ha decrecido su meta en relación a la regla de decisión.

Tabla Nº 36
Distribución de población encuestada según AS respecto a la dimensión de sentido de colectividad
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**25%**										
	Sentido de Colectividad	23	20	3	9	11	6	5	3	80	341	**23.46%**
	Muestra	44	40	44	41	42	47	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	5	5	5	5	5	6	5	5			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**			
EI	*Promedio redondeado*	**45%**										
	Sentido de Colectividad	7	14	16	16	13	22	27	25	140	312	**44.87%**
	Muestra	28	33	42	42	41	42	42	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	8	12	12	12	12	12	12	12			
	Cumple con la meta	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2011

En resumen, este indicador refleja en un área de supervisión un bajo desempeño, pero a nivel global ha mejorado el desempeño, situación que en parte sería porque desde el fortalecimiento de capacidades en líderes comunitarios se ha promovido la movilización social de toda la comunidad en los diagnósticos y planes comunales, influyendo en la toma de conciencia de la población sobre los problemas de salud que existe en la comunidad y de los

determinantes sociales presentes que estarían influyendo; así como del reto por ser parte de las soluciones en forma colaborativa.

4.1.5.2 Dimensión de capacidad colectividad

Respecto a esta dimensión se encontró que el porcentaje de población (jefes de hogar o conyugue) con un alto índice de capacidad colectiva ha decrecido a 14.01% en la evaluación intermedia.

Esto estaría evidenciando que algunos elementos de la dimensión como la integración de redes, la cooperación o capacidad para participar en diferentes espacios se ha reducido en las diferentes áreas de supervisión. Siendo critica la capacidad resolutiva en el AS N° 5, que corresponde a comunidades de distritos de Curimana, Nueva Requena, Tournavista o Campo Verde.

Tabla Nº 37
Distribución de población encuestada según AS respecto a la dimensión de capacidad colectiva
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**25%**										
	Capacidad Colectividad	17	14	8	11	13	12	2	2	79	341	**23.17%**
	Muestra	44	40	44	41	42	47	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	5	5	5	5	5	6	5	5			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**			
EI	*Promedio redondeado*	**15%**										
	Capacidad Colectividad	3	7	2	2	1	7	14	8	44	312	**14.10%**
	Muestra	28	33	42	42	41	42	42	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	1	1	2	2	2	2	2	2			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2011

En resumen, esta dimensión muestra un bajo desempeño a comparación del resto de dimensiones de capital social que aborda el proyecto. Siendo importante que se refuerce en los líderes de la comunidad una actitud proactiva y de apertura a involucrar a las familias en las decisiones comunitarias, generar bases para una promoción real de cooperación entre las diferentes organizaciones de base existentes en la comunidad.

4.1.5.3 Dimensión de eficacia colectiva

El porcentaje de población (jefes de hogar o conyugue) con un alto índice de eficacia colectiva llego a 40.38% en la evaluación intermedia. En relación a la línea de base, la presente evaluación reporta un incremento en 30.5 puntos porcentuales.

Esto estaría evidenciando que se ha mejorado la participación de la población en acciones comunitarias a favor de la mejora de entornos comunitarios como limpieza de calles, faenas para mejoras de casa comunal, centro de vigilancia comunal u otros, mostrando mayor cohesión por el progreso de la comunidad.

A nivel de las AS se encontró que solo el AS N° 1 no alcanzó la meta esperada de acuerdo a su regla de decisión. De otro lado, se observa un mejor desempeño de las AS N° 7 y 8, que en la LB no alcanzaron su meta de acuerdo a lo mínimo esperado en su regla de decisión.

Tabla Nº 38
Distribución de población encuestada según AS respecto a la dimensión de eficacia colectiva
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**10%**										
	Eficacia Colectividad	8	13	1	6	4	5	0	0	37	341	**10.85%**
	Muestra	44	40	44	41	42	47	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	1	1	1	1	1	1	1	1			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**			
EI	*Promedio redondeado*	**40%**										
	Eficacia Colectividad	6	15	13	12	10	18	24	28	126	312	**40.38%**
	Muestra	28	33	42	42	41	42	42	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	7	8	10	10	10	10	10	10			
	Cumple con la meta	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2011

En resumen, se debe explorar las condiciones sociales que están influyendo en las comunidades del AS N° 1 y que están limitando un buen desempeño. Se debe trabajar con el gobierno local para apoyar a estas comunidades en el fortalecimiento para lograr una mayor movilización comunitaria a favor de la ejecución de actividades plasmadas en su plan comunal. Así mismo, en todas las AS desde el GL se debe continuar fortaleciendo el liderazgo de la JVC en la gestión comunal a favor de acciones colectivas para legitimar y valorar su rol colectivo a favor de salud y los determinantes afines.

4.1.5.4 Dimensión de confianza social

El porcentaje de población (jefes de hogar o conyugue) con un alto índice de confianza social en la evaluación intermedia llegó a 51.9%. En relación a la línea de base, la presente evaluación reporta un incremento muy alto de 48.3 puntos porcentuales.

Estos resultados estaría reflejando que a partir del proceso de empoderamiento de los líderes de la JVC y otras autoridades desde las capacitaciones de fortalecimiento de capacidades en liderazgo y gestión comunal que se promueve desde el proyecto, se estaría promoviendo mayor comunicación y dialogo entre líderes y la población, generando mayor valoración en el rol y compromiso de los lideres/autoridades en la gestión a favor de la salud y sus determinantes del entorno, así como acercamiento a las necesidades de los ciudadanos.

A nivel de AS se observa dos ámbitos (N° 5 y 7), que corresponden a comunidades de Ucayali no han logrado la meta esperada con relación a su regla de decisión, a diferencia del resto de AS que si muestran un buen desempeño en esta dimensión de capital social. Con respecto a la línea no se aplicó este análisis debido a que la proporción global alcanzada se encontró por debajo del 10%, estando fuera de los parámetros de proporción de la matriz LQAs (rango entre 10% y 95%).

Tabla Nº 39
Distribución de población encuestada según AS respecto a la dimensión de confianza social
Evaluación Intermedia – Proyecto USAID/MCS II, 2013

Tipo de evaluación	Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de Decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
LB	*Promedio redondeado*	**5%**										
	Confianza Social	1	2	1	4	1	1	1	1	12	341	**3.52%**
	Muestra	44	40	44	41	42	47	41	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			
	Cumple con la meta	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**			
EI	*Promedio redondeado*	**55%**										
	Confianza Social	14	16	24	29	14	28	16	21	162	312	**51.92%**
	Muestra	28	33	42	42	41	42	42	42			
	Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	12	13	17	17	17	17	17	17			
	Cumple con la meta	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**	**SI**			

Fuente: Evaluación Intermedia y LB del Proyecto MCS II, 2011

En resumen, se debe explorar la dinámica comunitaria sobre las relaciones entre autoridades y ciudadanos de las AS N° 5 y 7, las potenciales situaciones de conflictos que estarían influyendo en el fortalecimiento de sus capacidades de cohesión social, reconocimiento mutuo y valoración de las autoridades comunales de turno. En estas zonas en particular incidir en mayor participación de la población en decisiones comunitarias, mayor dialogo entre otros.

4.2 RESULTADOS CUALITATIVOS DE PROCESO DEL PROYECTO

4.2.1 Logros en el escenario de familias saludables

A nivel del escenario de familias saludables se recogió los discursos de las familias vía grupos focales, destacando la participación de las mujeres. Los hallazgos se presentan en base a las opiniones y percepciones que ha significado los pasos para asumir los retos y los compromisos, para el análisis se ha organizado las recurrencias según las fases de promoción de la salud.

En las regiones de Ayacucho, San Martín y Ucayali, la mayoría de familias entrevistadas valoran la aplicación de pasos y uso de "tableros", refieren que les permite visualizar físicamente lo que desean llegar a ser o poseer en el futuro, haciéndoles recordar permanentemente sus anhelos y sueños. Las familias refieren que cuando no tenían esta herramienta (tablero de Visión de Familia Saludable) sus deseos de mejora se disipaban o variaban al transcurrir el tiempo, pues no se encontraban representados o ilustrados de manera tangible dentro del hogar.

En la ***fase de sensibilización*** se percibe que las familias de las diversas comunidades han identificado importante la "oportunidad/reto de cambio", manifiestan que la difusión y aplicación del tablero de "Visión de Familia Saludable" les ha permitido plasmar sus deseos respecto a los cambios que desean realizar en su entorno familiar, así como también, a la mejora de la adopción de sus prácticas saludables y de las relaciones de convivencia entre sus miembros. Se observa que la visión familiar ha sido plasmada a través de dibujos o de una redacción de la visión propiamente dicha, y constituye el paso clave de la fase de sensibilización y organización para ser una familia saludable.

En general, en las tres regiones del ámbito de intervención los deseos/visiones más recurrentes encontradas en los discursos de las entrevistadas fueron: contar con mejores servicios básicos, principalmente en el acceso a agua y saneamiento; tener viviendas más equipadas, manteniéndolas en condiciones de limpieza y orden; disfrutar de un entorno donde se fomente y ejerza una cultura de buena convivencia, valores y armonía; acceder a una educación de calidad, que permita que sus hijos logren ser profesionales; entre otros.

En la ***fase de planificación*** para ser una familia saludable, a través del uso del tablero de "Diagnóstico y Autoevaluación", las familias valoran su uso por cuanto les ha permitido identificar los aspectos que les faltaban por mejorar. En la mayoría de casos entrevistados reconocen que el ejercicio de identificar sus problemas les ha permitido luego construir sus compromisos de cambio, reiterando la importancia de las herramientas: "Tablero de Compromisos para ser una Familia Saludable" y "Normas de Convivencia".

> *"Para nosotros es como una guía para salir adelante…, y el vecino también ve lo que estoy practicando…, todos debemos cumplir en hacer mejoras."*
> *(Grupo Focal de Bonilla – San Martín)*

En la elaboración de compromisos por la familia se encontró un hallazgo positivo que es el rol de los hijos e hijas de las familias como agentes motivadores tanto para elaborar la visión, como para aplicar los otros tableros para ser una familia saludable y adoptar los compromisos de cambio. Cabe subrayar que en las regiones de Ayacucho y Ucayali en donde se resalta la condición de analfabetismo -fundamentalmente en la población de mujeres- la participación de los hijos ha sido uno de los factores facilitadores de la participación de las familias.

> *"…el hijo más grande ayudó. Si nosotros no podíamos, él se daba cuenta… y decía: hagamos esto conmigo, esto falta, decía mi hijo" (Grupo Focal de Acosvinchos, Colpa – Ayacucho).*

Otro elemento facilitador en la fase de planificación fue la participación del personal de EESS, quienes también fueron referidos como parte del soporte para que las familias apliquen sus herramientas.

En la ***fase de ejecución***, caracterizada por la ejecución de los compromisos asumidos, se identificó que la mayoría de las familias valoran la aplicación del tablero de "Compromisos para ser una Familia Saludable" por cuanto les permite saber en qué medida los compromisos de cambio que han decidido adoptar están cumpliendo. Valoran que los compromisos son observados por todos los miembros del hogar, sirviendo como un recordatorio permanente acerca de las fechas o período en el cual deben ejecutarse. En esta misma fase, el tablero de "Normas de convivencia" es valorado por las familias en la medida que lo asocian con la puesta en práctica de valores y reglas de convivencia, ayudándoles a generar un ambiente de mayor armonía y felicidad para todos sus miembros. Además, las familias han referido que dichas herramientas sirven de recordatorio para todos los miembros del hogar respecto a los acuerdos consensuados para vivir en un entorno de mayor unión y "limpio/ordenado".

Entre las acciones de cambios o mejoras que refieren haber realizado en forma recurrente, destacan: construir espacios propios para padres e hijos dentro de las viviendas (separación de dormitorios); practicar el lavado de manos con mayor frecuencia tanto antes como después de comer e ir a los servicios higiénicos; llegar a disminuir los episodios de violencia y/o discusiones entre las parejas o con los hijos e hijas; prohibir el consumo de alcohol por parte de algún miembro del hogar. Un elemento importante que mencionan sobre los compromisos cumplidos es el hecho de que lo han realizado con los propios recursos de las familias y con "voluntad". No obstante, la escasa posesión de recursos económicos de algunas familias, ha sido el factor material más limitante señalado por un grupo de las familias consultadas en las tres regiones.

En las tres regiones de intervención, las familias destacaron la participación de las JVC y de los EE.SS., quienes se visualizan como agentes articuladores y facilitadores para realizar una serie de eventos y acciones destinados a mejorar la salud de la población, tales como: Las charlas, sesiones educativas, visitas domiciliarias, sesiones demostrativas, entre otras actividades. Estas actividades facilitaron que las familias comprendan y reflexionen mensajes

que ayuden a adoptar prácticas y estilos de vida saludables y, mejorar sus entornos, implementando iniciativas desde su propia decisión.

En las tres regiones del ámbito de intervención, un factor que interviene en el cumplimiento de los compromisos de las familias es la división del trabajo entre las parejas, el cual está marcado en virtud de la diferencia de roles de género. En algunos casos, esta posición limitó la adopción de responsabilidades compartidas entre hombres y mujeres. Este hecho se vincula con la presencia de ciertos rasgos de una cultura machista dentro de la estructura familiar y comunitaria de las tres regiones consideradas, lo que incidió en la delegación de tareas y roles entre varones y mujeres del hogar.

> *Mi esposo me apoya, en las cosas de hombres. Él hace la repisa, todo lo que es de hombres, él hace la división de los cuartos. Sí, me apoya.*
> *(Grupo Focal de Nueva Tunuya - Pucallpa)*

En este proceso de adopción de cambios, resaltan algunas particularidades a nivel de las regiones de intervención, tales como:

- En la región Ucayali, un grupo minoritario de familias no considera necesario o prioritario el hervir o tratar el agua para consumo, resultándoles una acción extraña, ajena; por el contrario, asociaron esta práctica con ciertos cambios en las propiedades del agua, tal como su sabor y/u olor.

  > *"Yo, a mis hijos les digo que tomen agua hervida. Yo no tomo, tiene otro sabor, es feo.*
  > *¿Por qué?...Porque ya somos adultos, ¡para que ya!"*
  > *(Grupo Focal de Mariscal Cáceres - Pucallpa)*

- En la región San Martín, es importante remarcar la proactividad de la mayoría de las familias, en las que se ha evidenciado la disposición para hacer partícipe a otras familias para que logren ser saludables, generándose una estrategia de influencia de pares, con quienes compartieron sus conocimientos y experiencias adquiridas. En este proceso se identificó que algunas mujeres vienen apoyando o aconsejando a otras madres en relación a ciertas tareas que las familias saludables deben de cumplir.

- En la región Ayacucho, una muestra de la mediación del componente cultural de las familias es el ejercicio de la práctica de respeto a las autoridades, expresado en el prestigio y reconocimiento, así como la persistencia de trabajo "cooperativo-cohesión", quienes han influido positivamente en las familias que optaron por convertirse en saludables y han influido para que otras familias opten por ser saludables.

  > *"En mi casa, por el hecho de haber escrito (compromisos/normas de convivencia) tengo que cumplir, y si en algún momento me olvido, pues mi hijo me dice: ¿Acaso no has visto el tablero?, y en vez de renegar me da risa. Tengo recelo en resondrar al niño, y a mi esposo ya no le respondo, ya no hay groserías. Cuando me altero, mi hijo mayor me dice: recuerda el tablero y me hace cambiar de estado de ánimo, de la rabia a la risa."*
  > *Grupo Focal de Acosvinchos, Colpa – Ayacucho)*

Respecto a la ***fase de autoevaluación***, en las tres regiones de intervención del proyecto USAID MCS II las familias muestran una progresiva interiorización que los compromisos

asumidos deben de ser cumplidos adecuadamente, aun cuando su óptima ejecución implique algún retraso en lo programado.

Finalmente, si bien la capacidad de auto reflexión de las familias en las diferentes regiones mostró progresos gracias al interés de sus propios miembros, a la asistencia técnica del personal de salud, a la motivación de las JVC y a la participación de los GL; queda en evidencia que dicha capacidad representa un proceso paulatino el cual debe de seguir siendo reforzada para lograr su adopción en el proceso de cambio que emprende cada familia. De las referencias recogidas por las familias participantes, uno de los retos más significativos es la erradicación de la débil cultura de auto evaluación. Este reto se acentúa en la región Ucayali, donde se identificó que si bien las familias llegan a formular sus instrumentos de gestión, algunas de estas no logran realizar el proceso de evaluación respecto al cumplimiento de sus compromisos o mejoras.

4.2.2 Logros en el escenario de comunidad saludable

En este escenario se recogió los discursos de los líderes de las Juntas Vecinales Comunales (JVC) vía grupos focales en cada comunidad seleccionada. Los hallazgos se presentan en base a las opiniones y percepciones sobre lo que ha significado para ellos asumir los retos y los compromisos de cambio en la gestión comunal a favor de la promoción de prácticas saludables y mejora del entorno comunitario a favor de la salud de las familias. Para el análisis se ha organizado las recurrencias más significativas siguiendo las fases de promoción de la salud.

En las tres regiones de intervención del proyecto, se reconoció que las acciones de la ***fase de sensibilización/organización*** para tener una comunidad saludable facilitó el posicionamiento de las autoridades comunales vía la organización de la Junta Vecinal Comunal (JVC), generando en los líderes y en la población en general, una nueva concepción de organización comunitaria que aborda el desarrollo desde una mirada integral (no solo circunscrita al tema de salud). Además destacan su reconocimiento por su gobierno local, como un "acercamiento", "oportunidad" para trabajar con sus autoridades municipales y en otros casos opinan que el reconocimiento municipal es un respaldo a su gestión.

En los discursos de los integrantes de la JVC se observa de manera recurrente una nueva concepción y actitud por la mejora de la comunidad; también se observa la valoración de la participación de la mujer dentro de la organización comunitaria (JVC). Sobre esta referencia, se observa un mayor grado de avance en la región San Martín, en donde las mujeres lograron posicionarse en diferentes cargos de la JVC y asumir funciones no solo de apoyo, sino también, responsabilidades en el nivel directivo. En la región Ayacucho, se identificó que muchos hombres conciben que las mujeres sean más responsables con la administración del dinero, por lo que el cargo de tesorera de la JVC fue reconocido como uno de los más idóneos para ellas. No obstante, y aunque en menor medida, también se ha referido su participación en actividades directivas.

"Nombramos como presidenta a una mujer que lidera muy bien, es muy apreciada, inclusive le dicen "la madre" (risas) porque es accesible, porque tiene un carácter, que manda y se le obedece. La gente, a veces, no actúa bien, y ella reclama y ubica a los demás."
(Grupo Focal de Bonilla – San Martín)

En las regiones de Ayacucho y Ucayali, las JVC son apreciadas en la medida que simbolizan a la organización formal de las comunidades, al contar con dirigentes elegidos democráticamente y que tienen por función representar a la comunidad y velar por sus intereses.

En la región Ucayali, se llegó a evidenciar en algunos casos una baja valoración respecto a las JVC, aduciendo algunas experiencias de administraciones comunales que no utilizaron de manera adecuada sus recursos y/o que aprovecharon su cargo directivo comunal.

Respecto a la ***fase de planificación***, las JVC de las tres regiones declararon que el Diagnóstico y Plan Comunal son herramientas que les permite conocer aspectos básicos y concretos de sus poblaciones (condiciones materiales o de infraestructura de las comunidades): cuántos niños y niñas existen, la cantidad total de familias en la comunidad, los recursos naturales con los que cuentan la comunidad, sus principales necesidades, entre otros. Resaltan que los datos pueden ser utilizados por la directiva comunal para exigir o presentar iniciativas frente a sus gobiernos locales o establecimientos de salud principalmente.

"El diagnóstico nos sirve para saber cuántos niños, tenemos cuántas familias tenemos. Para saber si cada año estamos avanzado algo o lo niños están menguando en desnutrición o en qué estado están." (Grupo Focal de Margaritas - Pucallpa)

De otro lado, el plan comunal es percibido como una herramienta que simboliza la legitimidad de las cosas que se desean hacer en la comunidad (necesidades o problemas sentidos), permitiendo priorizar y organizar de forma coherente aquellos objetivos comunales.

"Para mí, el plan comunal es muy importante para saber qué trabajar en los meses de enero, febrero, marzo..., y con quién trabajar, es un material adecuado, para ver si cumplimos o no cumplimos y eso tiene bastante valor." (Grupo Focal de Lamas – San Martín)

En Ucayali, aun cuando el total de los dirigentes entrevistados mostraron una buena opinión sobre el diagnóstico comunitario como instrumento que les ayuda a mejorar su gestión comunal, se observa que parte de los líderes de las JVC describieron las características de ambos instrumentos de manera poco específica, requiriendo fortalecer sus capacidades en el manejo del diagnóstico y el plan comunal.

En Ayacucho, la valoración de la utilidad e importancia del diagnóstico y plan comunal se basa en la realización de acciones no remuneradas económicamente, que han implicado la participación progresiva de la comunidad. Sin embargo, en algunas comunidades, aún se identificó un conocimiento parcial respecto a los beneficios que la planificación comunitaria conlleva en el mediano y largo plazo.

"Y ¿por qué creen que les fue difícil al inicio?
Porque recién nos estábamos organizando y la gente no estaba conforme de trabajar gratis porque decían que era perder el tiempo y eso era difícil. Pero, ahora, ya nos hemos acostumbrado y sabemos cuándo nos toca hacer nuestro trabajo"
(Grupo Focal de Antarumi, Iguaín – Ayacucho)

Entre las principales dificultades presentadas al momento de elaborar y actualizar sus herramientas de gestión comunal, destacan la frágil cultura de planificación, evidenciándose en la dificultad para articular esfuerzos, priorizar sus necesidades. En las regiones de Ayacucho y San Martín se llegó a identificar como principal dificultad, la comprensión inicial del proceso de planificación, que posteriormente cambio según observaba su utilidad en la gestión comunal.

"Ha sido un poco difícil para entender, porque como eres nuevo hay preguntas parecidas, y respondías con las mismas (respuestas), y tenías que borrarlas y corregirlas..." (Grupo Focal de Bello Horizonte– San Martín)

En la región Ucayali, las dificultades identificadas por parte de sus dirigentes se encuentran vinculadas, principalmente, a la no disponibilidad de familias para brindar los datos que requieren, ya sea por la ausencia de las mismas o por la desconfianza o negativa de estos al momento de brindar algún tipo de información sobre sus familias.

"Las madres dicen: ¿para qué tanto (preguntas), qué me estas vendiendo? O cuando vas, no les encuentras, y encuentras solo a los chibolitos..., a ellos, qué les vas a preguntar, y tienes que regresar otra fecha."(Grupo Focal de Dos de diciembre - Pucallpa)

En la ***fase de ejecución***, de manera general, los actores entrevistados refirieron una valoración positiva respecto al trabajo que realizan los dirigentes de las JVC. De lo manifestado por pobladores y líderes de las tres regiones, el acompañamiento del personal de salud y la capacitación a través de talleres para fortalecer sus competencias, fueron actividades importantes para generar los espacios de planificación e implementación de acciones conjuntas entre JVC y población.

Un grupo mayoritario de familias entrevistadas, manifestaron su respaldo hacia sus dirigentes por el cumplimiento de estos planes, destacando algunas actividades que -por su naturaleza- han promovido un mayor trabajo articulado entre JVC y pobladores, tales como: participación en las faenas comunales, asistencia a charlas de capacitación, movilización ante las autoridades locales para solicitar algún apoyo.

En el proceso de cambio también destacan las JVC de las diferentes regiones su rol en la vigilancia comunal de las prácticas de cuidado de salud de la madre y del niño en cada comunidad; los líderes valoran el trabajo coordinado y la participación frecuente del personal de los EE.SS.; en un grupo de comunidades destacan el apoyo de los agentes comunales de salud en esta tarea periódica.

"La vigilancia es importante porque nos permite ver el cumplimiento de sus compromisos, buena alimentación, higiene y damos consejos, están cumpliendo casi al 100%. Es importante para ser diferentes a las otras comunidades."
(Grupo Focal de Acosvinchos, Colpa– Ayacucho)

"Se ha avanzado un 80% del plan y esto se ha realizado gracias al apoyo del centro de salud. Ha habido un cambio en las familias saludables, las familias están teniendo su depósito donde van a recoger las basuras, y en cada casa que haya; que se instale los tachitos con un huequito para que salga el agua, se está pensando en costales".
(Grupo Focal de JVC Tanger – San Martin)

La junta vecinal recibe el apoyo de la enfermera del centro de salud, visita las casas, ve que esté limpio, tiene que hacer su baño. Da charlas a la comunidad, gestiona la salud.
Con ella nos apoyamos, con la enfermera, nosotros la junta la acompañamos casa por casa; si tú le encuentras mal, se le enseña se le habla; se le corrige y así se hace las cosas. La enfermera viene a reunirnos para recibir las charlas y de todo eso aprendemos. El presidente hace el acompañamiento.
(Grupo Focal de Chambira – San Martín).

No obstante, se aprecia que la ejecución de estos planes comunales no se ha desarrollado de forma homogénea a nivel de las tres regiones. En las regiones de Ayacucho y Ucayali se manifestó que el avance fue menor en comparación a lo declarado por los representantes de las JVC de la región San Martín. Este hallazgo podría deberse a la coyuntura de mayor inestabilidad política y menor grado de involucramiento tanto de la propia población como de sus dirigentes.

Las familias también reconocieron el rol de la JVC en el seguimiento a las familias para que logren cumplir sus compromisos asumidos en sus tableros familiares, principalmente se destaca esta situación en la Región San Martin.

En la mayoría de los ámbitos de intervención se identificó que hay una buena valoración al trabajo de las JVC, la cual está en función a la percepción del éxito (efectividad) de su gestión, reflejada en: seguimiento (visitas) a las familias, movilización para trabajos comunales, realización de obras de diversa índole para el beneficio de sus comunidades. Esta percepción influye en la motivación o restricción del involucramiento de las personas en la ejecución de las actividades planificadas con el liderazgo de las JVC.

"Si, en cada actividad debe haber un 70%. Pero en lavado de manos debe haber un 90%, en los proyectos que hemos pensado están en el 80% en cada uno tiene su porcentaje variable, por actividades. En la basura que había en la orilla del rio, eso estamos en 95% y eso que dijimos que boten su basura por arriba, nosotros a esas personas anotamos su nombre y le decimos que deben botar su basura en el carro recolector, puedes gastar tres soles al mes y no gastar en combustible".
(Grupo Focal de Bello Horizonte –San Martin)

"No hemos avanzado al 100%, es un 80% de avance/ 70% estamos en proceso de avance/hay actividades consideradas como fáciles como biohuertos, cocinas mejoradas que ahora tenemos todos/charlas y capacitaciones/capacitación para brindar mejores condiciones a los niños en temas de salud/consumos de agua clorada, pero ya hicimos las gestiones para tener agua clorada ahora/pero este año culminaremos como sea todo lo propuesto/lo más sencillo también fue la plantación de pino/mantenimiento de agua potable/mejoramiento de ganado/en salud tenemos tachos en la comunidad, microrellenos campañas/hemos solicitado al municipio sobre la ampliación de fecha para el recojo de basura y han cumplido".
(Grupo Focal de JVC Colpa - Ayacucho)

La motivación y la voluntad por cambiar paulatinamente las condiciones actuales de vida y brindar con ello un mejor futuro a sus hijos, fueron los elementos facilitadores más resaltantes expresados en las tres regiones intervenidas. Otro elemento ha sido e compromiso de los líderes, en los casos de mayor involucramiento han logrado cambios. En otros casos identifican un elemento facilitador a las visitas guiadas de unas JVC hacia otras, que mostraron un mejor desempeño y manejo de la gestión comunal. Poniendo en marcha y comprobando así, uno de los conceptos claves y estructurales de la Teoría Social Cognitiva, el cual corresponde al aprendizaje observacional ([29]).

> *Porque muchos otros tenían en su mente y no ha podido ejecutar y agradezco a la población que me ha respaldado a veces me da pena dejar el cargo y viene otro y no puede seguir y no es que deje del cargo y vamos a decir aparte yo dejo el cargo no es que voy cuestionar y yo me siento contento de haber trabajado algo por mi pueblo y a ver logrado. (Grupo Focal de Nueva Tunuya -Pucallpa)*

En el proceso de presupuesto participativo, la participación de la JVC tuvo como base el reconocimiento otorgado por sus respectivas municipalidades y el respaldo que les brinda el personal de salud.

La participación de la población en el proceso de gestión comunal liderado por la JVC aún es un proceso gradual y variado. La voluntad por participar en la estrategia de comunidad saludable y en las acciones de mejora comunal influye en la ejecución de los planes comunales. De otro lado, se identificó como otro factor interviniente a la voluntad política, que puede ser positivo o negativo según la persona que asume el cargo (rotación de autoridades en el nivel comunal o local), así también, a los limitados recursos con los que cuentan algunas instituciones públicas para brindar apoyo a las comunidades.

> *"La principal limitación es el cambio de autoridad. Este año, pensábamos tener el centro de inicial y el comedor, pero eso prácticamente ha quedado frustrado por cuanto el alcalde ya salió"*
> *(Grupo Focal de Pueblo Libre - Pucallpa)*

Una particularidad, corresponde a la región Ucayali, en donde se hizo referencia a un menor grado de cohesión social y empoderamiento de líderes comunales. Al parecer, esta percepción se expresa porque algunas familias no asuman plenamente el ejercicio de prácticas saludables. Así mismo, el acompañamiento del personal de salud de los EESS tiene una participación variada en el apoyo/acompañamiento a las JVC.

> *"Yo sé que el plan no se ha logrado totalmente, pero, qué significaría para nosotros cumplir con todas las actividades y a eso queremos llegar, a que se cumpla lo que está plasmado en el plan y de esa manera sería otra vida."*
> *(Grupo Focal de Pueblo Libre- Pucallpa)*

En Ayacucho, identifican como una limitante para lograr cambios en la comunidad la participación variada debido a "falta de tiempo" de la población por motivos estrictamente laborales, lo que estaría limitando su dedicación a la ejecución y cumplimiento de las actividades planificadas en comunidad.

[29] Los modelos o pautas de comportamiento son imitados por una población de forma más sencilla cuando las propias personas tienen la posibilidad de observar dichas pautas culturales o estilos de comportamiento en comunidades con similares condiciones y realidades a la suya (Schunk, 1987).

En la ***fase de autoevaluación,*** se recogieron hallazgos respecto a la percepción de la mejora de entornos y prácticas saludables. Al respecto, en las tres regiones del ámbito de intervención se refirió la percepción de haber disminuido los casos de niños y niñas con episodios de diarreas o con desnutrición, así también, refieren que han mejorado sus entornos (recojo de basura, animales en corrales, etc.).

> *"Nos quedan pocas familias para terminar porque ya no tenemos niños desnutridos, no hay infecciones...nosotros nos hemos reunido y mayormente hemos hecho charlas como del lavado de manos porque no es meter la mano y lavar tiene un paso también entonces hemos enseñado los pasos a seguir de igual manera hemos dado charlas para tomar agua hervida y segura y eso es un logro de lo que hemos cumplido... Ahora es salud hemos avanzado el 80% por ejemplo tomamos agua hervida agua tratada y agua clorada y la gente está sensibilizada más que nada los niños entonces sentimos que hemos avanzado en salud.*
> *(Grupo Focal de JVC Antarumi - Ayacucho)*

Otro punto identificado en la fase de autoevaluación corresponde a los logros alcanzados a través de la aplicación de la metodología de comunidades saludables y de sus instrumentos de gestión respectivos. En los discursos de los dirigentes y líderes de diversas comunidades se halló que el diagnóstico y el plan comunal son las principales herramientas que han propiciado una conciencia crítica sobre los factores que posibilitan y limitan la puesta en marcha las iniciativas de desarrollo comunal, el tipo de necesidades que son prioridad para la comunidad y las consecuencias de alcanzar o no las metas programadas en el plan comunal.

> *Sí, porque los datos se establecen y son importantes porque nos da cuantas mamas gestantes, lactantes y los niños en problemas, con la información nos permite tomar decisiones.*
> *(Grupo Focal de JVC Curimana-Ucayali)*

En el caso de la *región Ayacucho*, se llegó a estimar que la revisión de los planes comunales fue propicia para generar un análisis participativo, al convocar a la población a asambleas comunales, compartirles los resultados de la gestión y obtener aportes al respecto. En cuanto al rol del EE.SS en dicha revisión, se distingue una valoración positiva, por cuanto se establece un trabajo conjunto con los líderes, dirigentes comunales y población en general.

> *Siempre nos juntamos y estamos diciendo como estamos y estamos viendo que se a hecho y que se ha logrado entonces ahí vemos lo que hemos logrado y lo que no hemos logrado hasta incluso lo que hemos retrocedido un poco entonces ahí vemos que tenemos que mejorar y cambiar de estrategia y seguir.*
> *(Grupo Focal de JVC Quispicancha-Ayacucho)*

En la *región Ucayali*, los dirigentes y líderes comunitarios refieren un escenario diferente, por cuanto en algunas comunidades, las reuniones de evaluación no se realizaron con una periodicidad regular. Este hallazgo no propició desarrollar una mayor reflexión de las JVC respecto al avance logrado.

> *"Más antes hemos tenido reuniones, pues hará hace unos tres años, yo te voy a decir un promedio de 3 años hemos hecho en el pueblo, en la escuela, con el pueblo se ha conversado y no querían...Pero si se ha trabajado hace tiempo"*
> *(Grupo Focal de JVC Sarita Colonia – Ucayali)*

En la *región San Martín* es donde se ha logrado percibir un mayor grado de espacios de autoevaluación/reflexión por parte de sus autoridades y población en cuanto a sus retos futuros y metas a conseguir. Un elemento facilitador ha sido el mayor apoyo/seguimiento de los agentes del gobierno local y personal de salud en los ámbitos de Saposoa, Picota y Pongo de Caynarachi.

> *"Con las actividades que no se han realizado, ¿Qué hacen?*
> *R: Nos preguntamos, por qué no podemos lograrlo, por qué… si no es cosa de presupuesto sino de mano de obra, entonces se puede realizar, hagámoslo, póngase en la cabeza que lo vamos a logra y así será…"*
> *(Grupo Focal de San Regis – San Martín)*

Finalmente, la mayoría de los discursos recogidos hacen mención que los anhelos de superación se dan en dos lados: i) por un lado se presenta la necesidad de superación de las necesidades básicas (acceso de agua potable y servicio de alcantarillado, contar con educación de calidad, adecuada lotización de las propiedades comunales, mejora en la atención del servicio de salud); ii) por otro lado, aquella necesidad manifiesta de querer involucrar a una mayor parte de la población en los aspectos de gestión comunitaria para precisamente lograr cubrir y superar dichas necesidades, así como para lograr incrementar el ejercicio de las prácticas saludables y el cuidado del entorno comunitario.

4.2.3 Logros en el escenario de municipio saludable

En este tercer escenario se recogió los discursos de las autoridades y funcionarios de los gobiernos locales, así como del personal de salud vía entrevistas a profundidad y de líderes de las Juntas Vecinales Comunales (JVC) vía grupos focales en ámbitos seleccionados. Los hallazgos se presentan en base a las opiniones y percepciones sobre lo que ha significado para ellos asumir los retos y los compromisos de cambio en la implementación de escenarios saludables en su jurisdicción en el marco de la gestión territorial de promoción de salud. Para el análisis e interpretación se ha tomado en cuenta las recurrencias más significativas siguiendo las fases de promoción de la salud.

La ***fase de sensibilización*** para tener un municipio saludable se inicia en la conformación de un órgano multi sectorial a nivel distrital[30] (Equipo Técnico Local-ETL o Comité de Desarrollo Social-CDS o Comité de Desarrollo Multisectorial-CDM) debidamente reconocido por parte de los gobiernos locales. Al respecto, la mayoría de las autoridades entrevistadas en las tres regiones valoran el rol del ETL/GDS en la promoción de un trabajo participativo y conjunto entre diferentes instituciones públicas involucradas a nivel local (redes y micro redes de salud, Policía Nacional, Compañías de Bomberos, Unidad de Gestión Educativa Local-UGEL, Centro Emergencia Mujer-CEM, Organizaciones No Gubernamentales-ONGs y algunos programas sociales del Estado Peruano). Otro aspecto de la valoración está mediado por el rol impulsor de este espacio en la implementación de políticas y normas relacionadas a la promoción de prácticas, estilos de vida y entornos saludables; destacando la incidencia

[30] En esta sección, se hará referencia al ETL ya sea que se trate del Comité de Desarrollo Multisectorial (CDM) o del Comité de Desarrollo Social (CDS).

política que desarrollan en la designación presupuestal y el apoyo político de las instituciones involucradas en los temas acordados.

> *"En la sesión de consejo se reconoció vía ordenanza municipal al Equipo Técnico de Desarrollo Local. Nosotros hacemos un trabajo desinteresado y un trabajo voluntario. De parte de la municipalidad, si en algún momento creen por conveniente darnos una resolución o un decreto de alcaldía, creo que eso motivaría más".*
> *(GF_ Pongo de Caynarachi-ETL, San Martín)*

> *"A través del comité y de cada puesto de salud se viene trabajando. Ahora, nosotros estamos trabajando con los tres puestos de salud que abarca la micro red."*
> *(Grupo Focal, ETL Aguaytía – Ucayali)*

En general, las diferentes Gerencias de Desarrollo Social (GDS) expresaron que la metodología de municipios saludables les ha permitido el fortalecimiento de las capacidades de su personal para el trabajo comunitario y el modo cómo intervenir bajo una lógica de planificación y promoción desde el empoderamiento de la propia población y líderes comunales. La mayor parte de las autoridades de la GDS dieron cuenta de la importancia de su liderazgo en la conducción que han asumido dentro de los ETL para ser un municipio saludable. Refieren que esta conducción fue tomada al identificarse como la instancia a cargo de los aspectos vinculados a la salud como parte de sus funciones de desarrollo social.

> *"Normalmente, se realizan reuniones de sensibilización a la población. Por decir, hay mucha gente que antes era reacia para que lleven a sus niños al control de peso y talla o para que las gestantes se controlen. Ahora, en función al trabajo que hace desarrollo social conjuntamente con salud y con el equipo técnico se está logrando que esos casos (de resistencia al control de la salud del niño) se presenten en menor escala."*
> *(GF_ETL_IGUAIN- Ayacucho)*

La valoración e importancia que las diferentes autoridades de las regiones tienen acerca del rol y el trabajo de sus ETL, se da a partir del reconocimiento legal que otorgan a estos espacios multisectoriales vía las ordenanzas municipales; identifican que vía el reconocimiento logran apoyo logísticos para el desarrollo de sus labores como: dotación de espacios de reunión o de algunos insumos para el desarrollo de sus actividades.
En el caso de la región Ucayali, se identificó que una forma de apoyo de los gobiernos locales hacia sus ETL corresponde a la búsqueda del establecimiento de convenios con diferentes instituciones e instancias a favor de fortalecer dichos comités.

> *"…también la empresa de transporte y turismo Curimana, con ellos ya se firmó un convenio para casos de emergencia (traslado), porque no contábamos con una ambulancia."*
> *(Grupo Focal, ETL Curimana – Ucayali).*

Una de las limitaciones presentadas en esta fase se encuentra la rotación de los representantes de las diversas instituciones y la débil comprensión de sus funciones que deben cumplir los integrantes del ETL. Este hallazgo se vincula con situaciones donde los integrantes tienen menos de 1 año en el ETL, limitando cumplir sus planes de trabajo. Siendo más recurrente en la Región de Ayacucho.

Adicionalmente, desde la percepción de la población respecto a la existencia y labor del ETL se encontró percepciones tales como:
En el caso de Ayacucho, la población tiene conocimiento acerca de la existencia de un colectivo social que promueve la mejora de la salud, aún no lo identifican como un equipo multisectorial de representación local. Al parecer, sus integrantes se estarían presentando ante la población como representantes de la institución a la que pertenecen antes que como miembros del colectivo ETL.

En la región Ucayali, se identificó que el grado de reconocimiento de la labor de los ETL se encuentra mediado por el trabajo desarrollado según la zona territorial donde se ubique. De acuerdo a las manifestaciones de los miembros de ETL, en las zonas urbanas se presenta una menor respuesta y bajo involucramiento de la población a diferencia de las zonas rurales.

> *"En los caseríos hay mayor predisposición de participar y poder trabajar con sus autoridades. Ahora, estamos atendiendo a lo que son los centros poblados de Bellavista, Boquerón…"*
> *(Grupo Focal, ETL Aguaytía – Pucallpa)*

La ***fase de planificación*** para tener un municipio saludable está caracterizada por la elaboración de los planes distritales para implementar escenarios saludables, al respecto el grado de importancia se encuentra en función del *compromiso en la formulación de los planes*, y por el otro se encuentra el aspecto de *articulación o alineamiento con las planificación distrital vía los Planes de Desarrollo Concertado* que aborda entre sus diversas dimensiones, el componente de salud. Este proceso de alineamiento se encontró con mayor predominio en las regiones de Ucayali y San Martín, mientras que en la región Ayacucho, no se expresó claramente dicha vinculación.

> *"Sí, está dentro* (en referencia al trabajo de MCS) *del nuevo plan de desarrollo concertado que se ha formulado este año."*
> *(Grupo Focal, ETL Aguaytía –Ucayali)*

> *"...cuando hablamos de la intervención del equipo técnico local, se dividen las actividades, se organizan por comunidades tomando como referencia ese plan".*
> *(GF_ETL_IGUAIN-Ayacucho)*

La adopción e interiorización de la metodología de MCS para ser incluida en la planificación distrital por parte de las GDS y de los ETL responde a varios procesos, entre los que destacan:

i. *el grado de conocimiento acerca de la metodología de MCS,* encontrándose que el nivel de conocimiento sobre la metodología MCS difiere entre los diferentes integrantes del ETL/GDS; así en el caso de la región Ayacucho, se reconoce al diagnóstico comunal, con mayor énfasis y claridad que en el caso de las otras dos regiones como el instrumento que permite conocer no solo la situación de salud de las comunidades, sino, también, las condiciones de las viviendas, situación demográfica y las necesidades de mejora de los entornos; así, se evidencia que este diagnóstico es utilizado como: un referente para que los ETL planifiquen acciones y realicen el seguimiento (ver si lo que planifican y ejecutan responde a las

necesidades identificadas por la comunidad), como elemento motivador para que las comunidades sigan apostando por el cambio y puedan llegar a ser comunidades saludables.

ii. Respecto a las *acciones de incidencia desarrolladas* para brindar el respaldo normativo y aprobar los recursos para los planes distritales orientados a implementar escenarios saludables, se encontró que es de preocupación e interés por parte de los diferentes ETL/ CDS y GDS; en ese sentido, indistintamente de la región de la que se trate, los recursos que los GL asignan en el plan distrital siempre resulta escaso y difícil de conseguir su financiamiento total; resultando una situación de dependencia o limitación de recursos públicos a gran escala para la planificación de escenarios saludables. En esta línea, se destaca el "apoyo" de otros integrantes del ETL/ CDS u GDS, que asumen el compromiso de asignar presupuesto en función de los recursos que su institución tiene previsto en alguna línea de acción del plan distrital, respondiendo a sus prioridades individuales.

> *"No tienen una partida específica para destinar a estas actividades entonces se han aprobado planes a través de acuerdos de concejo, pero no se han aprobado los presupuestos por cada una de estas instituciones del aporte que van a dar."*
> *(Grupo Focal, ETL Aguaytía – Ucayali)*

iii. Respecto al grado de conocimiento y manejo del SISMUNI por el ETL, concebida como herramienta que les permite a partir de la información que genera tomar decisiones más efectivas en la planificación de escenarios saludables; se encontró que la mayoría de las autoridades y/o representantes municipales lo conciben como una base de datos que les permite contar con información sobre el estado de salud general de las comunidades, tener datos demográficos, identificar las principales necesidades y objetivos que las JVC desean alcanzar. Un grupo de actores identifica su utilidad a partir de información sobre el avance en el trabajo de familias y comunidades saludables; así como insumo para elaborar iniciativas o proyectos de inversión pública menor (PIPs) a favor de promoción de salud y sus determinantes sociales.

> *"Tenemos a Roger y a la señorita, ellos ingresan información, les arroja los datos para ver qué personas hay, ¿cómo van?, qué porcentaje están aplicando lo que se les enseña…"*
> *(ENT_Pongo de Caynarachi (Gerente ODS)- San Martín)*

> *"Es una herramienta importante que nos va a servir para tener todo tipo de información de todas las comunidades, y a la vez, vamos a trabajar de manera articulada con las instituciones de salud y con las comunidades. El diagnóstico permitirá saber en qué situación se encuentra, y tomando esa información realizar algunos proyectos".*
> *(GF_ ETL_DIST. ACOSVINCHOS- Ayacucho)*

iv. Sobre la dotación de un presupuesto y recursos en general para la ejecución de los planes distritales, así como un respaldo político, encontramos que dicho asunto es de preocupación e interés por parte de los diferentes ETL/ CDS y GDS, ya que no se

visibiliza un apoyo contante y sostenido por parte de los gobiernos locales, situación que refleja diferentes niveles de compromiso y apropiación de la metodología de MCS; en ese sentido, indistintamente de la región de la que se trate, dichos recursos siempre resultan escasos y difíciles de conseguir en su totalidad, siendo un riesgo lograr cambios en mayor magnitud.

> *"No tienen una partida específica para destinar a estas actividades entonces se han aprobado planes a través de acuerdos de concejo, pero no se han aprobado los presupuestos por cada una de estas instituciones del aporte que van a dar."*
> *(Grupo Focal, ETL Aguaytía – Ucayali)*

Para el caso de la *región San Martín* se destaca el interés de incluir en dichos planes, el trabajo con las IIEE como parte de las estrategias de comunidad y municipio saludable, al considerarlo como un factor clave en la construcción de comunidades saludables.

En el caso de la *región Ayacucho,* se reconoció al diagnóstico comunal con mayor énfasis y claridad que en el caso de las otras dos regiones (el diagnóstico fue concebido como un instrumento que permite conocer no solo la situación de salud de las comunidades, sino, también, las condiciones de las viviendas, situación demográfica y las necesidades de mejora de los entornos). Este instrumento es visto como un referente para que los ETL planifiquen sus acciones y realicen el seguimiento a las mejoras proyectadas.

> *"El diagnóstico sirve para la mesa técnica (ETL) para saber cómo vamos avanzando: si la intervención que tenemos en forma conjunta está dando resultados o no, qué cosa más necesitamos, que proyectos más necesitamos hacer, también, sensibilizar y socializar en las comunidades y motivarlos en lo que están haciendo…" (GF- ETL – Ayacucho)*

En la ***fase de ejecución***, según las versiones del personal de salud y de las autoridades distritales, destacan como un elemento facilitador el asocio entre el EE.SS. y el gobierno local para la ejecución de acciones conjuntas en la línea del plan distrital para implementar escenarios saludables. En este asocio, el gobierno local facilita ciertos insumos y materiales y/o se establecen coordinaciones para la realización del trabajo de campo. Las limitaciones encontradas para la ejecución de los planes distritales para implementar MCS, se vinculan a la voluntad política de los alcaldes para concretar en forma más efectiva los planes y el respaldo a las iniciativas de salud con la participación activa de la propia comunidad, aún está en proceso la comprensión del valor social de acciones de promoción de salud; siendo aun de segunda prioridad.
Otra proceso incipiente es la asignación de presupuestos para llegar a implementar las acciones planificadas, y la aún priorización de obras de infraestructura que realizan los gobiernos locales sobre las iniciativas que se encuentran vinculadas al desarrollo de capacidades de la población para mejorar la situación de salud.

> *"En lo que es municipalidades hasta el momento va a depender mucho del alcalde que tenga ese deseo de trabajar en beneficio de la población o de qué tan consciente está de que la salud de la población debe de mejorar. En ese aspecto, el alcalde, el señor Manuel Gambini sí ha priorizado dos proyectos que ya están con expediente técnico."*
> *(Entrevista- Micro Red, Monte Alegre – Ucayali)*

"El alcalde es el que no apoya mucho pero la oficina de desarrollo el sí está saliendo están viendo si coordinamos nosotros sí tenemos pensión integral, si tenemos censo, si tenemos que salir para sesiones demostrativas el es el que nos apoya aunque sea con movilidad o con algunos alimentos que nos falta para hacer las sesiones demostrativas."
(Facilitadora Microred, Quinua – Ayacucho)

"…tú sabes que hablar a las autoridades poco te hablan de los temas de salud y en todos y más estamos dedicados a infraestructura a tirar cemento pero yo creo que una capacitación y sé que eso se ha hecho ha permitido cambiar en muchos aspectos y hoy en día se está priorizando temas de salud capacitación… [...] La coordinación lo lideramos estamos con salud, estamos en estrecha relación con salud nosotros, trabajamos varias metas del gobierno para cumplir y el tema de la transferencia de la metodología y le damos el apoyo técnico necesario para poder cumplir con la transferencia."
(GDS Municipalidad de Curimana – Ucayali)

En esta fase se observa que los ETLs priorizan tres ejes de intervención del Plan distrital para implementar escenarios saludables: (i) desarrollo de familias y comunidades saludables, (ii) empoderamiento para formular PIPs y ser municipios saludables y (iii) manejo y uso de SISMUNI:

i. El eje vinculado al *trabajo con familias y comunidades saludables*, se basa en intervenciones basadas en las prioridades planteadas en los planes comunales, varias de las necesidades comunales son canalizadas por el presupuesto participativo.

   Según referencias de los entrevistados, sobresale una paulatina inclusión de aspectos de desarrollo de capacidades, de prevención de situaciones de riesgo (por ejemplo, violencia familiar) y de mejora de determinantes sociales de la salud. Posiblemente, a raíz de la concientización de la importancia de aquellos aspectos en la mejora de sus condiciones de vida de las familias y comunidades.

   Destacan acciones de orientación, asistencia y acompañamiento, que los miembros de los ETL y GDS brindan a sus comunidades en el marco de los planes de acción comunal, como: implementación de centros de vigilancia comunal, elaboración de material de enseñanza para los niños y niñas, sesiones de capacitación a familias y comunidad, campañas de salud;

   En este aspecto sobresale los gobiernos locales de la región San Martín, donde se encontró un mayor grado de vinculación o alineación entre las acciones programadas desde el gobierno local/ETL con los propios planes de acción comunal.

"El tema de violencia, porque hay bastante maltrato familiar. Entonces, la policía no resuelve y las personas se sienten desprotegidas; en eso estamos…, queremos solucionar ese problema"
(GF_ETL_TAMBILLO -Ayacucho)

"Vemos que el curso de las prioridades está cambiando un poco…, si antes se solicitaban para cosas materiales, hoy en día han pasado a construcciones de escuelas, luego de caminos a postas médicas, ahora el sistema de agua potable. En realidad, es un proceso…"Hay caseríos que solicitan campañas en sus comunidades no y que antes no solicitaban. Hay mucha expectativa de la población y de las autoridades no por mejorar su salud porque la población se interesa y nos visita a solicitar campañas de salud."
(Grupo Focal, ETL Aguaytía – Ucayali)

Sobre las acciones de mayor alcance ejecutadas por los ETL/GDS se encontró diferencias en las regiones. En el caso de la región Ayacucho, destaca la implementación de los centros de vigilancia comunal, las sesiones orientadas a tener familias saludables. Una necesidad particular fue la contar con miembros de ETL con mayor permanencia en dicho colectivo, a fin de favorecer el trabajo permanente en las comunidades locales.

En la región San Martín, las referencias de los actores entrevistados indicaron que las acciones de salud de los planes distritales fueron ejecutadas entre el 50% y 70%.
Por último, la región Ucayali, reportó declaraciones vinculadas a algunos logros, tales como: el haber sensibilizado y movilizado a la población para que asuma un mayor protagonismo en la tarea de cambio de sus condiciones de salud y entornos.

Un inconveniente identificado ha sido la percepción del exceso de actividades o trabajo que le son asignados al personal de salud, vinculado además, a la escases de personal dedicado a la promoción de la salud y a los pocos incentivos para el recurso humano que labora fuera de sus horas de trabajo, lo que limita mayor participación en las acciones previstas en el plan distrital para implementar familias y comunidades saludables en las comunidades, lo que implica desplazamiento del EESS a cada comunidad.

> *"Creo que hay una debilidad orgánica y programática, en eso habría que trabajar…para que se disponga de recursos y personal …"*
> *(GF_ ETL_DIST. ACOSVINCHOS- Ayacucho)*

> *"Pero el trabajador de salud tiene muchas funciones…, el personal da mucho más en su trabajo. Cuando programamos salidas al campo, no hay un incentivo. No se puede obligar más de lo que se está dando".*
> *(GF_ Pongo de Caynarachi (ETL)-San Martín)*

ii. El otro eje importante en la ejecución de las estrategias para ser municipios saludables se encuentra *acciones de inversión pública* a favor de promoción de salud, hallando en los GL una importante valoración percibida por parte de las diferentes autoridades municipales entrevistadas de las tres regiones frente al aprendizaje y formulación de Proyectos de Inversión Publica Menor (PIP), orientados a fortalecer capacidades para mejorar la salud de niños, niñas y mujeres. No obstante, se llega a percibir también que alcanzar dicha postura ha representado –y aún hoy en día continua- un camino arduo para la asimilación de la importancia del componente de la promoción de la salud y los determinantes sociales por parte de las autoridades municipales, y poder ver más allá del tradicional modelo de gestión de iniciativas y proyectos enfocados en obras de infraestructura.

iii. Y el tercer eje está relacionado al *uso efectivo del SISMUNI* que tiene sus matices de avance según cada región intervenida. Se encontró gobiernos locales que conocen y valoran la importancia de ser los responsables en la administración de la información de base comunitaria de las comunidades de su jurisdicción, variando las apreciaciones sobre el alcance del SISMUNI.

En el caso de la región Ayacucho, la principal utilidad asociada al SISMUNI corresponde al emplearlo para la identificación de las brechas de necesidades básicas de las comunidades que están en el proceso de ser saludables, y que la información que se genera ayuda en su gestión.
En esta región, se distingue que no únicamente los gobiernos locales son quienes hacen uso del SISMUNI como herramienta de gestión comunitaria, sino que, los EE.SS. y algunas otras organizaciones privadas (en menor medida), también llegan a valorarlo y emplearlo en función de sus necesidades e intereses institucionales alineados total o parcialmente a los interés de desarrollo comunitario de los gobiernos locales.

> *"…el SISMUNI nos ha servido para hacer una mejor gestión. Por ejemplo: cuando se instaló el SISMUNI, inicialmente teníamos 45 niños en educación inicial. Entonces, eso sirvió para identificar que 450 niños no reciben educación inicial, entonces, dijimos que esto era responsabilidad del gobierno local. Ahora, ya tenemos en 17 comunidades educación inicial…"*
> *(GF_ETL_TAMBILLO- Ayacucho)*

> *"El SISMUNI es una herramienta importante que nos va a servir para tener todo tipo de información de todas las comunidades, y a la vez, vamos a trabajar de manera articulada con las instituciones de salud y con las comunidades. El diagnóstico permitirá saber en qué situación se encuentra, y tomando esa información realizar algunos proyectos".*
> *(GF_ ETL_DIST. ACOSVINCHOS- Ayacucho)*

En la región San Martín, el SISMUNI es valorado –principalmente- como un insumo para la elaboración de proyectos municipales, así como para la implementación de acciones de desarrollo lideradas por los ETL.

> *"El comité de desarrollo local utiliza siempre los datos del SISMUNI para medir la población, para trabajar con ellos. En ese sentido, usted ha escuchado que en Davicillo, esto ha servido para organizar un proyecto, porque el SISMUNI dio datos específicos para saber qué cantidad de población hay"*
> *(GF_ ETL_Pongo de Caynarachi-San Martin)*

La región Ucayali, de manera general, resalta la valoración positiva acerca del SISMUNI, asociándolo como una herramienta que facilita el procesamiento de información básica de las diversas comunidades, la que puede ser utilizada en la formulación de proyectos a favor de la población. Sin embargo, también se recoge la necesidad de: actualizar la información de manera más oportuna, contar con personal municipal delegado para el manejo y gestión exclusiva de dicho aplicativo y, recibir mayor asistencia técnica y capacitación a nivel de funcionarios municipales y de los EE.SS.

Respecto a los aspectos facilitadores o limitantes en la ejecución del plan distrital para promover espacios saludables se encontró:

- Un elemento facilitador de los ETL/ CDS y GDS/ ODS y que han representado un apoyo para la implementación de los planes distritales, corresponde principalmente a la voluntad de trabajo y compromiso de parte de los miembros de dichos espacios y áreas municipales respectivamente.

> *"Bueno si medimos a través del plan es avanzado por que casi la mayoría de actividades se han realizado hayan o no hayan presupuesto se ha visto la manera de que estas actividades se puedan cumplir. "*
> *(Grupo Focal, ETL Aguaytía – Pucallpa)*

- Otro elemento facilitador de los ETL/ CDS y GDS/ ODS para el cumplimiento de las actividades y objetivos plasmados en los planes distritales se encuentra el apoyo brindado por el personal del proyecto USAID MCS II a través de asistencias técnicas y capacitaciones en la metodología MCS

- Mientras que por el lado de las limitaciones para la adecuada implementación de los planes distritales, identifican la escasa tenencia de recursos financieros y humanos, y el estado de dependencia ante la designación de los mismos por parte de las áreas directivas de las instituciones miembros de los ETL/ CDS y de los alcaldes en el caso de la designación de los funcionarios de la GDS/ODS, se convierte en el principal aspecto que restringe y condiciona la ejecución de las acciones de los planes distritales.

> *"El área de desarrollo social no cuenta con presupuesto, entonces no tenemos presupuesto para hacer nuestras actividades. Hay un dinero que llega como incentivo y tratamos de utilizarlo para hacer nuestras actividades, y con 56 mil soles se ha equipado a tres centros de vigilancia..."*
> *(GF_ETL_PACAYCASA- Ayacucho)*

> *"Una de las dificultades fue el apoyo económico, que se vio para ver las salidas de los encargados de salud, educación y el encargado, este ha sido uno de los principales problemas en el transcurso del tiempo."*
> *(GF ETL Pongo de Caynarachi - San Martín)*

La ***fase de autoevaluación,*** se caracteriza por la revisión y balance de ejecución del plan distrital para implementar MCS desde el trabajo del ETL con el aval de la GDS. Al respecto, se halló que el éxito de esta fase se logra cuando hay participación y compromiso de los integrantes del ETL en los momentos de ejecución y evaluación de las acciones planificadas; que varía tanto a nivel de los integrantes de los ETL/ CDS como de la región de la que se trate, por ello se muestra hallazgos particulares por cada región:

- En *la región Ayacucho*, de manera general, se valoró una mayor participación del sector salud en la evaluación del plan distrital del ETL, en comparación a los demás integrantes (pertenecientes a otros sectores). Las referencias indicaron que aún es clave la asistencia técnica del personal del proyecto USAID/MCS II para aplicar dicho proceso de evaluación, adicionando la necesidad de afianzar la presencia y/o el liderazgo de la autoridad edil.

- Por el lado de la *región San Martín*, se resaltó la participación del sector salud en actividades de monitoreo del plan distrital para implementar MCS. Respecto a la participación de los gobiernos locales, en algunos casos han llegado a asumir la responsabilidad de aplicar un instrumento de calificación, que les ha permitido evaluar sus logros. Se avizora mayor participación en el proceso de evaluación del Plan distrital en comparación al resto de ETLs.

> *"Ahora, una vez que tenemos el plan, hacemos las reuniones periódicas mensuales para el análisis y, si hubiere algunas cosas que se tienen que reajustar, se hace durante el mes. Está enfocado la parte de concientización, lo que es la estructura de la estrategia."*
> *(GF: Pongo de Caynarachi - San Martín)*

- En cuanto a las versiones de los actores de la región Ucayali, destaca el caso de Aguaytía, el cual reportó que una gran parte de las acciones del plan distrital se llegaron a cumplir, a pesar de la limitación de recursos económicos y la variable participación entre sus miembros. No obstante, de manera general, la realización del proceso de evaluación del plan distrital es una práctica poco ejercida. Los miembros del ETL declararon que –mayormente- se realizan acciones de coordinación entre los integrante del equipo con la intensión de llegar a acuerdos sobre la planificación y realización de acciones conjuntas.

> *"…nosotros nos reunimos semanalmente todos los miércoles en las tardes en el último mes debido a las actividades que se tiene, no nos hemos estado reuniendo con mucha frecuencia pero lo hemos hecho para elaborar el plan de trabajo y lo hemos pasado para generar prácticas."*
> *(Grupo focal ETL, Curimana - Ucayali)*

4.2.4 Logros en el fortalecimiento de capital social

4.2.4.1 Dimensión de sentido de colectividad

La dimensión de sentido de colectividad en las familias a favor de la mejora de la salud de la comunidad promovida desde el proyecto USAID/MCS II, se define a partir del reconocimiento de cada ciudadano/familia de ser parte de problemas y las soluciones, mostrando compromiso por ser parte de la mejora de la salud comunitaria. A partir de esta definición se ha identificado avances importantes en las familias de las comunidades que se describen a continuación.

La mayoría de las familias entrevistadas en las tres regiones del ámbito de intervención del proyecto USAID/MCS II, reconocieron que parte de las acciones que realizan o dejan de hacer en su vida cotidiana influyen -en cierta medida- sobre la salud de sus integrantes y sobre el resto de su comunidad. De este modo, se percibe cierta aceptación de la población en considerarse responsable de la problemática de salud presente en su localidad, así como de la solución a dicha problemática mediante su participación y colaboración.

> *"Si sucede algo, dialogamos entre todos, en casa o asambleas. Y si participamos en reuniones, retornamos y compartimos con la mayoría. Desde que apareció "saludable" han cambiado muchas cosas y, si hubieran problemas tendríamos que recordar lo que nos han enseñado en MCS"*
> *(Grupo Focal de Acosvinchos, Colpa - Ayacucho)*

> *"A veces no sabemos votar la basura…, ahí viene la enfermedad. A los niños hay cuidarlos, lavarle las manos, los niños comen así nomás, por descuido"*
> *(Grupo Focal de Davicillo – San Martín)*

En cuanto al grado de compromiso de las familias por participar en la solución de los problemas de salud, encontramos nuevamente puntos de coincidencia a nivel regional, en las que muestran dos aspectos claros sobre su rol; por un lado se encuentra que ante la asimilación de que parte de sus acciones ha repercutido en la salud de su familia, se aprecia un compromiso por subsanar dicha situación mediante la aplicación de prácticas saludables y la enseñanza de las mismas al resto de los integrantes de su familia y de su comunidad; mientras que por el otro lado, se encuentra la iniciativa de la población de querer exigir a sus

autoridades que les brinden mayor apoyo para enfrenar sus problemas de salud, para lo cual declaran organizarse y hacer partícipe tanto a hombres como mujeres.

> *"Entonces, como estamos hablando de problemas, nosotros podemos ser parte de la solución, en un futuro podemos mejorar ¿si no somos nosotros mismos, en el futuro quién lo debería hacer?*
> *Nosotros mismos, no esperar que la autoridad lo haga. Nadie va a venir de otra casa ordenar tu casa no, uno mismo tenemos que ordenarnos."*
> *(Comunidad Sarita Colonia – Ucayali)*

A nivel de cada región, también se puede apreciar ciertas particularidades respecto al desarrollo y manifestación del sentido de colectividad:

- En la región Ucayali, se percibe que la interacción de las familias se muestra más cuando existe algún incidente o acontecimiento que representa una amenaza o una necesidad para toda la población, tal es el caso del arreglo de rellenos sanitarios o la realización periódica de faenas comunales. No obstante, ante situaciones que pueden afectar a una sola familia o individuo de la comunidad, las personas afectadas recurren a determinados pobladores, con los cuales han establecido relaciones de reciprocidad (familiares, mejores amigos o personas más allegadas). Así, las relaciones de compadrazgo y los vínculos familiares se visualizan como un pilar importante, y constituyen la característica más resaltante en la construcción del sentido de colectividad.

- En la región Ayacucho, se percibe la necesidad de fortalecer las capacidades de la población y de sus dirigentes, tanto para la organización de las JVC (instancias clave para emprender acciones conjuntas a nivel comunal) como para el adecuado ejercicio de las prácticas saludables (familias). Existe un sentir de a mayor conocimiento, mejor podría ser el aporte de los líderes y las propias familias en la solución de problemas de forma colectiva.

> *"Nosotros podríamos ayudar a quienes no cumplen dialogando, animándoles, motivándoles/ para que disminuya la desnutrición."*
> *(IGUAIN, QUISPICANCHA – Ayacucho)*

- La región San Martín, resalta la importancia de la organización de la población para realizar gestiones respecto a la solución de una determinada situación/acontecimiento. Destaca el rol de las mujeres de las comunidades, al identificárselas como las promotoras de la exigencia respecto a algunas demandas (mejor calidad de atención de los EE.SS., presentación de necesidades de la comunidad frente a las autoridades locales).

> *"Nosotros formamos el comité porque faltaba personal de salud. Este comité fue formado en una asamblea, elegimos al comité de quince personas y decidimos irnos (a la autoridad) para quejarnos. La comitiva estuvo formada por autoridades y el pueblo."*
> *(SAN MARTI, Lamas – San Martín)*

En las tres regiones de intervención del proyecto USAID MCS II, las familias se encuentran en proceso de tomar mayor conciencia respecto a las consecuencias de sus acciones en las condiciones de salud, no solo al interior de las mismas, sino también sobre su entorno más inmediato. Reconocen también, que una parte importante para la solución de sus problemas

de salud le corresponde a las autoridades locales y a los EE.SS ante esta posición se aprecia el desarrollo de iniciativas organizadas por los pobladores para poder llevar su voz de reclamo/petición ante las instancias mencionadas y así, conseguir una mejor asistencia para afrontar sus necesidades de forma conjunta.

4.2.4.2 Dimensión de eficacia Colectiva

La dimensión de eficacia colectiva en las familias a favor de la mejora de la salud de la comunidad promovida desde el proyecto USAID/MCS II, se define a partir de procesos de movilización de recursos comunitarios, reconocimiento del interés de participar en acciones de manera conjunta y la promoción colectiva para el acceso a servicios de salud. A partir de esta definición se ha evidenciado avances importantes en las familias de las comunidades:

Respecto a la *movilización de los recursos* para abordar diferentes acciones a favor de la promoción de prácticas de salud y de los determinantes sociales de salud, se observa que se viene incrementando en espacios donde es mayor el liderazgo de las JVC, destacando la valoración de las familias en participar en la ejecución de su plan comunal vía acciones como faenas, apoyo en las gestiones de coordinación de sus líderes ante el gobierno local, entendiendo que la colectividad genera fuerza para los cambios y ser escuchados por sus autoridades distritales.

> *"La junta nos avisó porque había un problema con desnutrición, para saber cuántos niños son desnutridos, cuántos niños toman agua hervida, lavados de manos. Sobre todo nos llamaron para que nos enseñen. El pueblo trabaja conjuntamente con la junta vecinal, barrer las calles, las losas, sacar las basuras del campo deportivo".*
> *(Grupo Focal de Tanger – San Martín)*

> *Las familias participan en la ejecución de dicho plan/ siempre firmamos/hubo visitas domiciliarias, limpieza en la comunidad/ todo ello fue un trabajo conjunto y con colaboración de las familias/ recojo de basura en la comunidad/ participamos en las capacitaciones, talleres efectuados por la JVC y participamos allí/ la limpieza convocó participación.*
> *(Grupo Focal de Colpa – Ayacucho)*

En relación al *reconocimiento de los intereses* de todos los miembros de la comunidad se observa motivación y mayor interés de las familias en apoyar las necesidades de los diferentes miembros de la comunidad. Se destaca en este proceso la capacidad de persuasión e influencia de los líderes de las JVC en promover la participación de la población, siendo de alto reconocimiento el espacio de asambleas comunales o reuniones comunales para abordar los problemas colectivos e individuales. En la región de Ayacucho es más perceptible esta dimensión del interés colectivo y de "apoyo" a las familias con mayores dificultades.

> *"Familias participan en asambleas los domingos y allí se menciona las dificultades de las familias para apoyarlos, a veces con víveres, incluso si hay muertes colaboramos con víveres, estamos pendientes de los que pasa/participamos dialogando, ya hemos pasado dificultades con las familias/ cuando hay problemas de salud notificamos en la Posta de Salud/ si nos enteramos de problemas les recordamos que lleven a los niños a la posta, incluso los niños ahora cuando tienen algún síntoma dicen que le llevemos a la Posta.*
> *(Grupo Focal de Lorenzayoc – Quinua)*

"Mientras la JVC o CODECO busca apoyo nosotros le apoyamos y les damos fuerza y aliento para que sigan adelante/ nosotros siempre somos propositivos y apoyamos las ideas que ellos tienen como autoridades y cuando hay disposiciones nosotros acatamos/ cuando hay animales, perros en la calle el pueblo se contamina para eso evitamos tener muchos por disposición de nuestras autoridades/ con el apoyo y la limpieza evitamos enfermedades que puedan darle a nuestros niños"
(Grupo Focal de Quispicancha – Iguain)

A nivel de la *promoción colectiva para el acceso a servicios de salud* y otros, se encontró que a partir del plan comunal, vienen aportando de manera más participativa las familias para mejorar las condiciones del entorno. Las JVC destacan que las herramientas de gestión han facilitado el involucramiento de las familias para ejecutar acciones de cambio.
Las familias establecen compromisos de cuándo y dónde se realizarán las actividades comunales. Sobre este punto, las faenas comunitarias llegan a convertirse en la principal actividad de participación colectiva, y bajo su modalidad se realizan acciones de limpieza de calles, construcción o mejora de los rellenos sanitarios, puentes, construcción de letrinas y otros asuntos de interés general y prioritario para la población.

"Nos dimos cuenta que hay un avance de la mitad de los planes/ hemos avanzado más o menos/ hemos hecho limpieza de calles/ antes no teníamos ni siquiera baños y había mucha mosca pero ahora ya no hay/ tenemos avances de desagüe/ ya hemos avanzado/ estamos cumpliendo"
(Grupo Focal de Quispicancha – Iguain)

"Limpieza de calles/ antes no teníamos ni siquiera baños y había mucha mosca pero ahora ya no hay/ tenemos avances de desagüe/ ya hemos avanzado/ estamos cumpliendo"
(Grupo Focal de Lorenzayoc – Quinua)

Aquí la junta vecinal viene con la gente de salud para hacer campañas de salud.
(Grupo Focal de Bello Horizonte – Tres Unidos)

Por eso pues en cada reunión se acuerda como va a ser, cuando va a ser la faena, que fecha que hora, todo eso…las faenas de limpieza del agua…hacer parquecitos, limpieza de las calles, ósea se involucran todos con la JVC.
(Grupo Focal San Jorge – Pucallpa)

A nivel de las regiones se presenta ciertas variaciones según la región de intervención, siendo los hallazgos más resaltantes, los siguientes:

- En la región Ayacucho, algunas familias expresaron la participación de la municipalidad distrital en la ejecución de actividades comunales, valorándolas como "compromisos" que deben ejecutar. De otra parte, entre los principales obstáculos están: a) la poca disponibilidad de tiempo de la población, b) los escasos recursos económicos y, c) cierta dependencia de actores externos a la comunidad para realizar el seguimiento a las acciones programadas por la comunidad y evitar caer en periodos de desorganización.

  "Estamos avanzando los compromisos, hay seguimiento, siempre realizamos reuniones para definir los trabajos de la comunidad, también el consejo nos apoya en algunas actividades."
  (Grupo Focal de Acosvinchos, Colpa - Ayacucho)

- En la región Ucayali por su lado, algunas familias de esta región identifican a la poca asistencia e importancia que algunos pobladores otorgan a ciertas actividades, como el principal obstáculo que ha impedido un mayor avance de las acciones comunales. Esta

dificultad tiene su origen -según percepciones expresadas- en la utilidad que la población asigna a tal o cual actividad programada.

"Sí que avanzábamos, pero eran pocos los que participaban. No todos hemos participado porque para algunos no vale y para otros sí vale…¿La valoración en la comunidad es diferente? Sí, para unos es muy buena y para otros puede ser menos…"
(Grupo Focal de Santa Rosa de Guinea - Pucallpa)

- En el caso de la región San Martín, se identifica que el cumplimiento de los objetivos de sus planes comunales, está supeditado no solo a la participación de la JVC, sino, de otras instituciones. Al respecto, se hace referencia a un notorio avance en las actividades que la comunidad y sus familias han realizado de manera directa. No obstante, las acciones que demandan la participación de un socio, como por ejemplo: el gobierno local, dichas acciones se han visto supeditadas a la voluntad de dichas instituciones.

"Lo que se acuerda acá, lo estamos logrando. Pero, las gestiones todavía…, por el alcalde. Falta el apoyo del alcalde para hacer gestiones"
(Grupo Focal de Tanger – San Martín)

4.2.4.3 Dimensión de capacidad colectiva

La dimensión de capacidad colectiva promovida desde el proyecto USAID/MCS II, se define a partir de procesos de integración en redes sociales, articulación y cooperación en las redes y la participación en las decisiones consultadas a nivel comunal. A partir de esta definición se ha evidenciado avances importantes en las familias:

i. Las familias valoran ***la integración en organizaciones sociales de base comunitaria*,** como es la JVC y otros espacios sociales, siendo las más nombradas: Asociación de Vaso de leche, comedores populares, clubes de madre y APAFA. En el caso de Ayacucho, destaca la participación de las familias en los espacios generados por los programas del Estado Peruano como Qali Warma, Cuna Mas y Pensión 65.
La importancia de participar en este tipo de organizaciones sociales tiene diferentes matices, según la región intervenida:

- Ayacucho, los testimonios recogidos valoran a las organizaciones comunales por cuanto representan la posibilidad de mejorar las condiciones de vida de las familias -en especial de los niños y niñas- quienes a partir de ser beneficiarios directos o indirectos, les representa algún beneficio en la salud, nutrición de los niños y niñas.

- En la región Ucayali, también se manifiesta una valoración positiva de la participación en las organizaciones comunales, al considerarlas como una oportunidad de aprendizaje de nuevos conceptos o prácticas que se puede adquirir; además, valoran la participación en dichas organizaciones desde la perspectiva de generación de ingresos económicos, como en el caso del comedor popular donde las familias manifiestan que se logra vender almuerzos y obtener ingresos.

- Mientras que, en la región San Martín, a pesar de predominar la participación de los hombres en los procesos clave de gestión comunal, se reconoce la

experiencia de las mujeres para determinado desempeño dentro de las organizaciones comunitarias de base.

ii. La ***participación de las familias en la toma de decisiones*** de la comunidad tiene tres manifestaciones, vinculadas entre sí, y son: a) la frecuencia de la asistencia de la población a las reuniones comunales, b) el grado de participación en la toma de decisiones que se realiza en dichos espacios y c) la importancia que las familias asignan a las asambleas comunales. A continuación, detalles más relevantes identificados:

- La *frecuencia de participación* de las familias en las reuniones de asamblea comunal varía desde más de dos veces al mes hasta cada seis meses. En un grupo de comunidades las asambleas comunales están definidas 1 por mes, evidenciando una buena participación. Mientras que aun en otro grupo de comunidades, la frecuencia de convocatoria a las reuniones comunales no se encuentra institucionalizada, por lo que, su realización dependerá de cuán necesario sea acordar tareas concretas para la comunidad o coyunturas que exijan la realizan de alguna acción.
  Se encontró que la asistencia de las familias a reuniones comunales en unos casos es mayoritaria, lo que evidencian alto compromiso colectivo y corresponsabilidad; mientras que en otros casos es mínima. Frente a casos minoritarios, se manifiesta la existencia de mecanismos que instan a la obligatoriedad de dicha asistencia, tal como lo son: las multas comunitarias acordadas y que son aplicadas a la población para promover una mayor participación.

  "Siempre participamos para lograr beneficios a favor de nuestras familias, nos hijos/ siempre vemos que sean mejor que nosotros /es importante participar, es importante dialogar, representar."
  (Grupo Focal de Acosvinchos, Colpa - Ayacucho)

  "En un mes hacen tres veces (reuniones)…, eso depende, porque cuando nos convocan, vamos. Solo quedan en casa señoras de edad."
  (FG CS – IGUAIN, QUISPICANCHA – Ayacucho).

  "¿Cada cuánto tiempo hay asambleas vecino?
  Cada 3 meses, pero cuando hay una emergencia se hace antes."
  (GF CS Comunidad La Libertad-Parte1 Ucayali)

- Y respecto al *grado de participación de las familias en la toma de de*cisiones, que se realiza en las asambleas comunales, no siempre es lineal o constante dentro de una misma comunidad inclusive, sino, que es cambiante y coyuntural; así, se ha observado que al tratarse de circunstancias cotidianas que atraviesan las diversas comunidades, la participación de sus miembros pueda darse en el nivel "informativo" es decir, basta con la realización de comunicados de los eventos comunales y coordinaciones formales e informales entre los pobladores para sentir que participan en los asuntos comunitarios; no obstante, al tratarse de temas que denotan gran importancia para la población, la participación puede llegar a ascender hasta el grado "decisional" el cual implica la adopción de responsabilidades por todos los miembros de la comunidad, ejerciendo libremente

el derecho a voz y voto para la toma de decisiones. Además, se evidencia que las relaciones de confianza y reciprocidad son aun coyunturales y volubles según las circunstancias en las que se encuentre la población.

> *"nosotros participamos en las decisiones exigimos a las autoridades porque si nos es así lo dejan, abandonan, duermen, hacemos seguimiento y si no lo hizo preguntamos, les recordamos."*
> *(Grupo Focal de Quinua, Lorenzayocc - Ayacucho)*

> *"Opinamos bien o mal también si estamos participando si es bien aprobamos y si es mal no aprobamos*
> *Si opinamos señorita de acuerdo a la agenda que hay y llegamos a un acuerdo y lo cumplimos pues y cumplimos todo siempre nos estamos organizando."*
> *(Grupo Focal de Antarumy - Ucayali)*

- De otro lado, la *importancia que las diferentes familias asignan a la participación comunal* a diferentes espacios comunales como las asambleas comunales u otros espacios de decisión colectiva es variada en cada región. Así en Ayacucho, la importancia que se le asigna a la participación radica en la posibilidad de que las familias sean escuchadas ante la comunidad, dialogando entre todos los concurrentes y proponiendo algún mecanismo o acción a favor del pueblo.
  En la región Ucayali, un grupo de actores valoran la participación en las asambleas comunales en la medida de que sirven para tocar diferentes temas de relevancia general para la comunidad, así como, circunstancias que pueden afectar a gran parte de la población; expresando un abordaje más integral del desarrollo comunal, que solo el tema de salud.

> *"…hasta de nuestro bolsillo hemos puesto, cualquiera no lo hace y nosotros lo hicimos acá, hemos puesto como 10 bolsas de cemento… Y estamos de acuerdo con eso, es lo que nos permite la asamblea, poder ver y opinar qué cosas útiles como comunidad nos van a beneficiar."*
> *(Grupo Focal de Santa Rosa de Guinea - Ucayali)*

  Y en San Martín, un grupo de pobladores tienen alta valoración a los espacios de participación, mientas que otro grupo expresan cierto condicionamiento para participar en asambleas comunales, situación que se convierte en una limitante, que debe ser fortalecida.

iii. Y en relación al ***proceso de articulación/cooperación***, se ha observado que se ha fortalecido el vínculo entre las JVC y los EE.SS en cada comunidad para abordar acciones de la temática de salud. También, se identifica un trabajo sinérgico en diferentes grados con los gobiernos locales canalizado desde las GDS. Sobre este punto, se listan algunos hallazgos particulares según la sede de intervención:

- En Ayacucho, se destaca el trabajo comunal colaborativo/de cooperación, realizado con instituciones privadas (básicamente, ONG) e incluso con el gobierno regional (ampliación de las cocina mejoradas en algunos distritos de la región).

"Nosotros apoyamos con nuestras opiniones y nuestra participación. De esa manera, ellos presentan las solicitudes, tipo memoriales, hacen llegar a las oficinas y ellos lo tramitan"
(Grupo Focal de Acosvinchos, Colpa - Ayacucho)

- En la región Ucayali, aun cuando la característica general vincule a la JVC con el EESS o con el gobierno local, valoran la convocatoria de sus autoridades para la participación en acciones que atiendan determinados problemas. Un grupo menor de familias no identifican el trabajo conjunto entre la JVC y otra organización diferente, señalando que sus autoridades comunitarias no logran canalizar ayuda de algún organismo o institución para mejorar las condiciones de salud.

"¿La JV ha buscado ayuda de otras organizaciones para hacer los baños, los tachos, la basura?
No ha buscado nada, solamente así, ha pasado el tiempo."
(Grupo Focal de Mariscal Cáceres - Ucayali)

"Y en general nuestras autoridades comunales ¿cómo se involucran para atender los problemas con ustedes?
Llaman a una reunión y ahí nos informan, hay reuniones y convocan para participar."
(GF Comunidad Santa Rosa de Guinea – Ucayali)

- En San Martín, las declaraciones remarcan la labor que realizan sus JVC con los EE.SS. y gobiernos locales. Aparte de ello, no se manifiesta la gestión de la JVC ante otro tipo de instituciones, ya sean públicas o privadas.

"Aquí la junta vecinal viene con la gente de salud para hacer campañas de salud"
(Grupo Focal de Bello Horizonte – San Martín)

En todo este proceso se ha identificado algunos factores que han facilitado la participación de las familias en las decisiones comunales, como: la motivación de las personas por querer involucrarse en los asuntos comunitarios, estar enteradas de lo que sucede, ser escuchadas por sus autoridades locales dando espacio a las mujeres y a los jóvenes de las comunidades, proponer alternativas de solución frente a las dificultades o exigir a sus autoridades la rendición de cuentas de sus acciones como producto de su gestión al mando de las JVC.

Entre las dificultades o limitantes encontradas, están: el machismo expresado en las relaciones dentro la comunidad e incluso dentro de algunas JVC, limitando la participación de las mujeres dentro de los momentos y espacios de decisión; el asistencialismo aún presente en un grupo de la población que percibe la necesidad de contar con algún tipo de incentivo o motivación - "material" - para poder participar de las reuniones de asamblea y en las acciones programadas en dichos espacios. Y la pérdida de credibilidad de experiencia de acercamiento del gobierno local expresado solo en coordinaciones/gestiones que no se concretan en "hechos".

4.2.4.4 Dimensión de confianza social

Y la cuarta dimensión de capital social sobre confianza social promovida desde el proyecto USAID/MCS II, se define a partir de la identificación de las familias con su red comunitaria, en este caso principalmente la JVC; respeto/reconocimiento a la gestión de la JVC y soporte de

la red (principalmente de sus autoridades comunales organizadas en JVC) frente a situaciones de crisis/urgencias/necesidades. A partir de esta definición se ha evidenciado avances importantes en las familias:

- La **identificación de las familias con la existencia de las JVC** recae sobre la valoración de que las JVC son una expresión de la voluntad del pueblo, a quienes delegan poder y responsabilidades para dirigir el rumbo de la comunidad; destacando además su valoración por haber sido designados en un acto de elección democrática vía asamblea.

  "Si no hubiese esa unidad o responsabilidad no se podría trabajar. También, para establecer responsabilidades. Porque la autoridad es la cabeza del pueblo, y es con el pueblo con quien inicia las actividades."
  (Grupo Focal de Tanger – San Martín)

  "Para nosotros es importante, porque con una organización así hemos aprendido a trabajar, a salir adelante. La JVC identifica el número de familias y las labores que hacemos, control de muertes…"
  (Grupo Focal de Quinua, Lorenzayocc - Ayacucho)

- El ***respeto/reconocimiento a la gestión de la JVC*** se ve expresada en base a su rol y pertinencia en función del grado de éxito que aquellas logran alcanzar o no en los aspectos de mejora de la organización, dirección de la comunidad y beneficios para la población; es decir, existe una estimación de la capacidad de gestión de las JVC a partir de la cual las familias se forman un criterio y perspectiva de la importancia de las JVC como modelo organizacional.

  "¿Cuál debería ser el valor de tener autoridades? ¿Qué significa tener autoridades? que nos puedan representar y también traernos algunas ayudas ya sea del alcalde, del gobernador y de cualquier autoridad pública; acá lo que debe dar orden es la cabeza de la autoridad."
  (Grupo Focal de La Libertad Parte 1 - Pucallpa)

  "Si es importante para que nos enseñen como esta nuestro hogar.
  Como alimentar a nuestros hijos. Más que todo, nos enseña ellos, porque ellos van a capacitaciones"
  (Grupo Focal de Bello Horizonte – San Martín)

- Un elemento clave de la confianza es la valoración de la JVC por las familias como ***agente de soporte***, identificándola como una organización capaz de ser la catalizadora de las necesidades e iniciativas de la población. Además se evidencia que su credibilidad y validez se encuentra supeditada a su capacidad de gestión en el cumplimiento de sus funciones y razón de ser de la JVC. De esta manera, queda en evidencia que las familias depositan su confianza en las JVC no solo porque son elegidas por la comunidad y porque están reconocidas por los gobiernos locales, sino también por la capacidad de liderazgo que puedan mostrar sus dirigentes y abordar prioridades en beneficio de toda la población.

En las tres regiones de intervención del proyecto, se identificó aspectos facilitadores y restrictivos que intervienen en la consolidación de la confianza social, entre ellos:

- El reconocimiento a la labor de los miembros de la JVC está mediado por los valores de: compromiso, conocimiento y experiencia que presentan y ponen a disposición en su gestión comunal los integrantes de la JVC.

- Un grupo de las familias consideran que no todos los dirigentes trabajan con el mismo compromiso y voluntad por su pueblo, lo que ocasiona que la población desarrolle una apreciación negativa por aquellos, entre sus faltas más resaltantes se encuentran: la ausencia temporal de las comunidades, la desidia y poca eficacia en su gestión, ausencia de una capacidad de escucha y comunicación con la población, y la falta de experiencia para el manejo local y gestión de iniciativas de desarrollo.

- De otro lado, se encontró una actitud reflexiva y de auto crítica en referencia a la participación de las familias, ahondando que si bien los dirigentes son elegidos democráticamente para ser los representantes del pueblo y trabajen por la colectividad, por si solos, sin colaboración y respaldo de la población su accionar es limitado e insuficiente.

> *"¿Qué sienten sobre su autoridades?*
> *"Sí, ellos cumplen su función. Por ello, también nosotros cumplimos, participamos en la reunión. Siempre hay coordinación, incluso con otros anexos. Colpa gana siempre. Hay una buena organización, todos cumplen con su función y nosotros respondemos cumpliendo."*
> *(Grupo Focal ACOSVINCHOS, COLPA –Ayacucho)*

4.2.5 Logros en el proceso de Transferencia, Expansión y Sostenibilidad

4.2.5.1 Valoración de la metodología MCS

La adopción y posterior implementación de la metodología de MCS II por parte de las diversas instituciones públicas y privadas involucradas en el desarrollo comunitario mediante la promoción de prácticas saludables y/o la mejora de los determinantes sociales de la salud, ha conllevado el desarrollo de una muy buena aceptación y alta valoración por parte de aquellas, a la luz de la contribución que han identificado sobre la metodología MCS en la obtención de los resultados alcanzados por dichas instituciones. Tres elementos claves han sido los facilitadores de la alta valoración.

Resultados observables/eficacia:

Un primer elemento es la ***eficacia*** que la metodología genera en la promoción de prácticas saludables y en la mejora de los determinantes sociales de la salud, reflejado en las diversas manifestaciones emitidas por las autoridades y/o funcionarios de las instituciones que han adoptado y operado la metodología y sus herramientas en las regiones de Ayacucho, San Martín y Ucayali, quienes evidenciaron resultados como:

i) Cambio paulatino de los estilos de vida de la población, a partir de la toma de conciencia sobre el ejercicio inadecuado de algunas prácticas y hábitos cotidianos que comprometen la salud familiar y comunitaria.
ii) El mayor cuidado de los entornos, tales como las calles y espacios más limpios y libres de basura acumulada, el aumento del uso de letrinas y la restricción del tránsito de los animales domésticos por la comunidad son los aspectos más destacados.
iii) Progresiva interiorización de una visión de gestión municipal en salud por las autoridades municipales enfocado en el desarrollo de capacidades en la población para promover prácticas saludables..

"Es el compromiso que de las JVC de cambiar los hábitos inadecuados por hábitos saludables, ellos también están llenando sus formatos de diagnóstico y están haciendo las fichas de los niños donde están entendiendo la importancia de las vacunas"

Entrevista a funcionaria de GDS de Soritor, San Martín

"…en los estilos de vida, los estilos de vida de repente como te digo al principio no estaba bien claro porque desde chiquitos ya nos han criado así costumbres, cultura, la transmisión de generación en generación y de repente no nos han dicho que eso no está bien… de aquí a 15, 16 años en adelante pienso que va ser mejor porque se está trabajando entre los pequeños y ellos nos van a dar los mejores frutos."

Entrevista a funcionaria de PROMSA-DIRESA, San Martín

"Aquí en el distrito de Curimana tanto en las municipalidades y comunidades saludables estamos en el marco que este programa si se está cumpliendo en el distrito tenemos apoyo por la municipalidad remover el disco duro del alcalde más que todo tiene que trabajar en promoción prevención de salud y no solamente en el hecho de las obras."

Entrevista a la responsable de PROMSA Microred de Curimana - Ucayali

Credibilidad de la metodología MCS:

Por otro lado, los entrevistados identifican que la metodología MCS permite el empoderamiento social-comunitario, de esta manera se expresa el elemento de **credibilidad**; al considerar que se ha logrado el afianzamiento de capacidades en el liderazgo comunitario y en el nivel de familias se observa que la propia población tome conciencia sobre su rol y responsabilidad sobre su calidad de vida, reconociendo su participación en las acciones que realizan o dejan de hacer. Así, entre las acciones adoptadas o cambios de comportamiento expresados tenemos.

- Fortalecimiento de la cultura de organizacional de la comunidad y el empoderamiento tanto de las familias como el de sus dirigentes en relación al uso de las herramientas de gestión familiar y comunitaria respectivamente.

- Crecimiento de la capacidad colectiva de las personas para organizarse e incremento de su participación en los espacios comunales y al interior de las familias de forma más activa y asertiva.

- Mayor acercamiento y grado de confianza entre la población, sus dirigentes, autoridades locales y los profesionales de la salud de cada una de las localidades intervenidas.

"…uno de los papeles fundamentales que ha cumplido el MSH es educar a la gente no solo a los pobladores sino que ha comenzado a trabajar con las autoridades y con los mismos médicos y enfermeras del centro de salud en las capacitaciones en las enseñanzas."

Entrevista a Alcalde Irazola - Ucayali

"Muy bueno, de estas herramientas, cambiar conductas, cambiar comportamientos es difícil. Entonces, primero de poco a poco estamos avanzando con la sensibilización y ya luego cuando la conocen, ven que da resultado"

Entrevista a miembro de ETL Regional del PAIMNI, San Martin.

"Si funciono, hace que la población, la gente, las líderes puedan capacitarse, puedan fortalecerse, su conocimiento tanto lo que es prácticas, tanto lo que es el trabajo organizacional, el liderazgo."

Entrevista a responsable de PROMSA, Picota- San Martín

"Y esta metodología ha contribuido a que se vayan formando líderes? Claro eso este hecho porque hace que sea más ordenado su manera de pensar y vivir también por eso ha contribuido bastante esta metodología de familia comunidad saludable."

Entrevista a responsable de PROMSA de Red Huamanguilla- Ayacucho)

Y a nivel de los gobiernos locales y los EE.SS., se ha percibido que la metodología de MCS ha permitido el fortalecimiento de sus capacidades de organización y articulación inter institucional en las tres regiones a nivel de los GL evidenciando un mayor y mejor acercamiento, conocimiento y comprensión de las necesidades y potencialidades de cada una de sus comunidades, facilitando el desarrollo de nuevas estrategias de las autoridades locales para abordar dichas particularidades de su población.

"Bueno a ser más sensibles a saber escuchar a la población que viene con un planteamiento con un diagnóstico de sus comunidad de hacerlo suyo no o decirle antes venían y te escuchaban las autoridades les podías hablar dos tres horas pero.. Ahora con esta metodología que se ha implementado ellos están preparados ellos te pueden poner frenos y déficit de tú a tú."

Entrevista a GDS del Curimana – Ucayali

"…del municipio estamos viendo el equipo técnico multisectorial bien formalizado bajo una resolución de alcaldía y también lo que es con reglamento interno lo que con plan de trabajo entonces las autoridades ya están articulado cualquier actividad que realicen cualquier institución entonces como equipo estamos todos ahí apoyando-."

Entrevista a GDS del GL Iguain, Ayacucho

"Los resultados que nosotros también tenemos es un acercamiento actualmente a nuestras juntas vecinales y municipios saludables y también estamos aprendiendo que necesidades tienen día a día en su caserío, y de esa manera nosotros también poder tener una idea de cómo vamos a apoyarlo."

Entrevista a GDS del GL Soritor, San Martín

"…nos parece muy útil como gobierno lo local porque esto nos va ayudar a medir en que situación estamos, por eso nosotros como gobierno local tenemos realizado diagnósticos en todas nuestras comunidades para ver en qué situación está."

Entrevista a GDS del GL Campanilla, San Martín

La credibilidad por el lado del equipo de salud, se encontró que la metodología les ha permitido un mayor acercamiento hacia las autoridades comunales y locales, así como a la población misma, en vista de la pauta metodológica de MCS que promueve un trabajo articulado con otras instituciones y la realización de acciones de seguimiento sobre el cumplimiento de prácticas saludables y mantenimiento de los entornos comunitarios saludables. Así mismo destacan que con la intervención han adquirido nuevos conocimientos, habilidades, y destrezas que favorece su quehacer profesional.

"se ha visto más el acercamiento del personal de salud con sus autoridades y sus comunidades, como te decía la metodología se puede manejar porque se ha capacitado al personal"

Entrevista a responsable de PROMSA Saposoa, San Martín.

Con ese instrumento se sienten más tranquilos y seguros que lo van hacer no es como antes que cuando no habían decían como; o sea tenían temor de hacerlo porque pensaban que lo iban hacer mal pero ahora con el instrumento de MCS se facilita bastante.

Entrevista a responsable de PROMSA de Red Huamanguilla, Ayacucho.

"Con esta metodología y la verdad como te digo esto complementa el tema de los determinantes sociales que es un reto ahora en el trabajo de promoción de la salud en lo que se vienen estos años."

Entrevista a responsable de PROMSA de la DIRESA Ayacucho.

Pertinencia de la metodología MCS:

Y el tercer elemento crucial en el reconocimiento y valoración de la metodología MCS es su ***pertinencia*** para abordar el tema de la promoción de la salud, desde una perspectiva de abajo hacia arriba.

Así, el principal aspecto que se resalta tanto a nivel de los autoridades locales consultadas, y los diversos representantes del sector salud (EE.SS., redes y micro redes de salud, DIRESA) de las regiones de Ayacucho, San Martín y Ucayali, se halló el reconocimiento a la capacidad de adaptabilidad de la metodología de MCS para llegar a diferentes contextos y circunstancias, propiciando así un acercamiento entre las autoridades locales, personal de salud con la población, y el mayor entendimiento de los contenidos, y herramientas de la propia metodología comunidades y familias saludables.

"Creo que eso lo hemos hecho desde el principio, donde veíamos que hay que adaptarlo a nuestra realidad. Hemos ido dando la opinión desde las redes, así ha ido avanzando, la programación inclusive la

hora a la que debíamos reunirnos, dependía de la realidad, donde reunirnos y todo eso, o sea era un construir de parte de los dos, tanto el proyecto como nosotros".

Entrevista a responsable de la Coordinación Regional del PAIMNI, San Martín

"Claro pues como recoges información desde abajo, también la vas adecuando de acuerdo a la realidad, no está escrito en piedra, se va adecuando de acuerdo a la realidad, mira vienes y no encuentras a las mismas personas, pero ya han hecho por ejemplo sus tareas, su rol de tareas, su tablero".

Entrevista a responsable PROMSA de la DIRESA San Martín.

"Con esas herramientas nos programamos y realizamos todo, porque si no hubiera este tipo de herramientas de gestión que es lo más importante, haríamos planes a la deriva pero ahora como tenemos una herramienta a la mano eso nos facilita"

Entrevista a responsable de GDS del distrito de Antarumi, Ayacucho

"La metodología tiene ocho items de compromiso pero nosotros ya veníamos manejando otro tipo de compromisos por ejemplo 20 compromisos eso nada más es adaptable entonces acá utilizamos lo que nos ha dado y lo que tenemos lo hemos adaptado… nosotros nuestra meta de repente es más amplia por eso le hemos agregado al diagnóstico algunos ítems más de protección."

Entrevista a responsable de GDS del distrito de Tambillo, Ayacucho

<u>Ventaja Relativa de la metodología MCS:</u>

Los aspectos destacados de la metodología de MCS en relación a su vinculación con cada uno de los escenarios saludables muestran ventajas que la identifican como una alternativa para adoptarla e implementarla como una estrategia para mejorar estilos de vida y condiciones del entorno, en especial por instancias de gobierno regional, gobierno local y la red de salud (DIRESA, Red y Microred de Salud), entre lo más destacable se encuentra:

- Que la metodología MCS presenta herramientas de gestión familiar y comunal que son prácticas, adaptables a los diversos contextos e inter relacionadas entre sí que permiten el empoderamiento progresivo de la población acerca de la importancia y utilidad de la planificación comunal, destacando el interés por parte de las profesionales o responsables de las diferentes instituciones encargados de su implementación en sus jurisdicciones.

"yo veo que la metodología es bastante práctica los textos y los materiales que brinda USAID, porque ellos son los que lo han elaborado, son bastantes prácticos y comprensible"

Responsable de la Coordinación de CRECER WARI, Ayacucho

"Bueno yo pienso que es una metodología que se puede aplicar desde abajo hacia arriba, para la gente es práctica, la gente te entiende"

Responsable de PROMSA DIRESA, San Martín

"Bueno la ventaja es que la metodología en si tiene una estructura señalada de que es fácil y es entendible"

Responsable de PROMSA Red Aguaytia, Ucayali

"*es al contrario, en desventaja está el programa del gobierno ya que el programa de gobierno se ha venido dictando en lo que es promoción y prevención, pero no ha existido enfoques tan claros y precisos, sólo se ha dicho pero no ha llegado a la mente de la gente"*

Alcalde de Irazola, Ucayali

- Que la metodología de MCS es un recurso facilitador y/o promotora del liderazgo familiar y comunitario, puesto de manifiesto a partir de la mejora de la capacidad organizacional, la delegación de responsabilidades entre líderes y la población.

"Claro, porque estamos viniendo de abajo, hacer el diagnóstico de la familia o el diagnóstico de la comunidad, este al empoderar la gente en el tema de liderazgo de percepción, esto hace bien,… han trabajado desde abajo teniendo los resultado que hemos tenido."

Responsable de PROMSA-DIRESA, San Martín.

"Si funciona, hace que la población, la gente, las líderes puedan capacitarse, puedan fortalecerse, su conocimiento tanto lo que es prácticas, tanto lo que es el trabajo organizacional, el liderazgo."

Responsable de PROMSA Picota, San Martín

"Muy bueno, estas herramientas porque cambiar conductas, cambiar comportamientos es difícil. Entonces, primero de poco a poco estamos avanzando con la sensibilización y ya luego cuando la conocen, ven que da resultado"

Miembro del ETL PAIMNI, San Martín.

- De otro lado, los actores que vienen utilizándola han identificado, que la metodología de MCS facilita el tránsito hacia un modelo de gestión municipal basado en el trabajo articulado con diversos agentes de cambio (instituciones públicas y/o privadas) presentes en el nivel local, además de facilitar el diálogo y concertación para abordar los determinantes sociales y la promoción de la salud valorando el trabajo comunitario realizado, que ellos mismos han emprendido desde los gobiernos locales.

"Claro ahora ellos cuando van a alguna comunidad tratan de hacer incidencia que no solo deben pedir canchas o espacios recreativos sino ya priorizar la primera infancia entonces ya maneja un mensaje entonces el mismo alcalde ya maneja ese mensaje de trabajar por la misma infancia."

Entrevista a responsable de GDS del distrito Pacaycasa, Ayacucho

"…del municipio estamos viendo el equipo técnico multisectorial bien formalizado bajo una resolución de alcaldía y también lo que es con reglamento interno lo que con plan de trabajo entonces las autoridades ya están articulado cualquier actividad que realicen cualquier institución entonces como equipo estamos todos ahí apoyando-."

Entrevista a responsable de GDS del distrito Iguaín, Ayacucho

"El PAIMNI, dentro de ello está la estrategia de municipio y comunidades saludables, ya que con eso nos permite empoderar tanto los líderes comunales como las autoridades, tanto los diferentes sectores como es salud, educación y otros sectores del distrito para que todos podamos trabajar juntos con el problema que es la desnutrición."

Entrevista a responsable de GDS del distrito Soritor, San Martín

"Bueno con relación a nosotros como personal de salud es una buena metodología donde se busca el involucramiento del personal de salud y de nuestra comunidad y el gobierno local, las autoridades."

Entrevista a responsable de PROMSA Saposoa, San Martín

"…en este aspecto los gobiernos locales siempre entran con mirada al desarrollo que es mejorar las calles, las infraestructuras de las escuelas, de las pistas. Al aplicar la metodología se ve el enfoque de desarrollo social, humano de que realmente parte del desarrollo también es parte de las capacidades"

Entrevista a responsable de PROMSA Picota, San Martín

- Y otro aspecto que destacan de la metodología de MCS en su aplicación a nivel del escenario de los municipios, es la disposición de información que pueden manejar los gobiernos locales acerca del estado situacional de sus familias y comunidades de forma real, y oportuna, permitiendo conocer y comprender mejor las necesidades y aspiraciones de la población para una adecuada toma de decisiones de las autoridades de los GL.

"…nos parece muy útil como gobierno lo local porque esto nos va ayudar a medir en que situación estamos, por eso nosotros como gobierno local tenemos realizado diagnósticos en todas nuestras comunidades para ver en qué situación está."

Entrevista a responsable de GDS del distrito Campanilla, San Martín

4.2.5.2 Los momentos de transferencia y expansión de la metodología MCS

En el proyecto USAID/MCS II se ha seguido una ruta básica para el proceso de transferencia y expansión de la metodología MCS a gobiernos locales, regionales y entidades del sector salud en sus diferentes niveles en las tres regiones.

En este contexto, se ha seguido cuatro momentos claves: de sensibilización y decisión para adoptar la metodología, de organización y planificación para implementarla, desarrollo de capacidades consolidad en su implementación y la capacidad de autoevaluación del proceso y logros de su aplicación de la metodología desde cada experiencia institucional.

Los resultados más destacados en la experiencia de las instituciones que vienen adoptando la metodología de MCS se presentan según los cuatro momentos antes citados:

a) Sensibilización e incidencia para adoptar la metodología MCS

Los agentes de las instituciones que vienen adoptando la metodología MCS reconocen el proceso de incidencia/sensibilización como pasó clave para que la máxima autoridad y su equipo tomen la decisión de adoptarla.
Destaca en este proceso la importancia de implementar los arreglos institucionales para que puedan implementar la metodología, en tal sentido, señalan que el *marco normativo* es necesario para concretar el inicio de la adopción e implementación de la metodología MCS. Se aprecia de forma recurrente la valoración a la emisión de resoluciones/ ordenanzas municipales a favor de la creación y reconocimiento de los ETL/ CDS, adopción formal de la metodología MCS y otras que regulan los recursos y los mecanismos de trabajo para su implementación en cada jurisdicción.

A nivel de las regiones, destaca la región ***San Martín***, donde se vislumbra el proceso de adopción e implementación más fuerte de la metodología MCS desde el nivel regional, generada por la articulación de éste con el ***Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil – PAIMNI***, la metodología MCS se ha visto difundida y aplicada por los diferentes gobiernos locales adscritos a dicho programa, los cuales vienen concretando sus compromisos asumidos para luchar contra la desnutrición crónica infantil en la región, mediante la emisión y ejecución de convenios intergubernamentales entre GR y GL y las ordenanzas municipales o regionales, que generan los mecanismos para su implementación de la metodología.

> *"si lo vienen ejecutando, es parte de cómo tenemos el plan de implementación del PAIMNI que es así, porque tiene estos tres componentes que es seguimiento longitudinal, lo que es familia de municipios y comunidades saludables y la metodología mejora el desempeño que es calidad"*
>
> *Entrevista a miembro de ETL Regional del PAIMNI, San Martín*

En la región ***Ayacucho***, mediante su política regional denominada Crecer Wari, que tiene por misión promover el desarrollo integral de las familias y comunidades de toda la región, encontró en la metodología de MCS un socio clave para emprender sus acciones programáticas; por su lado la DIRESA desde el compromiso asumido vía una resolución directoral ha impulsado la iniciativa de implementarla a nivel regional, complementaria al programa CRECER Wari, bajo el liderazgo de las DIRESA.

> *"En nuestro proyecto aproximadamente 80 distritos tienen ordenanzas y resoluciones al 31 noviembre 80 distritos, ordenanzas y resoluciones aceptando la implementación de esta metodología porque estamos promoviendo dentro de este programa de CRECER."*
>
> *Entrevista a Coordinador Técnico de CRECER WARI, Ayacucho*

"Nosotros tenemos resoluciones como equipo técnico, tenemos resolución del reconocimiento de CODECO, del centro de vigilancia y tenemos ordenanza municipal a favor del trabajo de desnutrición crónica también tenemos ordenanza para la crianza de los animales menores y para el control de bebidas alcohólicas.

Entrevista a responsable de PROMSA de la Red Huamanguilla, Ayacucho.

La región ***Ucayali*** se presenta un escenario donde la transferencia de la metodología MCS ha sido a nivel directo con los GL, evidenciándose receptividad e interés de un grupo de GL, quienes han logrado asumir el compromiso de adoptar y/o expandir la metodología MCS plasmado en la emisión de ordenanzas municipales, con el soporte de sus ETL. Sin embargo, a partir de ciertas declaraciones de algunos representantes del sector salud, se ha podido constatar cierto malestar ante la perspectiva de que algunos gobiernos locales muestran demora en la promulgación de dichas ordenanzas, influenciado por intereses políticos de ciertos funcionarios municipales.

"Nosotros en cuanto a documentos de gestión nosotros tenemos emitidas las ordenanzas inclusive con las recomendaciones que nos dejó MCH se h proyectado las ordenanzas de estilos de vida y entorno saludables ya tenemos las ordenanzas e las buenas practicas saludables que eso lo tiene al alcance distrital a todas las instituciones del estado lo alcanza acá en el distrito".

Entrevista a alcalde distrito Irazola – Ucayali

"Bueno como que están recién empoderando y este año 2014 que es el nuevo plan que vamos a tener el plan de trabajo anual y vamos a tener nuevas reuniones y ojala que continuemos todo depende del alcalde que nos pueda dar su apoyo y el gerente de desarrollo social"

Entrevista a Responsable de PROMSA Campo Verde – Ucayali

b) <u>Organización y planificación de la transferencia de la metodología MCS</u>

En este nivel se busca la conformación de los *<u>equipos facilitadores y/o equipos estratégicos definido por</u>* los gobiernos locales y regionales que decidieron formalmente adoptar y expandir la metodología de MCS; de otro lado, se explora la valoración al proceso de *<u>elaboración de los planes de transferencia.</u>*
Encontrando en forma general, que en cada región la dinámica ha sido variada, respondiendo al contexto político y de apropiación de la metodología MCS. En ciertos GL y EESS se percibe aun poco interés o mínimo conocimiento del rol de los equipos estratégicos y facilitadores. Mientras que en el grupo de GL con mayor compromiso destacan el rol de los facilitadores como capacitadores para replicar la metodología MCS.
A nivel de la planificación se presentan dos procesos más recurrentes; en Ayacucho y Ucayali son los Equipos Técnicos o Comités Multisectoriales quienes elaboran el plan para implementar la metodología MCS y en San Martin el proceso está marcado desde el liderazgo del Gobierno Regional y su DIRESA, donde los GL circunscritos en el PAIMNI han formalizado un convenio intergubernamental, con el compromiso de tener un plan distrital integral que adopta los tres componentes de este programa regional, incluyendo en el tercer componente la metodología MCS. A continuación se describen alcances particulares de este proceso en las tres regiones:

En **Ayacucho** la organización ha estado enfocada en un equipo de la DIRESA que lideró el proceso de adopción de la metodología MCS, quienes estratégicamente han identificado un referente en sus redes de salud, asumiendo la responsabilidad de su conducción en el marco del compromiso asumido en la Resolución Directoral Regional.

Este grupo clave ha conformado al equipo de facilitadores, quienes con el soporte del equipo clave han planificado la implementación de la metodología MCS en cada una de sus jurisdicciones. En el caso de los EE.SS. la perspectiva sobre la conformación de los equipos de facilitadores y su posterior capacitación deja entrever que, una de las principales limitaciones para el normal desarrollo de las funciones y alcance de los facilitadores corresponde al poco tiempo de permanencia de los profesionales en salud que se encuentran realizando su servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS), los cuales al permanecer sólo un año dedicados al trabajo comunitario, crea la necesidad de estar constantemente capacitando a nuevo personal. Sin embargo, cabe mencionar que uno de los principales respaldos para el cumplimiento de las funciones de facilitación para la implementación de la metodología MCS corresponde a rol que asumen los profesionales de promoción de la salud de las micro redes y redes de salud mediante la realización de réplicas de capacitación por parte de ellos mismos dirigido a los nuevos profesionales que llegan a laborar con ellos, como parte de su rol de miembros del equipo estratégico o clave.

> *"Nos han capacitado a todos los responsables de promoción de la salud de todo Ayacucho de las redes y microredes en Ayacucho entonces a partir de esa capacitación nosotros hemos hecho las réplicas también a los responsables de PROMSA en cada microred".*
>
> *Entrevista a responsable de PROMSA del distrito Luricocha, Ayacucho.*

Y respecto al plan de trabajo para la transferencia de la metodología MCS reconoce la importancia de haber sido realizado en primera instancia a nivel de la red de salud y posteriormente difundida a nivel de las diferentes micro redes de salud; así mismo, hacen mención sobre la importancia de haber incorporado dicho plan dentro de la mesa multi sectorial.

> *"Y qué opinión tiene de la forma en que fue elaborado este plan de trabajo…yo creo que está bien fue a nivel de región luego tuvimos un plan para hacer a nivel de red y luego a nivel de microredes para poder socializar y así llegar al 100% de establecimientos creo que es una manera de trabajo en todo proceso".*
>
> *Entrevista a responsable de PROMSA de Red Huamanguilla, Ayacucho.*

> *"El plan de trabajo lo hicimos con cada microred se hizo como un taller se les explicó de manera detallada como ellos deberían intervenir en cada comunidad como deberían intervenir con cada familia. La transferencia se incorporó dentro de la mesa multisectorial que se siga implementando más comunidades saludables, el próximo año vamos a estar en Quiucho la misma comunidad ha pedido que se trabaje con ellos".*
>
> *Entrevista a responsable de PROMSA del distrito Pacaycasa, Ayacucho*

Mientras que en la región de Ucayali, la conformación de los equipos de facilitadores en el caso de las entidades del sector salud, EE.SS. micro redes, y redes de salud encuentra, que su principal respaldo está en la designación de dicha responsabilidad entre los diversos profesionales estables o en planilla. Sin embargo, persiste la rotación interna entre las diferentes áreas técnicas lo que implica desarrollar un nuevo proceso de capacitación del personal que rota al área de promoción de salud.

En el caso de los agentes entrevistados de los GL, destacan que este equipo de líderes/facilitadores está conformado no únicamente por los trabajadores de los GL y los EE.SS. sino también, hay la presencia de personal de entidades como la Policía Nacional, docentes con el liderazgo la Gerencias de Desarrollo Social del GL.

> *"Es el equipo técnico local que lo conforma, el alcalde el representante jefe de la micro red de salud un representante de la instrucción educativa secundaria un representante de instituciones educativas de primaria e inicial luego un representante de policía y de cultura y de la mesa de concertación…"*
>
> *Entrevista a responsable de Microred Campo Verde, Ucayali*

"… había un trabajo ya nos han transferido reuniones tras reuniones que estaba liderada por MSH… brindaron la sugerencia y las recomendaciones …entonces ya la municipalidad tienen que comenzar a liderar ahora que ya no está MSH pero el que debe liderar el compromiso y a partir de ahora debe liderar la municipalidad P: actualmente se han conformado equipo de facilitadores R: el equipo de facilitadores ya venía desde hace tiempo desde que comenzó a intervenir MCH se comenzó a conformar los facilitadores y eso ha venido trabajando y ahora hay que seguir manteniendo ese tipo de facilitadores para llevar acabo el desarrollo".

Entrevista a Alcalde de Irazola, San Martin.

"Un equipo donde estaba formado con un médico, enfermeros, obstetras, odontólogos pero por el movimiento interno y muchos fueron desplazados a otros lugares o salieron ahora la gran responsabilidad lo asume la jefatura y mi persona para cumplir con los objetivos de promoción de la salud…"

Entrevista a responsable de PROMSA, Padre Abad – Ucayali

En relación al Plan de transferencia de la metodología es aborda por el ETL / Comité multisectorial, sin embargo, en algunos casos algunos agentes del GL no tiene conocimiento del plan como tal, siendo necesario reforzar este proceso.

Sobre los recursos disponibles para la implementación del plan sobre la metodología MCS, las respuestas más recurrentes se enmarcan en la escasez de recursos, por lo que se valora el trabajo articulado entre ambas instituciones.

"Mire ve nosotros a nivel de la red de salud hemos trabajado un plan del comité multisectorial y hemos realizado el plan donde se ve las diferentes actividades luego a nivel provincial de ahí esbozamos a nivel de la red a cuantas familias vamos a visitar, a cuantas comunidades vamos a visitar".

Entrevista a responsable de PROMSA, Padre Abad – Ucayali

Y a nivel de la región **San Martin** se halló, que la conformación de los equipos de facilitadores. En la opinión de los agentes del Gobierno Regional se aprecia la perspectiva, que el proceso no debe de terminar con la formación de los facilitadores, sino que es importante que asuman la función de monitoreo de las actividades para asegurar el éxito de la transferencia, teniendo en cuenta que parte de los facilitadores pertenecen al campo de la salud. Por otro lado, también se identificó, que ante la escases de personal en algunos gobiernos locales, su propio personal llega a desempeñarse como facilitador.

Así mismo, a partir de las declaraciones realizadas por algunos funcionarios municipales sobre el rol del personal estable de los EE.SS. redes y micro redes de salud, se vislumbra la confianza depositada en ellos, principalmente por su condición de ser profesionales nombrados, hecho que llega a estimarse de forma positiva como un elemento que está facilitando la continuidad de la implementación de la metodología MCS. Si recomiendan que se requiere mayor experiencia y capacidad para que asuman su rol de facilitadores, siendo necesario reforzar vía capacitaciones.

"…se ha capacitado tanto personal de la municipalidad, de los diferentes establecimientos, de Red y de las microredes si tenemos en cuenta de que no han sido una sino han sido varias capacitaciones podríamos decir que si tenemos facilitadores pero quizás nuestros trabajadores, nuestros compañeros no reúnen el perfil para poder capacitar a otros como se debe, pero tal vez dándoseles las herramientas y las oportunidades lo van a demostrar".

Entrevista a responsable de PROMSA, Picota – San Martín

"Hemos capacitado equipos en los gobiernos locales, en la dirección regional, en la red. En las metas que nos hemos puesto, capacitar a los 37 equipos hasta julio, sí, se puede lograr pero no es que ahí termina la cosa, porque hay que ir diagnosticando como va y ver qué hacer".

Entrevista a Coordinadora Regional del PAIMNI, San Martín

Y sobre el plan de transferencia, a diferencia de las otras dos regiones se formuló un plan regional de implementación del programa PAIMNI, donde se insertó la metodología MCS como parte del tercer componente. Luego en espacios de trabajo vienen promoviendo los planes distritales de PAIMNI, incidiendo en planificar las acciones de familias y comunidades saludables como parte del 3er componente. Experiencia que está alcanzando diferentes dinámicas en los GL y está facilitando la valoración del rol del GL en su liderazgo para implementar las acciones con las familias y comunidades, previendo en ciertos la canalización de recursos.

> *"Tenemos ahora un plan hasta febrero, fue el que iniciamos que es para ir monitoreando, para iniciar el proceso básicamente; pensábamos armar el plan esta vez para todo el 2014 y que se incluyan más comunidades, cuando ya poco a poco nosotros vamos a ir interviniendo con las capacitaciones, ya tenemos también un poco más de experiencia, y USAID nos ha ido apoyando…Entonces creo que ya vamos a armar el plan, vamos a tener una reunión para armar el plan del 2014 donde se va a tratar de incluir más comunidades para poder trabajar la estrategia MCS".*
>
> *Entrevista a responsable de GDS, Soritor – San Martín*

> *"En algunos es a la fuerza tener el plan, es que tienen que entender que es parte de su responsabilidad, se han llevado la propuesta, por ejemplo acá en la provincia llega la propuesta el Alcalde lo asumió, el consejo también el problema que hemos tenido ha sido con la gerencia social, que no quiso absorber todo, un poco que hubo un roce entonces como el gerente de medio ambiente también estuvo ahí él dijo: "con mi gerencia van a trabajar".*
>
> *Entrevista a responsable de PROMSA, Saposoa – San Martín*

> *"Con USAID hemos presentado 3 planes y el que tiene mayor demanda de presupuesto es justo para el componente 3, y eso es por 3 años. Empezamos en Setiembre del 2012 y estamos extendiendo inclusive hasta el 2015... A mí me alegra mucho haber logrado este presupuesto que va dirigido a las acciones que no contaban con financiamiento, por eso es que hemos hecho el sustento ante USAID… Entonces todo ese dinero de USAID es para operar, dando las facilidades a los trabajadores de salud para que ellos puedan realizar sus actividades que tengan programadas, ese es ese plan que esta por 3 años".*
>
> *Entrevista a Coordinadora Regional del PAIMNI, San Martín*

c) <u>Desarrollo de Capacidades de TES</u>

En este proceso se busca generar nuevas competencias y habilidades en los equipos de facilitadores, en temas de promoción de salud, manejo de la metodología de Municipios y Comunidades Saludables y su aplicabilidad en las comunidades y familias, desde un esfuerzo de articulación.

Encontrando en forma general, que los agentes que tienen la función de facilitadores de la metodología MCS vienen cumpliendo esta función en un nivel regular, valoran haber sido entrenados en estos temas bajo una metodología interactiva, que facilita el aprendizaje de adultos y reconocen que son los responsables en afianzar el manejo de esta metodología en sus equipos locales de salud con cierta periodicidad.

Destaca en los agentes de los GL su compromiso en asumir además del liderazgo de todo el proceso, su rol como facilitadores, en el sentido de sumar esfuerzos con el equipo de salud, como alternativa ante limitaciones de recurso humano. A continuación se muestra los hallazgos más relevantes en cada región.

A nivel de la región **Ayacucho**, según los discursos de agentes de los GL y EESS, se percibe una valoración positiva y buena comprensión de la metodología de MCS, se destaca en la mayoría del personal de salud de los diferentes niveles de la región entrevistados que comprenden los diferentes instrumentos y lógica de trabajo a nivel de los escenarios de familias y comunidades por su sencillez y practicidad; manifiestan la contribución en el

desarrollo de sus capacidades para la gestión y trabajo articulado con los gobiernos locales, desarrollando una visión más amplia y territorial de la promoción de la salud.
Asimismo, desde la perspectiva de los representantes de los EE.SS. Micro redes y redes de salud, existe la valoración sobre la complementariedad de la metodología MCS con respecto a sus labores de promoción de la salud desde su institución. Del mismo modo, pese a las limitaciones logísticas que se puedan presentar, el rol de los facilitadores como los responsables de la aplicación directa de la metodología es visto como importante para asegurar la continuidad de la intervención por las propias instituciones que la adoptan.

> *"Ósea, el personal de salud se ha ido fortalecido porque decían que para hacer municipio hay que hacer esto, que hay que trabajar con un equipo, antes se tenía una mirada bastante sectorial, era el problema del sector, no había una lectura más allá igual era en la comunidad".*
>
> *Entrevista a responsable de PROMSA, DIRESA – Ayacucho*

> *"…lo que me parece interesante es la sencillez y está adecuado al medio como te digo que es de fácil uso yo creo que cualquier persona lo puede manejar eso".*
>
> *Entrevista a coordinador técnico CRECER WARI – Ayacucho*

> *"Si me pareció útil en la réplica que hicimos a nivel de las micro redes como que me empodere un poco más porque ya yo apoyaba la facilitación…Claro que si recién se está introduciendo esta metodología debería ser más tiempo porque la segunda vez que nos capacitaron fue un solo día bueno la primera vez que formaron los facilitadores si tuvieron más tiempo."*
>
> *Entrevista a responsable de PROMSA, Red de Salud Huanta – Ayacucho*

> *"Lo que he notado es que no hay muchos facilitadores por ejemplo a nivel de Huanta he visto unos cuantos para trabajar esto yo creo que se necesita más gente porque tú sabes que uno solo no puede abarcar tantas familias ni tantas comunidades"*
>
> *Entrevista a coordinador técnico CRECER WARI – Ayacucho*

En la región **Ucayali** por su parte, también se logra apreciar el interés e importancia por la metodología por parte de los funcionarios municipales y personal de las diferentes entidades del sector salud; destacan importante el manejo de temas como abordaje de determinantes sociales, estilos de vida como parte de promoción de salud y de la facilidad de la metodología para articular la comunidad con el gobierno local, sin embargo, se observa que no todos los actores involucrados han llegado a fortalecer sus capacidades técnicas, encontrándose quienes si declaran contar con un alto dominio de la metodología en sus diferentes escenarios, y otros quienes aún se encuentran en proceso de afianzamiento de sus conocimientos y habilidades. En este proceso, identifican como limitante la rotación del personal de salud, situación por la que demanda mayores espacios de réplica. En ese sentido, en la región Ucayali puede considerarse que el dominio técnico de la metodología MCS se encuentra en un fase media, en el que falta fortalecer aún más a determinados actores del sector salud, así como de los GL y GR.

> *"Actualmente se había conformado un equipo de facilitadores en el tema preventivo promocional para el cumplimento de vigilancia comunal, una de las facilitadores que se había ido a capacitar era la enfermera Angélica la que estaba empoderada en el tema de promoción de MCS, era la anterior enfermera y actualmente la única que fue capacitada para vigilancia como un apoyo de la parte de materno es el obstetra, luego la psicóloga como encargatura…no tenemos un equipo, claro que tiene conocimiento".*
>
> *Entrevista a responsable PROMSA-Padre Abada – Ucayali*

> *"Particularmente diría que para mí ha sido bastante de los estilos de vida y entornos saludables que nos ha quedado en la mente para seguir transmitiendo de repente a la gente que de alguna manera no pudo*

participar todos ellos no han podido entonces tratamos de capacitar a un dirigente o autoridad para que lleve el mensaje a su pueblito".

Entrevista a Alcalde, distrito Irazola –Ucayali

"¿Usted diría que se ha logrado aprender bastante, poco, como evaluaría?...Rpt: Bastante!...Estoy visionando y aplicando todas esas metodologías, todo ese trabajo para el bien de la población ya en otras comunidades".

Entrevista a responsable PROMSA de Red Aguaytia – Ucayali

La región **San Martín**, el primer aspecto valorado de la metodología MCS es su sencillez y practicidad para su aplicación; sumado a que, a partir de ella se ha podido llegar incidir en las autoridades locales para que ellas puedan entender la necesidad de abordar los temas relacionados a la salud de las familias y comunidades, no obstante, se ha visto que en algunos casos en los gobiernos locales, ante la carencia de mayor personal dedicado a los temas sociales, los propios funcionarios se han visto en la necesidad de realizar funciones de facilitador. Del mismo modo, se rescata las declaraciones tanto del personal de promoción de la salud como de los GL acerca de su necesidad de contar con espacios más constantes de capacitación.

Sin embargo, en vista de las diferentes declaraciones, puede estimarse que el nivel de manejo técnico de la metodología MCS por parte de los diferentes actores es bueno en los diferentes escenarios.

"Nos han explicado bien el tema en las capacitaciones, cuál es el compromiso del Gobierno Regional y darle el respectivo seguimiento, más bien articularnos como gobierno regional, como gobierno local y seguimos trabajando esos temas…Somos nosotros los que hacemos de facilitadores, de capacitadores, a veces nos ponemos hasta de locutores".

Entrevista a Gerente de Desarrollo Social, distrito de Campanilla, San Martin

"En realidad dieron bastantes metodologías para trabajar con los adultos funciona, en eso nos vimos fortalecidos porque se cambiaba el esquema de un trabajo expositivo, frío y con términos a nuestro nivel o de solamente salud, con estas metodologías se volvió amigable, enriquecimos nuestros conocimientos".

Entrevista a responsable PROMSA de Microred Saposoa – San Martin

"Para mí, puedo decir que se ha aprendido suficiente, pero se ha aplicado poco, por el tiempo. Para mí, la idea es que cada Microred, lo tomamos como actividad prioritaria, pero eso va ser bien difícil visitar; la mayoría de las personas quieren estar sentadas en el EESS".

Entrevista a responsable PROMSA de Microred Caynarachi – San Martin

d) <u>Monitoreo y Evaluación</u>

Este proceso cierra la ruta de la transferencia, expansión y sostenibilidad de la metodología MCS. Tiene como propósito generar una cultura de rendición de cuentas sobre avances y logros de la intervención de la metodología MCS, que el gobierno local o regional han adoptado; para plantearse nuevos retos y mayor compromiso para alcanzar su aplicación en forma efectiva progresivamente en cada ámbito institucional.

Encontrando en forma general a la luz de las diferentes declaraciones que existe un buen manejo de la metodología MCS, con diferentes grados de avance producto del tiempo de exposición en su uso, del compromiso político de sus autoridades y funcionarios, corresponsabilidad de los equipos de salud (DIRES, Red de Salud, Microred de Salud o EESS

Local), entre otras condiciones del entorno según cada región y tipo de organización que decide adoptar e implementar la metodología.

Además, se ha constatado que los representantes del sector salud perciben que se ha logrado hasta el momento un mayor avance en los escenarios de familias y comunidades por ser estos, campos de directa intervención de su sector, y porque los cambios o mejoras en los gobiernos locales –manifiestan- corresponde a decisiones autónomas de los GL. Ahora bien, en cuanto a la perspectiva de los representantes de los gobiernos locales, y la consulta realizada sobre cuál era su apreciación sobre el avance en los diferentes escenarios, ellos refieren que – a diferencia del sector salud- se ha logrado un cierto avance en los tres escenarios, reconociendo no obstante, que dichos avances varían de un distrito a otro, e incluso a nivel de las comunidades de aquellos. A continuación los hallazgos más relevantes y particulares de cada región.

En la ***región de Ayacucho*** la capacidad de evaluación de los logros alcanzados en la implementación de la metodología de MCS por los diferentes actores de la región, se identificó que se encuentra en proceso de desarrollo/aprendizaje; por cuanto, si bien los diferentes actores reconocen la importancia de los procesos de evaluación sobre los avances y/o logros alcanzados, también se distingue que aún existen trabas o limitaciones actitudinales por parte de algunos representantes institucionales para someter a evaluación o revisión su labor en favor de la mejora de la salud de la población. Existen aún percepciones erróneas de este proceso, confundiéndose con fiscalización o critica a su desempeño profesional. En ese sentido, aún queda pendiente afianzar la cultura de evaluación sobre el trabajo que están emprendiendo en la adopción de la metodología MCS.

> *Algunos van con el ánimo, otros van sin ganas, otros van como diciendo que no han hecho nada todavía, otros recién incorporándose al equipo y conociendo este tema otros también observando la metodología porque esta reunión a mí por ejemplo me sirve bastante para poder hablar lo que estamos encontrando*
>
> *Entrevista a Coordinadora PROMSA, Ayacucho*

> *Las reuniones de evaluación si son muy importantes porque nos ayudan a ver cuánto estamos avanzando en que estamos mejorando qué dificultades estamos teniendo para socializar también con ellos.*
>
> *Entrevista a responsable PROMSA de Microred Luricocha- Ayacucho*

> *Yo creo que es muy importante el monitoreo porque de esa manera podemos medir el avance de nuestras actividades que cosas se han hecho que cosas faltan por hacer y que se deben ir mejorando.*
>
> *Entrevista a responsable PROMSA de Red Salud Huanta- Ayacucho*

> *"…el plan es elaborado por el equipo técnico multisectorial entonces como equipo que es lo que estamos haciendo y por ese motivo nosotros evaluamos si hemos cumplido o estamos en el aire o es pura palabra o ahí hemos quedado"*
>
> *Entrevista a responsable PROMSA de Microred Iguain- Ayacucho*

En la región ***San Martin*** se encontró en los discursos de los entrevistados la valoración y reconocimiento que tienen acerca de la realización del proceso de evaluación que es desarrollada por el Equipo Técnico Regional respecto a los logros alcanzados mediante la aplicación de la metodología MCS. Una limitación en las evaluaciones es la dinámica variada de los integrantes del ETR en las evaluaciones, habiendo identificado que parte de los miembros de los ETR participando eventualmente.

A nivel de los GL se encontró reconocimiento al sector salud por su rol en el proceso de evaluación, porque valoran el dominio y experiencia en los temas de promoción de la salud y trabajo directo a nivel comunitario y de familias.

> *"Si, hay un equipo, no podemos sentarnos solo el gobierno regional porque nosotros solos no ejecutamos, siempre está la parte técnica, la parte operativa, porque ellos te van a decir que está mal y entre todos discutimos que hay y los proyectos siempre nos acompañan. "…Para nosotros todo va ser importante en la evaluación, porque ahí no solamente das tu opinión, mejoras el proceso sino nacen nuevas cosas, nacen por ejemplo hoy apareció nuevamente que debemos hacer como incentivos"*
>
> *Entrevista a miembro ETR PAIMNI – San Martin*

> *"… la revisión de las actividades lo hacemos todo el equipo técnico, mayormente salud porque ellos conocen los temas y mi persona. Lo hacemos el equipo técnico mayormente.*
>
> *Entrevista a GDS del distrito Campanilla- San Martin*

> *"Son súper importantes las evaluaciones, porque nos permite ver lo que se está avanzando, lo que falta, cuáles son las brechas que tienen y cómo reajustarlo para el próximo mes o el trimestre".*
>
> *Entrevista a responsable PROMSA de Red Picota- San Martin*

> *"Son importantes las evaluaciones porque nosotros también aprovechamos en sensibilizar más a los del comité y aprovechamos en involucrarnos más en el trabajo para que ellos también sientan que somos parte de ellos, por eso es que se ha visto conveniente distribuirnos en el trabajo de monitoreo; porque queremos que ellos estén más cerca a las comunidades".*
>
> *Entrevista a GDS del distrito Soritor- San Martin*

Complementaria mente, se ha hallado como un factor favorable al avance en las comunidades y familias, el aspecto de "incentivos" que se ha otorgado a aquellas familias o comunidades que han avanzado en sus compromisos de cambio, siendo clave el rol del GL en su financiamiento o la gestión de la canalización de recursos para los incentivos; otro aliciente importante en los avances es la labor realizada por el personal de salud.

> *"si es un incentivo definitivamente, los incentivos no solamente tiene que ser monetario entonces nosotros económicamente hemos empezado a pedir apoyo y los proyectos y el Gobierno Regional nos ha facilitado, también estamos haciendo incentivo con documentos, resoluciones, promociones."*
>
> *Entrevista a miembro de ETR PAIMNI, San Martin*

Al igual que en las anteriores regiones, los diversos actores clave presentes en la ***región Ucayali***, expresan la importancia de las reuniones de evaluación de la intervención a nivel de familias, comunidades y municipios en su camino por llegar a ser saludables. Otro elemento favorable que reconocen sobre los espacios de evaluación, es que son oportunidades para revisar la planificación y coordinar actividades por realizarse.

Un grupo de municipios están en situación más incipiente de aplicar los procesos de monitoreo/evaluación, entre una de las limitaciones indican rotación del equipo de salud.
También, se percibe que la evaluación no llega a realizarse de forma constante con la presencia de todos los miembros de los ETL o equipos multisectoriales ante el poco avance logrado, asociado a limitaciones como bajo compromiso, escasos recursos y en ciertos grupos débil liderazgo en las coordinaciones inter institucionales.

Respecto al avance alcanzado en los diferentes escenarios saludables, el equipo de salud percibe un mayor progreso conseguido en los escenarios de familias y comunidades para ser saludables, identifican que a nivel del escenario de municipio su injerencia es mínima por ser el GL una instancia autónoma. Mientras que por el lado de los GL, se presenta una apreciación más homogénea sobre los avances alcanzados en cada uno de los tres

escenarios, reconociendo el rol que ellos poseen en la promoción de mejoras en dichos escenarios.
Finalmente, a pesar de las particularidades encontradas, se puede considerar que en la región Ucayali, la capacidad de evaluación presente un desarrollo intermedio, siendo su institucionalización una labor que exige de seguimiento y acompañamiento constante aún.

> *"Si es importante participar para ver el interés que tienen por ser una comunidad saludable y para prevenir las enfermados, no es curar sino, el objetivo es prevenir para que haya una comunidad saludable sobretodo que sea una organización limpia y ordenada".*
>
> *Entrevista a responsable PROMSA de Microred Campo Verde – Ucayali*

> *"Es más, no nos reunimos solamente por este tema de evaluación, sino por otros temas, por ejemplo nos reunimos la semana pasada para hacer el tema de recojo de inservibles todo el equipo para planificar y programar todo eso y la semana pasada fue para la campaña de recojo de inservibles, esto es producto de las reuniones de monitoreo".*
>
> *Entrevista a responsable de GDS, distrito Curimana – Ucayali*

> *"En el seno del ETL se ha visto como ya les dije de antes que falta empoderamiento no se ha cumplido con el plan que se ha trazado por falta de recursos…solo el 50% del equipo del ETL participa en las capacitaciones"*
>
> *Entrevista a responsable de GDS, distrito Irazola – Ucayali*

> *"Yo he podido observas más avances en familia y en comunidad. ¿Cómo se ha reflejado en el tema de familias y comunidad?. Por ejemplo cuando hemos ido a visitar las comunidades de Chambillo es una comunidad organizada limpia, debe de tener de acuerdo al escenario y en las familias también porque hemos ido a visitar familias"*
>
> *Entrevista a responsable PROMSA de la Red de Salud Aguaytía – Ucayali*

4.2.5.3 Institucionalización de la metodologia MCS

La institucionalización de la metodología MCS y sus herramientas en el marco del proceso de fortalecimiento e institucionalidad de las diferentes entidades usuarias en los niveles local, y regional en un mediano y largo plazo por parte del proyecto USAID MCS II considera cuatro dimensiones para alcanzar dicha finalidad; así, se exploró el elemento político, social, técnico y financiero que expresan en qué medida se está dando las condiciones de continuidad de la aplicación de la metodología y sus herramientas por los gobiernos locales, gobiernos regionales y las DIRESAS y sus redes de salud local. A continuación se presentan los hallazgos de proceso más relevantes identificados en los discursos:

Respecto a la ***sostenibilidad técnica*** de la metodología MCS y sus herramientas se halló desde los discursos de los diferentes actores involucrados, que es de fácil comprensión y aplicación, rescatan que es importante para facilitar su adopción tanto por parte de las comunidades, autoridades e instancias públicas de los diferentes niveles de gobierno, así como también por parte de las instituciones privadas que están decidiendo adoptarla e implementarla.

En ese sentido, se ha podido apreciar dos elementos relevantes para los actores que están adoptando la metodología, que son importante precisar:

- Existe un reconocimiento en la mayoría de los agentes entrevistados a la "*sencillez y practicidad"* de su uso, de ser adaptada a los diferentes contextos y circunstancias; así mismo, se percibe la valoración en el tema de efectuar "*acciones se seguimiento"* en los diferentes escenarios, para asegurar la adecuada comprensión y aplicación tanto de la metodología MCS como de sus herramientas.

- Se halló la necesidad común entre el personal que tiene la función de implementar en campo la metodología MCS y sus herramientas de tener un proceso periódico de entrenamiento – "un mayor número de capacitaciones para que los conceptos, especificaciones, relación entre los instrumentos y otras consideraciones puedan ser mejor esclarecidas del todo" – además; que es una necesidad en vista de la constante rotación del personal de salud y dentro de los gobiernos locales que limita que haya una continuidad del capital humano capacitado.

- Por otro lado, algunas autoridades aún no han interiorizado por completo su rol en la salud, al considerar "una carga" la transferencia de la metodología MCS al municipio, sin la respectiva transferencia de recursos económicos, por lo que se percibe un cierto pesimismo sobre su continuidad y en otros casos asumen en cumplir al delegar la intervención al EESS.

> *"¿qué cosas nota, que de pronto hace que Ud. diga que ahí estos grupos de gente si saben la metodología?*
> *Rpta.- Cuando nosotros vamos al acompañamiento pues, vemos no, en sitios como se desenvuelven, es más los resultados también que tienen, los resultados que tienen favorables, no es por obra y gracia ¿no? sino por el trabajo"*
>
> *Entrevista a responsable de PROMSA de la DIRESA - San Martin*

> *"En el caso de las juntas, se asegura que están utilizando los instrumentos cuando hacemos el monitoreo: se les pide la resolución de la junta vecinal, en este caso se visita las familias, se ve que su local comunal funcione."*
>
> *Entrevista a responsable de GDS del distrito Soritor– San Martin*

> *"Debe ser en primer lugar el centro de salud apoyado por nosotros porque ellos son los que constantemente están en capacitación porque en la municipalidad son puros trabajadores eventuales."*
>
> *Entrevista a alcalde del distrito Irazola– Ucayali*

> *"Bueno como red de salud la única que se capacitado en estas fichas es mi persona, el municipio personalmente no he hecho la réplica en el municipio solamente se hizo la réplica al personal de salud de acá del puesto.*
>
> *Entrevista a responsable de PROMSA de la Red Salud - Huanta - Ayacucho*

En relación a la ***sostenibilidad política***, que implica la promoción e incidencia de acciones para la generación y aplicación de normas donde se incorpore de forma total o parcial la estrategia de MCS para así garantizar su continuidad en el tiempo, se halló elementos importantes como:

- A nivel de los gobiernos locales, actualmente vienen desarrollando procesos orientados a la institucionalización política, mediante la emisión de ordenanzas municipales, por parte de los diferentes gobiernos locales, incorporando la estrategia de MCS dentro de su agenda de gestión municipal.

- En el caso del sector salud están insertando la metodología en los programas regionales o alineando la metodología a las políticas y directivas provenientes del sector salud y de la región; destacando la región de San Martin con la experiencia del Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil (PAIMNI), ha logrado incluir dentro de su estrategia de intervención, la metodología de MCS así como sus herramientas en un trabajo de concertación política del gobierno regional con 37 gobiernos locales participantes de dicho programa, que trabajan en favor de disminuir la desnutrición crónica infantil en sus distritos y la región en última instancia.

- Sin embargo, pese a estos importantes avances, algunas de las limitaciones identificadas está relacionada al poco involucramiento de las autoridades de los gobiernos regionales de Ayacucho y Ucayali y la alta rotación de sus funcionarios de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, que ha retrasado los procesos iniciales de sensibilización para la adopción de la metodología.

> *"Mira, tenemos el plan de desarrollo concertado donde esta priorizado la desnutrición en el plan regional para la atención a la infancia, tiene que ver con la implementación de políticas para disminuir la desnutrición, mejorar la lactancia materna, varias cosas. Entonces en el plan estratégico del gobierno regional está priorizado la metodología MCS."*
>
> *Entrevista a Coord. PAIMNI – San Martín*

> *"al asumir la ordenanza estamos comprometiéndonos a trabajar la estrategia; siempre se trata de sensibilizar al consejo y al alcalde y ellos también entienden que la parte social es fundamental."*
>
> *Entrevista a responsable de GDS del distrito Soritor– SanMartin*

> *"Si más porque nosotros hemos tomado estos instrumentos como guía para hacer la actualización del PDC… y en la actualización de ese documento transmitían ese mensaje de ser familia saludable y de tener espacios saludables."*
>
> *Entrevista a responsable de GDS del distrito Pacaycasa– Ayacucho*

> *"Claro que está alineada incluso estamos alineados a la realidad de la región, a la provincia del distrito en esos ejes de desarrollo, igual en las comunidades también los estamos alineando a ellos incluso la construcción de su visión y sus planes comunales también está inmersos en esos ejes de desarrollo"*
>
> *Entrevista a responsable de GDS del distrito Tambillo– Ayacucho*

> *"Yo creo que está en proceso ahorita, yo creo como ya estamos trabajando tiempo con esa metodología seguiremos con lo mismo, pero si hay otros cambios también tendrá que adaptarse según también las indicaciones que nos dan las DIRESA."*
>
> *Entrevista a responsable de Red de Salud Aguaytía– Ucayali*

En el caso de la **sostenibilidad social,** entendida como el fomento de la participación informada de las familias y autoridades comunales, y el desarrollo de redes sociales mediante la participación de las JVC con sus respectivos GL y otras instituciones tanto del sector público como privado para la generación y/o fortalecimiento de sus capacidades para el autocuidado en la salud y corresponsabilidad en la promoción de prácticas de la salud en las comunidades se halló un importante proceso de empoderamiento a nivel de familias, comunidades y equipos de los GL, al respecto se muestra particularidades encontradas en las regiones de intervención:

- **En la Región Ayacucho,** se llegó a identificar mediante las entrevistas realizadas a personal de salud, funcionarios, autoridades de GL/GR que, las estrategias emprendidas como: la sectorización de su labor, el trabajo e involucramiento de los promotores comunales y el empleo de metodologías lúdicas como fotografías de comunidades que han salido adelante, a ayudado a que la población se involucre y participe más en la estrategia de Familias Saludables que promueve el proyecto MCS.
  No obstante, se recoge la impresión de que, en ocasiones ha sido necesario que se adapte el material y herramientas para que pueda ser entendida por toda la población; es decir, ha existido la necesidad de ser adaptada según las características locales de la población.

Así mismo, existe la preocupación de algunas autoridades locales, sobre el modo de manejar las expectativas de la población por continuar trabajando bajo la metodología MCS debe de ser capitalizada con mayor brevedad, dado que la población –según mencionan- al no ser acompañada de forma constante corren el riesgo de olvidarse o perder el interés de seguir y mantener con lo aprendido.

"…el sectorista va y capacita pero en las dos ocasiones que yo fui si había buena participación de la comunidad había buena convocatoria y si estaban interesados en eso porque inclusive se hizo un video en la comunidad de Yuraj entonces decía ahora si vamos a salir en la tele estamos mejorando".

Entrevista a responsable PROMSA de Microred Luricocha – Ayacucho

"En una asamblea hay un compromiso de las familias como las familias ya son saludable entonces a ellos les gusta continuar sobre ese tema entonces ellos también dicen que siga la metodología de familias y comunidades saludables"

Entrevista a responsable GDS de distrito Iguaín – Ayacucho

"Para mí cuando llegas a la comunidad todos están comprometidos el problema es que de todos que están habrá bien comprometidos un 10% o 30% pero la idea es llegar a todos y lo que se tiene que hacer es seguir trabajando en eso no dejarlo ahí".

Entrevista a alcalde de distrito Tambillo – Ayacucho

- En la **Región San Martín**, desde el nivel regional se observa la gran importancia depositada en la normatividad emitida del PAIMNI, el establecimiento de acuerdos y su acatamiento por parte de los diferentes GL está facilitando que lleguen a fortalecer la red de JVC. Este proceso ha permitido diferentes niveles de avance en el empoderamiento de las comunidades. Los GL reconocen que tienen que llegar hasta las familias y comunidades, pero aún está en proceso.
  Sobre el rol de la DIRESA y su red de salud se observa que valoran la necesidad de continuar el fortalecimiento y seguimiento constante dirigido a los líderes comunales y las familias para asegurar la sostenibilidad de la metodología MCS.
  Entre las limitaciones que identifican en el empoderamiento de la comunidad y familias, señalan la rotación de los dirigentes comunales cada año que demanda volver a capacitar y acompañamiento en la comunidad, los "intereses" políticos de algunos líderes restringen el proceso para tener familias y comunidades saludables y el acompañamiento del personal de salud en el nivel básico (Puesto o Centro de salud) a las comunidades aun es incipiente, demandan de directivas o memorándums para cumplir y de réplicas de capacitación para un mejor manejo de la metodología.

"Hay algunos líderes también, que ellos continúan como que hay otros que están mirando nomás o sea lo manejan políticamente también, meten la parte política en este trabajo".

Entrevista a responsable PROMSA Red Picota – San Martin

"Sí es sostenible, porque como te decía anteriormente siempre y cuando esté en su plan operativo institucional estas acciones, pero que realmente se desarrolla hasta el nivel de juntas vecinales y comunidad, entonces yo creo que es sostenible. Además tengo claro que todo este tiempo tenemos que ir fortaleciéndolos a las JVC".

Entrevista a Coord. PAIMNI – San Martin

"Sí, hay un gran compromiso, la municipalidad está muy gustosa de trabajar con nosotros igual nosotros en beneficio de lograr las familias saludables, cambio de hábitos en nuestras familias, no tener a nuestros niños desnutridos en ese aspecto la municipalidad está bien empoderada en el trabajo de familias y comunidades saludables".

Entrevista a jefe de EESS Barranquita – San Martin

"Sí, ese es el compromiso y se ha firmado un convenio y hay una ordenanza y ya nos estamos adecuando a trabajar con todas las comunidades los cuales también tienen un reglamento aprobado por el consejo. Existe el compromiso del municipio de seguir trabajando en esta estrategia comunal".

Entrevista a GDS del distrito de Soritor – San Martin

- **Región Ucayali,** desde el sector salud, la sostenibilidad social es percibida mediante el nivel de involucramiento e interiorización de la metodología MCS de las comunidades y los resultados que ésta evidencia. Destacan que actualmente se viene realizando coordinaciones constantes por parte de los dirigentes comunales para alcanzar aquellos resultados, observándose el compromiso de la población en la adopción de la metodología y sus herramientas a través de avances como: el compromiso de los padres y docentes de las II.EE. para que sus hijos pongan en práctica lo aprendido en las capacitaciones; así como mediante la conservación de entornos más saludables.
  No obstante, tanto la opinión de los representantes de los GL/ GR y de las entidades del sector salud confluyen en reconocer que no toda la población ha logrado dicho involucramiento y participación de forma homogénea, es decir, que aún parte de la población muestra poco interés por adoptar la metodología de MCS. Situación que representa un reto de mayor seguimiento, asistencia técnica y trabajo articulado y complementario entre los equipos de los EE.SS. y los gobiernos locales para fortalecer a las comunidades.

"La población está involucrada pero no digamos en un 100% es muy poco. ¿Cuánto seria poco si pudiéramos pontificar? Digamos serian un 50% porque no toda la población tiene esa apertura. ¿Y cómo sabríamos si la comunidad está de acuerdo? Viendo sus cambios viendo sus hábitos."

Entrevista a responsable PROMSA Red Salud Aguaytía – Ucayali

"Si depende de la organización de estar en mutuo coordinación para ver cómo van las comunidades tenemos que estar de la mano con la municipalidad, el colegio y sectores de salud."

Entrevista a responsable Microred Salud Campo Verde – Ucayali

"La DIRESA puede hacer todos sus esfuerzos pero es el gobierno local, que debe ayudar en el proceso porque ellos están empoderados de todo el proceso de todo la metodología es más fácil de trabajar con ellos"

Entrevista a responsable GDS de distrito Curimana – Ucayali

"…la comunidad está de acuerdo no se hace ningún problema pero a algunos no les interesa y otros no tanto pero igual el mensaje tiene que llegar para todos."

Entrevista a alcalde del distrito Irazola– Ucayali

A nivel de la **sostenibilidad financiera,** entendida como la voluntad política y capacidad de gobiernos locales y regionales en canalizar recursos para implementar en su jurisdicción la metodología de MCS por diferentes fuentes de financiamiento. Al respecto, se halló que algunas autoridades y Gerentes de Desarrollo Social de los GL vienen canalizando presupuesto para acciones puntuales vía recursos ordinarios o el presupuesto participativo. Otro grupo destaca la opción de canalizar recursos vía los Proyectos de Inversión Pública menor (PIPs) a través de los cuales podrían estar apalancando recursos para garantizar la continuidad de la metodología de MCS. En el caso de San Martin reconocen el aporte puntual que la DIRESA en el marco del PAIMNI ha financiado acciones puntuales.

Sin embargo, aún esta dimensión, se estima necesita ser fortalecida involucrando aún más a los alcaldes distritales, provinciales, presidentes regionales, directores de las DIRESA, Redes, micro redes de salud y demás actores clave presentes en cada ámbito de intervención que toman decisiones en la asignación presupuestal para intervenciones locales.

"La metodología ha sido importante porque nos permite ver de un enfoque diferente ya la decisión que vamos a tomar nosotros como trabajadores municipales o también cuando convocamos al consejo con la información del SISMUNI en base a la realidad de cada comunidad y como ellos también van a ser capacitados, se prevé el presupuesto participativo, y lo que se quiere este año es que las juntas vecinales participen y plasmen sus necesidades dentro del presupuesto participativo. Entonces se prioriza lo que más necesita la población, también que los proyectos que se hagan se hagan con una información más real, que sea requerido por la misma comunidad y más actualizado".

Entrevista a responsable GDS de distrito Soritor – San Martin

"Nosotros tenemos un horizonte trazado en el plan de desarrollo concertado en esta área evidentemente tomando la política nacional de combatir la desnutrición crónica infantil, en ese sentido orientamos y priorizamos cualquier obra, cualquier recurso y esto también porque está condicionado con los presupuestos nacionales por ejemplo si nosotros no cumplimos en este sector de mejorar la vivienda y la comunidad saludable no vamos a cumplir con el requisito para que nos mejoren el presupuesto para el siguiente año".

Entrevista a alcalde del distrito Pacaycasa – Ayacucho

"…bajo tres ejes funciona el gasto presupuestal del municipio lo que es la familia, sector salud, educación, agricultura, entonces en ese sector tenemos que ver esto disminuir y combatir la desnutrición, controlar la violencia familiar y si se hacen obras que se ayuden para estos sectores vulnerables de priorizar a los niños, a las madres, a las gestantes, etc. y eso ya tenemos que hace…"

Entrevista a alcalde del distrito Tambillo – Ayacucho

"El proceso de transferencia… es una carga más que no se va a poder cumplir el objetivo de este proyecto es como antes no que venía el sector educación y en buena hora de que sean opuesto no y nos daban una carga más para responsabilidad pero no nos transferían presupuesto"

Entrevista a alcalde de distrito Curimana – Ucayali

SECTION 5: CONCLUSIONES

Conclusiones a nivel de desempeño de indicadores claves:

- El desempeño del proyecto vía la comparación de lotes entre la LB y la evaluación intermedia desarrollada bajo la metodología de muestreo LQAs, refleja mejoras en un grupo de indicadores a nivel de efecto. Los resultados dan cuenta que hay zonas de intervención con mejor desempeño y otros en proceso de mejora.

- A nivel de áreas de supervisión, se observa una situación recurrente de varias prácticas que no alcanzan los parámetros de la regla de decisión según el método de LQAs, como son el AS N° 4, 6 y 7; mientras que el AS N° 1 y 2 tiene una limitación en el número mínimo de muestra que se requiere para medir el desempeño de estas 2 AS por lo cual, los resultados para ciertos indicadores en estas AS son solo referenciales.

- Los resultados en la mejora de la nutrición infantil muestran que en los ámbitos de intervención del proyecto, el indicador de desnutrición crónica infantil (DCI) se ha reducido en comparación a la línea base de 16% a 12%, que en un análisis de proporciones tiene una p=0.12. En este proceso, y como una característica sui-generis del proyecto se destaca la participación de la JVC en la Vigilancia Comunal, promoviendo la mejora de prácticas a favor de una adecuada alimentación infantil, destacando la mejora de la práctica de la frecuencia mínima de comidas de consistencia solida o semisólidas (de 52.8% a 67.86%).

- Respecto a las *prácticas saludables en la nutrición y salud infantil*, se observa que en grupo clave de cinco indicadores muestran un incremento en relación a la LB: Frecuencia de comidas solidas o semisólidas, control CRED en niños 0 a 12 meses, consumo de agua segura, vacunas básicas al día e identidad. De todas estas prácticas destacan con mejor desempeño aquellas que son parte de la vigilancia comunal de prácticas de cuidado de salud del niño. De ello, se podría inferir que existe una relación entre la mejora de indicadores sobre prácticas de cuidado de salud y la vigilancia abordada desde la gestión comunitaria de las Juntas Vecinales Comunales.

- Respecto a *prácticas de salud materna* se halló mejoras en la asistencia a seis o más atenciones pre-natales (en el embarazo de su último hijo) y en la atención de nacimientos por personal calificado, ambos indicadores también están incluidos en la vigilancia comunal de prácticas saludables que las JVC realizan periódicamente.

- Y sobre el capital social se encontró un incremento en el nivel de "alto índice" de 4.1% hallado en la LB a 16.03%; y sobre los sub-índices se observa cambios importantes en relación con la LB, tales como: sentido de colectividad (de 23.4% a 44.8%), eficacia colectiva (de 10.8% a 40.3%), y confianza social (de 3.5% a 51.9%), estos resultados estarían aportando al empoderamiento gradual de la JVC, a la movilización social a favor de la mejora de sus entornos y al acercamiento a las familias vía la vigilancia comunal de prácticas saludables.

- La mejora del capital social a favor de temas de salud está mostrando mayor valoración por abordar el autocuidado y al compromiso colectivo en mejorar los determinantes sociales de la salud presentes en el entorno de la comunidad de manera proactiva y bajo el sentido de corresponsabilidad por la promoción de estilos de vida y entornos saludables.

- En el 2013, la intervención del proyecto en las AS 5,6, 7 y 8 que corresponden a la región de Ucayali tuvo una reducción de personal, restringiendo la frecuencia de acompañamiento a las comunidades, situación que estaría influyendo en el desempeño de estas AS.

- A nivel de los 23 indicadores de efecto que han sido medidos en esta evaluación intermedia, se tiene un grupo de siete indicadores, que tiene un bajo control desde la intervención del proyecto, por su naturaleza dependen en mayor proporción desde la oferta de los servicios de salud (capacidad de RRHH, insumos, prioridad de intervenciones sanitarias, disponibilidad de horario de Puestos y Centros de Salud, etc.), siendo importante considerar estos factores en el análisis de los resultados alcanzados y la necesidad de su revisión si es o no pertinente su inclusión en el PMP([31]).

- Respecto los indicadores sobre TRO en EDAs y búsqueda de atención de proveedor de salud en casos de IRA, no se aplicó el criterio de reemplazo por ello no alcanzaron la muestra mínima requerida por el LQAs. Debido a esta situación no se cuenta con información para el análisis de desempeño respectivo.

<u>Conclusiones a nivel de las percepciones de implementación de escenarios saludables:</u>
A nivel del escenario Familia Saludable:

- Las familias valoran el uso de las herramientas (Tableros) para ser "familias saludables". La mayoría refieren que les permite recordar a los integrantes de la familia sus compromisos de cambio. Identifican que las herramientas ayudan a identificar mejor sus problemas o necesidades de cambio, lo que destaca la sencillez, utilidad y pertinencia de las herramientas mencionadas, para los fines de cambio propuestos a nivel de familias.
- Un resultado no previsto ha sido el involucramiento de los hijos en el proceso de cambio, se constituyen en una especie de facilitadores, participan activamente en la ejecución de compromisos. Esta participación es una evidencia de que la metodología MCS es inclusiva, al generar la participación de todos los integrantes de una familia.
- Se vislumbra a partir de los cambios implementados por las familias que decidieron convertirse en familias saludables, la factibilidad que tienen las herramientas aplicadas en el escenario familia, tanto para motivar, como para realizar cambios a nivel del entorno familiar principalmente las condiciones de habitabilidad (mejoras de vivienda, orden, limpieza, cuidado en almacenamiento y consumo de agua) y la armonía en las relaciones.

[31] Acceso a programas de nutrición, acceso a seguro del MINSA de niños pobres y sus madres, MEF o sus parejas que tienen continuidad de algún MAC, MEF o cuyas parejas han recibido consejería en PF en los últimos 6, MEF que han recibido consejería en PF después de dar a luz a su último hijo y adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez.

- El reto a seguir trabajando desde el proyecto es el proceso de autoevaluación, dado que se ha identificado que las familias no muestran prioridad para la evaluación de sus compromisos, siendo riesgo potencial para consolidar el proceso de cambio y reenfocar sus compromisos según las nuevas necesidades de cambio de cada año.

A nivel del escenario Comunidad Saludable:

- Los líderes de las JVC valoran la conformación y el reconocimiento oficial otorgado por el gobierno local de su jurisdicción; el mismo que es valorado como un mecanismo de acercamiento con su gobierno local, perciben mayor interés de sus autoridades distritales y en otros casos identifican este proceso como una oportunidad para demandar las necesidades de su comunidad.
- En el proceso de planificación se rescata la valoración que tienen las JVC sobre la utilidad de las herramientas –diagnóstico y plan comunal – como medios que les ha facilitado identificar, priorizar necesidades y definirlas acciones de mejora; sin embargo, en cierto grupo de líderes se percibe que requiere reforzar el manejo de las herramientas de planificación comunal y la importancia en su gestión.
- Se ha percibido que la apropiación de las herramientas de gestión comunal afianza la confianza social de la JVC. Una forma en la cual se refleja esta conclusión, radica en el respaldo manifestado por un grupo mayoritario de familias a los miembros de las JVC, que muestran un buen cumplimiento de las actividades contempladas en sus planes comunales. Resaltan algunas actividades que -por su naturaleza- han promovido un mayor trabajo articulado entre JVC y pobladores (faenas comunales, asistencia a charlas de capacitación, movilización ante las autoridades locales para solicitar algún apoyo).
- Respecto a las prácticas saludables, el proceso de vigilancia comunal que realizan las JVC casa por casa, es valorado como un medio que les permite identificar en qué medida las familias están adoptando determinadas prácticas infantiles y maternas. De las manifestaciones recogidas se concluye que este proceso aumenta no solo la legitimidad de sus autoridades comunales; sino que también, desencadena acciones educativas coordinadas con el personal de salud de los EESS; y emprende iniciativas de mejora a desarrollar por las propias familias.
- Se observa un proceso gradual de apropiación de las herramientas de gestión comunal y el afianzamiento en la confianza depositada en la JVC. Esto se refleja en el respaldo de un grupo mayoritario de familias a los miembros de las JVC que muestran un buen cumplimiento de las actividades contempladas en sus planes comunales.
- La “participación” es variada en las comunidades, situación que influyen en los avances de sus planes comunales de cambio, siendo para un grupo de comunidades un elemento facilitador y en otros casos un elemento restrictivo.
- Y en el proceso de autoevaluación y la capacidad de auto reflexión de dirigentes y población, ésta se evidencia como una acción menos institucionalizada, que se realiza con una periodicidad poco definida, aunque tanto la población como los dirigentes llegan a reconocer su importancia como espacio de diálogo y crítica sobre los factores que posibilitaron y/o limitaron la ejecución de las acciones programadas y el avance de las mismas. Mostrando así, una cultura de evaluación y reflexión aún débil.
- Se destaca el acompañamiento del personal de salud de los EESS local en los espacios de planificación, ejecución y/o autoevaluación del proceso de implementación de

"comunidades saludables" en un grupo de comunidades, sobrellevando restricciones como rotación de personal, baja motivación laboral, etc., en otro grupo de comunidades aun el trabajo coordinado con los equipos de salud es débil o puntual.

A nivel del escenario Municipio Saludable:

- Los ETL/ CDS como espacios de concertación y dialogo multi sectorial son reconocidos por sus respectivos gobierno locales en las diferentes regiones de intervención del proyecto, principalmente a través de la emisión de la normatividad que los reconoce y regula formalmente; sin embargo, su efectivo funcionamiento se encuentra mediado y/o limitado por determinadas circunstancias comunes a todas las regiones, como: (i) la escases de recursos económicos asignados a salud, (ii)dependencia al aporte que cada institución participante asigna según sus prioridades institucionales, (iii) poco compromiso que muestran algunos de sus miembros, (iv) la rotación de los representantes de las instituciones; y (v) las capacidades poco fortalecidas en los miembros de los ETL/ CDS para el desarrollo adecuado de sus funciones y el cumplimiento de los planes distritales para implementar escenarios saludables.

- Los actores locales reconocen que el proceso de planificación para implementar escenarios saludables esta mediado por la voluntad política de las autoridades ediles, quienes son determinantes en la aprobación de los planes y en la autorización de recurso presupuestal; situación que ha llevado a cierta dependencia de los socios integrantes del ETL para contar con co-financiamiento de recursos en el plan distrital, poniendo en riesgo la institucionalización de la metodología MCS en el mediano plazo.

- Un elemento crítico en la planificación es el variado nivel de conocimientos y manejo de la metodología y herramientas de MCS por los integrantes de los ETL, situación que limita la calidad del plan distrital de escenarios saludables.

- Respecto a los insumos para identificar las necesidades o nuevos retos en la planificación de familias y comunidades saludables, los GDS y miembros de los ETL reconocen el soporte del sistema de información de base comunitaria – SISMUNI en la generación de información sobre las necesidades o problemas más relevantes.

- Un grupo de funcionarios de la GDS de los municipios valoran el SISMUNI porque facilita información de las comunidades y les permite utilizarla para la elaboración de ciertas iniciativas y/o perfiles de proyectos de inversión pública menor; sin embargo, las principales limitaciones que identifican los actores en el manejo de esta herramienta son: rotación de personal, falta de actualización de la información por parte de las población y la falta de capacidades del personal encargado de su manejo y procesamiento.

- Una de las formas más claras de ejecución del plan distrital en la línea de formación de familias y comunidades saludables destaca la asistencia técnica brindada por parte de las GDS y ETL con el soporte de sus EESS a las JVC y familias en la ejecución de los planes comunales. Este proceso se viene consolidando en parte de los GL, principalmente en los

más comprometidos. El reto pendiente es que los GL asuman con mayor énfasis la promoción de familias y comunidades saludables con el soporte de los ETL/CDS y los equipos de salud.

- Un elemento facilitador en la ejecución del plan distrital que valoran los entrevistados viene a ser el trabajo conjunto entre los gobiernos locales y los establecimientos de salud, vínculo que se desarrolla principalmente mediante el apoyo con insumos básicos, logística y recursos para la ejecución de las actividades del plan por el equipo de salud. En este proceso identifican que aún existen elementos restrictivos que afectan el éxito de la intervención como: (i) la voluntad políticas de los alcaldes para brindar respaldo a las iniciativas de promoción de salud (ii) un grupo de GL aún no asignan presupuestos para implementar las acciones planificadas en comunidad, y (iii) aun en la agenda política las autoridades prioriza obras de infraestructura más que intervenciones vinculadas al desarrollo de capacidades de la población.

- La metodología de PIPs menores promovida por el proyecto USAID MCS II es reconocida por un grupo de GL/Oficinas de Inversión Pública Municipal por su practicidad; perciben que el fortalecimiento de capacidades en la formulación de proyectos de inversión pública menor vinculados al componente de salud les ha permitido diseñar y/o viabilizar PIPs como oportunidad potencial para canalizar recursos; un grupo de GL aun demanda mayor asistencia técnica in situ y recursos externos para financiar los PIPs menores formulados/viabilizados en salud.

- La capacidad de auto reflexión sobre la implementación de la estrategia de municipios saludables presenta particularidades en cuanto a la valoración e importancia de evaluar los planes distritales por cada GL; estando aún en proceso la institucionalización de dicha práctica.

<u>Conclusiones a nivel de las percepciones sobre capital social</u>

- En términos generales, se encontró en las percepciones y representaciones de las familias que hay cambios en su capacidad para asumir con mayor responsabilidad el autocuidado de su salud en su hogar, que están en proceso de empoderamiento para participar con mayor responsabilidad y compromiso en acciones colectivas a favor de la salud en sus comunidades. Se observa que las cuatro dimensiones de capital social que se promueven desde la intervención del proyecto se han fortalecido en diferentes niveles, en parte por las características socio-políticas de las comunidades y liderazgo de sus autoridades comunales.

- A nivel de las familias de las tres regiones de intervención, se observa que en forma progresiva muestra una mejora en la toma de conciencia sobre los problemas de salud tanto al interior de sus hogares como alrededor de sus propias comunidades, expresando que su *sentido de colectividad* ha mejorado. De esta manera, se evidencia de forma general, que las familias se encuentran en proceso de toma de conciencia de que son parte de los problemas y de las soluciones a nivel comunitario y en comunidades. Existe aún un grupo de

entrevistados que no tiene claridad de que son parte de la problemática y de su solución, asumen que solo las autoridades son los responsables en asumir la resolución de problemas en la comunidad y otro grupo minoritario refiere, que requieren fortalecer sus conocimientos para aportar en la resolución de problemas colectivos.

- A nivel de la dimensión de *eficacia colectiva,* se observa que está en proceso de fortalecimiento a nivel de sus tres características principales: (i)La movilización de recursos destaca por una mejor participación de la población en la ejecución del plan comunal, aportando recursos vía faenas u otras acciones colectivas; (ii)el interés colectivo en proceso de fortalecimiento, donde el liderazgo de la JVC es clave para persuadir a las familias a ser parte de las acciones colectivas; y (iii) el acceso a servicios de la comunidad se viene fortaleciendo desde el involucramiento en las actividades colectivas previstos en los planes comunales.

- Un grupo también identifica que la eficacia colectiva se ve influenciada positivamente por: (i) la participación de otros actores externos, quienes apalancan recursos para la ejecución de las acciones educativas y/o mejora de los determinantes sociales de salud, (ii) la mejora del sentido de solidaridad, cooperación y reciprocidad de la comunidad para conseguir objetivos comunes trazados en sus planes de acción comunal, y (iii) las familias valoran el rol de sus JVC dentro de la gestión comunitaria para alcanzar mejoras en la salud de la población, resaltan las coordinaciones y trabajos articulados que realiza la JVC con sus respectivos EE.SS.

- Sobre la dimensión de *capacidad colectiva* de las familias y autoridades comunales se observa un proceso inicial de desarrollo, expresado en primer término por la valoración a pertenecer a las redes comunitarias como vaso de leche, comedores APAFA, y programas sociales del estado, su limitación es la percepción aun "asistencialista" de beneficio individual por pertenecer a estos espacios. En segunda instancia, la dinámica de participación de las familias es variada, donde se destaca: (i) el status de la frecuencia de participación en decisiones aun dependen del interés individual. (ii) la participación en acciones colectivas no se desarrolla de forma homogénea, mostrando aún relaciones de cooperación y reciprocidad mediadas por circunstancias de urgencia, incentivos particulares o beneficio personal y (iii) la participación está mediada aun por problemas de servicios básicos, que trasciende más allá del tema específico de salud.
  Y en tercera instancia, el proceso de articulación/cooperación muestra una mayor vinculación entre JVC y el personal de salud local y en otros casos valoran el acercamiento del Gobierno Local a las comunidades, percibiendo que les está facilitando mayor apoyo para acciones comunitarias.

- A nivel de la dimensión de *confianza social* en las comunidades se halló una mayor identificación de las familias con sus JVC, los elementos facilitadores de este proceso son las elecciones democráticas que se promueve por las JVC, el buen desempeño de la gestión de las JVC y de los logros que han alcanzado a favor de toda la población y la valoración de la JVC por su capacidad de soporte/respuesta frente a las necesidades de la población.

Mientras que las restricciones para consolidar la confianza social que identifican los actores son: (i) el variado involucramiento y compromiso de los dirigentes debido a la ausencia temporal en las comunidades, la desidia y poca eficacia en su gestión, y (ii) la falta de conocimiento y/o experiencia de algunos dirigentes para el manejo organizacional y la gestión de iniciativas de desarrollo comunitario; situaciones que debilitan la confianza social de la población frente a la JVC.

Conclusiones a nivel de las percepciones del proceso de transferencia, expansión y sostenibilidad

- A nivel de los cuatros elementos claves para el éxito de que la metodología MCS es viable y factible a ser transferida – credibilidad, eficacia, pertinente y tener ventaja relativa – se halló en los discursos de los actores involucrados aspectos favorables que vienen visualizando en su adopción e implementación por GL fuera del ámbito directo de intervención del proyecto. Destacando su practicidad, facilidad de uso, adaptabilidad a diferentes contextos/actores y en especial que muestra resultados favorables en la mejora de prácticas y mejora de los determinantes sociales; de otro lado, también destacan el valor de la metodología MCS en el empoderamiento a las familias, comunidades y a los agentes de los GL y la Red de Salud, quienes destacando elementos como ser una metodología de fácil comprensión, utilidad y manejo para promover escenarios saludables desde un enfoque de desarrollo de capacidades, trabajo colectivo y desarrollo de abajo hacia arriba.

- Respecto a la transferencia en las regiones, se encontró en forma general, que en cada región la dinámica ha sido variada, respondiendo al contexto político y de apropiación de la metodología MCS.

- Un elemento clave que identifican en la transferencia un grupo de GL es el compromiso de sus autoridades y la activa participación de los facilitadores como capacitadores para replicar la metodología MCS en su jurisdicción, siendo importante el proceso de fortalecimiento de capacidades en el uso de la metodología MCS. En ciertos GL y EESS se percibe aún poco interés o mínimo conocimiento del rol de los equipos estratégicos y facilitadores que lideran la adopción e implementación de la metodología a partir del compromiso de adopción por la máxima autoridad institucional.

- Se reconoce en todas las regiones el rol del equipo de facilitadores, quienes son claves para la implementación de la metodología MCS, en las experiencias actuales se destacan que estos equipos deben ser conformados por personal de salud de preferencia de planta y por personal de los municipios, como valor agregado a un trabajo articulado e integrado y de interaprendizaje y soporte.

- A nivel de la planificación se presentan con mayor recurrencia dos procesos; en el caso de Ayacucho y Ucayali son los Equipos Técnicos o Comités Multisectoriales quienes elaboran el plan para implementar la metodología MCS y en San Martin el proceso está marcado desde el liderazgo del Gobierno Regional y su DIRESA, donde los GL circunscritos en el PAIMNI han formalizado un convenio intergubernamental, con el compromiso de tener un plan distrital

integral que adopta los tres componentes de este programa regional, incluyendo en el tercer componente la metodología MCS. Estas diferencias marcan variaciones en los alcances de la TES en cada región.

- El proceso de TES en Ayacucho y Ucayali se circunscribe a experiencias focalizadas de un número pequeño de GL entre 3 a 5 por región, con dinámicas de implementación en proceso inicial; dependiendo únicamente de la voluntad de las autoridades y funcionarios ediles.

- El proceso de TES en San Martin tiene una connotación amplia a nivel del número de GL (el 47% de 77 GL y con un soporte político desde el Gobierno regional, que incide en compromisos de tipo técnico, financiero y social; que está permitiendo resultados en la implementación del escenario comunitario de los 35 GL involucrados en la transferencia.

- En San Martin un elemento facilitador clave es el acompañamiento de equipos técnicos regionales, que asesoran el proceso de transferencia, refuerzan las capacitaciones regionales del uso de la metodología MCS y canalizan las demandas y necesidades para cumplir los momentos de la TES en los GL.

- El monitoreo y evaluación del proceso de TES tienen diferentes grados de consolidación, un grupo pequeño valoran su importancia para conocer sus avances/retos, en otro grupo aún hay resistencia a su aplicación por un tema actitudinal y/o de poca comprensión de su aporte en la propia gestión de las instituciones que asumieron el reto de adoptar la metodología MCS y aun no hay valor a la cultura de monitoreo y evaluación en las instituciones por temores/mitos en la gestión pública.

Recomendaciones según Indicadores de desempeño

- Los resultados de los indicadores de desempeño del proyecto por áreas de supervisión muestra diferentes comportamientos; en términos generales amerita que los equipos locales exploren a mayor profundidad los elementos que están restringiendo un buen desempeño como: baja participación de madres a espacios educativos, estrategias educativas poco interactivas, escaso acompañamiento del personal de salud a las actividades educativas que promueven las JVC, la rotación de personal de salud, difícil acceso de cierto grupo de comunidades a los servicios de salud, conflictos o poco compromiso colectivo de líderes y familias, etc.

- En el grupo de lotes que no muestran cambios importantes se recomienda redefinir estrategias educativas en mayor *intensidad* y frecuencia, así como incidencia en familias de mayor riesgo a no adoptar prácticas saludables de cuidado del niño y la mujer según la necesidad de mejora de determinadas prácticas, para ello será importante tomar en cuenta la particularidad en el comportamiento de los indicadores evaluados por los lotes.

- Debido a la presencia aun de casos de DCI se recomienda a los equipos locales mayor incidencia en la vigilancia comunal por la JVC en niños de 0 a 23 meses de edad en la práctica de LME, alimentación complementaria adecuada según edad de los niños y de las niñas, visitas domiciliarias de la JVC y personal de salud para acciones de consejería nutricional y un mayor análisis de los determinantes del entorno que están predisponiendo casos de DCI con el apoyo del personal de salud local, principalmente en el tema de acceso a agua segura, higiene y acceso a alimentos ricos en proteína animal o vegetal.

- Reenfocar recursos en la Región Ucayali para la intervención comunitaria y mejorar las prácticas de cuidado de salud el niño y la madre, por tener lotes con más limitaciones de mejora de prácticas y porque es la sede con el mayor número de comunidades (52% de las 106 intervenidas).

- Debido a que un conjunto de indicadores de efecto previstos en el proyecto tienen alta dependencia desde la oferta de servicios de salud, se sugiere consultar la opción de revisar su pertinencia en el marco de resultados del proyecto, dado que la intervención del proyecto tienen su énfasis en la demanda y no tienen una línea de trabajo directa en la mejora de la oferta de servicios de salud.

- Para la evaluación final se debe tomar en cuenta el criterio de reemplazo para asegurar información de los indicadores de prácticas saludables relacionados a casos de EDA e IRA, para analizar su desempeño en relación con la LB.

- Se identifica en general la necesidad de afinar la metodología de capacitación según público objetivo (familia, JVC y ETL/autoridad municipal). Así también, se considera importante

consolidar una herramienta que guíe las pautas clave para capacitar/reforzar a los facilitadores de la metodología de MCS.

- El equipo local del proyecto debe asumir un rol facilitador en la implementación de escenarios saludables, para que el ETL/GDS y equipos de salud asuman con mayor responsabilidad la aplicación de la metodología MCS y se empoderen en su manejo.

Recomendaciones para fortalecer el escenario Familias Saludables

- A nivel de las aproximaciones cualitativas en el escenario *familia saludable* se ve la necesidad de seguir fortaleciendo el compromiso de las familias que están en el proceso de ser saludables, para ser referentes para otras familias que aún no han iniciado el proceso o están en etapa inicial como estrategia de expansión.

- Se recomienda mantener una asistencia técnica del proyecto con el activo involucramiento del personal de salud local y de las JVC para que se consoliden la estrategia de familias saludables, asuman el liderazgo del trabajo con familias y sea quienes expanden el número de familias con la estrategia de convertirse en saludables.

- Revisar las estrategias de asistencia técnica a familias saludables para reforzar la fase de autoevaluación que toda familia comprometida a ser "saludable" está llamada a realizar al término de cada año.

Recomendaciones para fortalecer el escenario Comunidades Saludables

- En el caso de los hallazgos cualitativos sobre el escenario de comunidad saludable, se recomienda reforzar la asistencia técnica al personal de salud junto al equipo de la gerencia de desarrollo social de los GL para una mejor orientación en el manejo de las herramientas de gestión comunal, enfatizando lo referente a la planificación de acciones y al cómo articular esfuerzos comunales con los del gobierno local, salud, educación, entre otros.

- A nivel de las JVC se requiere reforzar el manejo de la vigilancia comunal a familias, contenidos sobre la mejora de prácticas saludables, entornos y fortalecimiento en liderazgo, reajustando los módulos del programa de liderazgo moral y gestión comunitaria.

- A nivel de las fases de promoción de salud, se debe reforzar la fase de ejecución y autoevaluación para ser comunidades saludables. Entre las estrategias se recomienda acompañamiento en reuniones semestral y anual de autoevaluación, como proceso facilitador para posicionar el trabajo de la JVC ante su población y asumir de manera colectiva acciones comunitarias previstas en el plan comunal.

- Afianzar el uso de información generada a partir del recojo por la JVC. Es preciso que la JVC evidencie el valor que diversos actores otorgan al esfuerzo realizado en aplicar las herramientas para tener una comunidad saludable y su utilidad en la gestión comunal y soporte desde el GL y/o personal de salud.

- Reforzar la asistencia técnica en el proceso de planificación de acciones de promoción de la salud en los EESS para institucionalizar gradualmente las acciones de la metodología de MCS. Se hace necesario afianzar el proceso de planificación e inserción en su agenda de trabajo acciones como: sesiones/ferias educativas vinculadas a las prácticas saludables infantiles, vigilancia y promoción de compromisos planteados por las familias, acompañamiento a familias y a JVC.

- Ante las autoridades municipales se precisa promover espacios para socializar los datos relacionados a la mejora de las tendencias de las prácticas saludables. Este insumo debe estar presente en los discursos y/o presentaciones de incidencia ante la autoridad edil, regidores y funcionarios, toda vez que, la mejora de la situación de prácticas infantiles y/o maternas ayudará a consolidar los alcances de la metodología MCS en las familias y comunidades.

Recomendaciones para fortalecer el escenario Comunidades Saludables

- A partir de los hallazgos cualitativos sobre el escenario de municipio saludable se observa restricciones, frente a las cuales los equipos locales tienen el reto de redefinir las estrategias de incidencia para obtener mayor interés y compromiso de las autoridades ediles, los funcionarios municipales, los equipos de salud de los EESS a nivel de microred de salud hasta Puestos de salud.

- Dada la dinámica de alta rotación de los integrantes de los ETL/CDS, se debe fortalecer a los funcionarios de las Gerencias de Desarrollo Social en el manejo de la metodología MCS para que asuman con mayor liderazgo la implementación de los escenarios saludables y reforzar las capacidades periódicamente al personal de salud para que en conjunto asuman el rol de "facilitadores".

- Asistir a la GDS y ETL/CDS en la trascendencia de la planificación distrital de escenarios saludables, como un elemento innovador de gestión territorial de promoción de salud, que facilite arreglos institucionales en la asignación presupuestal desde los GL.

- Desarrollar estrategias para promover el uso de información del SISMUNI por las autoridades, áreas de gestión municipal y los equipos de salud, a fin de socializar experiencias sobre los beneficios de su uso.

- Es importante reenfocar la capacitación a facilitadores en el manejo y uso del SISMUNI, a fin de mantener capacidades locales instaladas para sostener la funcionalidad de esta herramienta, siendo clave capacitar a agentes de los GL y personal de salud de manera descentralizada in situ.

- Promocionar vía estrategias de mercadeo social el valor y los beneficios para los alcaldes de invertir en la implementación de familias y comunidades saludables como una forma de desarrollar capacidades locales; mostrando las ventajas sociales y políticas de poder llegar a cada familia con inversión mínima y alto reconocimiento de la población.

- Al igual que en los escenarios de familia y comunidad saludable, se requiere reforzar la fase de autoevaluación desde los equipos encargados de liderar la implementación de la metodología de Municipios Saludables, destacando para ello sus ventajas de conocer el desempeño alcanzando con la intervención.

- Sobre la metodología de formulación y viabilización de PIPs menores con énfasis en promoción de salud y abordaje de determinantes sociales de la salud, la valoración especializada aun demanda mayor acompañamiento post talleres hasta concretar la viabilidad de los PIPs formulados o inscritos durante los talleres de formulación.

Recomendaciones para fortalecer el Capital Social

- A nivel de capital social, aún se requiere que las familias y líderes mejoren sus conocimientos sobre sus derechos y responsabilidades para comprender y poner en práctica su sentido de colectividad en la línea del autocuidado en salud, aún hay percepciones parcializadas que la salud es responsabilidad de "solo" las autoridades, limitando su capacidad de reflexión, para ello se recomienda mayores espacios de reuniones comunales y de acompañamiento a espacios de reflexión del rol de cada ciudadano en los problemas sanitarios, principalmente de tipo preventivo-promocionales.

- Para mejorar la eficacia colectiva se recomienda generar estrategias más innovadoras de involucramiento y delegación de tareas compartidas desde el liderazgo de sus propias autoridades comunales, continuar fortaleciendo habilidades de movilización comunitaria, gestión y liderazgo democrático.

- A nivel de la capacidad colectiva aún se requiere espacios de análisis y reflexión sobre la participación comunitaria, que rompa el estigma de "participar si solo hay beneficios personales" y desde los actores locales mediar para reducir situaciones de incentivos a cambio de la participación para promover una cultura de participación por beneficio colectivo.

- Se debe promover espacios de rendición de cuentas para fortalecer la confianza de la población hacia los líderes comunales (JVC). Minimizar el riesgo de insatisfacción en la gestión comunal reforzando a las JVC para que ejerzan una buena gestión comunal.

Recomendaciones para fortalecer el proceso de transferencia de la metodología MCS

- A partir de las experiencias iniciales de transferencia de la metodología MCS se debe generar espacios y estrategias para difundir los alcances de las instituciones, que vienen adoptando la metodología MCS, como vitrinas para sensibilizar a otras instituciones asumir el reto de aceptar la transferencia de la metodología.

- Al iniciar nuevas experiencias de transferencia de la metodología MCS debe trabajar con las autoridades y su equipo técnico las pautas de esta experiencia, los beneficios de seguir cada

uno de los cuatro momentos de la TES y de la importancia de un proceso de entrenamiento a los equipos encargados de su aplicación.

- El equipo encargado de implementar la metodología MCS como parte del proceso de transferencia de la metodología MCS, debe cumplir ciertos requisitos mínimos para reducir el riesgo de rotación, poco compromiso a las tareas asignadas y deben tener cualidades para ser facilitadores técnicos para entrenar a sus equipos locales y realizar visitas a las comunidades.

- Se debe revisar la metodología de capacitación y entrenamiento que se desarrolla en el proceso de transferencia de la metodología a los equipos estratégicos y de facilitadores, siendo importante ver la opción de un programa de capacitación modular para asegurar un mejor aprendizaje.

- Se debe desarrollar una estrategia de advocacy y mercadeo para que los gobiernos regionales de Ayacucho y Ucayali, consideren como una oportunidad adoptar la metodología MCS en su agenda regional.

- En la región San Martin, como parte de la transferencia no se visualiza aun la aplicación de la metodología del escenario de familias saludables, por ello, se recomienda mayor acompañamiento a los equipos de los GL para que en sus planes distritales de PAIMNI prioricen acciones para promover familias saludables.

- Desarrollar incidencia en los niveles de decisión de las instituciones que adoptan la metodología MCS para que inserten la cultura de M&E del proceso de TES y de la implementación de los escenarios de familia, comunidad y municipio saludable.

- Revisar y validar la propuesta de monitoreo y evaluación de la metodología de MCS, para su posterior difusión y entrenamiento de los equipos de las instituciones que decidieron adoptar la metodología como parte de la TES.

ANEXO 1: AREAS DE SUPERVISIÓN

No	REGIÓN	SEDE	PROVINCIA	DISTRITO	COMUNIDAD	AREA DE SUPERVISION DE LB 2011	MEF	.0 a 5 meses	. 6 a 23 meses
1	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	BARRANQUITA	SAN JUAN DE PACHICILLA	AS 3	16	1	4
2	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	BARRANQUITA	NUEVO LIBERTAD		19	1	3
3	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	CAYNARACHI	BONILLA		62	3	16
4	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	CAYNARACHI	CONVENTO		11	2	4
5	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	CAYNARACHI	PONGO DEL CAYNARACHI		135	5	17
6	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	CAYNARACHI	SANTA ROSA DE DAVICILLO		59	2	10
7	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	CAYNARACHI	YUMBATOS		182	7	18
							484	21	72
1	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	LAMAS	NARANJAL	AS 4	27	1	4
2	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	LAMAS	PAMPAYACU		15	0	3
3	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	SAN ROQUE DE CUM	ALTO SHAMBOYACU		102	3	14
4	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	SAN ROQUE DE CUM	BOCA DEL SHAMBUYACU		14	0	1
5	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	LAMAS	SAN ROQUE DE CUM	PAMASHTO		258	17	79
6	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	PICOTA	TRES UNIDOS	BAÑOS		90	1	19
7	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	PICOTA	TRES UNIDOS	BELLO HORIZONTE		49	3	6
8	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	PICOTA	TRES UNIDOS	SAN JUAN		53	6	10
9	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	PICOTA	TRES UNIDOS	SAPOTILLO		41	4	8
10	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	AHUIHA (7 DE JUNIO)		27	2	5
11	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	ALMENDRAS		11	1	2
12	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	CHAMBIRA		22	0	4
13	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	NUEVO SAN ANDRES		39	1	3
14	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	PALTAICO		21	0	2
15	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	SAN REGIS		66	6	9
16	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	SHIMA		38	2	7
17	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	TANGER		39	0	12
							912	47	188
1	UCAYALI	PUCALLPA	PADRE ABAD	CURIMANA	MARONAL	AS 5	20	1	6
2	UCAYALI	PUCALLPA	PADRE ABAD	CURIMANA	NUEVA LIBERTAD		25	4	8
3	UCAYALI	PUCALLPA	PADRE ABAD	CURIMANA	NUEVA MERIBA		39	3	8
4	UCAYALI	PUCALLPA	PADRE ABAD	CURIMANA	PUEBLO LIBRE		47	4	8
5	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	DOS DE DICIEMBRE		35	1	7
6	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	NUEVO SAN PEDRO		26	1	4
7	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	PUEBLO LIBRE		48	3	6
8	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	NUEVO SAN JORGE		16	3	2
							256	20	49
1	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	ALTO 9 DE FEBRERO	AS 6	26	1	7
2	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	BUENOS AIRES		11	2	1
3	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	NUEVA TUNUYA		31	2	18
4	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	LA MERCED DE NESHUYA		112	10	39
5	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	SAN JUAN DE PUMAYACU		11	0	2
6	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	SIMON BOLÍVAR		12	1	2
7	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	23 DE OCTUBRE		33	4	5
8	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	SANTA ROSA DE LIMA		80	11	30
9	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	YERBAS BUENAS		33	7	5
10	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	NUEVA REQUENA	SANTA CLARA DE UCHUNYA		25	2	8
11	UCAYALI	PUCALLPA	CORONEL PORTILLO	NUEVA REQUENA	SARITA COLONIA		27	0	4
12	HUÁNUCO	PUCALLPA	PUERTO INCA	HONORIA	ANDRÉS AVELINO CÁCERES		27	1	6
13	HUÁNUCO	PUCALLPA	PUERTO INCA	HONORIA	NUEVO AMANECER		18	1	5
14	HUÁNUCO	PUCALLPA	PUERTO INCA	HONORIA	JERICO		24	1	4
15	HUÁNUCO	PUCALLPA	PUERTO INCA	HONORIA	VILLA MERCEDES		52	5	4
							522	48	140
1	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	LIBERTAD DE PASARRAYA	AS 7	14	0	6
2	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	NUEVO PARAISO		5	0	1
3	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	DE PASARRAYA ANEXO NUEVO		23	4	5
4	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	SANTA ROSA DE GUINEA		24	1	7
5	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	UNION CENTRO RAYA		16	2	5
6	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	VIRGEN DE FATIMA		31	3	4
7	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	VIRGEN DEL CARMEN		54	1	7
8	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	MAR DEL PLATA		45	3	12
9	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	MONTE DE LOS OLIVOS		90	6	21
10	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	PREVISTO		66	7	21
11	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	NUEVO SAN MARTIN		24	1	5
12	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	SAUCE DEL ALTO URUYA		13	1	2
13	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	BAJO SHAMBILLO		80	11	23
14	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	ASENCION DEL AGUAYTILLO		43	2	3
15	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	IRAZOLA	EL MILAGRO		64	1	18
16	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	HORMIGA		22	0	3
17	HUÁNUCO	AGUAYTIA	PUERTO INCA	TOURNAVISTA	ANTONIO RAYMONDI		18	2	3
18	HUÁNUCO	AGUAYTIA	PUERTO INCA	TOURNAVISTA	SAN JUAN DE MACUYA		65	8	30
19	HUÁNUCO	AGUAYTIA	PUERTO INCA	TOURNAVISTA	PUEBLO NUEVO		37	3	9
20	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	ALTO SHAMBILLO		20	0	3
21	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	ANDRÉS AVELINO CÁCERES		8	2	1
22	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MICAELA BASTIDAS		16	1	7
23	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	NUEVA ESPERANZA (YAMINO)		40	0	9
24	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	BARRIO UNIDO		80	5	28
25	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SHAMBO		30	0	10
							928	64	243
1	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	PUERTO AZUL	AS 8	80	9	24
2	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SELVA TURISTICA		14	0	2
3	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	LIBERTAD		44	3	13
4	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	LA DIVISORIA		55	0	8
5	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MARGARITA		41	1	1
6	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MIGUEL GRAU		58	1	6
7	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SANTA ROSA DE TEALERA		52	1	5
8	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SANTA ROSA KM. 200		27	4	4
9	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	TRES DE OCTUBRE		37	2	12
10	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	NUEVA PALESTINA		13	0	3
11	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	BOQUERON		294	20	51
12	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	BELLAVISTA		16	0	2
13	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MARISCAL CÁCERES		32	2	5
14	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	LOS OLIVOS		12	0	8
15	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	ERIKA		35	2	6
16	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MEBANAÑU		7	0	3
17	UCAYALI			PADRE ABAD	PAUJIL		28	2	9
18	UCAYALI	AGUAYTIA	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SANTA ROSA		208	15	62

Anexo 2: Instrumentos cuantitativos

Se adjunta en archivo aparte.

ANEXO 3: DIMENSIONES DE ESCENARIOS SALUDABLES

DIMENSION DEL RESULTADO DE FAMILIA SALUDABLE

Dimensión	Indicador	Definición
Sensibilización/	VISION futura de LA FAMILIA	Percepción sobre como quieren ser en el futuro y cambios que tendrían que hacerse
	Reconocimiento del cambio	Percepción sobre el compromiso para el cambio en el hogar por todos los integrantes.
	Participación del esposo/pareja en el cambio para ser FS	Percepción sobre el rol de la mujer y el varón en el cuidado de los miembros del hogar.
Planificación	Manejo de tableros de visión, diagnostico familiar.	Percepción sobre el nivel de manejo de herramientas para ser FS, diagnóstico y autoevaluación) y sobre su importancia.
	Manejo de tableros de compromisos y de normas de convivencia.	Percepción sobre el manejo de herramientas para ser FS (normas de convivencia, ejecución de compromisos) y sobre su importancia.
Ejecución	Compromisos asumidos por los miembros del hogar	Significados sobre el cumplimiento de sus compromisos y cambios logrados en la familia.
	Grado de cumplimiento de compromisos y de normas de convivencia.	Percepción sobre la aplicación de las normas de convivencia, ejecución de compromisos; y sobre su importancia.
	Prácticas saludables en el niño y las mujeres	Percepciones sobre la adopción de prácticas en el cuidado de la salud del niño y la mujer.
Auto-evaluación	Actitud de reflexionar sobre cambios y retos.	Percepción sobre auto-evaluación (revisión anual del tablero de compromisos y de diagnóstico y auto evaluación)
		Valoración de los cambios logrados.
		Retos posibles a cumplir para ser una familia saludable.

DIMENSION DEL RESULTADO DE COMUNIDAA SALUDABLE

Dimensión	Indicador	Definición
Sensibilización/ Organización	Reconocimiento de JVC por Gobierno Local	Percepción/expectativas sobre el reconocimiento del GL a las JVC
	Participación de mujeres en JVC	Percepción sobre el rol de la mujer en las organizaciones comunales (JVC)
Planificación comunal	Manejo de herramientas para planificar acciones comunales en forma participativa por la JVC	Percepción sobre el manejo y utilidad de herramientas de Dx comunal, ficha de vigilancia y Plan Comunal.
Ejecución	Movilización comunal en el cumplimiento del Plan Comunal de salud.	Percepciones/expectativas sobre el nivel de cumplimiento de su plan de acción comunal en salud en forma participativa.
	Interacción en redes de articulación	Expectativas sobre mecanismos para desarrollar iniciativas para su comunidad
		Significado sobre los espacios y mecanismos acerca de la gestión de iniciativas
		Percepciones y expectativas sobre su participación en espacios sociales
Autoevaluación	Actitud de reflexionar sobre cambios y retos.	Valoración de la importancia de conocer sus avances/logro y retos.

DIMENSION DEL RESULTADO DE MUNICIPIO SALUDABLE

Dimensión	Indicador	Definición
Sensibilización/ Organización	Reconocimiento de ETL por autoridad local	Percepción/expectativas sobre el reconocimiento y función de ETL.
	Rol de Oficina de Desarrollo Social	Percepción/expectativas sobre la labor de la ODS en la implementación de MS.
Planificación	Manejo de herramientas para planificar acciones sobre escenarios saludables	Percepción sobre el nivel de manejo y utilidad del plan distrital.
		Utilidad del SISMUNI
Ejecución de salud territorial	Alcance de la implementación de planes de acción distrital de MCS	Percepciones/expectativas sobre el nivel de cumplimiento del plan distrital y sus impactos.
	Interacción/ articulación con comunidad	Demandas/iniciativas de JVC cubiertas/cumplidas
		Espacios de concertación/dialogo habilitadas por GL para el trabajo coordinado con JVC.
		Facilitación de espacios de participación de JVC en procesos de la gestión del GL
Autoevaluación	Capacidad para evaluar avances concertadamente	GL, ETL, JVC y socios/aliados valoran la importancia de conocer sus avances/logro y retos

ANEXO 4: DIMENSIONES DE CAPITAL SOCIAL

Dimensión	Indicador	Definición
Sentido de colectividad	Identificación con las necesidades y soluciones de salud en la comunidad.	Se ***siente parte*** (integrante) de los problemas de salud de su comunidad y sus soluciones.
	Interés compartido con la comunidad en la mejora de la salud comunitaria.	***Comparte*** la necesidad de resolución de los problemas de salud 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 de la familia*** en acciones ***transformadoras*** junto a la JVC desde el Dx, planificación e implementación. (como se involucran en el proceso)
	Acceso ayuda, atenciones y otros servicios de soporte en salud.	Percepción de la familia sobre el rol de la JVC/redes comunitarias de salud canalizando diferentes tipos de ayuda a favor de la comunidad.
Capacidad Colectiva (para organizarse)	Integración/asociación a redes comunitarias de salud (Organizaciones Sociales de Base, Asociaciones).	Reconoce o valora Ser miembro de redes comunitarias (organización comunal), 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.	***Participa o reconoce que la familia debe participar en intervenciones/acciones*** comunitarias 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 grado de participación O ***responsabilidad en las decisiones*** de salud en su red/comunidad
	Sentido de	Valoración de la ***interacción*** con

Dimensión	Indicador	Definición
Confianza Social	pertenencia/identificación con *su red comunitaria* de salud.	otros miembros de la comunidad/redes (destinadas a pro**piamente salud o determinantes)** e identificación con su red
	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.	Percibe que los líderes de la JVC/red comunitaria de la que forma parte cumplen con sus funciones y responsabilidades para responder a necesidades comunitarias.

ANEXO 5: DIMENSIONES DE TRANSFERENCIA, EXPANSIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Dimensión	Indicador	Definición
Valoración de la aplicación de la metodología en la mejora de prácticas saludables y los determinantes de salud	Credibilidad de la metodología MCS	– Valoración de la metodología de MCS como un medio válido para promover practicas saludables y de empoderamiento comunitario y social, destacando valor a la metodología.
	Resultados observables producto del uso de la metodología	– Agentes valoran los resultados de la implementación de la metodología MCS (familias, comunidades y municipios con avances; mejoran prácticas, mejoran entornos).
	Pertinencia de la metodología para abordar promoción de salud.	– Valoración por ser una metodología que responde a las necesidades de abajo hacia arriba, facilita la articulación, participación social de diferentes aliados.
	Ventaja Relativa	– La metodología permite aportar en la mejora de prácticas saludables, basado en el capital social (cuatro elementos que la caracterizan: ***el sentido de colectividad, Eficacia colectiva***, c***apacidad colectiva y confianza social.***
Proceso de transferencia y expansión de la metodología MCS	Sensibilización e incidencia	Valoración sobre el compromiso político de agentes de instituciones públicas y privadas que adoptan y vienen implementando la metodología MCS
	Organización y planificación en marcha para implementar MCS	– Importancia de la organización para implementar la metodología en su jurisdicción, tomando en cuenta sus necesidades y capacidades (equipos humanos, normativas, estructura organizacional)
		– Valoración de la planificación tomando en cuenta sus expectativas y oportunidades para implementar la metodología MCS (presupuestales, condiciones sociales, RRHH, etc).
	Desarrollo/ fortalecimiento de capacidades para desarrollar MCS	– Valoración del proceso de fortalecimiento de capacidades en el manejo de la metodología MCS (conocimiento, uso y actitud para su aplicación) y de su nivel de utilidad/soporte de equipos de “facilitadores” en la transferencia.
	Cultura de autoevaluar y mejorar	– Relevancia del monitoreo y evaluación en intervenciones que deciden adoptar, importancia de su participación en el proceso de M&E.
		– Valoración sobre el avance en la implementación de la evaluación de proceso de consolidar los escenarios de familia, comunidad y municipios saludables (clasificación según avances de FCM)
	Pertinencia con las políticas (desafíos)	– Aporte de la metodología en la visión institucional
		– Alineamiento a sus prioridades políticas.

Dimensión	Indicador	Definición
Institucionalización de la estrategia de MCS	Legitimida([32]) política([33])	– Inserción en la gestión, como parte de sus herramientas de gestión (plan concertado, plan operativo, presupuesto anual/quinquenal), **que evidencie solidez en el tiempo.**
		– Conciencia de las autoridades/directivos/gerentes, líderes y población sobre la aceptación de la metodología.
	Legitimidad técnica	– Mecanismos para asegurar la aplicación de la metodología y sus herramientas en los diferentes niveles e instancias internas, mostrando capacidad en su manejo.
	Legitimidad social	– Generación de un puente de poder entre las instituciones y la comunidad, movilizando recursos a favor de la promoción de salud, que aseguren el empoderamiento de escenarios saludables.

[32] Legitimidad: La legitimidad es una construcción social íntimamente vinculada a la concepción antropológica de cada sociedad concreta (Voegelin, 1968), si bien participa de elementos comunes en cualesquiera lugares donde existen relaciones de poder: aquellos que permiten hablar del ser humano como especie. Es este carácter universalizable (válido por tanto) de lo que sea legítimo el que lleva a su asunción individual, a su aceptación como "ley íntima", al otorgamiento del "con-sentimiento".

[33] La **pretensión de legitimidad** hace referencia a la garantía -en el plano de la integración social- de una identidad social determinada por vías normativas

Guía Nº 01

GUIA DE PREGUNTAS PARA GRUPO FOCAL

Con responsables de familias

ESTRATEGIA FAMILIA SALUDABLE

Sensibilización/ Reconocimiento del cambio	
1	1. Háblenme un poquito de sus familias, mama, papa, hijos, etc. ¿Cómo imaginan sus familias de aquí a los 3 años? Respecto a la situación actual de sus familias ¿Qué cambiaría en ellas?
Tomado conciencia del cambio	
2	2. ¿Qué es una familia saludable? ¿Por qué es importante que sus familias se conviertan en familias saludables? 3. ¿los miembros de su familia quieren ser una familia saludable? ¿Por qué? 4. ¿Quiénes de su familia tienen mayor compromiso para hacer una familia saludable?

Planificación Manejo de tableros de visión, diagnostico familiar.	
4	5. ¿Cómo se han organizado sus familias para lograr convertirse en una familia saludable?
	Cada familia tiene un tablero de auto diagnostico/evaluación y tablero de compromisos. E: presente
	6. ¿Quiénes participaron en la elaboración del tablero de auto diagnostico/evaluación? ¿Cómo hicieron para llenar el tablero de auto diagnostico/evaluación? ¿Les fue fácil o difícil? 7. ¿Qué problemas se han considerado más importantes? ¿lo considero útil en ese momento? ¿para qué? (E= ¿sirvió para priorizar problemas?) 8. ¿En la actualidad en que les ayuda a sus familias el tablero de autodiagnóstico? ¿Les ayuda a mirar sus problemas?
	9. ¿Cómo hicieron para establecer los compromisos de la familia? (E: son los que se ponen en el tablero de compromisos) 10. ¿Les fue fácil o difícil? ¿para qué le sirvió llenar sus compromisos en el tablero? 11. ¿En la actualidad en que ayuda tener los compromisos anotados en el tablero? (E: sirve para no perder de vista lo que debían lograr?)
	12. ¿cada cuanto tiempo actualizan estos tableros? (E= ¿cada cuanto tiempo actualizaron los compromisos? ¿cada cuanto tiempo actualizaron el autodiagnóstico? E: si la respuesta es no actualizaron: ¿por qué?)

Ejecución Grado de cumplimiento de compromisos y de normas de convivencia.	
Compromisos asumidos por los miembros del hogar	
5a	13. ¿las familias cumplen los compromisos anotados en el tablero? ¿cuáles son los compromisos que más se cumple? ¿Cuáles son los compromisos más difíciles de cumplir? ¿Por qué? /// E: en caso todos los compromisos estén cumplidos: preguntar ¿si hay nuevos compromisos que poner en el tablero y si viene avanzando su cumplimiento? 14. ¿Existen otros compromisos que también se vienen cumpliendo a la fecha? (E: no anotados en el tablero)
6a	15. los compromisos asumidos en el tablero ¿los cumplen todos o una parte de los miembros del hogar? ¿Qué significa para los miembros del hogar cumplir con estos compromisos? (E= ¿lo sienten como obligación? ¿es satisfacción? ¿cumplir con responsabilidad como padres? ¿no les interesa?)
5b	16. También existe una tabla de normas de convivencia familiar ¿qué normas de convivencia familiar han puesto? ¿Pueden poner unos ejemplos? 17. ¿Estas reglas de convivencia son respetadas por todos los miembros de la familia o sólo por una parte? ¿Quiénes son los que más respetan? (E: explore: ¿quiénes son los que no respetan?) ¿Qué hacen cuando no respetan?
6b	18. ¿En que ha mejorado su familia? (E: necesitamos verificar si percibe cambios en las prácticas de salud, normas de convivencia, en la vivienda) ¿cambio en algo su vivienda? ¿cambio la forma en que se relacionan diaramente (convivencia)? ¿cambio en algo la forma en que cuidan la salud del niño? ¿de la mujer?
Prácticas saludables en el niño y las mujeres	
6 niño	19. ¿Qué prácticas para el cuidado de la salud del niño conocen? (control de crecimiento y desarrollo, vacunas, alimentación y uso de agua segura) 20. Vamos a revisar juntos estas prácticas. Quiero que ustedes me respondan algunas preguntitas sobre estas prácticas de cuidado a los niños? a) ¿Por qué es importante tomar agua hervida? b) ¿Cuándo un bebe debería comenzar a comer? c) ¿Cuántas veces debe comer un niño de 6 meses a 2 años?¿Por qué es importante que el niño coma de 3 a 5 veces al día? d) ¿Por qué es importante que el bebito menor de 6 meses sólo reciba leche materna? e) ¿Cómo debe ser la alimentación de los niños? (E: explorar plato balanceado) f) ¿Cuándo decimos que un niño está bien nutrido? (E: explorar características del niño bien nutrido/desnutrido) g) ¿Por qué es importante llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo?¿Por qué es importante que el niño tenga todas sus vacunas al día? h) ¿Por qué es importante que las mamas tengan el parto en el establecimiento de salud? i) ¿desde cuándo el niño debe tener su primer DNI? ¿Por qué? 21. ¿De estas prácticas cuales se han venido aplicando en sus hogares?¿Estas prácticas se aplican siempre o algunas veces? ¿de qué depende?. (E en caso no se apliquen: ¿por qué no se aplican?) 22. ¿Qué podríamos hacer para que las demás familias también apliquen estas prácticas?
6 mujer	23. ¿Qué prácticas para el cuidado de la salud de la mujer conocen? (E: control de la gestante, uso de métodos de planificación familiar) 24. ¿las señoras usan métodos de planificación familiar? ¿las señoras embarazadas van a sus controles de embarazo al establecimiento de salud? ¿siempre o algunas veces? ¿de qué depende?.(E: en caso no se apliquen: ¿por qué no se aplican?). 25. ¿Qué podríamos hacer para que las mujeres apliquen estas prácticas?
Participación del esposo/pareja en el cambio para ser FS	

3	26. ¿en el hogar quién se hace cargo de lograr una familia saludable? (E= cumplir normas de convivencia y compromisos) ¿Apoyan las parejas o esposos? ¿Cómo apoyan? (E=¿los esposos ayudan en la incorporación de prácticas de salud del niño y la mujer? ¿los esposos ayudan en la realización de los compromisos?

Auto-evaluación Actitud de reflexionar sobre cambios y retos.	
8	27. ¿Cuándo fue la última vez que revisaron los avances de los compromisos hechos en su tablero? ¿y cuando revisaron las normas de convivencia? E: si no revisaron: ¿Por qué no lo hicieron?¿Quiénes se reunieron para estas revisiones? 28. ¿Cómo participaron el esposo, los hijos y usted? (E: explorar participación de los miembros en la auto-evaluación) ¿Todos opinan? ¿Sólo papa? ¿Sólo mama? ¿los niños hablan? 29. ¿Cómo alientan la participación de los niños?
9	30. ¿Revisaron uno por uno los compromisos de sus tableros? ¿marcaron en el tablero lo que ya habían cumplido? 31. ¿Cuál de estos compromisos logrados es el más importante? (E: pongan ejemplos) ¿por qué?. (E: determinar si lograron ver avances)
10	32. ¿Qué hicieron con los compromisos no cumplidos? 33. ¿los compromisos o cambios que no se cumplieron son fáciles o difíciles de lograr? 34. ¿puede ponernos ejemplos de compromisos importantes que necesitan lograr las familias? (E: analizar distintos aspectos y que no sea solo problemas con sus hijos adolescentes o en logros de infraestructura) 35. ¿Hay normas de convivencia que todavía no se han logrado? ¿cuáles son? ¿qué normas de convivencia necesitan lograrse? 36. ¿Son importantes o poco importantes seguir planificando y logrando cumplir compromisos? ¿seguir planificando y logrando cumplir normas de convivencia?
11	37. ¿El personal de establecimiento de salud como les está ayudando para ser familias saludables? ¿Cómo viene ayudando la Junta Vecinal Comunal para ser familias saludables? 38. ¿Qué les parece esta forma de trabajar del proyecto Municipio-comunidad saludable? (E: ver quien es la persona responsable de la zona para contextualizar) ¿Qué recomendarían para este trabajo? ¿Qué habría que mejorar?

Guía Nº 02.

GUIA DE PREGUNTAS PARA GRUPO FOCAL

Con responsables de familias

CAPITAL SOCIAL COMUNITARIA A NIVEL DE FAMILIA

Sentido de colectividad Identificación con las necesidades y soluciones de salud en la comunidad.	
9	1. ¿Cuáles son los problemas más importantes de la comunidad? ¿Cuáles son los problemas más importantes vinculados a la salud? ¿Ustedes se sienten parte de estos problemas? 2. ¿Qué podemos hacer para solucionarlos? ¿Ustedes cómo participan en la solución? ¿Ustedes cómo podrían participar en esta solución en el futuro?
Interés compartido con la comunidad en la mejora de la salud comunitaria.	
10	3. Los demás miembros de la comunidad ¿tienen interés en atender o solucionar estos problemas? ¿Cómo participan las demás familias? ¿Ustedes participaría con las demás familias para solucionar estos problemas? ¿Cómo participarían? 4. ¿Qué hace la JVC frente a estos problemas?. E: en caso diga que no le interesa/ no hace nada: pregunte ¿Por qué?

Eficacia Colectiva Identificación y movilización de recursos/intervenciones a favor de la salud.	
11	5. ¿Las familias participaron con la JVC cuándo elaboraron el plan comunal? ¿Cuántas familias participaron en promedio? ¿Cómo fue su participación? (E: explorar: opinaron, sugirieron, debatieron, votaron, etc) 6. ¿las familias participan con la junta directiva en la ejecución de dicho plan? ¿Qué actividades hicieron en conjunto? 7. ¿Qué opina de las actividades conjuntas que se han realizado? 8. ¿Las familias participan con la JVC en la revisión de los avances del plan comunal? 9. ¿Avanzaron mucho o poco en el logro de actividades planificadas? 10. ¿Por qué no lograron hacer todas las actividades planificadas? ¿Cómo podrían cumplir con las actividades planificadas?
Acceso a recibir ayuda, atenciones y otros servicios de soporte en salud.	
12	11. ¿Para la atención de los temas de salud con la JVC han buscado ayuda de otras organizaciones? ¿Qué ayuda buscaban? ¿Qué han hecho para conseguir estos apoyos? 12. ¿En la actualidad vienen realizando alguna gestión conjunta con otras organizaciones? ¿Cuál es el aporte de ustedes para cumplir las acciones planificadas?

Capacidad Colectiva Integración/asociación a redes comunitarias de salud (Organizaciones Sociales de Base, Asociaciones, etc.).

13	13. ¿En qué organizaciones o asociaciones de su comunidad participan las familias? (E: cuando sea organización inusual ¿Qué temas trabaja esta organización?) 14. ¿Por qué es importante participar en estas organizaciones o vincularse a estas organizaciones? ¿Qué beneficios o ventajas tiene participar en estas organizaciones? 15. ¿Cómo han participado? o ¿cuál ha sido su aporte? ¿Qué cosas han hecho juntos?
Cooperación en las redes comunitarias de salud dentro de la comunidad.	
14	16. ¿Su JVC coordina con otras organizaciones comunitarias? ¿Qué actividades han realizado conjuntamente? ¿Qué ventajas o beneficios ha dejado el trabajo conjunto? (E: si no respondió temas de salud, preguntar: ¿Han trabajado el tema de salud?) 17. ¿Cuál es la actividad más importante que han logrado?¿Cómo participaron ustedes? ¿que tan importante considera estas actividades?
Participación en las decisiones de interés colectivo en salud.	
15	18. ¿Participa en las reuniones o asambleas de la JVC? ¿Con que frecuencia participa? (E: si participan poco: ¿Por qué?) ¿Para ustedes es importante participar en las asambleas? 19. ¿Qué opina de las decisiones que se toman en las asambleas? ¿Han participado en la toma de estas decisiones? (E: participación en decisiones no monetarias y que no sean trabajo comunal)

Confianza Social Sentido de pertenencia/identificación con *su red comunitaria* de salud.	
16	20. ¿Coordina con otros miembros de su organización? ¿Busca consensos previos para los temas importantes? 21. ¿Cuál es el principal valor o la importancia que tiene la organización o junta vecinal comunal para ustedes? (E: si la respuesta es de poco valor : ¿Por qué?)
Identificada con las normas/reglas de su red de salud (Respeto, reconocimiento).	
17	22. ¿hay normas o acuerdos de la junta vecinal comunal que la población tiene que acatar? ¿puede darnos ejemplos? 23. ¿la población respeta estos acuerdos? ¿en qué medida son respetados? 24. ¿los miembros de su JVC son reconocidos como líderes o autoridades por la población? 25. ¿Qué es lo que más valoran de los miembros de la junta vecinal? 26. ¿en qué medida confían en ellos? ¿por qué?
Sentido de soporte/reciprocidad de su red en situaciones de necesidad de salud.	
18	27. ¿Considera que los miembros de su junta vecinal comunal cumplen sus funciones? ¿Por qué opinan de esa forma? ¿Hay directivos que no participan o no ayudan? (E: explorar ¿Quiénes? y ¿porque?) ¿Qué recomendaría?

Guía Nº 03.

GUIA DE PREGUNTAS PARA GRUPO FOCAL

Con miembros de JVC

ESTRATEGIA COMUNIDAD SALUDABLE

Sensibilización/Organización Reconocimiento de JVC por Gobierno Local y la población	
19	1. ¿la JVC ha sido reconocida por la municipalidad? ¿Por qué es importante ser reconocido? (E: explorar utilidad del reconocimiento) ¿Cuál es la relación que tienen con la municipalidad? ¿Sienten que son importantes para el municipio? ¿Por qué? 2. ¿Percibe que son valorados por su organización? ¿en qué casos? ¿Cómo la población demuestra este reconocimiento? (E: explorar como sienten que son reconocidos por la población)
Participación de mujeres en JVC	
20	3. ¿Qué rol cumplen las mujeres en la JCV? ¿qué cargos ocupan las mujeres? (E: explorar ¿por qué no ocuparon el cargo de presidente o vice-presidente?)¿Qué tipo de tareas se encargan? ¿Es importante su participación en la directiva? ¿Qué opina de su trabajo?

Planificación comunal Manejo de herramientas para planificar acciones comunales en forma participativa por la JVC	
21	4. ¿Cómo se han organizado para hacer su diagnóstico y plan de comunidad saludable? ¿lo han construido conjuntamente con la población o sólo la junta directiva? ¿lo han validado juntos con la población?)¿ha sido presentado a la comunidad o socializado en asamblea? (E: si no ha sido presentado o socializado: explorar ¿si es de conocimiento de la población?) 5. ¿Por qué es importante que la población conozca el diagnóstico y plan? 6. ¿para qué les ha servido el diagnostico comunal? ¿para qué les ha servido la ficha vigilancia madre niño? ¿para qué les ha servido el plan comunal? 7. ¿Cuándo fue la última vez que hicieron el diagnóstico y el plan? ¿les ha parecido fácil o difícil? ¿Por qué?

Ejecución Movilización comunal en el cumplimiento del Plan Comunal de salud.	
22	8. ¿Cuánto se ha avanzado del plan comunal? ¿Qué actividades planificadas han cumplido con mayor facilidad? (E: diferenciar 1. el logro de prácticas saludables -campañas y charlas en salud- de 2. el avance en el entorno saludable y en los determinantes: agua, basura, rellenos sanitarios, acceso vial, local para el puesto de salud, etc.) 9. ¿Cuáles han sido las limitaciones para ejecutar su plan? 10. ¿Qué elementos han facilitado la realización de las actividades? 11. ¿Qué opinan del liderazgo de la Junta directiva? ¿Logran la colaboración de los demás miembros de la organización? ¿Cómo les gustaría que sean? 12. ¿Cuánto han avanzado en la vigilancia comunal de prácticas de salud? ¿Cómo vienen haciendo la vigilancia? (E: en referencia a la metodología MCS : ficha de vigilancia comunal de salud madre-niño) ¿Por qué es importante hacer la vigilancia comunal de prácticas saludables? 13. ¿Cada cuánto tiempo se reúnen para ver que ha salido bien o mal en las gestiones o actividades que realizan? (E: evaluación cotidiana de sus gestiones) 14. ¿Qué cosas esperan lograr de su plan en este año? ¿Considera que será posible? 15. ¿Qué significa cumplir su plan comunal? (E: explorar el valor de cumplir con el plan de trabajo programado)
Interacción en redes de articulación	
23	16. ¿Cómo se organiza la JVC cuando tienen que articularse a otras organizaciones para lograr actividades? ¿qué mecanismos viene utilizando para cumplir con el plan?
25	17. ¿Existen otras organizaciones en la zona con los cuales se podría relacionar la JVC? ¿en qué espacios sociales viene participando la JVC? (E: explorar si hay comités, mesas de trabajo, colectivos) ¿cómo evaluarían su participación en estos espacios? ¿Qué cosas falta o está pendiente de hacer en estos espacios?
24	18. Cómo se relaciona la JVC con su municipalidad?, ¿de qué manera han solicitado ayuda a la municipalidad y otras instancias/organizaciones públicas o privadas? ¿En qué medida han sido consideradas/apoyadas sus demandas/propuestas que han presentado a la municipalidad? 19. ¿Han participado con iniciativas o proyectos en el presupuesto participativo o recién lo harán? ¿para qué temas? ¿Cómo les fue en esta experiencia? 20. ¿Cómo se relaciona la JVC con su establecimiento de salud? (E: explorar experiencias de trabajo conjunto) ¿de qué manera han solicitado ayuda al EESS? ¿en qué medida han sido consideradas sus demandas/propuestas que han presentado al establecimiento de salud? 21. ¿Qué factores han ayudado al éxito de estas gestiones? .(E: En caso de no haber tenido éxito: explorar desde su percepción estrategias para tener éxito en sus gestiones) ¿Cómo podrían tener éxito en el futuro? ¿en qué tienen que prepararse?

Autoevaluación Actitud de reflexionar sobre cambios y retos.	
26	22. ¿cómo hacen para conocer sus avances o logros? ¿a nivel de prácticas saludables cuánto han avanzado? ¿en la mejora de sus entornos –agua, basura, calles, etc - cuánto han avanzado? 23. ¿Cuándo ha sido la última vez que han revisado sus avances? ¿Quiénes participaron en la revisión? ¿Cómo participa el personal del establecimiento de salud en esta revisión? 24. ¿Qué es lo que hacen cuando no logran los resultados esperados? (E: explorar acciones) 25. ¿Qué hacen cuando no hay avances en la mejora de prácticas saludables en las familias de la comunidad? (E: explorar ¿que acciones toman después de hacer la vigilancia comunal de practicas) 26. ¿Cómo hacen para definir los nuevos retos u objetivos del plan comunal de salud?¿ Cuál de estos retos sería el principal? ¿Es difícil o fácil lograrlo? ¿De qué depende? 27. ¿Cómo les gustaría trabajar con su establecimiento de salud? 28. ¿Qué les parece la metodología de comunidad saludable? ¿que recomendaría?

Guía Nº 04.

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA

Personal de EE.SS.

ESTRATEGIA COMUNIDAD SALUDABLE

Organización para promover practicas saludables en comunidad **Capacidad para abordar la promoción de la salud local**	
	1. ¿Cuáles son los principales problemas de salud de la zona? ¿cómo se pueden atender estos problemas haciendo promoción de la salud? ¿se ha usa la metodología de MCH? (E: Explorar utilidad de la metodología de MCS para atender este problema)
Salud a nivel familiar	
Aplicación de la metodología familia saludable	
	2. ¿Qué opina de la metodología para tener familias saludables? ¿Qué opina de las herramientas/tableros para tener familias saludables (visión, tablero de diagnóstico, tablero de compromisos y normas de convivencia)? ¿Las familias utilizan estas herramientas?. En caso no utilizan: ¿por qué? 3. En caso que si utilizan: ¿qué herramienta es la que más emplean?
Actividades realizadas con las familias	
	4. ¿el personal de salud cómo acompaña a las familias para que logren ser familias saludables? (E: explore ¿ que actividades concretas hace para que las familias incorporen prácticas saludables?) ¿Puede mencionar ejemplos de las actividades que realizan para que las familias se conviertan en familias saludables?
Cambios en la salud familiar	
	5. ¿Qué cambios ha observado en las prácticas de cuidado de la salud del niño? 6. ¿Qué prácticas ha observado en el cuidado de la salud de la mujer?
	7. ¿Qué mejoras ha podido observar en las viviendas y en su entorno en el camino de ser familias saludables?
	8. ¿Cómo participan los esposos dentro del hogar para el cuidado de la salud? ¿Qué rol ha observado que cumplen? ¿Cómo participan los esposos en la modificación de las practicas saludables?
Salud a nivel comunal	
Actividades realizadas con la comunidad	

	9. ¿Cómo promueve el personal de salud la participación de la comunidad en los temas de salud? 10. ¿Han realizado actividades conjuntas con la junta vecinal comunal en el tema de salud? ¿Cómo se pusieron de acuerdo? ¿Qué parte le correspondió hacer a la comunidad? 11. ¿Qué importancia tiene la participación de la comunidad en la promoción de las prácticas saludables? ¿Qué espera de la participación de la comunidad? 12. ¿sabe si las comunidades tiene JVC? ¿sabe si están reconocidas? ¿Qué funciones tiene la JVC 13. ¿Cómo participa la comunidad en la mejora de prácticas saludables? (E: explorar ¿Coordinan la comunidad con el establecimiento de salud? ¿Qué aspectos/actividades coordinan con el establecimiento de salud?) 14. ¿Las JVC solicitan el apoyo del establecimiento de salud para la elaboración de su diagnóstico o planes comunales? ¿El personal de salud participa en la elaboración de este diagnóstico o de estos planes? 15. ¿Qué opinan de las actividades que se incluyen en el plan comunal? 16. ¿Cómo participa el personal de salud en la ejecución de las actividades del plan comunal? ¿Cómo ha sido la participación? (E: explorar ejemplos de participación en la ejecución) 17. ¿Qué mecanismos de vigilancia comunitaria se emplean en las comunidades? ¿Utilizan fichas o formatos especiales? 18. ¿utilizan la ficha comunal de prácticas de salud / formatos de vigilancia del proyecto Municipios saludables? (E: VER FORMATOS) ¿Qué opina de estos formatos? ¿Qué opina de su utilidad? 19. ¿Cada cuánto tiempo aplican las fichas o instrumentos de vigilancia? ¿a qué proporción de las familias de la comunidad llega la vigilancia? ¿Cómo se hace la vigilancia? (E: explorar si participa la comunidad) 20. ¿Las comunidades han solicitado la participación del personal de salud en la evaluación de los planes comunales de salud? ¿Cómo han participado en esta evaluación? (E: si no solicitaron ¿Por qué?) 21. ¿Cuánto han avanzado en la ejecución de los planes comunales de salud? (E se refiere a la evaluación del plan comunal) ¿Qué actividades son las que mas se cumple? ¿Qué actividades son las que mas se retrazan? 22. ¿Qué cambios observan en las comunidades en donde se aplica la estrategia MCS?
Salud a nivel municipal	
Capacidad de replicabilidad/adecuación de experiencias	
	23. ¿Para las autoridades municipales es importante tener un municipio saludable? ¿Cómo vienen trabajando este tema? 24. Desde su punto de vista ¿opina que el municipio ha venido aplicando la metodología de municipio saludable MCS? ¿Por qué opina de esta manera? ¿Cómo lo vino aplicando?
Membresía de una gestión interinstitucional en salud desde el municipio	
	25. ¿El municipio cuenta con un ETL? ¿Que funciones tiene el ETL? ¿en que medida cumplen sus funciones? (E: en caso no cumplan funciones ¿Por qué no cumplen sus funciones?) 26. ¿Quiénes participan en este equipo? ¿Ustedes participan en el ETL? ¿de qué manera? 27. ¿Qué recomendaría para el mejor funcionamiento del ETL?
Capacidad normativa de promover prácticas saludables.	

	28. ¿Conoce si se han dado normas u ordenanzas que contribuyan a la implementación de un municipio saludable? ¿Qué han establecido estas normas? ¿en qué medida se vienen cumpliendo? (E: en caso no se cumpla: ¿Por qué no se cumplen?)
Capacidad para desarrollar iniciativas en salud y gestionar su implementación vía PIPs u otros medios.	
	29. ¿ustedes han participado en la formulación de proyectos de inversión pública menor que contribuyan a mejorar el estado de salud? ¿Cuáles? (E: explorar que le pareció el proceso de participación en los talleres de formulación) (E: si no participo ¿Por qué no lo hizo? ¿no sabe o sabe de que se trata?) 30. ¿Qué importancia tiene para ustedes participar en la formulación de los PIP menores vinculados a salud?
Uso de información comunitaria en salud / SISMUNI	
	31. ¿Con qué información vinculada a la salud trabaja el municipio? (E: existe ASIS, análisis de la situación de salud) ¿El municipio cuenta con SISMUNI? ¿el municipio les envía información del SISMUNI? ¿para qué les sirve?
Participación en la evaluación de los planes distritales	
	32. ¿La municipalidad han solicitado su participación en la evaluación de los planes distritales de salud para implementar la metodología Municipios Comunidades Saludables MCS? ¿Cómo han participado en esta evaluación?
	33. ¿Cuánto han avanzado en la ejecución del plan distrital de salud para implementar MCS?
	34. ¿Qué cambios observan en los municipios en donde se aplica la estrategia MCS?
Institucionalización local de MCS en EESS	
Normas, guías consensuadas incorporan el modelo de intervención MCS.	
	35. ¿Existen normas o guías institucionales para la incorporación de la metodología de MCS? 36. ¿Están incorporadas las actividades de de la metodología de MCS en el plan de trabajo de promoción de la salud del establecimiento de salud? ¿Qué actividades de la metodología están incorporadas en el plan? 37. ¿Cuánto de lo planificado se viene cumpliendo? ¿han evaluado los avances del plan de promoción de la salud del establecimiento de salud?
Soporte técnico de instancias de la red del sistema (Microrred, Red y DIRESA)	
	38. ¿Qué apoyo reciben del equipo de salud de su microrred/red para la implementación de la metodología de MCS? (E: explorar si reciben capacitaciones o asesoría en la metodología de MCS) ¿Qué apoyo esperan recibir?
Desarrollo de capacidades en el manejo de la metodología de MCS	
	39. ¿Ha recibido capacitación en la metodología de MCS? ¿Quién lo capacito en este año? (E: en caso de haber sido capacitado por su propio personal explorar ¿opinión sobre las competencias de los capacitadotes en el manejo de la metodología por cada escenario?) 40. ¿Qué opina de las capacitaciones recibidas en la metodología de MCS? ¿Qué opina de los temas tratados? (E: explorar sobre capacitaciones) 41. ¿Usted diría que conoce la metodología y puede aplicarla? o ¿requiere ayuda y asesoría? ¿Los facilitadotes locales podrían ayudarle en esta labor? 42. ¿Ud diría que están en condiciones de capacitar a las JVC y familias en la estrategia MCS? ¿logro capacitar a la JVC y las familias? ¿que ha podido observar de cambios a nivel de las familias o comunidad? (E: explorar si no ha brindado capacitación ¿Por qué no lo hizo?)

Guía Nº 05.

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA

Con ETL avanzado y en proceso , Autoridades GL, Gerente de Desarrollo Social ,

ESTRATEGIA MUNICIPIO SALUDABLE

Sensibilización/Organización Reconocimiento de ETL por autoridad local	
28	1. ¿Existe un equipo técnico local –ETL- formalmente instituido? ¿Quiénes lo conforman? ¿Qué funciones tiene? ¿Qué opinión tiene del rol que ocupa el ETL? ¿Logran cumplir con sus funciones? ¿hay problemas que dificulten su trabajo? 2. ¿De qué manera el Gobierno Local reconoce la labor del ETL? 3. ¿Qué opina la población del rol que viene desempeñando el ETL?¿la población local les reconoce su rol?
Rol de Oficina de Desarrollo Social	
29	4. ¿Cómo está organizada la Municipalidad para abordar el tema de la salud de la población? ¿Qué funciones cumple la Oficina de Desarrollo Social –ODS-? ¿En qué medida promueve la municipalidad iniciativas a favor de la salud del distrito? ¿Cómo promueve la Municipalidad el involucramiento de representantes de otras instituciones y de la sociedad civil en el tema de salud? 5. ¿Existen normas o ordenanzas que orienten el trabajo en el tema de salud? ¿De qué temas tratan? ¿Qué área está encargada de su aplicación?

Planificación Manejo de herramientas para planificar acciones sobre escenarios saludables	
30	6. ¿Cuentan con un plan de trabajo para lograr un municipio saludable? ¿Está vinculado al plan de desarrollo del distrito? 7. ¿Cómo elaboraron plan de trabajo para el municipio saludable? ¿Quiénes conocen el plan de trabajo? 8. ¿En qué grado este plan guía las acciones de salud desde el municipio ¿Cuál es la utilidad de tener este plan? ¿Puede poner algunos ejemplos de para que les ha servido el plan? 9. ¿han planificado formular algún PIP relacionado a la mejora de prácticas o determinantes de la salud para el año? ¿en qué tema específico? ¿Por qué monto?
31	10. ¿la Municipalidad cómo se entera de la situación de salud de las comunidades? ¿conoce el SISMUNI? ¿para qué sirve? ¿Cómo usan la información del SISMUNI? 11. ¿Qué acciones han tomado a partir de esa información? (E: Solicite ejemplos) ¿Con que frecuencia se actualiza esa información? ¿Cómo se han organizado para actualizarla? (E: lo ideal es cargar la información de prácticas cada 6 meses; diagnostico +plan cada 12 meses) 12. ¿Qué tan importante considera el SISMUNI para trabajar el tema de salud? ¿Qué áreas usan la información? ¿la información del SISMUNI lo usan otras organizaciones?

Ejecución de salud territorial: Alcance de la implementación de planes de acción distrital de MCS	
32	13. ¿Cuál es el grado de cumplimiento del plan de trabajo para lograr un municipio saludable? ¿Por qué? ¿Qué actividades han sido más fáciles de lograr? ¿Cuáles han sido más difíciles de cumplir? 14. ¿Con que recursos han realizado las actividades del plan? ¿con que montos? ¿rubros? (E: explorar ¿han logrado captar recursos vía apalancamiento de otras organizaciones?) 15. ¿han logrado ejecutar algún PIP relacionado a la mejora de prácticas o determinantes de la salud para el año? ¿en que tema especifico? ¿Por qué monto? ¿Qué tan importante consideran los PIP para cumplir con las metas para hacer municipio saludable? 16. ¿se han dado ordenanzas o resoluciones relacionadas a la mejora de prácticas o determinantes de la salud para el año? 17. ¿Cuáles han sido los principales efectos o impactos que ha tenido este plan en el distrito? ¿hay comentarios o demandas de temas que la población considera deberían incluirse en este plan? ¿Cuáles son? 18. ¿Qué oficinas o gerencias contribuyen a la ejecución del plan?
33	19. ¿en que medida los miembros del ETL se han involucrado o participado en la ejecución del plan de trabajo para lograr un municipio saludable? 20. ¿Qué avances han tenido en prácticas saludables a nivel del distrito? ¿Cómo el plan a contribuido en este objetivo? 21. ¿Qué avances han tenido en los determinantes de la salud? ¿Cómo el plan a contribuido en este objetivo?
Interacción/ articulación con comunidad	
34	22. ¿En que medida se relacionan con las JVC y con otras organizaciones de la comunidad? ¿hay otras actividades orientadas a las comunidades? ¿De qué forma? ¿Qué actividades realizan las JVC con las demás organizaciones? ¿Cuáles son sus roles? 23. ¿el plan de trabajo del municipio se relaciona con los planes comunales?
33	24. ¿De las JVC u otras organizaciones sociales tuvo demandas o iniciativas en los últimos tres años? ¿fueron incorporadas al plan de trabajo del municipio? ¿Fueron atendidas estas demandas? ¿Por qué? 25. ¿qué tipos de demandas son las que más se presentan al municipio? ¿Qué tipo de demandas han sido las más atendidas? ¿las demandas de la JV resultan adecuadas? (E: pertinencia de las demandas adecuadas a la realidad)
35	26. ¿La JVC participa en algún espacio de gestión del gobierno local? (E: mesas de trabajo o de concertación, comités pro-salud, pro-agua, presupuesto participativo etc) ¿Cómo participa?¿Qué facultades tiene la JVC en estos espacios? ¿Tienen algunas facilidades o apoyos del gobierno local?

Autoevaluación: Capacidad para evaluar avances concertadamente	
36	27. ¿Han realizado actividades de revisión de los avances del plan de trabajo conjuntamente entre la JVC, la ETL, personal de salud y el gobierno local? 28. ¿cada cuánto tiempo se reúnen para revisar o evaluar los avances del plan en el año? ¿se lograron analizar que dificultades o que ayuda para realizar su plan? ¿Quiénes participan? ¿Cómo hacen para revisar o analizar que salio bien o mal? 29. ¿Qué nuevos retos o metas plantean producto de estas revisiones? 30. ¿perciben que son útiles estas reuniones de evaluación?

Guía Nº 06.

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA

Con Personal OPI

Módulo especial para personal de la OPI	
Etapa previa	1. ¿Cómo se han organizado para la preparación previa a los talleres? ¿Qué tipo de información han recogido previamente? ¿Cómo hicieron? (E: estrategia usada) ¿para qué les ha servido esta información previa?
Formulación	2. ¿Cómo les fue en los talleres con la población para formular los PIP? ¿Qué opina sobre los tipos de proyectos formulados? ¿Cuáles les parece más importante? 3. ¿Quiénes participaron en estos talleres? ¿los participantes eran los adecuados para el tema que trataban los proyectos? 4. ¿Lograron viabilizar los proyectos formulados? ¿Por qué? ¿Qué facilito declararlos viables? ¿Qué dificulto para declararlos viables?
Ejecución	5. ¿Cuáles obtuvieron financiamiento? ¿Cuáles son las limitaciones para conseguir financiamiento para su ejecución? ¿Qué relación tienen estas dificultades con el expediente técnico? (E: explorar limitaciones para que consigan financiamiento)
Participación de salud	6. ¿En este proceso para ustedes es importante la participación del personal de salud? ¿Por qué? ¿Qué tan importante es?
Compromiso político	7. ¿Qué tan importante es para el alcalde este proceso de PIPs menores en salud? ¿Cuál es el respaldo del alcalde para darle financiamiento? ¿Cómo se evidencia este respaldo?

Guía Nº 07.

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA

Con ETL, Gerente de Desarrollo Social, Alcalde o Teniente alcalde, Personal OPI, Microred de salud, Red de Salud, DIRESA y Gobierno Regional

ESTRATEGIA TRANSFERENCIA, EXPANSION Y SOSTENBILIDAD DE LA METODOLOGIA MCS

Valoración de la aplicación de la metodología en la mejora de prácticas saludables y los determinantes de salud Credibilidad de la metodología MCS	
37	1. ¿Qué le parece la metodología MCS para promover prácticas saludables? 2. ¿Qué opina como metodología para generar el empoderamiento social -comunitario? (E: empoderamiento implica líderes que movilizan y gestionan recursos y acciones para el desarrollo y mejorar la salud de su comunidad) ¿Por qué opina así? ¿Puede poner un ejemplo? ¿Qué recomendaría? 3. ¿en qué medida a contribuido al empoderamiento de las autoridades del distrito para que realicen una mejor gestión a favor de la salud? ¿Por qué opina así? ¿Puede poner un ejemplo? ¿Qué recomendaría?
Resultados observables producto del uso de la metodología	
38	4. ¿Cuáles han sido los resultados de aplicar esta metodología a nivel de la población? ¿Cuáles han sido los resultados internos a nivel del municipio/ región/DIRESA/ONG?¿Qué opinan del fortalecimiento de las capacidades de los profesionales que la utilizan? (E: responsable EESS, gerente de desarrollo social o líder ETL, gerente regionales de desarrollo social) 5. E: solo para personal de la DIRESA, Red o Microrred de salud preguntar: ¿Cuáles han sido los resultados internos a nivel de los establecimientos de salud?
Pertinencia de la metodología para abordar promoción de salud.	
39	6. Desde su punto de vista ¿esta metodología es adecuada a las características y necesidades de la zona? ¿Por qué opina de esta manera? ¿Su empleo es fácil o difícil? ¿considera que es importante esta metodología? ¿Por qué? 7. ¿Permite la organización de la población para el cuidado de la salud? 8. ¿Podría seguir empleándose para la promoción de la salud? ¿de qué dependerá?
Ventaja Relativa	
40	9. ¿Existen algunas otras experiencias de promoción de la salud en la zona dirigida por otras organizaciones? ¿Cuáles son sus principales ventajas de la metodología MCS frente a otras metodologías? ¿cuáles son sus ventajas? ¿Cuáles son sus desventajas? 10. ¿Cuáles son los principales aportes de esta metodología a la promoción de la salud? 11. ¿Facilita la coordinación con las organizaciones comunales? ¿Facilita la coordinación con otros actores o organizaciones públicas o privadas locales? (E: escuela, puesto de salud, ONGs, parroquia, programas sociales, etc.)

Proceso de transferencia y expansión de la metodología MCS Sensibilización e incidencia	
41	12. ¿Usted diría que existe un compromiso de la municipalidad para implementar la metodología de MCS? ¿hay compromiso del sector salud? ¿hay compromiso de otros actores? ¿Cuáles? 13. ¿Cómo se traduce o concretiza este compromiso? ¿por qué opina de esta manera? ¿Se han dado ordenanzas, directivas o resoluciones señalando que adoptan la metodología MCS? ¿conoce que establecen estas ordenanzas, directivas o resoluciones?
Organización y planificación para implementar MCS	
42	14. ¿Cómo se ha organizado para implementar el plan de trabajo de transferencia de la metodología de MCS? ¿Quién lidera? ¿Quiénes ayudan? ¿se ha formado el equipo de facilitadores? ¿Quiénes son estos facilitadores?
43	15. ¿Cuándo se hizo el último plan de trabajo para que el proceso de transferencia tenga éxito? ¿Qué opinión tiene de la forma en que fue elaborado? ¿se asignaron todos los recursos necesarios para que el plan de trabajo tenga éxito? (E: ¿Se asignó presupuesto? ¿Se ha asignado personal? ¿Se asignado algún otro tipo de recursos?) ¿Se consideró la realidad de la zona? ¿Se consideró las organizaciones sociales?
Desarrollo/ fortalecimiento de capacidades para desarrollar MCS	
44	16. ¿qué opina de los procesos de capacitación para apropiarse de la metodología de MCS?¿ le parece importante esta metodología de capacitación utilizada? ¿Qué le pareció el contenido? ¿Los tiempos fueron suficientes? 17. ¿Usted diría que lograron aprehender mucho o poco? ¿Aplicó lo que aprendió? ¿En qué lo aplico? ¿le pareció fácil? ¿le ha sido útil? 18. ¿Cuál ha sido su experiencia con la formación de los facilitadores locales? ¿En que medida vienen ayudando los "facilitadores locales"? 19. ¿Qué rol vienen teniendo los facilitadores locales? ¿Qué tan importantes son para el éxito del proceso de transferencia? 20. ¿Qué opina de las reuniones de asistencia técnica para apropiar la metodología de MCS? ¿Qué le parece los temas tratados? ¿Los tiempos y frecuencia son suficientes para tratar los temas? ¿Ustedes dirían que lograron aprehender mucho o poco?
Cultura de autoevaluar y mejorar	
45	21. ¿Cuándo fue la última vez que se reunieron para revisar los avances del plan de trabajo de la transferencia de la metodología MCS? ¿Quiénes participaron en la revisión? ¿Cada cuánto tiempo se reúnen? 22. ¿Qué tan importante son estas reuniones para las personas que participan? ¿hay bastante o poco interés de los participantes en estos temas? ¿Para ustedes porque es importante participar en la evaluación?
46	23. ¿Cuál ha sido el nivel de avance logrado en la implementación de los escenarios saludables (familia, comunidad, municipio) adoptados por ustedes? 24. ¿en qué aspectos se ha avanzado más? ¿Ha sido el nivel de las familias? ¿ de la comunidad? ¿o del municipio?
	25. el equipo encargado de la transferencia ¿en que grado viene cumpliendo con sus funciones?

Institucionalización de la estrategia de MCS Pertinencia con las políticas (desafíos)	
47	26. (E: dependiendo del agente entrevistado) ¿Cómo aporta esta metodología a la visión institucional como municipio o gobierno regional /DIRESA/ONG?¿o a sus objetivos institucionales? ¿Por qué?
48	27. ¿Esta metodología está o no está alineada a sus prioridades institucionales? ¿Por qué?
Legitimidad política	
49	28. ¿Esta metodología está en proceso de integrarse o ya forma parte de las herramientas de gestión institucional? (LISTAR HERRAMIENTAS PARA IDEA DE CONTEXTO) ¿es utilizada? ¿ha tenido modificaciones o se ha complementado con otra metodología que venían usando?
50	29. ¿Las autoridades, directivos o población conoce que esta metodología está siendo incorporada? ¿O ya se ha incorporado? ¿en que medida están comprometidos con la implementación de la metodología MCS?
Legitimidad técnica	
51	30. ¿Cómo se viene asegurando la capacidad de manejo por los actores involucrados? (E: gobierno local, establecimientos de salud, red de salud, DIRESA, región, ONGs) ¿Los actores sienten que conocen y manejan la metodología? ¿O hay necesidad reforzamiento?
Legitimidad social	
52	31. ¿Cómo está involucrada la comunidad en este proceso de implementación de la metodología de MCS? ¿cómo podríamos saber si la comunidad está de acuerdo? ¿se ha generado algún tipo de poder en los líderes de la comunidad en este proceso?
Sostenibilidad	
52	32. ¿desde su opinión el proceso de implementación de la metodología de MCS es sostenible a través del establecimiento de salud? ¿es sostenible desde la DIRESA? ¿diría que es sostenible desde la municipalidad?¿hay ordenanzas o directivas en esta dirección? 33. ¿en su opinión el empoderamiento de los líderes comunales favorecería el proceso de implementación de la metodología de MCS? ¿le daría sostenibilidad?

Consentimiento para participar en la encuesta de salud y nutrición infantil del niño y la mujer y de capital social

- Madre con niño menor de 2 años y jefe de hogar -

Instituciones : Proyecto USAID/MCS II - MSH

Título: Evaluación del proyecto Municipios y comunidades saludables II en las regiones de San Martin, Ucayali y Ayacucho

Introducción

Hola. Mi nombre es _____ y estoy trabajando en el estudio de evaluación del proyecto USAID/Municipios y Comunidades Saludables]. Estamos llevando a cabo una encuesta sobre el niño y las madres, respecto a temas de salud y alimentación, para conocer el impacto de las actividades del proyecto en la mejora de prácticas saludables del niño y la mujer.

Para recopilar esta información que estamos entrevistando a las madres de los niños menores de 2 años (niños de 0 a 23 meses de edad). Hemos elegido al azar para visitar a su familia.

Nosotros agradeceríamos mucho su participación en esta encuesta. La participación implica una entrevista con usted sobre temas de salud y nutrición del niño/ y de usted y la medición del peso y talla de su niño, el cual será realizado en su presencia de usted.

También nos gustaría entrevistar directamente al jefe de hogar sobre temas relacionados a la gestión comunal a favor de salud y su participación de la familia en ella.

Consentimiento para la participación

La encuesta será aplicada en un tiempo de 45 a 60 minutos a usted que es la madre del niño, si decide participar se le hará unas preguntas de un cuestionario impreso y observaremos sus respuestas en el cuestionario. Las preguntas son personales y relacionadas al cuidado de su hijo menor de 2 años de edad y a la salud de la mujer en su etapa reproductiva.

Se realizará la medición de peso y talla de su niño menor de 2 años y se registrará en el cuestionario los datos de dicha medición.

Se cuidará en usar su nombre, así nadie sabrá sobre la información que nos facilite.

En el caso de la entrevista sobre capital social, será aplicada a la persona que tiene el rol de jefe del hogar.

La participación de usted y del jefe del hogar en este estudio es voluntaria y si no desea participar se respetará su decisión final.

- **Procedimientos:**
  Si su niño/a y usted participa en este estudio se le hará lo sgte:

  a) Medición de peso y talla de sus niño menor de 2 años
  b) Encuesta a su persona (madre) sobre temas de salud y nutrición del niño y la mujer.
  c) Encuesta al jefe de hogar sobre capital social y la salud.

- **Riesgos:**
  No se prevén riesgos por participar en este estudio.

  La toma de datos de peso y talla del niño/a no presenta riesgos físicos y será en presencia de la madre.

- **Beneficios:**
  Usted se beneficiará de una evaluación antropométrica en su propia vivienda, se le informará al término de la visita los resultados de la medición antropométrica de su niño. Nada de esto implica un gasto para su persona.

Antes de decir sí o no a participar en este estudio, vamos a responder a cualquier pregunta que usted tenga. Bien, si usted tiene alguna pregunta después, puede comunicarse con la coordinadora de esta encuesta al teléfono 997376806 o RPM *0033188, su nombre es Miriam R. Santivañez Salazar.

Declaración de consentimiento

Se me ha leído este formulario de consentimiento informado en forma completo, y las preguntas que he tenido han sido contestadas a mi satisfacción.

Estoy de acuerdo en participar en este estudio.

_____ Fecha: _____

Firma o huella digital de la madre entrevistada

Nombre:

DNI:

(Para el caso de la aplicación del cuestionario de salud

y de medición antropométrica del niño menor de 2 años)

_____ Fecha: _____

Firma o huella digital del jefe de familia entrevistado

Nombre:

DNI:

(Para el caso de la aplicación del cuestionario de capital social)

Firma del Entrevistador: _____ Fecha: _____

CONSTANCIA DE ENTREVISTA

Para participar en la entrevistas a profundidad o grupo focal en el estudio de evaluación intermedia del proyecto USAID/MCS II

- Agentes -

El PROYECTO Municipios y Comunidades Saludables – MSH II; viene realizando un trabajo de entrevistas para conocer la mejora de prácticas saludables del niño y la mujer en su comunidad/distrito; así como de la gestión comunal/local a favor de la Promoción de la Salud

Yo_____ identificado con DNI_____, con cargo (indicar institución y lugar)_____, dejo constancia, por medio del presente documento, que participaré de manera voluntaria de la entrevista a la cual he sido previamente convocada; y que se llevará a cabo por _____miembro del equipo de trabajo cualitativo del proyecto Municipios y Comunidades Saludables – MSH II.

_____ _____

FIRMA DE ENTREVISTADO **FIRMA** (miembro del equipo del trabajo cualitativo)

DNI: **NOMBRE:**

DNI:

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Como miembro de este equipo de encuestadores/entrevistadores de la evaluación intermedia del proyecto USAID/MCS II, entiendo que puedo tener acceso a información confidencial sobre los lugares y los participantes del estudio, solo para manejo interno.

Al firmar esta declaración, indico que he comprendido mis responsabilidades para mantener la confidencialidad de la información que maneje en este trabajo, de acuerdo a los siguientes aspectos:

- Entiendo que los nombres y cualquier otra información de identificación acerca de los lugares y participantes son completamente confidenciales.

- Me comprometo a no divulgar, publicar, o dar a conocer a las personas no autorizadas cualquier información obtenida en el curso de este estudio que podrían identificar a las personas que participaron en ella.

- Me comprometo a no divulgar o dar a conocer a personas no autorizadas de esta información, salvo autorización expresa de hacerlo mediante protocolo y solicitud aprobada o por el equipo de investigación.

- Entiendo que no estoy para hacer preguntas a los participantes del estudio para mi propia información personal, sólo en la medida y con el propósito de llevar a cabo mi función de encuestador/entrevistador.

- Estoy de acuerdo en notificar al investigador principal/supervisor local de inmediato, en caso de haberse presentado un incumplimiento real de la confidencialidad o de una situación que potencialmente podría resultar en un incumplimiento, ya sea por mi parte o por parte de otra persona.

Firma: _____

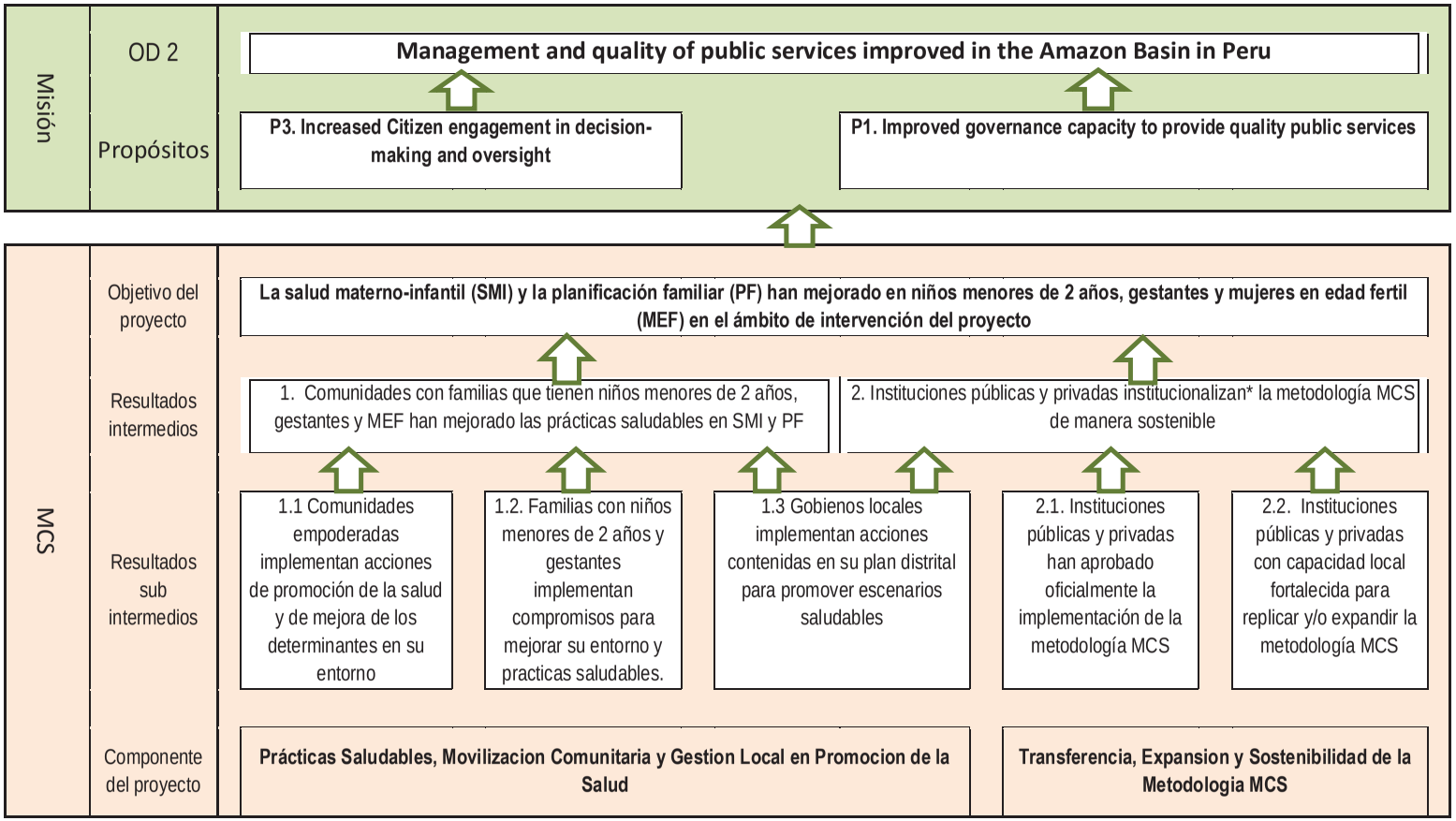
Nombre: _____

DNI N°: _____

Fecha: _____

ANEXO 8: MARCO CONCEPTUAL DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO

Figura 1. Municipios y Comunidades Saludables II. Marco de resultados



* Institucionalizacion: implementacion efectiva de los escenarios saludables a cargo de la organizacion que adopta la metodologia

**MEF: Mujeres en Edad Fertil