



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EVALUATION

Evaluación de la Transferencia, Expansión y Sostenibilidad del Modelo Municipios y Comunidades Saludables en Perú

Febrero, 2016

Esta publicación fue producida a solicitud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de forma independiente por Microsol Perú SAC, sub-contratista de Partners for Global Research and Development LLC (PGRD) en el marco del contrato No. AID-527-C-13-00002

EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES II

**Evaluación de la Transferencia, Expansión y
Sostenibilidad del Modelo Municipios y
Comunidades Saludables en Perú**

AID-527-LA-II-00001

Última revisión: 16 de mayo 2016

EQUIPO MICROSOL PERÚ SAC

Arthur Laurent

Rodrigo Vera

Rosario Ruiz

Muzia Encomenderos

Las opiniones del autor expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos.

Abstract

This evaluation assesses the transferability and sustainability of the Healthy Communities and Municipalities II model and the viability of applying this model in non-health sectors. Evaluation questions explore the model in design and practice; what behavioral changes are observed; the degree to which governments and stakeholders adopted the model; the feasibility of other sectors adopting the model; and, how the model can contribute to achieving USAID Development Objectives.

The evaluation uses a qualitative analysis that applies transfer and sustainability criteria to key informant interview data. Interviewees include representatives from communities, governments, health facilities, decentralized sectors, NGOs, and firms.

The results indicate the MCS model is versatile and can be applied in full or in part, according to context. Empowered community management councils work with local government and health officials to achieve health and other objectives. Five actors led the model in different contexts: multiple levels of government, a national institution, local governments, NGOs and private firms.

The model is apt for adoption by different sectors and by USAID. The education, agricultural and housing sectors are particularly well suited to adopt the model. USAID already employs the model to strengthen community governance under alternative development activities, and the model can similarly serve as a vehicle for public service management and community forest management under DO2 and DO3.

Future results and sustainability can be strengthened through the increased participation of regional governments, strengthening government and community council capacities, and replicating the project's success in identifying priority community demands as model entry points.

CONTENIDO

ACRÓNIMOS.....	7
RESUMEN EJECUTIVO	9
EXECUTIVE SUMMARY	15
1. PROPÓSITO Y PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN	21
1.1. Propósito de la evaluación.....	21
1.2. Preguntas de la evaluación	21
2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO	23
3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y LIMITACIONES	26
3.1. Fase de preparación	26
3.2. Fase de levantamiento de información en campo.....	28
3.3. Fase de procesamiento de la información	29
3.4. Limitaciones de la Metodología	32
4. HALLAZGOS	34
4.1. ¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas?	34
4.1.1 El modelo en los documentos del proyecto.....	34
4.1.2 El modelo de acuerdo a lo observado por el equipo de evaluación en las localidades visitadas.....	35
4.2. ¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores involucrados y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales?	48
4.2.1 Cambios de comportamiento en Comunidades y Municipios	48
4.2.2 Medición de Cambios de comportamiento en las comunidades.....	51
4.2.3 Grado de adopción del modelo por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales	53
4.3. ¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos/sectores más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?	56
4.3.1. Los sectores potenciales	56
4.3.2. Listado de condiciones necesarias por ámbito - ventaja relativa	60
4.3.3. Evaluación de la potencialidad de adopción.....	61
4.4. ¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo de USAID?.....	63

5. CONCLUSIONES.....	68
6. RECOMENDACIONES	69
7. ANEXOS	70
Anexo 1: Términos de Referencia para la Evaluación de la Transferencia, Expansión y Sostenibilidad del Modelo MCS.....	70
Anexo 2: Lista de Informantes Claves y Personas Entrevistadas.....	98
Anexo 3: Documentos de Soporte e Información Secundaria	102
Anexo 4: Guías de Entrevistas por Tipo de Actor	104
Anexo 5: Listado de Comunidades Beneficiarias	117
Anexo 6: Matriz de Consistencia.....	122
Anexo 7: Definiciones Operacionales para la Delimitación de Procesos	132
Anexo 8: Desarrollo de Actividades en Campo.....	133

ACRÓNIMOS

ADRA Perú	Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales
AgroRural	Programa de Desarrollo Productivo Agrario Rural
ALPub	Cadena de adopción local pública (cadena 2)
APPP	Cadena de adopción parcial privada-pública (cadena 4)
APPPriv	Cadena de adopción parcial con liderazgo de organismo privado (cadena 5)
APPub	Cadena de adopción parcial con liderazgo de organismo público nacional (cadena 3)
ARA	Autoridad Regional Ambiental
ATM	Área Técnica Municipal
CDCS	Estrategia de Cooperación de los Estados Unidos para el Desarrollo del Perú
CEPCO	Centro de Estudios y Promoción Comunal del Oriente
CONEI	Consejo Educativo Institucional
DA	Desarrollo Alternativo
DEVIDA	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DIRESA	Dirección Regional de Salud
EESS	Establecimientos de salud
ER	Evaluación Rápida – <i>Rapid Appraisal</i>
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
GORESAM	Gobierno Regional de San Martín
GOREU	Gobierno Regional de Ucayali
GL	Gobierno Local
GR	Gobierno Regional
JASS	Junta Administradora de Servicios y Saneamiento
MCS	Municipios y Comunidades Saludables
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
MSH	<i>Management Sciences for Health</i>
MVCS	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento

M&E	Monitoreo y evaluación
NAP	Programa Nuevas Alternativas - <i>New Alternatives Program</i>
OD	Objetivo de Desarrollo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIMNI	Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil
PDC	Plan de Desarrollo Concertado
PDA	Programa de Desarrollo Alternativo
PGRD	<i>Partners for Global Research and Development</i>
PIP	Proyecto de Inversión Pública
PNCB	Programa Nacional de Conservación de Bosques
PNSR	Programa Nacional de Saneamiento Rural
PRISMA	Asociación Benéfica PRISMA
SISMUNI	Sistema de Información de Base Comunitaria
TdC	Teoría del Cambio
TES	Transferencia, Expansión y Sostenibilidad
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
UNACEM	Asociación de la Unión Andina de Cementos
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN EJECUTIVO

PROPOSITO DE LA EVALUACIÓN

La presente evaluación rápida tiene como objetivo evaluar la transferibilidad y sostenibilidad del modelo de intervención del proyecto Municipios y Comunidades Saludables II (MCS II), así como la viabilidad de ser adoptado en otros ámbitos diferentes a la salud.

PREGUNTAS DE LA EVALUACION

El informe busca responder a las siguientes preguntas de evaluación:

1. ¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas? Analizar la Teoría de Cambio, la metodología y los instrumentos del modelo de MCS.
2. ¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores principales involucrados – ej., la familia, comunidad – y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales?
3. ¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?
4. ¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)?

ANTECEDENTES

El objetivo del proyecto de MCS fue “mejorar la salud materna e infantil, la planificación familiar y la salud reproductiva de las comunidades más pobres y vulnerables del Perú, a través de la estrategia Familias, Comunidades y Municipios Saludables”.

Management Sciences for Health (MSH) ejecutó la fase I del proyecto (MCS I) entre los años 2006 a 2010 como complemento al programa de desarrollo alternativo de USAID/Perú (PDA), para atender las necesidades de salud de las comunidades participantes del PDA a partir de la promoción de cambios de comportamiento individuales y colectivos para alcanzar estilos de vida saludables. Para lograr este objetivo, el proyecto MCS I diseñó una metodología y herramientas prácticas destinadas a las familias, líderes comunales y gobiernos locales. La fase II del proyecto -conocida como MCS II- implementada entre el 2011 y 2015 incidió en la consolidación, transferencia y expansión de la metodología y herramientas generadas en la fase I.

MCS II se implementó en las regiones de Huánuco, Ucayali, San Martín, y Ayacucho, y en una zona peri-urbana de Lima. En las regiones donde MCS II se implementó, la mayoría de comunidades abordadas se encontraban en situación de post erradicación del cultivo de coca.

Otro importante proceso junto al cual se ha desarrollado el proyecto es la descentralización.

METODOLOGÍA

La metodología de esta evaluación rápida fue fundamentalmente cualitativa y utilizó las entrevistas en profundidad como principal herramienta en una muestra de comunidades seleccionadas. El análisis de la información se realizó utilizando los criterios de transferencia y sostenibilidad de la Guía Técnica para el proceso de transferencia, expansión y sostenibilidad de la estrategia MCS II (TES).

La evaluación se dividió en tres fases:

Preparación: En un universo de 160 comunidades asentadas en las regiones San Martín, Ucayali, Huánuco y Ayacucho se seleccionaron 24 aleatoriamente (6 por región), con calificaciones de “alto”, “intermedio” y “bajo” según nivel de transferencia del proyecto. Algunas comunidades muy alejadas geográficamente fueron reemplazadas por otras con características similares. Todos los actores se listaron a partir de dicha identificación: (ex) presidentes o responsables de Juntas Vecinales Comunales (JVC), representantes de gobiernos locales, responsables de establecimientos de salud y sectores descentralizados, así como representantes de los gobiernos regionales correspondientes.

Paralelamente se seleccionaron tres organizaciones no gubernamentales (ONG) y una empresa privada, que tuvieron un nivel de contacto con el proyecto y habían realizado la adopción de todos o alguno de sus componentes.

La elaboración de las guías para las entrevistas, estuvo cuidadosamente vinculada a la matriz de consistencia de la evaluación del proyecto, para asegurar que las preguntas, instrumentos y fuentes de información (actores a entrevistar) estén completas y alineadas al propósito de la evaluación.

Campo: Durante 23 días se recorrieron las regiones de Huánuco, Ucayali, San Martín y Ayacucho y se realizaron 71 entrevistas -86% de lo planificado-. Además se recogieron los medios de verificación de las afirmaciones realizadas en las entrevistas.

En la ciudad de Lima se entrevistaron representantes sectoriales, de la empresa y ONG vinculadas al proyecto evaluado. Asimismo se entrevistó al director del proyecto MCS II y a representantes de USAID, esto último con el objetivo de evaluar la utilidad del modelo MCS respecto a sus programas.

Procesamiento de la información: Se utilizaron dos técnicas principales: la triangulación de resultados y una adaptación de la Guía TES circunscrita a los componentes de transferencia y sostenibilidad. De este modo, para la resolución de la pregunta 1, se realizó una descripción del modelo según lo analizado en la evaluación. Para las preguntas 2 y 3 se consideraron criterios de transferencia de la Guía TES para medir el grado de adaptación del modelo y la capacidad de transferencia a otros sectores. Para la pregunta 4 se alinearon los criterios evaluados en las otras preguntas con los OD de USAID.

HALLAZGOS

Pregunta 1: ¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas?

Según los documentos del proyecto, el modelo evaluado se resume en el siguiente concepto¹:
“...promueve el empoderamiento de las familias respecto al autocuidado de su salud y entorno inmediato; las que a su vez reconocen a la JVC como responsable de la vigilancia comunitaria y su representante organizacional en las negociaciones/incidencia con el gobierno local y/o los responsables sectoriales de todos los servicios públicos que se ofertan en su territorio; sectores que además se encuentran integrados en un comité multisectorial local, reconocido formalmente por el

¹ Publicación: Estrategia Municipios y Comunidades Saludables. Proyecto USAID MCS II, 2015.

gobierno local, cuya actividad fundamental consiste en monitorear el desenvolvimiento de la JVC y reportarlo al gobierno local.”

Esta evaluación encontró que el modelo MCS se ha adoptado según las diferentes condiciones del contexto tales como: procesos avanzados de descentralización, estrategias de desarrollo alternativo, prácticas de responsabilidad social empresarial, entre otras.

De este modo se encontraron cinco estructuras o “cadenas” de adopción del modelo MCS. La primera -cadena de adopción 1- es la cadena de adopción completa que articula los niveles de gobierno en San Martín, donde el gobierno regional está liderando la transferencia y brindando sostenibilidad mediante estructuras normativas para sus provincias y distritos. A su vez las comunidades se fortalecen y empoderan mediante la institucionalización de las JVC que actúan como representantes de las familias.

La segunda -cadena de adopción 2- es la cadena de adopción local pública (ALPub) liderada por los gobiernos locales de Ayacucho y los gobiernos locales de Irazola y Campoverde en Ucayali. En este esquema los gobiernos regionales no están presentes por lo que el componente de institucionalidad que favorece la sostenibilidad es menor en esta cadena.

La tercera -cadena de adopción 3- corresponde a la cadena de adopción parcial con liderazgo de organismo público nacional (APPub) donde la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA) lideró las intervenciones en cambio de comportamiento directamente con las JVC y las familias, sin el acompañamiento de los gobiernos regionales y un débil liderazgo de los gobiernos locales. Este caso se observó en la región de Huánuco, distrito de Monzón, y en el distrito de Padre Abad, en Ucayali.

La cuarta -cadena de adopción 4- es la cadena de adopción parcial privada-pública (APPP) donde la Asociación Andina de Cementos Lima (UNACEM), dentro de sus prácticas de responsabilidad social empresarial, hacía incidencia en el cambio de comportamiento de salud directamente con las familias, firmando acuerdos con los establecimientos de salud y el apoyo de las Juntas Vecinales.

Finalmente -cadena de adopción 5-, encontramos la cadena de adopción parcial privada (APPriv) donde el liderazgo fue asumido por ONG quienes directamente interactuaron con gobiernos locales, transfiriendo el paquete metodológico para el desarrollo de proyectos de inversión pública de MCS II.

Pregunta 2: ¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores principales involucrados y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales?

Se consideraron principales actores involucrados a los gobiernos locales –municipios- y comunidades, con los siguientes hallazgos sobre cambio de comportamientos. A nivel de comunidades se recuperaron las faenas comunales, pero sobretodo se empoderó a las JVC. En el caso específico de Monzón, las JVC llegaron a presentar proyectos en el presupuesto participativo del gobierno local y actualmente monitorean su avance, con el apoyo de DEVIDA. A nivel local, el comité multisectorial habría brindado a los gobiernos locales (GL) mayor representatividad frente a las comunidades, debido a que en este espacio se ofrecían los servicios sectoriales que las comunidades demandaban. De este modo, se facilitó un canal de comunicación entre estos dos actores -donde las comunidades, mediante las JVC, solicitaban servicios sectoriales en el comité

liderado por los GL. Los factores que promovieron estos resultados fueron la forma sencilla del modelo y su metodología, y el acompañamiento continuo del proyecto.

En cuanto al avance en la adopción y transferencia del modelo, a nivel de comunidades, la evidencia y el análisis sugieren que la cadena de adopción liderada por DEVIDA -cadena de adopción 3- tuvo más éxito a nivel de comunidades, cumpliendo con la mayoría de los criterios diseñados en la Guía TES, seguidos por las cadenas de adopción 1 y 2. El avance en la transferencia a nivel de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales habría sido mayor en la cadena de adopción 1, debido a la estructura normativa generada por el gobierno regional de San Martín, y 5, debido al bajo número de interacciones entre actores, liderados por UNACEM, y consecuentemente mayor facilidad de gestión.

Pregunta 3: ¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?

Las condiciones necesarias para que la adopción del modelo sea transferible y sostenible parten de los criterios adaptados de la Guía TES. Estos son: i) a nivel de transferencia: decisión política, formación de equipos técnicos para la implementación, asistencia técnica continua y monitoreo de los avances de la iniciativa; ii) a nivel de sostenibilidad: generación de marcos normativos para continuidad en la ejecución, movilización de recursos humanos y asignación presupuestal para las iniciativas.

La presente evaluación analizó los programas o iniciativas nacionales y locales de los sectores de educación, vivienda y agricultura. Se analizaron estos ámbitos debido a su grado de descentralización, su interacción dentro de los comités multisectoriales locales, y la decisión política de acercarse a esquemas que el modelo MCS representa. La evidencia apunta a que es posible adoptar el modelo en otros ámbitos distintos a la salud.

En el ámbito de vivienda se pudiera adoptar mediante el Programa Nacional de Saneamiento Rural (PNSR), de manera similar a la cadena 2, por el potencial liderazgo de los gobiernos locales a través de las Áreas Técnicas Municipales (ATM) y el empoderamiento de las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS). En el sector agricultura, el programa AgroRural podría adoptar el modelo, como en la cadena 3, considerando los pasos de la asistencia técnica a comunidades, que DEVIDA ha llevado a cabo. Mientras que en el sector educación, la estrategia Aprende Saludable podría seguir la cadena de adopción 1 integrando a actores regionales, locales y comunales, e incluso bajo una plataforma normativa desde el gobierno central.

Pregunta 4: ¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo de USAID?

El modelo puede ser útil para los tres Objetivos de Desarrollo. Partiendo de que se trata de un modelo de gobernanza, ya que fortalece a los actores involucrados y sus interacciones para generar un entorno óptimo para la provisión de servicios públicos sectoriales, podría fortalecer las acciones del OD2 a nivel de comunidad. El modelo fortalecería el esquema de descentralización facilitando las demandas de la población hacia los gobiernos locales mediante entidades institucionalizadas. Potencialmente, se podría adoptar la cadena de adopción 1 al considerar un marco normativo sólido provisto por los gobiernos regionales.

En cuanto al OD1, la cadena de adopción 3 analizada en esta evaluación muestra que existe un piloto de adopción del modelo exitoso en el ámbito de desarrollo alternativo. Esta experiencia

pudiese ser replicable al resto de regiones donde el ODI implementa actividades. Sin embargo, un punto a tener en cuenta para la sostenibilidad de la intervención es la adopción e institucionalización del modelo a nivel de los gobiernos regionales y locales.

El OD3 podría promover el cambio de comportamiento para el uso sostenible de recursos naturales a través de su vinculación y apoyo al Ministerio del Ambiente y su Programa Nacional de Conservación de Bosques, que remunera a comunidades indígenas que demuestran la conservación de sus bosques mediante un plan de manejo forestal. Adicionalmente, a nivel de las regiones amazónicas están las Autoridades Regionales del Ambiente (ARA), empoderadas para la gestión en este ámbito. La utilidad del modelo sería para capacitar técnicamente a gobiernos locales y JVC para la implementación y monitoreo de los planes de manejo forestal de las comunidades, asegurando el desarrollo del Programa que USAID apoya.

CONCLUSIONES

El modelo de MCS es versátil y podría ser aplicado total o parcialmente en función a condiciones de contexto -estrategias de descentralización, esquemas de desarrollo alternativo, entre otros-. El liderazgo para la adopción del modelo puede ser asumido por organismos gubernamentales o no gubernamentales -empresas u ONG-.

Cuando el liderazgo en la adopción del modelo lo asumen instituciones gubernamentales, la sostenibilidad política sería mayor que cuando lo asumen actores no gubernamentales. Sin embargo, si el liderazgo es del sector privado, la sostenibilidad financiera podría ser mayor. Es importante considerar que la permanencia de la empresa en espacios mayores a las comunidades está supeditada a sus propios intereses.

Potencialmente, el modelo puede ser adoptado por sectores distintos al de salud, incluidos vivienda, educación, agricultura, medio ambiente y desarrollo alternativo. Algunas de las principales condiciones para que se concrete la adopción serían las siguientes:

- Marco normativo que asegure la implementación de la estrategia que el modelo MCS propone.
- Presupuesto asignado para la implementación de la estrategia.
- Estrategia acompañada de otros ámbitos de desarrollo (multisectorialidad).
- Fortalecimiento de capacidades técnicas y de gestión de todos los actores involucrados en la adopción del modelo, así como promoción de la articulación entre ellos.

El modelo además serviría como una estrategia de articulación de actores para facilitar procesos de descentralización. Si bien fue concebido con un enfoque comunal, en el campo se evidenció que se promueven fortalezas a nivel institucional. De este modo, institucionalizando los cambios de comportamiento en los ámbitos que se prioricen, puede facilitar la generación de una cadena de adopción para la provisión de servicios sectoriales que la población demanda, o viceversa, generar espacios donde los sectores pueden ofrecer sus servicios a la población.

RECOMENDACIONES

Para futuros implementadores del modelo:

Mayor inclusión de los gobiernos regionales: se recomienda promover plataformas normativas lideradas por los gobiernos regionales. Se ha visto en la adopción del modelo, que esto favorece a la sostenibilidad de la intervención.

Fortalecer la articulación interinstitucional: se recomienda un fortalecimiento a dos niveles, por un lado a nivel de gobiernos regionales y locales, para que tengan la capacidad de ofrecer servicios sectoriales a sus poblaciones. Por otro lado, empoderar a las JVC para que representen adecuadamente a las comunidades y familias que les corresponde; un buen instrumento para ello es el “Programa de Liderazgo Moral y Gestión Comunitaria”.

Motivar demanda de la comunidad: la promoción del cambio de comportamiento debe responder a una demanda de la comunidad, de este modo, la comunidad lo considerará suyo y lo vinculará a su desarrollo.

Usar el modelo para apalancar recursos: con intervenciones exitosas del modelo. Se recomienda fortalecer las capacidades de los beneficiarios mediante la “Guía para facilitar la Formulación de Proyectos de Inversión Pública (PIP)”.

Para USAID:

Escalar el piloto de adopción del modelo: se recomienda escalar la experiencia de DEVIDA a otros valles de producción de coca -como San Gabán-, pero además promoviendo la institucionalización del modelo en los gobiernos regionales y locales.

Identificar un punto de entrada atractivo: como salud, educación, agricultura, vivienda o medio ambiente, que tendrían buena aceptación en la población. Considerarlos podría significar nuevas oportunidades para fortalecer a las instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, promoviendo su articulación y la institucionalización de los cambios de comportamiento.

Explorar la adopción en nuevos ámbitos: se recomienda la adopción del modelo para cambios de comportamiento relacionados al medio ambiente, ya que se cuenta con actores identificados y capacidades ligadas a este sector, pero sin las interacciones que el modelo puede promover.

EXECUTIVE SUMMARY

PURPOSE OF EVALUATION

This rapid evaluation assesses the transferability and sustainability of the Healthy Communities and Municipalities II (HCM II) implementation model as well as the viability of replicating this model in non-health sectors.

EVALUATION QUESTIONS

This study seeks to answer the following evaluation questions:

1. What is the HCM model according to project design documents and in terms of how the model is structured in the study communities? Analyze the project theory of change, methodology and the HCM model tools.
2. What has been the behavioral change in each of the principal actors – e.g. family, community – and to what extent have governmental, non-governmental, local, regional and national organizations adopted the model?
3. Can the HCM model be transferred, adopted and sustained by other sectors? What conditions would be necessary to support a successful transfer?
4. How can the model contribute to the three USAID Development Objectives?

BACKGROUND

The HCM project objective was “to improve maternal and child health, family planning, and reproductive health of the most vulnerable and poor populations in Peru, through the Healthy Families, Communities and Municipalities strategy”.

Management Sciences for Health (MSH) implemented phase I of the Healthy Communities and Municipalities project (HCM I) between 2006 to 2010, as a complement to the USAID Alternative Development Program, by promoting individual and collective behavioral changes to achieve healthy lifestyles. To achieve this, HCM I designed an easy-to-use methodology and practical tools for families, community leaders, and local governments. Between 2011 and 2015, phase two of the project, HCM II, aimed to contribute to the consolidation, transfer and expansion of the methodology and tools generated in the first phase.

HCM II was implemented in the following regions: Huanuco, Ucayali, San Martin and Ayacucho as well as an intervention in Lima. The majority of the participating communities had recently had illegal coca crops eradicated by the Peruvian government.

Peru’s decentralization is another important process that paralleled the implementation of HCM.

METHODOLOGY

The evaluation used a primarily qualitative methodology with in-depth interviews serving as the main data collection tool in a sample of selected communities. Data analysis applied the transfer and sustainability criteria from the Project Guide for Transference, Expansion and Sustainability (TES) of the HCM strategy.

The evaluation took place in three phases:

Preparation: From a universe of 160 communities located in San Martin, Ucayali, Huanuco and Ayacucho regions, the team randomly selected 24, 6 per region. The selection included communities scoring "high", "middle" and "low" in terms of their level of adoption of the project model. The team replaced extremely remote communities with communities sharing similar characteristics. All key stakeholders were listed for the selected communities: (former) presidents or heads of Community Management Councils (JVC), local government representatives, health facility representatives, and decentralized sectors, as well as regional government representatives.

At the same time, three non-governmental organizations (NGOs) and a private company were selected based on the level of contact they had with the project and for having adopted all or most of the model components.

The interview guide was carefully linked to the project's evaluation matrix, a tool used to maintain consistency among the questions, instruments and sources of information used for the evaluation.

Fieldwork: Over 23 days, the team visited Huánuco, Ucayali, San Martin and Ayacucho regions, in that order. In total, the team conducted 71 interviews, 86% of the total targeted. The team also collected documentation supporting the data provided in interviews.

In the city of Lima, the team interviewed representatives from government entities and NGOs linked to the project, as well as the HCM II project director. The team interviewed USAID representatives to assess their perceptions of the utility of the model to their programs.

Analysis: Two main techniques were used: results triangulation and adaptation of TES guide criteria. To answer question 1, the study describes the model based on findings. For questions 2 and 3, the TES Guide's criteria guided the measurement of the degree to which the model has been adopted and is transferable to other sectors. Question 4 applies the criteria applied in each of the other questions to determine the model's potential value to USAID Development Objectives (DO).

FINDINGS

Question 1: 1. What is the HCM model according to project design documents and in terms of how the model is structured in the study communities? Analyze the project theory of change, methodology and the HCM model tools.

According to project documents, the HCM model is summarized as follows²: "strategy driven by the HCM project that promotes the empowerment of families in relation to their self-health care and surrounding environment; which in turn recognizes the JVC as responsible for community surveillance and representation in the negotiations / advocacy with local government and / or sector authorities responsible for public services in the community; sectors that are integrated into a local multi-sectorial committee, formally recognized by the local government, whose main activity is to monitor the development of the JVC and report to the local government".

² Publication: Healthy Municipalities and Communities Strategy. USAID HCM II, 2015.

The evaluation found that the HCM model was adapted to the dominant conditions present in the different contexts, such as structured decentralization, alternative development strategies, corporate social responsibility practices, among others.

Thus, the study identified five adoption structures or "chains" for the HCM model. The first, adoption chain 1, is the full adoption chain, which articulates the different levels of government in the San Martín region. The regional leads the transfer of the model and offers sustainability through its regulatory structures for provinces and districts. At the same time, communities are strengthened and empowered through the JVC, which acts as the families' representatives.

The second chain -adoption chain 2- is the public local adoption chain (ALPub), led by local governments in Ayacucho and the Irazola and Campoverde local governments in Ucayali. In this paradigm, regional governments are absent, which results in a lower degree of institutional sustainability.

The third variant, adoption chain 3, corresponds to a partial model adoption led by national public organizations (APPub), where the National Commission for the Development and Life without Drugs (DEVIDA) led the behavioral change intervention directly with the JVC and families without the support of regional governments and relatively weak local government leadership. This model was observed in the region of Huanuco, Monzon district, and the Padre Abad district in Ucayali.

The fourth version is the public-private partial adoption chain (APPP), where *Union Andina de Cemento* Association (UNACEM), within the context of corporate social responsibility investments, advocates for health behavior changes directly with families, signing agreements with the health facilities and supporting the JVC.

Finally, adoption chain five is the private partial adoption chain (APPPriv), where model leadership was assumed by an NGO that interacted directly with local governments to transfer the HCM package for the development of public investment projects.

Question 2: What has been the behavioral change in each of the principal actors, e.g. family, community, and to what extent have governmental, non-governmental, local, regional and national organizations adopted the model?

The study identifies local governments (municipalities) and communities as the project's main actors. At the community level, behavior changes included the restarting of organized joint community work, but above all, the JVC were empowered. In the case of Monzon, JVC presented their prioritized projects in the local government's participatory budget and are currently monitoring the progress of approved activities with support from DEVIDA. At the local level, the multi-sectoral committee provided local governments increased representation in the communities by offering the services and resources requested by communities. These mechanisms provided a communication channel between the two actors –where the community, through the JVC, requested sectoral services from the committees. The factors that made these results possible were the simplicity of the model and methodology, and continuous project support.

As far as the model's degree of adoption and transfer at the community level, the adoption chain led by DEVIDA -adoption chain 3- was the most successful in achieving the TES Guide criteria, followed by adoption chains 1 and 2. Meanwhile on the government and nongovernmental sides, model adoption was higher in adoption chain 1, due to the regulatory structure generated by the San

Martin Regional Government, and chain 5, due to the low number of interactions between actors, led by UNACEM, and the consequently greater ease in managing them.

Question 3: Can the HCM model be transferred, adopted and sustained by other sectors? What conditions would be necessary to support a successful transfer?

The conditions necessary for the HCM model to be transferable and sustainable lie in the criteria adapted from the TES Guide. These are: i) At the transfer level: political decision, the preparation of technical teams for implementation, provision of technical assistance, and continuous progress monitoring; ii) For sustainability: the generation of policy frameworks to provide the continuity of implementation, mobilization of human resources, and budget allocation initiatives.

This assessment analyzed programs or national and local initiatives in the education, housing and agriculture sectors. The study considered these sectors because of their higher degree of decentralization, their active participation in the multi-sectoral committees, and their existing political decisions to consider models such as the HCM model. Findings suggest that these non-health sectors could adopt the MCS model.

The housing sector would adopt the model through the National Rural Sanitation Program (PNRS), which would have a version similar to chain 2 because of the potential for leadership by local governments through the Technical Council Areas (ATM) and the empowerment of Sanitation Service Administration Boards (JASS). In the agriculture sector, AgroRural could lead an adoption variation similar to chain 3, taking into consideration the TA process that DEVIDA has led with communities establishing JVC. The education sector would adopt the model through the Healthy Learning Strategy, which could resemble chain 1 by integrating regional, local and community actors, and could include a policy platform established by the central government.

Question 4: How can the model contribute to the three USAID Development Objectives?

The model may be useful to USAID in achieving its three Development Objectives (DO). As a governance model that strengthens stakeholders and their interactions to create an optimal environment for the delivery of public services, the model can strengthen DO2 initiatives to improve the management and quality of public services at the community level. This approach would complement current USAID decentralization approaches at the national, regional and local levels. The model would strengthen the decentralization scheme by facilitating communities' prioritization of demands to local governments through its institutionalized bodies. Potentially, chain 1 could be adopted with the provision of a solid regulatory framework by regional governments.

As for the DOI, alternative development activities have already demonstrated the utility of the model by supporting DEVIDA to adopt chain 3. This experience can be replicated in other regions where DOI implements activities. However, the interventions' sustainability over time should consider the increased institutionalization of the model at the regional and local government levels.

The DO3 could promote behavioral change for the sustainable use of natural resources through its relationship with the Ministry of Environment (MINAM) and its National Program for Forest Conservation (PNCB), which generates revenue for indigenous communities that conserve their forests through a forest management plan. Additionally, at the Amazon region's level, Regional Environmental Authorities (ARA) have been empowered to manage this sector. The usefulness of this model for OD3 lies in its potential to train local governments and JVCs for the implementation

and monitoring of forest management plans, ensuring the development of the MINAM program that USAID supports.

CONCLUSIONS

The model is versatile and can be applied in full or in part, according to each program context, e.g. decentralization strategies, alternative development schemes, etc. The leadership for the adoption of the model can be assumed by governmental or non-governmental organizations, including private firms and non-profits.

When the government organizations lead the model adoption, political sustainability is higher than when non-governmental actors assume it. However, if the private sector leads the model, financial sustainability may be increased. It is important to consider that the continuity of companies in contiguous regions to communities is contingent on their interests.

Potentially, the model can be adopted by sectors other than health, including housing, education, agriculture, environment, and alternative development. Some of the conditions that support model adoption include:

- Regulatory framework that ensures the implementation of the HCM model strategy.
- Budget allocation for the strategy implementation.
- Strategy accompanied by other development areas (multi-sector).
- Strengthening of technical and management capacity for stakeholders involved in the adoption of the model, as well as the promotion of interaction between them.

The model also serves as a strategy to articulate actors in facilitating decentralization processes. While it was conceived as a community approach, in the field findings demonstrate that the model promoted efforts at the institutional level. Thus, institutionalizing behavioral changes in priority USAID areas can facilitate the generation of an adoption chain that facilitates services provision responding to population demands in various sectors or areas; or vice versa, the generation of spaces where sectors can offer their services to the population.

RECOMMENDATIONS

For future model implementers:

Greater inclusion of regional governments: we recommend promoting establishment of policy platforms led by regional governments. Findings suggest that, over time, the adoption of a model with such a platform will favor its sustainability.

Strengthen inter-institutional connection: the strengthening of capacities at two levels is recommended. Strengthening governments is necessary to increase their ability to offer public services. Strengthening JVC allows them to adequately represent their communities and families. A good instrument for JVC strengthening is the "Moral Leadership and Community Management Program."

Encourage community demand: the targeted behavioral changes must respond to a community demand to ensure that the community will own the initiative and support its development.

Use the model to leverage resources using successful model interventions. We recommend strengthening the participant capabilities through the use of the "Guide to facilitate the formulation of Public Investment Projects (PIP)".

For USAID

Scale-up the model implementation pilot: we recommend scaling up the DEVIDA experience to other coca production valleys, such as San Gaban, but also promoting the institutionalization of the model through regional and local governments.

Identify an attractive entry point such as health, education, agriculture, housing, alternative development or environment, which are important issues among the target population. These can be converted into good opportunities to strengthen and articulate public and private institutions and civil society, while institutionalizing targeted behavioral changes.

Explore the adoption of behavior change strategies: we recommend adopting the model to achieve behavior changes related to the environment, since USAID has identified key actors and capabilities linked to this sector, but still lacks the relationships that the model promotes.

1. PROPÓSITO Y PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN

1.1. Propósito de la evaluación

Esta Evaluación Rápida (ER) tuvo el propósito principal de evaluar la transferencia, expansión y sostenibilidad del “modelo” de MCS, desde un enfoque prospectivo, para que pueda adoptarse en otros ámbitos del desarrollo local en el Perú.

La ER se focalizó en los cuatro momentos establecidos en la Guía Técnica³ de transferencia, expansión y sostenibilidad (TES), que son: 1) sensibilización e incidencia, 2) organización y planificación, 3) desarrollo de capacidades, y 4) monitoreo y evaluación. Asimismo, se evaluó las cuatro dimensiones de sostenibilidad – política, social, técnica y financiera – de la intervención. Según el Proyecto, estas cuatro dimensiones constituyen factores principales para fortalecer el capital social y gobernabilidad en las áreas intervenidas. Esta evaluación no analizó las metas y logros alcanzados en el campo de la salud materno-infantil y reproductiva.

También, se analizó el grado de cambio en comportamiento a nivel de las familias, comunidades, gobiernos locales y regionales para mejorar sus condiciones de vida, especialmente relacionados a la salud.

Resumiendo, los objetivos de la presente evaluación fueron los siguientes⁴:

- a. Evaluar y proporcionar evidencia respecto a la transferencia, expansión y sostenibilidad del modelo de intervención de MCS en cada uno y en el conjunto de los escenarios intervenidos: familia, comunidad, gobierno local y gobierno regional.
- b. Evaluar la “ventaja relativa” de la estrategia de MCS sobre otras intervenciones identificando cada una de sus características.
- c. Formular recomendaciones específicas y prácticas a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para adoptar de manera eficiente, eficaz y sostenible el modelo de intervención de MCS en el próximo futuro, particularmente en el contexto de Desarrollo Alternativo (DA).

1.2. Preguntas de la evaluación

La presente evaluación, estuvo delimitada por cuatro preguntas:

- ¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas? Analizar la Teoría de Cambio, la metodología y los instrumentos del modelo de MCS.

³ La “Guía Técnica para el proceso de transferencia, expansión y sostenibilidad de la estrategia MCS II (TES)” - fue preparada por el equipo del proyecto MCS II con la finalidad de brindar lineamientos y pautas orientadoras para la transferencia (T), expansión (E) y sostenibilidad (S) de la estrategia (metodología y herramientas) de MCS, en ámbitos de intervención directa y en nuevas jurisdicciones del nivel nacional, regional y local.

⁴ Ver anexo 01.

- ¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores principales involucrados – ej., la familia, comunidad – y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales?
- ¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?
- ¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo (OD)⁵ de USAID?

Estas preguntas fueron desagregadas en sub preguntas que a su vez se constituyeron en la base para la generación de los cuestionarios dirigidos a los informantes clave de la evaluación.

⁵ El Objetivo de Desarrollo 1 (OD1) busca incrementar las alternativas a los cultivos ilícitos de coca en las regiones seleccionadas. Dicho objetivo consta de dos resultados intermedios: 1) el fortalecimiento de las cadenas de valor de cultivos lícitos y 2) la mejora del entorno propicio para el desarrollo alternativo. El segundo Objetivo de Desarrollo (OD2) se enfoca en mejorar la gestión y calidad de los servicios públicos en la Amazonía. Consta también de dos Resultados Intermedios: 1) Mejora de la capacidad del gobierno para prestar servicios públicos de calidad y 2) Mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y vigilancia. El tercer OD (OD3) se enfoca en gestionar de manera sostenible los recursos naturales en la Amazonía y en las zonas de glaciares alto-andinos. Su primer resultado intermedio busca la mejora de la capacidad de gobernabilidad ambiental y manejo de recursos naturales; el segundo resultado intermedio se enfoca en la ampliación de actividades de sustento ambientalmente sostenibles.

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO⁶

El proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS) implementado por *Management Sciences for Health* (MSH), se basa en la estrategia del mismo nombre promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sus fundamentos básicos vinculados a la promoción de la salud se sustentan en la Declaración de la Carta de Ottawa firmada en el año 1986.

En este contexto, entre los años 2006 al 2010, MSH ejecutó la primera fase de su intervención. El proyecto MCS I fue creado para complementar el Programa de Desarrollo Alternativo (PDA) de USAID/Perú, con un enfoque en la mejora de la salud materna e infantil de las comunidades del ámbito del PDA, mediante el cambio de comportamiento para estilos de vida saludable. El MCS I construyó una metodología y herramientas prácticas de fácil uso por familias y líderes comunales. El MCS II se ejecutó entre los años 2011 a 2015 con el objetivo de incidir en la consolidación, transferencia y expansión de la metodología y las herramientas generadas en la fase anterior, y como parte del Objetivo de Desarrollo 2 (OD2) de la estrategia de USAID en Perú: Mejorar la gestión y calidad de los servicios públicos en la Amazonía.

MCS contó con dos componentes: el primero fue el de promoción de la salud, fuertemente impulsado por MCS I, mientras que el segundo -no planificado en la concepción del anterior- correspondió al componente de transferencia, expansión y sostenibilidad de la metodología, el cual fue enfatizado por MCS II. La presente evaluación está dirigida al segundo componente del proyecto, relacionado con la transferencia de la metodología, y no con las prácticas de promoción de la salud como tal.

La implementación del proyecto MCS II se dio en las regiones de Huánuco, Ucayali, San Martín y Ayacucho. Adicionalmente, hubo acciones particulares del proyecto en una comunidad en Lima, mediante una empresa privada que también es objeto de análisis en la presente evaluación.

Los principales aspectos contextuales encontrados en los lugares de implementación, y que el modelo tuvo como marco, se describen a continuación:

Desarrollo alternativo

Durante los últimos 30 años, los traficantes de drogas centraron su producción de coca en diversos valles de la selva peruana, entre ellos, los ubicados en las regiones de Huánuco, Ucayali, San Martín y Ayacucho (PGRD, 2015)⁷. En respuesta a ello, el Estado peruano desarrolló la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas, liderada por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA). Ésta cuenta con el apoyo técnico y financiero de la Estrategia de Cooperación de los Estados Unidos para el Desarrollo del Perú (CDCS), cuyo último convenio firmado consta de acciones planeadas para los años 2012 al 2016 a través de diversos operadores.

Previamente, entre los años 2002 al 2006, la implementación de las acciones de DEVIDA redujeron alrededor de 15,000 hectáreas de coca en 800 comunidades, disminuyendo considerablemente las áreas de cultivo de coca en las regiones San Martín y Ucayali, (DEVIDA, 2015). A partir del 2006, el

⁶ Los documentos de sustento citados en el presente capítulo como revisión bibliográfica están referenciados en el Anexo 3 del informe.

⁷ Scope of Work: Ethnographic Study of Alternative Development in Huanuco, 2015. PGRD. Pag. 5

impacto de estas acciones se redujo debido a que la respuesta de los productores cocaleros era negativa frente a cultivos alternativos. Si bien al inicio de la fase de erradicación se produjo un fuerte impacto económico y social en los productores, el avance de la estrategia hizo que los cultivos alternativos signifiquen mejoras en la calidad de vida en los productores, lo cual les ha proporcionado la oportunidad de desarrollo a nivel local y regional. Paralelamente, como parte de la estrategia se implementaron actividades de desarrollo social. A la fecha, se suele considerar a la región de San Martín como “caso exitoso” de desarrollo alternativo, evidenciado por zonas como Tocache, donde los “cultivos estrella” -café y cacao- son productos de exportación.

En áreas donde CORAH ha llevado a cabo la erradicación de cultivos de coca -comunidades de la región de Huánuco-, DEVIDA y el Programa Nuevas Alternativas (NAP) están ejecutando, desde el año 2013, la promoción de una economía lícita a través del cultivo y comercialización de productos agrícolas y el desarrollo integral, incluyendo acciones de salud y educación. El efecto de estas acciones se está viendo en la población cuya estructura económica y social giraba en torno al cultivo de coca. MCS II buscó como aliados en la región de Huánuco y Ucayali a DEVIDA y NAP.

Procesos de descentralización

El Gobierno Regional de San Martín (GORESAM) inició el 2011 una primera fase de re-estructuración interna que permitió identificar las funciones de las diversas gerencias regionales y los organismos sectoriales descentralizados del Estado. Seguidamente, se ejecutó una segunda fase de implementación de la descentralización, donde todos estos entes fueron parte del proceso de preparación de los presupuestos basado en resultados, donde se asignaron fondos anuales a cada uno de ellos, en función a sus necesidades reales a nivel local y sectorial. Este proceso fue implementado exitosamente en toda la región (Conservación Internacional, 2015)⁸.

En esta misma línea desde el 2011, el GORESAM lideró el Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil (PAIMNI) cuyo objetivo fue fortalecer, articular e integrar los esfuerzos sectoriales, las acciones gubernamentales, las acciones de la sociedad civil, la empresa privada, y la comunidad para mejorar la nutrición infantil. El PAIMNI implementó tres componentes: el primero orientado a mejorar la calidad de los servicios de salud; el segundo, a lograr una educación temprana integral; y el tercero a lograr la articulación intergubernamental e intersectorial y la mejora de prácticas saludables. La implementación de este tercer componente tuvo el apoyo técnico del proyecto MCS II que transfirió la metodología y herramientas que desarrolló y validó para tener familias, comunidades y municipios saludables (MSH, 2013)⁹.

En cuanto al Gobierno Regional de Ayacucho, implementó la Política de Estado Regional “CRECER Wari” en el 2007, con el objeto de reducir la desnutrición crónica infantil y la pobreza a través de la articulación de la intervención con las instituciones públicas del gobierno regional, del gobierno

⁸ Presentación: “San Martín: Camino hacia una economía verde. Experiencias exitosas de desarrollo sostenible 2007-2014”. 2015. Conservación Internacional.

⁹ Nota de prensa: “San Martín: con el apoyo de USAID, el PAIMNI viene contribuyendo a mejorar la nutrición infantil”. 2013. Management Sciences for Health (MSH). Disponible en: http://www.comunidadsaludable.org/publicacion/noticias_paimni/

central con presencia física en su territorio -principalmente los programas sociales- así como con las instituciones de la sociedad civil y la empresa privada. Según MSH (2013)¹⁰, el GR-Ayacucho solicitó el apoyo del proyecto MCS II para capacitar al personal de CRECER Wari en la aplicación de la metodología y herramientas para tener familias, comunidades y municipios saludables. MCS II logró capacitar al equipo directivo del Gobierno Regional y a los equipos operativos conformados por los Equipos Técnicos Provinciales.

¹⁰ Nota de prensa: “Crecer Wari mejora su capacidad de reducir la desnutrición infantil”, 2013. Management Sciences for Health (MSH). Disponible en: http://www.comunidadsaludable.org/publicacion/historias-de-exito_crecerwari/

3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y LIMITACIONES

La presente Evaluación Rápida (ER)¹¹ o *Rapid Appraisal* se basó en una metodología cualitativa de levantamiento de información utilizando en una primera fase el criterio de aleatoriedad para seleccionar la muestra de comunidades en cuatro regiones, lo que aseguró su representatividad. Asimismo, se elaboró una lista en estrecha colaboración con el proyecto MCS II para obtener la diversificación necesaria de los actores por entrevistar. Se prepararon guías semi-estructuradas para las entrevistas a profundidad. Las guías fueron evaluadas por un equipo de especialistas¹² propuestos por Partners for Global Research and Development (PGRD) y se realizaron pilotos tanto en Lima como en Huánuco (como primera región). Para el procesamiento de la información, la metodología cualitativa permitió utilizar criterios de la Guía TES para analizar el grado de transferencia del modelo a nivel de diversos actores, así como la transferencia a otros sectores diferentes a la salud.

A continuación el desarrollo de las tres fases metodológicas:

3.1. Fase de preparación

Revisión de información secundaria

Se realizó la revisión de la información impresa y digital del proyecto y otras fuentes secundarias. El listado de los documentos se indica en el anexo 3. Asimismo, se revisó la información contenida en el Sistema de Información de Base Comunitaria (SISMUNI)¹³.

La revisión documentaria realizada permitió identificar los criterios para definir la muestra de comunidades -que incluya a comunidades con distintos grados de avance en la transferencia del modelo-, las personas a entrevistar -que hayan participado directa o indirectamente en el Proyecto y que se incluyan a los responsables de los centros de salud- y los informantes clave por regiones.

Los informantes clave fueron el Director de MCS II, los responsables del proyecto en cada región y un especialista de NAP en Huánuco. Su rol fue confirmar que las personas seleccionadas para las entrevistas sean las adecuadas en función al grado de información que hayan tenido del proyecto y brindar lineamientos acerca de la logística de campo.

Diseño de guías de entrevista

Las guías fueron diseñadas por cada actor a entrevistar (ver anexo 4): representantes de Ministerios (gobierno central) y gobiernos regionales y locales; representantes de JVC; representantes de organismos sectoriales; empresas; ONG; coordinadores y representantes de MSH; así como gerentes de USAID. Estos actores influyeron directa y/o indirectamente en la implementación del modelo, y su selección se validó en función a las preguntas de evaluación.

¹¹ A diferencia de una evaluación regular, la Evaluación Rápida se caracteriza por aplicar metodologías más simples y cortas dentro de un período de tiempo más limitado. Por lo tanto, los resultados pueden tener limitaciones para ser generalizados.

¹² Sras. Miriam Rojo y María Rosa Gárate.

¹³ SISMUNI es un aplicativo informático implementado por MCS que recoge, procesa y arroja información de primera fuente. Esa información permite a las autoridades comunales y distritales tomar decisiones informadas fortaleciendo de esa forma la gestión comunal y local de la salud.

Otro elemento a destacar del diseño de las guías es su consistencia con las preguntas y sub preguntas de la matriz de consistencia (ver Anexo 6) de tal manera de asegurar que las preguntas de los cuestionarios fueran insumos válidos para la resolución de las interrogantes planteadas en la evaluación. Así por ejemplo, para abordar el criterio de pertinencia está la pregunta 1 que busca definir el modelo MCS, según los documentos del proyecto y lo encontrado en campo. Esta pregunta fue sub dividida en cuatro, de estas cuatro se derivan las preguntas de los cuestionarios. De esto modo, en una lectura de atrás hacia adelante, se puede confirmar qué preguntas de las guías de entrevistas responden a cada una de las cuatro preguntas de evaluación (por actor). La matriz de consistencia muestra qué actores son los que deberían responder estas sub preguntas y como a su vez se dividen las mismas.

Selección de la muestra

Se realizó una selección al azar de 24 comunidades considerando las cuatro regiones de intervención del proyecto -Huánuco, Ucayali, San Martín y Ayacucho. Sin embargo, la lejanía de algunas de estas comunidades y, por tanto, su efecto en la logística y el tiempo planificado para este estudio de acuerdo a los términos de referencia, obligó a su reemplazo manteniendo en lo posible las mismas características.¹⁴ A partir de las mismas se identificaron los respectivos distritos y gobiernos locales. El proceso llevado a cabo para la selección de la muestra fue el siguiente:

- Se consideró como población total al listado de 160 comunidades beneficiarias proporcionado por MCS II¹⁵.
- Se seleccionaron 6 comunidades al azar por cada una de las 4 regiones (Huánuco, Ucayali, San Martín y Ayacucho). Esta selección se dio a su vez en las siguientes categorías señaladas en la base de datos de beneficiarios, bajo los criterios de la Guía de TES¹⁶:
 - o 2 comunidades con calificación “bajo”.
 - o 2 comunidades con calificación “intermedio”.
 - o 2 comunidades con calificación “alto”.
- El total de 24 comunidades seleccionadas (6 por región) correspondió a 10 gobiernos locales.

¹⁴ Decisión tomada y acordada en consulta con PGRD al tiempo de la preparación del Informe de Incepción.

¹⁵ En el anexo 5 se incluye la lista de comunidades beneficiarias del proyecto

¹⁶ Estos criterios de medición se relacionan con las fases de promoción de la salud para ser comunidad saludable, con un valor mayor si hay mejora en los entornos y en las prácticas saludables del grupo de familias participantes de la estrategia. Las fases de promoción de la salud son: sensibilización y organización, planificación, ejecución, autoevaluación, e indicadores de resultados. El criterio “Alto” es cuando las fases están consolidadas en la comunidad y hay cambios de prácticas saludables en las familias participantes. “Intermedio” cuando se está en proceso de lograr las fases a nivel de comunidad y existen algunos cambios de prácticas saludables en familias participantes. Comunidades en nivel “bajo” recién inician la implementación de las fases de promoción de la salud.

- Asimismo y colateralmente, se determinó entrevistar a gobiernos regionales, direcciones de salud, micro-redes y redes de salud y organismos descentralizados sectoriales locales (educación y agricultura) vinculados a la experiencia.

Posteriormente se determinaron las ONG y empresas privadas a entrevistar. Para el caso de Lima, se consideró pertinente involucrar a representantes de los sectores a nivel nacional.

Recogidos los hallazgos preliminares en campo, se procedió a entrevistar al líder del proyecto MCS II, así como a tres representantes de cada uno de los objetivos de desarrollo de USAID.

3.2. Fase de levantamiento de información en campo¹⁷

Actores entrevistados en la evaluación

En el Cuadro I se presenta el resumen de actores entrevistados en Lima y regiones. En el anexo 2 se incluye el listado completo de personas entrevistadas.

Cuadro I: Resumen de actores entrevistados

Actores representados	Ayacucho	Huanuco /Monzón	San Martín	Ucayali	Lima	Total
Ministerio Salud	na	na	na	na	1	1
Ministerio de Vivienda	na	na	na	na	1	1
DEVIDA	na	na	na	na	1	1
Org no Gubernamentales			2		3	5
Empresa/particulares			1		1	2
USAID y Proyectos		1			3	4
Proyecto MCS II			1		1	2
Gobierno Regional	2				na	2
Dirección Regional de Salud	1		1	1	na	3
DEVIDA-Oficina Zonal		1		1	na	2
Gobierno Local	2	1	3	4	na	10
Red/Microred Salud	3	1	3	2	na	9
U.Gestión Educativa Local		1	1	1	na	3
D.Local de Agricultura			2		na	2
Juntas Vecinales	5	4	5	4	na	18 ¹⁸
Total	13	9	19	13	11	65
Entrevistas programadas	18	12	18	18	17	83

Las comunidades visitadas, incluyendo los distritos, provincias y regiones, se indican a continuación:

¹⁷ En el anexo 8 se presenta el detalle de las actividades de campo a nivel de logística.

¹⁸ El número de entrevistas a representantes de comunidades fue menor que lo planificado por falta de respuesta a las convocatorias.

Cuadro 2: Comunidades visitadas

Región	Provincia	Distrito	Comunidad
Huánuco	Huamalíes	Monzón	Puerto María Almendra
			Corvinilla Baja
			La Granja
	Dos de Mayo	Marías	Chipaquillo Sector 2
Ucayali	Coronel Portillo	Campoverde	Alto 9 de febrero
	Padre Abad	Irazola	Virgen del Carmen
		Padre Abad	Santa Rosa de Tealera
			Libertad
San Martín	Lamas	Lamas	Pampayacu
	Picota	Tres Unidos	Baños
			Bello Horizonte
	Huallaga	Saposoa	Shima
			Paltaico
Ayacucho	Huamanga	Acos Vinchos	Colpa
			Chasqui
		Quinua	Lorensayocc
			Paraccay
	Huanta	Iguain	Nueva Unión

Como parte del procedimiento, a la par de las entrevistas se acopiaron medios de verificación sustentatorios de las versiones recogidas (resoluciones regionales, acuerdos de consejo, resoluciones de alcaldía, actas de JVC, entre otros).

Visita a las viviendas y calles

Durante la visita a las comunidades para entrevistar a algunos de los líderes comunales se recorrieron las calles, ingresando a algunas viviendas. Todo ello fue documentado con fotografías.

3.3. Fase de procesamiento de la información

Transcripción de audios

Se transcribieron audios de cada una de las entrevistas, estos audios se encuentran como parte de la evidencia recabada en esta evaluación.

Llenado de matriz de reconstrucción

Se diseñó una matriz de reconstrucción¹⁹ de la experiencia basada en las preguntas y sub preguntas de evaluación. En esta matriz se vació el contenido de las grabaciones de las entrevistas, obteniéndose un solo documento dividido por tipo de actor (gobiernos regionales, gobiernos locales, juntas vecinales comunales, entre otros). De este modo, se podía visualizar similitudes y diferencias con relación a las preguntas de evaluación. Esto permitió ubicar apropiada y sistemáticamente las respuestas de los entrevistados como insumos para contestar las cuatro

¹⁹ La matriz de reconstrucción de hallazgos es parte de los documentos de trabajo en archivo digital. No se anexa debido a su tamaño.

preguntas de evaluación. Se identificaron nueve definiciones operacionales para facilitar el análisis, las que se muestran en el anexo 7.

Metodología para el análisis de cambio de comportamiento, adopción, transferencia y sostenibilidad de la estrategia

A sugerencia de los términos de referencia de la evaluación, se utilizó la “Guía Técnica para el proceso de transferencia, expansión y sostenibilidad de la estrategia MCS II (TES)” como base del análisis de adopción, transferencia y sostenibilidad.

El equipo de evaluación planteó dos instrumentos basados en la guía general TES tomando los criterios de Transferencia y Sostenibilidad: (i) para la medición de la adopción organizacional y (ii) para la adopción comunal.

- I. **El instrumento de adopción organizacional** se aplicó a entidades gubernamentales y no gubernamentales e incorpora los cuatro criterios de transferencia indicados en el cuadro 3. Asimismo, los criterios de sostenibilidad fueron empleados para el análisis del grado de adopción del modelo a las diferentes adaptaciones encontradas en campo, así como a la factibilidad de adopción del modelo a sectores diferentes al de salud.

Cuadro 3: Criterios de medición de adopción organizacional

Criterios						
Transferencia (T)				Sostenibilidad (S)		
Sensibilización	Organización y planificación	Desarrollo de capacidades	Monitoreo y evaluación	Política	Social (capital)	Financiera
Compromiso y voluntad política de los líderes de GR, GL u otras instituciones públicas o privadas expresadas en documentos oficiales	Creación o fortalecimiento de estructuras operativas, dentro de los GR, GL u otras instituciones públicas o privadas, responsables de ser los facilitadores de la implementación de la metodología MCSI en las comunidades y municipios bajo su responsabilidad política	Equipo técnico operativo con conocimientos, habilidades y actitudes para facilitar la implementación de la metodología MCS en sus ámbitos territoriales	Organización es usuarias implementa n sus planes de monitoreo y evaluación (M&E)	Generación local o regional de un conjunto de políticas, que garantizan con el tiempo la continuidad de la ejecución	Desarrolla redes sociales a partir de la interacción de las JVC con sus gobiernos y otros actores	Viabilidad financiera que asigna la institución que adopta la estrategia, para canalizar la aplicación de la metodología MCS

- II. **El instrumento de cambio de comportamiento comunal** se aplicó a las JVC e incorpora criterios de transferencia presentados en el Cuadro 04.

Se adaptaron las definiciones de los criterios para facilitar su lectura según el cuadro 4:

Cuadro 4: Criterios de medición de adopción comunal

Criterios				
Transferencia (T)				Sostenibilidad (S)
Sensibilización y organización	Planificación	Ejecución	Autoevaluación	Social (capital)
Con reconocimiento municipal vigente	Con diagnóstico y plan comunal anual	Realizan vigilancia comunal de prácticas saludables	Realizan evaluación de plan comunal anual	Desarrolla redes sociales a partir de la interacción de las JVC con sus gobiernos y otros actores

Resolución de las preguntas de evaluación

Las respuestas a las preguntas de evaluación son producto del análisis conjunto de los documentos del proyecto y entrevistas de campo. A continuación se describe el criterio de análisis por cada una de las cuatro preguntas:

Pregunta 1: *¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas?*

En base a los hallazgos preliminares de la fase de campo, se diseñó el modelo de intervención MCS que permitiera compararlo con el originalmente gestado por el proyecto. También se elaboraron variantes de la intervención.

Una primera respuesta a la pregunta 1 consistió en contrastar el modelo estándar definido en gabinete con el validado en campo.

En una segunda parte de la pregunta, se analizaron las adopciones del modelo encontrado en Lima y las regiones de análisis. Las adopciones se sustentaron en medios de verificación secundarios y las versiones recogidas en las entrevistas.

Pregunta 2: *¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores principales involucrados y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales?*

Se realizó la evaluación del cambio de comportamiento en actores usando el modelo, adaptando los criterios de la Guía TES. Estos criterios estaban ligados a los cuatro momentos de transferencia y sostenibilidad que el proyecto utilizó para el desarrollo del modelo MCS.

Pregunta 3: *¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?*

La resolución de esta pregunta se sub-dividió en dos partes: la primera consistió en una evaluación de la posibilidad de adopción del modelo a ámbitos distintos al de salud. La segunda parte de esta pregunta fue respondida realizando un listado de condiciones necesarias para la adopción del modelo por los ámbitos evaluados. En el proceso de evaluación también se utilizaron los criterios de transferencia y sostenibilidad.

Pregunta 4: *¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo de USAID?*

La resolución de esta pregunta se basó en el análisis cualitativo de la utilidad del modelo para cada uno de los tres Objetivos de Desarrollo del USAID. Los insumos fueron las entrevistas realizadas a los tres representantes de los Objetivos de Desarrollo de USAID y la documentación relacionada a la estrategia de USAID.

3.4. Limitaciones de la Metodología

Fase de preparación

- La selección de la muestra de comunidades se basó en las calificaciones que MSH les dio entre los años 2010 a 2015 (ver anexo 5). Dado que la evaluación se inició a finales del 2015, se preveía que estas calificaciones fueran a variar. Por ello, durante la resolución de la pregunta 2 se realizó una evaluación de la Transferencia y Sostenibilidad, bajo los criterios de la Guía TES, que están más actualizados que los usados por MSH.
- Si bien el muestreo de las comunidades fue aleatorio, al seleccionar al primer grupo de comunidades se evaluó la cercanía que tenían en referencia a las ciudades principales de cada región. Considerando que la ubicación geográfica afectaría el tiempo limitado de esta evaluación rápida, se procedió a reemplazar algunas comunidades con similares características. Por lo tanto, si existe algún grado de sesgo de selección.

Fase de campo

- Dado que la fase de campo coincidió con el cierre del proyecto, no se encontró ninguna oficina de MSH en las regiones visitadas. Así, los responsables locales del proyecto se encontraban en otras labores o residiendo fuera de la zona. Para mitigar el riesgo de descoordinaciones en campo, el equipo de entrevistadores contactó inicialmente al antiguo equipo local de MSH y luego a actores clave dentro de sus redes profesionales, como es el caso de los representantes del proyecto NAP en Huánuco o DEVIDA en Ucayali. De todas maneras, esta situación afectó que el trabajo de campo se realice con la mayor eficiencia y eficacia.
- En parte, como corolario de lo anterior, la falta de respuesta de representantes de las JVC fue recurrente en las convocatorias realizadas. No contar con un equipo local permanente dificultó este proceso. Sin embargo, si bien el promedio de respuesta de las JVC comunales se dio entre 4 a 5 de 6 convocatorias por región (obteniendo un total de 18 comunidades entrevistadas sobre un total de 24 planificadas), se contó con información de sustento provista por los gobiernos locales, regionales, ONG, empresa privada, entre otros, así como las mismas entrevistas a estos actores, que permitió contextualizar la situación de las JVC dependiendo del tipo de adaptación del modelo en el que encajaban.
- Toda la evaluación, pero especialmente el trabajo de campo, se vio afectada por las fiestas de fin de año. Esta situación también sumó a la limitación anterior. Algunos actores estaban de vacación o sus actividades habían variado.
- Durante el período del trabajo de campo el calendario académico había finalizado. En esta situación la migración temporal por vacación de los hijos en edad escolar aumenta.

Fase de procesamiento de la información

- El análisis TES recoge criterios de transferencia, expansión y sostenibilidad que el proyecto propone para el modelo. Se utilizaron ciertos criterios TES para la resolución de las preguntas 2 y 3. Si bien estos criterios son de gran utilidad para evaluaciones dirigidas a actores, no aportan del mismo modo al análisis dirigido al conjunto de actores interactuando en una cadena de adopción. Para ello, se complementó el análisis TES con la información obtenida en campo y el criterio del equipo evaluador, para poder identificar, comparar y recomendar los mejores esquemas de adopción del modelo según diferentes contextos.

4. HALLAZGOS

A continuación se presentan los hallazgos relacionados a las cuatro preguntas de evaluación

4.1. ¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas?

4.1.1 *El modelo en los documentos del proyecto*

La estrategia de MCS consiste en fortalecer las actividades de promoción y protección de la salud en el ámbito local en donde viven las personas, colocando la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política, fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias, así como estimulando la colaboración entre los municipios y las comunidades.

La estrategia de MCS es parte de un proceso global de democratización y descentralización que apoya las iniciativas locales bajo el marco de la gestión local y la participación comunitaria. Parte de la premisa es que un municipio empieza el proceso de ser saludable cuando sus líderes, políticos, organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio al proceso de mejorar continua y progresivamente las condiciones de salud y calidad de vida de todos sus habitantes, formando y fortaleciendo un pacto social. Se utiliza la planeación local como instrumento básico e incluye la participación social en el manejo, evaluación y proceso de toma de decisiones.²⁰

La intervención tiene como propósito generar y/o fortalecer capacidades en las personas, familias, su entorno comunitario, las autoridades locales y regionales para el autocuidado y promoción de la salud que contribuya a mejorar la situación de salud, principalmente de niños, niñas y mujeres.

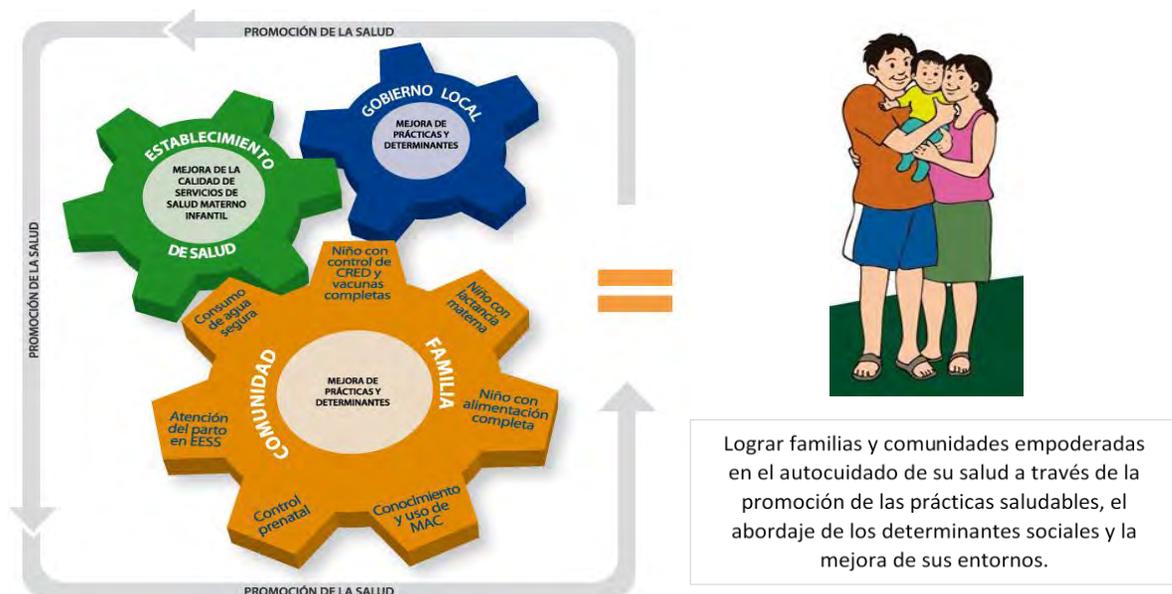
La metodología articula los escenarios de familia, comunidad y municipio con participación del personal de los establecimientos de salud (EESS) de sus jurisdicciones. Previo fortalecimiento de sus capacidades en la aplicación de la metodología de MCS y uso de sus herramientas, ellos brindan asistencia técnica, conjuntamente con el área de desarrollo social de los municipios, en las diferentes fases de implementación. Este trabajo se realiza conjuntamente con el Equipo Técnico Local o equipo similar, facilitando activamente las acciones a nivel comunal y familiar, generando condiciones para aplicar el marco normativo, y canalizando recursos a favor de dichas acciones como se ilustra a continuación.

En la figura I se pueden distinguir cuatro actores como componentes del modelo MCS, todos ellos dentro de esquemas de mejora de comportamientos, en el marco de la promoción de la salud:

- Gobierno local
- Establecimiento de salud
- Comunidad
- Familia

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. Municipios y Comunidades Saludables, Pág. 08. Washington DC: OPS, 2002.

Figura I: Esquema del Modelo de Municipios y Comunidades Saludables



4.1.2 *El modelo de acuerdo a lo observado por el equipo de evaluación en las localidades visitadas*

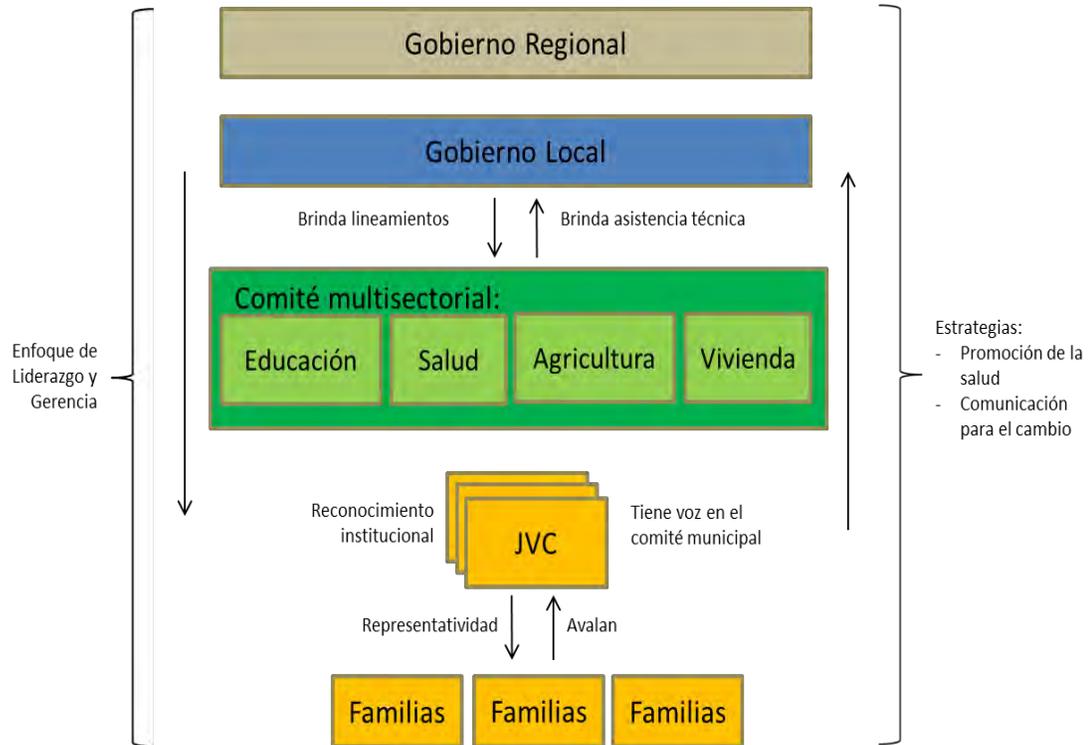
Durante el trabajo de campo se identificaron a los siguientes actores de la estrategia MCS: familia, comunidad y gobierno local, funcionando cual sucesión de elementos – cadena – dirigidos al mismo fin. Estos están enlazados de manera que cada uno recibe información del anterior y la transmite al siguiente generándose flujos “de abajo hacia arriba” y “de arriba hacia abajo” con el objetivo final de modificar positivamente, actitudes y prácticas que permitan mejores condiciones de salud a los integrantes de las familias.

Asimismo, estas relaciones entre actores fortalecieron la gobernanza en donde el proyecto fue implementado -a diferentes niveles como será explicado más adelante-. De este modo, en algunos casos, se llegó a institucionalizar el modelo a nivel regional, se fortalecieron las capacidades de los gobiernos locales para responder a las demandas sectoriales de la población y/o se empoderó a las comunidades con el reconocimiento de las Juntas Vecinales Comunes y su representatividad con la población. Este marco facilitó a las familias lograr un cambio de comportamientos ligados a su salud.

Dependiendo de la cantidad de los actores interactuando, la cadena puede ser muy corta: familia - comunidad; y en estados más avanzados, incluir al gobierno regional: familia –comunidad - gobierno local - gobierno regional. Los gobiernos regionales y locales constituyen el componente de institucionalidad de la cadena, a través de las normas y políticas públicas que proponen una plataforma de gobernabilidad para la estrategia. Este es un fuerte componente que facilita la sostenibilidad en el tiempo de la iniciativa. Por otro lado, la JVC, y a nivel distrital, el comité

multisectorial²¹ son soportes importantes de dicha cadena a nivel comunitario. Producto de esta lectura, el equipo de evaluación definió al modelo de la siguiente manera:

Figura 2: Modelo de MCS identificado en campo



La figura 2 presenta cinco niveles o actores principales en la cadena:

- Gobierno regional -actor que no estuvo presente en el modelo original expresado en la figura 1-.
- Gobierno local -al igual que en el modelo original- brinda lineamientos políticos al comité multisectorial.
- Comité multisectorial, que incluye diversos sectores descentralizados entre ellos salud -el cual es representado en la figura 1 como establecimientos de salud-, y brinda asistencia técnica al gobierno local. A partir de éste se ofrecen los servicios sectoriales que la población demanda.
- Junta Vecinal Comunal -representando a las comunidades en la figura 1- tiene el reconocimiento institucional por parte del gobierno local y representa a las familias en el comité municipal mediante la demanda de servicios sectoriales que las familias solicitan.

²¹ Denominado Equipo Técnico Local (ETL) por el proyecto.

- Familias -al igual que la figura 1- son los beneficiarios de los servicios sectoriales y son representados por las JVC.

Según la publicación Estrategia Municipios y Comunidades Saludables de MSH, el modelo tiene la siguiente definición:

“Estrategia que promueve el empoderamiento de las familias respecto al autocuidado de su salud y entorno inmediato; las que a su vez reconocen a la JVC como responsable de la vigilancia comunitaria y su representante organizacional en las negociaciones/incidencia con el gobierno local y/o los responsables sectoriales de todos los servicios públicos que se ofertan en su territorio; sectores que además se encuentran integrados en un comité multisectorial local, reconocido formalmente por el gobierno local; cuya actividad fundamental consiste en monitorear el desenvolvimiento de la JVC y reportarlo al gobierno local. Este último lidera la estrategia con el soporte del gobierno regional”.

Si se comparan las figuras 1 y 2, las diferencias más resaltantes son:

- Espacios colectivos como la JVC en el escenario comunidad,
- Comité multisectorial en el escenario gobierno local,
- Inclusión del sector salud en éste último, lo cual da cuenta que MCS II cambió de una estrategia enfocada solo en salud a una social o multisectorial,
- El peso comunitario de la propuesta del proyecto, que no es tal en campo, sobreponiéndose lo institucional (gobiernos locales) a lo comunitario.

Las relaciones identificadas en campo, a partir de las versiones de los actores y la triangulación con fuentes secundarias, conforman distintos tipos de cadena diferenciadas por: a) el tipo de anclaje, sea este multinivel (completo) o con un énfasis en ciertos niveles (parcial), y b) si la organización líder es pública o privada, planteando variantes que el equipo evaluador le da las siguientes denominaciones:

- **Cadena 1:** Adopción Completa Regional-Local Pública (AC), tiene un peso específico público fuerte y articula a todos los escenarios o niveles de intervención, bajo el liderazgo del gobierno regional.
- **Cadena 2:** Adopción Local Pública (ALPub), tiene un peso específico público fuerte circunscrito al territorio distrital, bajo el liderazgo del gobierno local correspondiente.
- **Cadena 3:** Adopción Parcial, con liderazgo de organismo público nacional (APPub). La cadena se establece entre un organismo público y los escenarios comunidad y familia.
- **Cadena 4:** Adopción Parcial privada-pública (APPP), basado en un socio privado con un organismo público. La cadena se denomina parcial porque solo involucra a dos escenarios de intervención.
- **Cadena 5:** Adopción Parcial Privada (APPPriv). La cadena se denomina parcial porque solo involucra a dos escenarios de intervención: una organización no gubernamental (ONG) liderando la cadena y fortaleciendo capacidades de los gobiernos locales.

Las cinco cadenas referidas representan adaptaciones del modelo MCS en función a diferentes interacciones entre actores, nivel de participación y liderazgo de la estrategia. Debe quedar

claro que se trata de un solo modelo con diversas adaptaciones en cuanto a la forma de adopción encontradas en campo.

A continuación, se presenta un resumen de la descripción realizada:

Cuadro 5: Resumen de tipificación por cadenas de adopción del modelo

Cadena	Liderazgo en la cadena	Actores involucrados				Denominación
		Gobierno Regional	Gobierno Local	Comunidad	Familia	
1	Gobierno Regional	Gobierno Regional	Gobierno Local	Comunidad	Familia	Adopción Completa Regional-Local Pública (AC)
2	Gobierno Local		Gobierno Local	Comunidad	Familia	Adopción Local Pública (ALPub)
3	Organismo Público			Comunidad	Familia	Adopción Parcial Pública (APPub)
4	Empresa			Comunidad	Familia	Adopción Parcial Privada Pública- (APPP)
5	ONG		Gobierno Local	Comunidad		Adopción Parcial Privada (APPPriv)

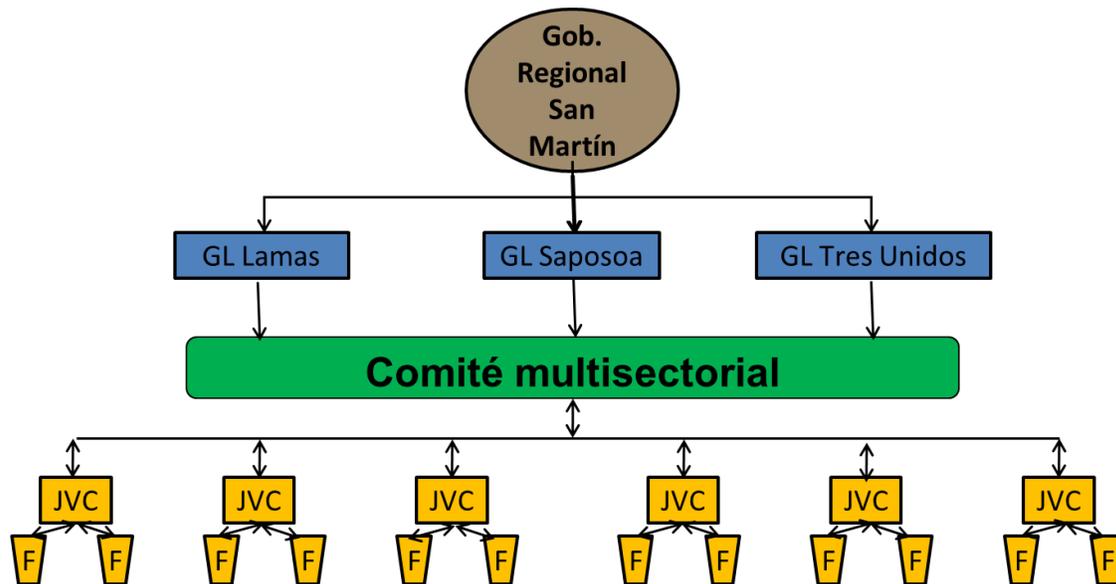
La participación de ciertos actores en unas u otras cadenas de adopción del modelo depende de la realidad política, económica y social de cada entorno evaluado. Así por ejemplo, en la región San Martín, la adopción es completa al existir un marco normativo institucionalizado, liderado por el gobierno regional. En la región de Huánuco es diferente - un organismo público, distinto a los gobiernos regional y local, es el impulsor del modelo. De este modo, el liderazgo de la cadena está definido por el actor que hizo las funciones como punto de entrada para el modelo, y a partir del cual se pudo impulsar la estrategia.

Las cadenas de adopción se definen a continuación.

Cadena 1: Adopción completa regional – local pública (AC)

Es la expresión más desarrollada del modelo. Involucra diferentes niveles de intervención: gobierno regional - gobierno local - comité multisectorial - comunidad – familia, y está liderada por el primer eslabón de la cadena, que es el gobierno regional. Esta cadena de adopción se encontró en la región San Martín, como se puede ver en la figura 3 a continuación:

Figura 3: Adopción completa (AC)



Características:

- En esta cadena predomina el flujo “de arriba hacia abajo”.
- Ha sido impulsada por una decisión política que implica la remediación a escala regional de un problema de salud que afecta a un grupo vulnerable.
- Se soporta en una direccionalidad y liderazgo claros desde el gobierno regional, además de un importante paquete técnico y normativo.
- A consecuencia de ello cuenta con el alineamiento de los niveles provincial y local a dicha conducción.
- Por decisión política del gobierno regional, se adoptan las herramientas que la estrategia de MCS propone. Para ello, hubo una validación de cada una de las herramientas para que puedan ser empleadas satisfactoriamente²².

En esta cadena se contó con la asistencia técnica permanente del equipo de MCS II y se marcó los siguientes hitos:

- 1° El año 2011, el Presidente del Gobierno Regional de San Martín (GORESAM) difunde la decisión política de disminuir la desnutrición crónica infantil (DCI) en diez puntos porcentuales.
- 2° Instalación de un equipo técnico regional con el objeto de conducir el Programa de Acciones Integrales para mejorar la Nutrición Infantil (PAIMNI),²³ con representantes sectoriales (Educación; Salud; Vivienda, Construcción y Saneamiento; Agricultura y Producción)

²² Entrevista con la Licenciada Sofía Velásquez Portocarrero, Gerente de Desarrollo Social del GORESAM en la época de la implementación de la propuesta

²³ Resolución Ejecutiva Regional N° 065-2011-GRSM/PGR.

involucrados en temas de nutrición infantil, encargados de monitorear, asistir, supervisar y evaluar el programa en cada una de las Redes y Micro-redes de Salud, y Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL).

2° En el 2012, adopción regional de la estrategia de MCS con todas sus herramientas.²⁴

4° Culminación del diseño del PAIMNI²⁵, que cuenta como instrumento operativo con la estrategia MCS y una estructura articulada que abarca desde el nivel regional hasta el local. Establecimiento de una Coordinación Técnica del PAIMNI adscrita a la Gerencia de Desarrollo Social del GORESAM.

5° Establecimiento de convenios marco de cooperación entre el GORESAM y los gobiernos locales (GL)²⁶ con el objeto de formalizar la implementación del PAIMNI en el nivel local.

6° Gestión de PIP mayor regional para respaldar el PAIMNI²⁷.

7° Gobiernos locales también formalizan la implementación del PAIMNI en su nivel, con el objeto de lograr “familias, instituciones educativas, comunidades y municipios saludables”.²⁸

8° Conformación y/o fortalecimiento de Comités Multisectoriales en el nivel local²⁹, asumiendo la asistencia técnica y monitoreo de las JVC³⁰ reconocidas por el gobierno local.

9° Reconocimiento formalizado de las JVC³¹ las cuales asumirían el monitoreo de prácticas saludables para la nutrición infantil, en las familias de su ámbito.

Pocos años después de iniciada la estrategia regional del PAIMNI se superó la meta de disminución de DCI alcanzando más de 12.2 puntos porcentuales.³² Actualmente la decisión política regional se ha debilitado pero los sectores -sobre todo salud y educación- y los gobiernos locales continúan el proceso al presente.

Cadena 2: Adopción local pública (ALPub)

A diferencia de la primera cadena de adopción, el alcance de ésta es menor. Involucra a los siguientes niveles de intervención: gobierno local – comité multisectorial – comunidad - familia. La experiencia de conformación de comités multisectoriales y creación de equipos técnicos locales en los distritos de Campoverde³³ (Ucayali) y Acos Vinchos³⁴ (Ayacucho) son buenos ejemplos de la

²⁴ Carta de ejecución N° 527-0423-SM-06 del 20 de septiembre de 2012.

²⁵ Establecido como política pública con Resolución Ejecutiva Regional N° 869-2012-GRSM/PGR y refrendado con la OR N° 021-2014-GRSM/CR.

²⁶ Se formalizó en 37 distritos, 21 de los cuáles pertenecían al quintil de mayor pobreza.

²⁷ Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud para mejorar la nutrición infantil en 37 distritos priorizados de la región San Martín - Código SNIP 227374; Mejoramiento de la gestión de servicios de educación temprana para mejorar la nutrición infantil en 37 distritos priorizados de la región San Martín - Código SNIP 227812; Mejoramiento de la gestión de la seguridad alimentaria para mejorar la nutrición infantil en 37 distritos priorizados de la región San Martín - Código SNIP 227698

²⁸ OM N° 018-2011-MDS (Soritor) y OM N° 014-2014-A-MPSM (Tarapoto).

²⁹ Que en el caso de la Municipalidad Provincial de Lamas se denomina: Comité de Gestión Local para el Desarrollo Social (CGLDS) en el marco de la estrategia MCS (RA N° 0101-2015-A / MPL).

³⁰ Generando la conformación de más JVC.

³¹ RA N° 213_2011_MPH_JVC Paltaico; RA N° 221_2012_MPH_JVC Shima; RA N° 055-2012 MDTU JVC Bello Horizonte; RA N° 076-2012 MDTU JVC Barrios Baños.

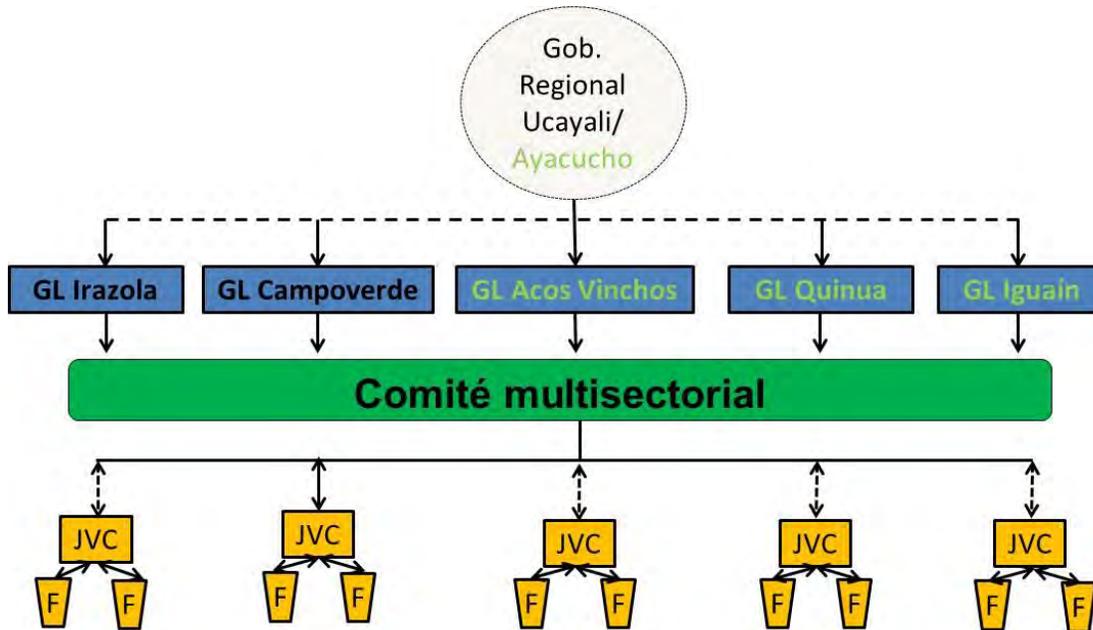
³² Encuesta Demográfica Nacional de Salud 2012.

³³ Campo Verde (OM 022-2008-MDCV/OM 024-2008-MDCV).

³⁴ OM 007-2008MDAV/A.

cadena 2, pero además hay otros gobiernos locales que fueron parte de este proceso, como se presenta en la figura 4:

Figura 4: Adopción Local Pública (ALPub)



Características:

- En esta cadena predomina el flujo “de abajo hacia arriba”.
- Tiene como punto de partida una decisión política de los gobiernos locales de adoptar el modelo propuesto por el proyecto para promocionar el cambio de comportamiento relacionado a la salud en las comunidades.
- En ambas regiones (Ucayali y Ayacucho) se identificaron gobiernos locales cuyo proceso de incorporación de la estrategia MCS fue importante e intenso pero aún no había culminado, como Padre Abad³⁵ ³⁶ e Irazola³⁷ en Ucayali, e Iguain³⁸ y Quinua³⁹ en Ayacucho.
- En la figura 4, se distinguen a los gobiernos locales de Campoverde y Acos Vinchos, por presentar procesos más maduros en la adopción del modelo, pues ambos se encuentran aplicando la estrategia más allá de la presencia del proyecto, ejecutando acciones concretas de intervención en promoción de la salud, en su trabajo operativo distrital.
- Ambos gobiernos regionales experimentaron procesos de implementación en distintos momentos y con distintas racionalidades, sin completar la cadena hasta ese nivel, como ocurrió en la Región San Martín. De este modo, la experiencia de Ucayali indica una reciente adopción del modelo en el 2014. En tanto que en Ayacucho, mediante la estrategia Crecer

³⁵ OM N° 017-2012-MPPA-A: aprueba la actualización de integrantes del equipo técnico local, el mismo que data del 2007.

³⁶ La municipalidad provincial de Padre Abad registra JVC reconocidas en el marco de MCS en el periodo 2008-2013.

³⁷ Irazola: Resolución de alcaldía 786-2012-ALC-MDI-SA.

³⁸ OM 02-2008 – Iguain.

³⁹ OM 03-2008 –MDQ/A.

- Wari y una solicitud al proyecto para acceder a la capacitación, se mostró avances hacia un potencial liderazgo. Sin embargo, no se logró articular una cadena de adopción completa.
- En las entrevistas en Ayacucho y Ucayali, se mencionó que el instrumento de diagnóstico comunal, así como las herramientas de monitoreo, fueron adaptadas a lo largo del proyecto.

La secuencia rescatada en esta cadena es la siguiente:

1° A partir del año 2007, los gobiernos locales tomaron la decisión política de implementar y expandir la estrategia MCS; en el caso específico de Acos Vinchos, en el marco de Crecer Wari.⁴⁰

2° Conformación y/o fortalecimiento de comités multisectoriales/equipos técnicos locales⁴¹ que asumen la asistencia técnica y monitoreo de las JVC reconocidas por el gobierno local.⁴²

3° Gobiernos locales y/o comités multisectoriales acompañan en la capacitación para el cambio de comportamiento a JVC y comunidades. Por ejemplo, el alcalde de Campoverde visita cinco caseríos por día en el marco de una programación estricta y al llegar a ellos realiza una sesión demostrativa de lavado de manos en la institución educativa, frente a todos los niños.

En el caso de Ucayali, se ubican procesos regionales activos desde el año 2014 y con enfoques de promoción de la salud, como los que se describen a continuación:

- Conformación del equipo técnico de prevención y control de la anemia en la Dirección Regional de Salud.⁴³
- Adopción de la estrategia de MCS⁴⁴ como estrategia prioritaria de promoción de la salud, con enfoque territorial, de obligatoria aplicación en la región Ucayali, dirigida a coadyuvar a la mejora de las condiciones de salud materna e infantil en los espacios de familia, comunidad y municipio, abordando de esta manera las principales determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil y anemia.
- Aprobación por unanimidad de la propuesta de un Consejero Regional para la evaluación y dictamen correspondiente de un PIP para la implementación del Programa Regional Municipios, Comunidades y Familias Saludables.
- Incorporación del GOREU en la estrategia PROMOSALUD⁴⁵, que involucra a todas las regiones de selva del país y utiliza la estrategia de MCS para fortalecer la organización comunal con el propósito de lograr la disminución de la DCI, la anemia y el dengue, y otras prioridades que se determinen localmente, a partir del abordaje de los determinantes sociales.

⁴⁰ Política de Estado basada en la Estrategia Nacional Crecer para el fomento del desarrollo integral de las familias y comunidades en la Región Ayacucho, garantizando los medios de protección social a la madre y el niño y su inclusión a los sistemas de producción local.

⁴¹ RA N° 135-2015-MDAV.

⁴² Campoverde: Ordenanza Municipal 289-2014-MDC-ALC, entre otras.

⁴³ Resolución Directoral N° 1060-2014-GRU-DIRESAU-OA.

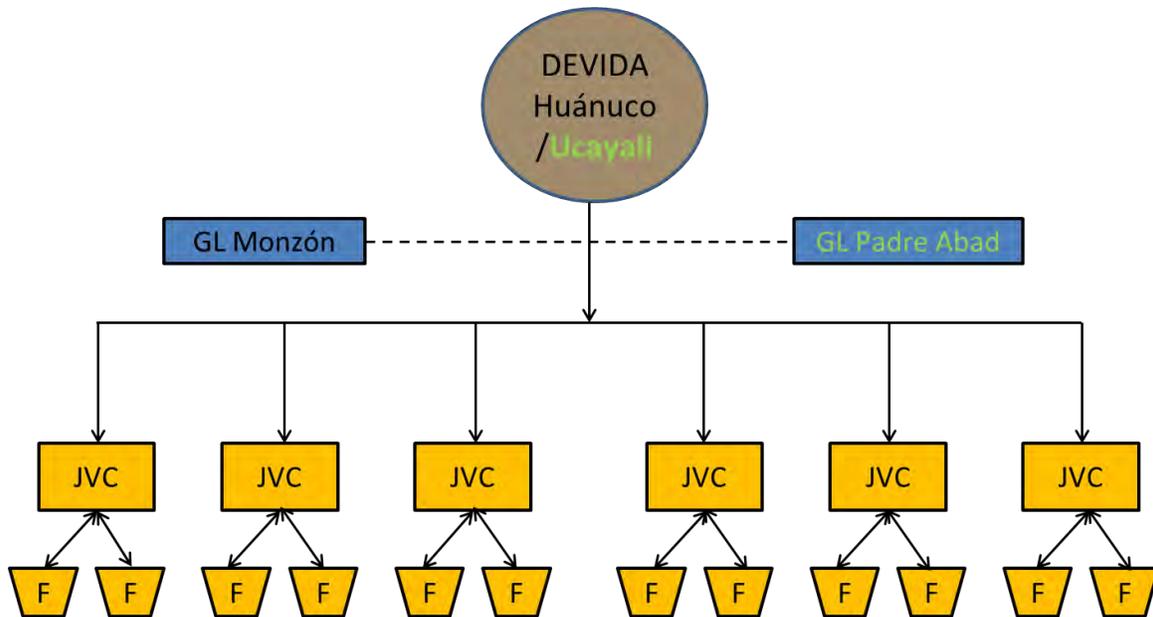
⁴⁴ Abril 2015: Acuerdo de Consejo Regional N° 108-2015-CRU.

⁴⁵ Presentada en la I Asamblea de la Comisión Intergubernamental Amazónica de Salud, Setiembre 2015.

Cadena 3: Parcial con liderazgo de organismo público nacional (APPub)

Este modelo está muy bien representado por la experiencia de DEVIDA en el Valle del Monzón⁴⁶ (Huánuco) y Padre Abad (Ucayali), como parte de su Plan Post Erradicación de Coca 2013 – 2016. Los actores involucrados son: DEVIDA – comunidad – familia. Los gobiernos locales no tienen una influencia directa en adopción del modelo, por ello son indicadas en líneas punteadas en la figura 5. Esta cadena se grafica a continuación:

Figura 5: Adopción Parcial Pública (APPub)



Características

- Las oficinas regionales de DEVIDA, en Huánuco y Ucayali, trabajan directamente con las JVC. Por ello, el comité multisectorial no está involucrado.
- Se presenta un nivel de asistencia técnica menos enfático sobre los gobiernos locales. Hay ausencia del comité multisectorial, el cual debería ser liderado por los GL.
- No existe interacción con los gobiernos regionales pues la iniciativa no está institucionalizada a ese nivel.
- La estrategia de post erradicación liderada por DEVIDA adaptó ciertas herramientas del proyecto, como el Diagnóstico y Plan Comunal para tener una Comunidad Saludable. Estas herramientas permitieron a DEVIDA contar con una visión amplia de las necesidades de las comunidades y poder apoyarlas en la toma de decisiones en función a sus iniciativas.

⁴⁶ Particularmente caracterizado entre los años 1980 y 2010 por la nula presencia del Estado, economía familiar basada en el cultivo de coca para el narcotráfico, defensa cerrada de dicho cultivo, encubriendo fines ilícitos por parte de la población, líderes y autoridades locales ejerciendo coacción sobre los productores inclinados al cambio; injerencia de agentes externos para evitar la aplicación del estado de derecho, estableciendo zonas de exclusión social.

Conjuntamente con NAP y MSH, adecuaron estos documentos a la realidad del contexto donde trabajan y los objetivos de las organizaciones, pero conservando el enfoque de promoción de la salud. De este modo, a la fecha cuentan con guías de usuario de estas herramientas adaptadas.

Es así que se planteó la siguiente secuencia:

- 1° En el año 2013, DEVIDA tomó la decisión política de adoptar la estrategia de MCS con sus herramientas de comunidad y familia.⁴⁷
- 2° El proceso de adopción contó con la asistencia técnica del equipo de MCS II. El objetivo: tener una presencia unitaria en zonas post erradicación de coca, donde era necesario el restablecimiento del capital social.
- 3° Instalación de las JVC y su respectivo reconocimiento por el gobierno local.⁴⁸
- 4° Involucramiento de las JVC en la búsqueda de financiamiento a través de PIP menores en temas de agua segura, lavado de manos, calidad del servicio de salud y educación, etc., presentados en el presupuesto participativo del distrito.
- 5° A nivel de familias se impulsó la instalación de bio-huertos y crianza de animales menores.

Precisamente las zonas de intervención se caracterizaron por los distintos énfasis asumidos:

- En Monzón se privilegió la obtención de recursos públicos a través de PIP menores.
- En Padre Abad se privilegió la auto-provisión de alimentos para las familias.
- En ambos casos la cadena se enfocó en el fortalecimiento de prácticas saludables, pero por vías distintas.

Cadena 4: Adopción Parcial con liderazgo de organismo privado en asocio a organismo público (APPP)

Entre los años 2011 y 2014 se ejecutó el proyecto “Alianza por la nutrición infantil” (en adelante Alianza), financiado por USAID y operado por las ONG PRISMA, CARE, ADRA y CARITAS. Su objetivo fue “mejorar la capacidad del gobierno para implementar la política nacional de lucha contra la desnutrición crónica, con la participación del sector privado y la sociedad civil” y uno de sus resultados implicó la “sensibilización a las empresas privadas para incluir acciones de nutrición como parte de su responsabilidad social”. En este proceso de sensibilización se involucró a la empresa Unión Andina de Cementos Lima (UNACEM) -en asocio con el sector salud- como se describe a continuación.

La experiencia de la Asociación UNACEM

La Asociación UNACEM⁴⁹ (ex Asociación Atocongo), brazo social de la empresa del mismo nombre, buscó a USAID interesada en desarrollar intervenciones en salud en los distritos de influencia de sus operaciones, ya que no contaban con este *expertise*. USAID propuso un esquema de Alianza Global

⁴⁷ Plan Operativo Post Erradicación 2013 del Valle del Monzón.

⁴⁸ Ordenanza Municipal N° 001-2015-MDM

⁴⁹ En el 2014 UNACEM ha sido galardonada por CEMEFI (Centro Mexicano para la Filantropía) con el premio “Mejores Prácticas de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en la categoría alianzas intersectoriales, gracias a su programa “Familias Saludables”.

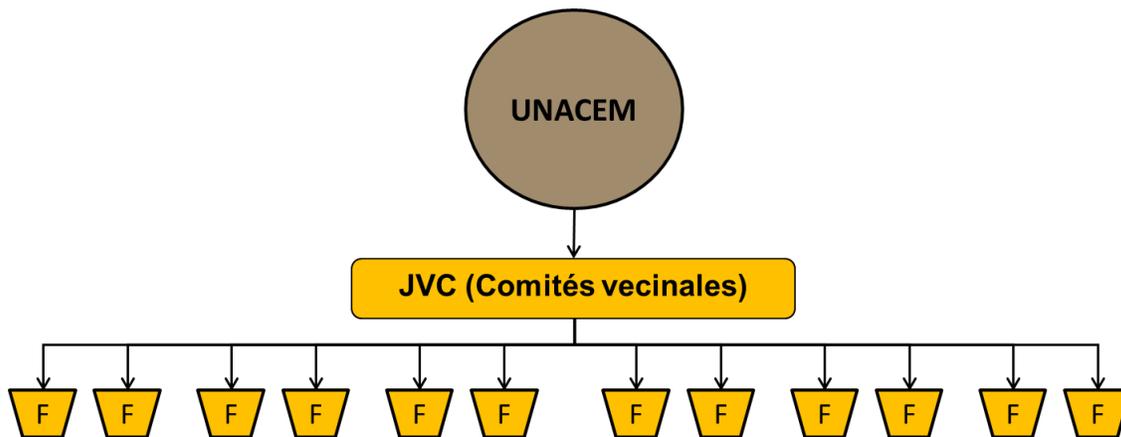
de Desarrollo (GDA por sus siglas en inglés) con el proyecto MCS I, que continuó con el proyecto MCS II. Asimismo, USAID contactó a la Asociación UNACEM con el proyecto *Alianza* y demás socios de USAID en el rubro de salud, con el fin de complementar esfuerzos vinculados a comunicaciones, materiales didácticos para sus intervenciones, entre otros.

Es así como nació el programa de UNACEM “*Mejorando Nuestra Salud en el Sur de Lima – Familias Saludables*”, ejecutado en el Asentamiento Humano “Virgen de Lourdes” en el distrito de Villa María del Triunfo, seleccionado por ser una zona vulnerable con indicadores de salud por mejorar, además de ser una comunidad vecina a la planta de producción de UNACEM. Con menos énfasis, UNACEM incursionó en el trabajo con dirigentes, líderes y pobladores de los comités vecinales, con quienes ha realizado concursos de comunidades saludables.

Esta adopción del modelo es la más corta de todas, involucrando a los siguientes niveles de intervención: UNACEM – familias, con el apoyo de los Comités Vecinales (JVC).

En la siguiente figura se presenta la cadena identificada:

Figura 6: Adopción Parcial con liderazgo de organismo privado (APPriv)



Características:

- El punto de partida es la necesidad de UNACEM de implementar prácticas de promoción de la salud dentro del marco de su gerencia de responsabilidad social empresarial.
- No involucra a los gobiernos locales, sino que trabaja directamente con las familias beneficiarias organizadas.
- Participa de las campañas de salud planificadas por la Dirección de Salud responsable.
- UNACEM encontró instrumentos que debían ser adaptados para que pudiera haber una identificación de la población con la propuesta -el representante de UNACEM hace referencia a formatos muy amplios que tomaban mucho tiempo-.

La secuencia de adopción de la estrategia, expresada en sus documentos y las versiones de sus representantes, se presenta de la siguiente manera:

1° UNACEM adopta la estrategia MCS con la asistencia técnica del proyecto MCS II.

2° Se establece un convenio con la Dirección de Salud -DISA II Lima Sur- que permitió a UNACEM transferir la metodología de MCS a los establecimientos de salud de su ámbito,

cambiando el rol de UNACEM de ejecutor directo a facilitador y asesor de las micro-redes contiguas de salud, en un proceso de escalamiento local.

3° Decisión de sumar el escenario comunidades al de familias, en el marco del modelo de gestión comunal que aporte a determinantes sociales de la salud, cambiando el rol pasivo, demandante y receptor asumido por la comunidad, a un rol gestor, promotor y articulador con el sector salud y los demás aliados.

Cadena 5: Adopción Parcial con liderazgo de organismo privado (APPriv)

La experiencia de las ONG ADRA, CARE y PRISMA en el marco del proyecto Alianza

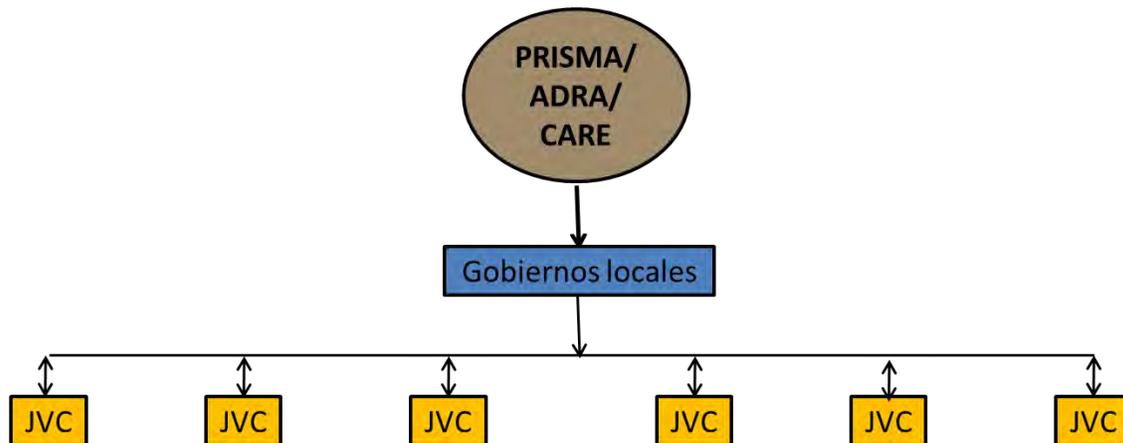
Las tres organizaciones contaban con amplia experiencia en proyectos de promoción de la salud infantil -incluso el primer proyecto de MCS financiado por USAID en el Perú fue ejecutado por PRISMA⁵⁰-. En este caso particular se potenció la estrategia de MCS en manos de entidades que ya la conocían y aplicaban.

El foco del proyecto *Alianza* ejecutado en las regiones Ancash y Huancavelica fue “mejorar la eficiencia de la gestión en los gobiernos locales”, por lo tanto, su énfasis iniciaba en los equipos municipales y discurría al fortalecimiento de los comités multisectoriales y las JVC.

Debido a la similitud de los objetivos y estrategias de los proyectos *Alianza* y MCS II, USAID propició sucesivos espacios de encuentro entre las ONG ejecutoras y MCS II, hasta que en septiembre de 2012 se arribó a la necesidad de que ésta última transfiriera formalmente⁵¹ la metodología y herramientas de formulación, inscripción y viabilidad de Proyectos de Inversión Pública (PIP).

La siguiente figura representa esta cadena:

Figura 7: Adopción Parcial con liderazgo de organismo privado



⁵⁰ Informe de evaluación intermedia del proyecto Municipios y Comunidades Saludables de CAMRIS International LLC.

⁵¹ En el marco de un convenio inter-organizaciones

Características:

- El punto de partida se da en las ONG que incluyen dentro de su estrategia el fortalecimiento de capacidades en formulación y ejecución de proyectos de inversión pública.
- En esta cadena de adopción las actividades de fortalecimiento de capacidades estuvieron enfocadas a: i) capacitaciones de gestión en proyectos de inversión pública dirigidas a representantes de gobiernos locales y micro-redes de salud; y, ii) fortalecimiento de capacidades de vigilancia dirigido a las Juntas Vecinales Comunales.
- El escalamiento de esta cadena no llegó al nivel de familias.
- En el caso de esta cadena en particular, solo se transfirió la herramienta “Guía para facilitar la Formulación de Proyectos de Inversión Pública (PIP)”.

La secuencia del fortalecimiento de la estrategia se puede resumir de la siguiente manera⁵²:

1° *Alianza* fue un proyecto de cuatro ONG con experiencia en el campo de proyectos de salud, nutrición y seguridad alimentaria de USAID.

2° Existía la necesidad de fortalecer capacidades de gestión de recursos financieros públicos en los gobiernos locales, debido a que los fondos de cooperación externa se contraían año a año en el Perú (fondos dirigidos a organizaciones privadas).

3° Las ONG de la *Alianza* fortalecieron sus capacidades de ejecución de proyectos de promoción de la salud, adoptando la metodología de elaboración de PIP menores.

4° Las ONG de la *Alianza* transfirieron activamente la metodología de elaboración de PIP menores a los gobiernos locales del ámbito del proyecto, pero también lo hicieron en otros proyectos de promoción de la salud⁵³ y/o gobernabilidad⁵⁴, ejecutados por sus respectivas organizaciones.

Finalizando esta sección se puede afirmar que el “modelo” de MCS encontrado en campo ha sido adaptado de distintos modos en relación a su definición inicial según los documentos del proyecto. La diferencia fundamental es el anclaje de la estrategia, la cual se halló con un anclaje claramente institucional, siendo fundamentalmente comunal en el diseño del proyecto. También se identificaron cinco posibilidades –tipos de cadena- en el modelo, lo cual le provee riqueza y versatilidad pudiendo anclarse en el ámbito público y/o privado y con énfasis en diferentes niveles.

En cuanto a los instrumentos o herramientas de la metodología de MCS, se requirieron adaptaciones en función a las realidades de cada una de las zonas de ejecución del proyecto, sobre todo para la herramienta de diagnóstico y plan comunal, como base de la intervención y transferencia del modelo, y monitoreo del proyecto. Asimismo, no se presentó mucho interés en el uso del SISMUNI, como instrumento considerado exitoso por el proyecto.

⁵² Para el análisis de esta cadena, se partió de las entrevistas dirigidas a las ONG; no se visitó la intervención en campo ya que se priorizó las regiones de intervención directa del proyecto.

⁵³ Proyecto “Adelante” en ADRA

⁵⁴ PRISMA.

A pesar de que cada una de las cadenas presenta características particulares, los elementos comunes a ellas son:

- Liderazgo de conducción regional y/o local.
- Existencia de un soporte normativo que garantice la funcionalidad de cada uno de los niveles.
- Recurso humano calificado en la metodología, en cada uno de los niveles de intervención, con capacidad de articularse fluidamente a los niveles superiores y/o inferiores.
- Paquete metodológico (caja de herramientas, metodología PIP) ampliamente validado y adaptable a diferentes contextos.

4.2. ¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores involucrados y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales?

La respuesta a esta pregunta tiene dos expresiones: la identificación de cambios de comportamiento en las comunidades y municipios, como principales actores del modelo, basada en las entrevistas en campo y observación directa, y la medición del grado de adaptación del modelo en los diversos actores involucrados.

4.2.1 Cambios de comportamiento en Comunidades y Municipios

A continuación se presentan los cambios de comportamiento en comunidades y municipios descriptivamente:

Cambios identificados en las comunidades:

- Recuperación de las faenas comunales

A nivel de comunidades, este cambio ha sido homogéneo en todas y cada una de las comunidades visitadas. Las calles se mantienen limpias, se ha incorporado señalización, se han creado nuevas calles para mejorar el desplazamiento interno, se han trabajado faenas para el drenaje pluvial y se ha segmentado el espacio para el acopio de basura. Las siguientes imágenes muestran lo observado en campo:

Imagen I: Calles limpias en caserío La Libertad, Ucayali

un gobierno local o institución líder, que pueda guiarlos en el ejercicio de sus roles y responsabilidades.

En el caso específico de las comunidades de Monzón se ha distinguido el empoderamiento de las JVC para el monitoreo de los proyectos enviados al GL. Estas JVC siguieron los siguientes pasos en relación a lo mencionado:

- Aplicación de la ficha familiar, diagnóstico comunal y elaboración del plan comunal⁵⁶ con la cooperación de facilitadores externos privados (MSH) o públicos (DEVIDA).
- Monitoreo del cumplimiento de compromisos asumidos por las familias.
- Presentación de proyectos en el Presupuesto Participativo basados en el diagnóstico comunal.
- Seguimiento a los proyectos presentados en PP para verificar que continúen dentro del proceso post talleres.

Los factores que más favorecieron estos cambios fueron la voluntad de las comunidades predispuestas a cambiar. Por otro lado, entre los factores que limitaron los cambios se puede mencionar algunos pocos miembros de la comunidad de mayor edad escépticos del proyecto y la falta de liderazgo de algunas JVC (lo cual fue tratado con el programa liderazgo del proyecto).

Imagen 3: Presidentes y miembros de las JVC en una entrevista grupal



Cambios identificados en los gobiernos locales (municipios):

- Gobiernos locales fortalecidos con articulación lograda al interior de los comités multisectoriales

Los gobiernos locales evaluados lideran los comités multisectoriales, a excepción de los mencionados en la cadena de adopción 3 en la que DEVIDA desarrolló las prácticas de promoción de la salud conjuntamente con el equipo de MCS II y NAP. En la cadena de adopción 5 no se incluyen gobiernos locales.

⁵⁶ Estas dos herramientas fueron vinculadas a la toma de decisiones de las comunidades.

La articulación en el interior de los comités multisectoriales se ve reflejada en los testimonios recogidos en campo:

“...Dentro de un territorio existen muchas instituciones y el gobierno local se articula con diferentes sectores para poder impulsar... y para ello como región nos ha parecido interesante estas herramientas (del proyecto MCS II).”

Ex director de DIRESA – Ayacucho

“El cambio que se ha visto es que ahora se dio una mayor articulación entre estos sectores, en donde ahora ellos incluyen a la municipalidad y al sector de salud en sus actividades.”

Ex Sub Gerente de Desarrollo de Tres Unidos – San Martín

○ Capacidades de gestión fortalecidas

En el caso de las capacidades de gestión fortalecidas se considera liderazgo de los comités multisectoriales para la coordinación entre sus miembros, prácticas saludables dentro del esquema de promoción de la salud, y capacidades técnicas para el diseño de presupuestos participativos y gestión de proyectos, En el caso de la cadena de adopción 1, los gobiernos locales de San Martín adoptaron el modelo y sus herramientas por indicación y directivas del GORESAM, y los comités multisectoriales tuvieron mayor involucramiento en el monitoreo de las acciones del proyecto tanto a nivel de comunidades como de familias saludables (Red de Salud y UGEL Lamas).

En el caso de Ucayali y Ayacucho (cadena de adopción 2), los gobiernos locales fueron los que lideraron la implementación del proyecto, teniendo al GL Campoverde, Ucayali, como uno de los mejores implementadores bajo el liderazgo del alcalde.

Los GL relacionados a las cadenas de adopción 3 y 4 no tuvieron cambios significativos de comportamiento debido a que DEVIDA y UNACEM incidieron sus acciones en las JVC y familias, respectivamente.

En cuanto a los gobiernos locales relacionados a la cadena de adopción 5, se beneficiaron con el fortalecimiento de las capacidades de los responsables de preparar proyectos de inversión pública.

Entre los factores que facilitaron el cambio de comportamiento a nivel de GL se identifica la forma sencilla del modelo y la metodología, y el acompañamiento continuo al GL, sector salud (comités multisectoriales) y familia. Las principales limitantes expresadas por los entrevistados fueron los cambios de autoridades en el sector salud -lo cual genera iniciar el proceso desde cero- y el presupuesto limitado de los GL.

4.2.2 Medición de Cambios de comportamiento en las comunidades

Como ya se explicó en el acápite metodológico, la medición tomó como base la propuesta de la Guía TES de MCS II. De esta metodología el equipo de evaluación tomó solamente el criterio de transferencia (T) por considerarlo relevante en la medición de cambios de comportamiento en los diferentes actores.

El proyecto MCS II definió 4 indicadores para evaluar el nivel de transferencia (T) de una comunidad:

- tener reconocimiento municipal vigente (sensibilización y organización),
- contar con diagnóstico y plan comunal anual (planificación),
- realizar vigilancia comunal de prácticas saludables (ejecución), y
- realizar la evaluación del plan comunal anual (autoevaluación).

La evaluación que se presenta en el cuadro 6 puede diferir de los datos de MCS II para las comunidades, debido a que la fase de campo de la presente evaluación se dio al final del proyecto, mientras que MCS II las trabajó durante su ejecución.

Según el cuadro 6, el criterio de sensibilización es positivo para todas las comunidades analizadas (independientemente de la región a la que pertenecen). El equipo evaluador accedió a las ordenanzas municipales que presentan el reconocimiento de las JVC por los Gobiernos Locales.

En la región de Huánuco y Ayacucho todas las comunidades cumplen con el criterio de organización y planificación, mientras que en Ucayali y San Martín es variable.

El criterio de ejecución es completo en Huánuco, Ayacucho y parcialmente en San Martín (con la excepción de una comunidad) mientras que en Ucayali solo una comunidad cumple con este criterio.

El criterio de autoevaluación solo se cumple en dos comunidades (una en San Martín y otra en Ayacucho).

Cuadro 6: Evaluación de comunidades bajo criterios de Transferencia

Regiones	Comunidades	Criterios (*)			
		Transferencia (T)			
		Sensibilización	Organización y planificación	Ejecución	Auto evaluación
		Con reconocimiento municipal vigente	Con diagnóstico y plan comunal anual	Realizan vigilancia comunal de prácticas saludables	Realizan evaluación de plan comunal anual
San Martín	Pampayacu	I	0	0	0
	Bello Horizonte	I	I	I	0
	Baños*	I	0	I	0
	Shima	I	I	I	I
	Paltaico	I	I	I	0
Ayacucho	Paracay	I	I	I	0
	Lorensayoc	I	I	I	0
	Chasqui	I	I	I	0
	Colpa	I	I	I	I
	Nueva Unión	I	I	I	0
Ucayali	Alto 9 de Febrero	I	0	0	0
	La Libertad	I	0	0	0
	Virgen del Carmen	I	I	0	0
	Santa Rosa de Tealera	I	I	I	0
Huánuco	Chipaquillo*	I	I	I	0
	Almendro	I	I	I	0
	La Granja	I	I	I	0
	Corvinilla Baja	I	I	I	0

Azul = cadena 1, Verde = cadena 2, Rojo = cadena 3.

* Se considera a Baños y Chipaquillo como caserío o localidad y no comunidad, por lo que en su estructura presenta a un Alcalde Delegado.

Según el cuadro 6, todas las comunidades de San Martín cumplen con los criterios de *sensibilización y ejecución*. Dos de ellas cumplen además con el criterio de *organización y planificación* y una de ellas, Shima, cumple con los cuatro criterios. Esto evidenciaría que los procesos de transferencia del modelo a nivel de comunidades se encuentran en desarrollo. Este esquema hace referencia a la **cadena de adopción 1**, adopción completa regional-local pública.

Las comunidades de los distritos de Campoverde e Irazola, en Ucayali, cumplen con el criterio de *sensibilización*, y solo una de ellas con el de *organización y planificación*. En las comunidades de Ayacucho cuatro cuentan con tres criterios cumplidos y solo la comunidad de Colpa cumple con todos los criterios. Estas comunidades son parte de la **cadena de adopción 2**, adopción local pública. De este modo, se puede inferir que el proyecto tuvo mayor incidencia en las comunidades visitadas de la región Ayacucho en comparación con Ucayali.

También se evidencia que todas las comunidades visitadas de Huánuco cuentan con tres de cuatro criterios de transferencia completos. El criterio no cumplido fue el de *autoevaluación*. Esto sería una clara señal del trabajo directo que tuvo DEVIDA con estas comunidades. Del mismo modo ocurre con la comunidad de Santa Rosa de Tealera en Padre Abad, Ucayali, que también desarrolló el modelo bajo el liderazgo de este organismo público. Esta es la **cadena de adopción 3**, adopción parcial con liderazgo de organismo público nacional.

De manera general, hay indicaciones que las comunidades se encuentran en proceso activo de ascender en los peldaños de la transferencia dejando progresivamente la pasividad/receptividad. Esto parecería darse a pesar que la mayoría de ellas ya no cuenta con el apoyo del proyecto MCS II u otro proyecto similar -la única excepción a esta afirmación son las comunidades que se encuentran en el Valle del Monzón de Huánuco e Irazola en Ucayali, que cuentan con asistencia técnica directa de DEVIDA-. A nivel de transferencia del modelo a comunidades, la cadena 3 tendría los mejores resultados debiendo fortalecer el criterio de *monitoreo y evaluación*.

Al finalizar este acápite se puede concluir que las comunidades visitadas parecen mostrar procesos activos de transferencia de la metodología MCS.

4.2.3 Grado de adopción del modelo por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales

La evaluación del grado de adopción de la estrategia MCS en 14 organizaciones gubernamentales y 4 privadas también se realizó utilizando 4 indicadores de transferencia. Los resultados se resumen en el cuadro 7:

- Todas las organizaciones (gubernamentales y privadas) cumplen con los criterios de *sensibilización y organización y planificación*.
- Los criterios de *desarrollo de capacidades y monitoreo y evaluación* son variables en todos los actores analizados.

Según el cuadro 7, el GR de San Martín y los Gobiernos Locales de Tres Unidos y Saposoa cumplen con tres de cuatro criterios -dejando solo al de *monitoreo y evaluación* (M&E) por desarrollar-. Este hallazgo fue sustentado por las entrevistas que se realizaron con los representantes de las gerencias de desarrollo social de estas instituciones. El GL de Lamas cumple con los cuatro criterios; en este caso, tanto el responsable de la UGEL Lamas como de la Red de Salud indicaron que hacen

eventuales monitoreos para supervisar los avances de la metodología en las comunidades. Este esquema responde a la **cadena de adopción 1**.

En cuanto a los GR de Ucayali y Ayacucho, éstos solo cumplen con los dos primeros criterios analizados según las entrevistas y ordenanzas municipales de sustento. Asimismo, los GL que corresponden a esta cadena **-cadena de adopción 2-** presentarían comportamientos variables. Los GL de Irazola⁵⁷ (Ucayali) y Quinua⁵⁸ (Ayacucho) cuentan, al igual que sus GR, con solo dos criterios completos - Acos Vinchos e Iguain (Ayacucho) con los tres primeros criterios -sin incluir M&E- y el caso excepcional se da en Campoverde (Ucayali) donde se cumplen con los cuatro criterios.⁵⁹

Cuadro 7: Evaluación de adopción del modelo según criterios de Transferencia

Actor/Entidad		Criterios			
		Transferencia (T)			
		Sensibilización	Organización y planificación	Desarrollo de capacidades	M&E
		Compromiso y voluntad política de los GR, GL u otras instituciones públicas o privadas expresadas en documentos oficiales	Creación o fortalecimiento de estructuras operativas, dentro de los GR, GL u otras instituciones públicas o privadas, responsables de facilitar la implementación de la metodología MCS en las comunidades y municipios	Equipo técnico operativo con conocimientos, habilidades y actitudes para facilitar la implementación de la metodología MCS en sus ámbitos territoriales	Organizaciones usuarias implementan sus planes de M&E
Gobierno Regional	San Martín	I	I	I	0
	Ucayali	I	I	0	0
	Ayacucho	I	I	0	0
Gobierno Local	Lamas	I	I	I	I
	Tres Unidos	I	I	I	0
	Saposa	I	I	I	0
	Quinua	I	I	0	0
	Acos Vinchos	I	I	I	0
	Iguain	I	I	I	0
	Irazola	I	I	0	0
	Campoverde	I	I	I	I
	Monzón	I	I	I	0
	Padre Abad	I	I	0	0
Org. Público	DEVIDA	I	I	I	0
Empresa	UNACEM	I	I	I	I

⁵⁷ OM 011-2009-ALC-MDI-SA (criterio 1)

⁵⁸ Reconfiguración de las ETL por el GL y formación de equipos de trabajo a diferentes niveles de gobierno y sociedad civil (criterio 2)

⁵⁹ Ver ejemplo de gestión del GL de Campoverde en la descripción de la secuencia de cadena de adopción 2

Actor/Entidad		Criterios			
		Transferencia (T)			
		Sensibilización	Organización y planificación	Desarrollo de capacidades	M&E
		Compromiso y voluntad política de los GR, GL u otras instituciones públicas o privadas expresadas en documentos oficiales	Creación o fortalecimiento de estructuras operativas, dentro de los GR, GL u otras instituciones públicas o privadas, responsables de facilitar la implementación de la metodología MCS en las comunidades y municipios	Equipo técnico operativo con conocimientos, habilidades y actitudes para facilitar la implementación de la metodología MCS en sus ámbitos territoriales	Organizaciones usuarias implementan sus planes de M&E
ONG	CARE	I	I	I	0
	Prisma	I	I	I	0
	ADRA	I	I	I	0

Azul = cadena 1, Verde = cadena 2, Rojo = cadena 3, Naranja = cadena 4, Amarillo = cadena 5.

Tanto DEVIDA como el GL de Monzón cumplen con los tres primeros criterios de transferencia en el cuadro 7 mientras que el GL de Padre Abad (mediante la reconfiguración del equipo técnico local)⁶⁰ solo cumple con los dos primeros. Esto indica que la **cadena de adopción 3** aún puede mejorar a nivel institucional, siendo mejor su intervención a nivel de las comunidades (ver cuadro 6).

Como se ve en el cuadro 7, UNACEM cumpliría con todos los criterios de transferencia. Los actores con los que se involucró UNACEM fueron directamente las familias con apoyo de los establecimientos de salud, según la entrevista con el Gerente de Responsabilidad Social Empresarial de la empresa.⁶¹ Este bajo número de actores habría facilitado el M&E en la **cadena de adopción 4**.

Las tres ONG analizadas en este ejercicio cumplen con los criterios de *sensibilización, organización y planificación, y desarrollo de capacidades*, y aún por desarrollar el M&E. Este esquema responde a la **cadena de adopción 5**. El enfoque en esta cadena consistió en transferir el instrumento “Guía para facilitar la formulación de Proyectos de Inversión Pública (PIP)”. Según las entrevistas a miembros de ADRA, CARE y PRISMA se tomó la decisión de usar el instrumento -criterio 1-, se formaron equipos -criterio 2- y se realizaron capacitaciones -criterio 3-, pero no se llegó a trabajar en M&E -criterio 4-.

Las cadenas de adopción con mayor grado de transferencia serían la 1 -liderada por GORESAM- y la 5 -liderada por UNACEM-. En este análisis se ve que la cadena 3 -liderada por DEVIDA- tiene un bajo nivel de transferencia a diferencia del análisis de comunidades. Esto evidenciaría la alta incidencia en el nivel comunitario y la necesidad de fortalecer el nivel organizacional.

⁶⁰ OM 018-2013-MPPA-A, OM 023-2013-MPPA-A.

⁶¹ Ver documento: Expansión del modelo de intervención de USAID adoptado por Asociación UNACEM y alineado a su enfoque de desarrollo de base en alianza con el sector salud.

Los criterios de **transferencia** menos logrados –otra vez- fueron los de *monitoreo y evaluación*.

En relación al criterio de **sostenibilidad**, cuando se realizó la visita de campo el único ámbito geográfico de MCS II que contaban con financiamiento específico eran los distritos –no gobiernos locales- de Monzón y Padre Abad a través de DEVIDA, que cuenta con el Programa Presupuestal de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible (PIRDAIS). Además, UNACEM que cada año asigna fondos a su programa de familias y comunidad. Parecería que las ONG dependen de los proyectos de cooperación externa y los organismos públicos de su capacidad de programación presupuestaria que aún no está muy desarrollada, sobre todo en los gobiernos locales rurales pequeños. Por ello, el proyecto MCS II promovió la formulación de PIP menores para que las municipalidades asignen recursos para el desarrollo de sus proyectos.

Los resultados de la sostenibilidad se apoyan en las siguientes opiniones recogidas de las entrevistas:

“El factor económico... presupuestal definitivamente es crítico...”

Representante del Gobierno Local Irazola – Ucayali

“El tema económico es determinante para dar la sostenibilidad porque el 2013 se ganó Almendras y por no tener ese apoyo económico ...para ese personal técnico que vaya y le visite ... pues ahorita ya Almendras ha pasado de ser una comunidad saludable ... un modelo para el mundo... ha pasado a ser uno más del resto.”

Representante de la Agencia Agraria Huallaga – San Martín

4.3. ¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos/sectores más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?

4.3.1. Los sectores potenciales

Los sectores de potencial adopción⁶² fueron identificados en consideración de la participación activa de sus representantes en los comités multisectoriales existentes en los niveles nacional, regional y local -vistos en la evaluación, tanto en las entrevistas como en la revisión de documentos- creados o fortalecidos por la estrategia MCS durante el proceso de implementación del proyecto, y. Esta participación suponía una exposición periódica a la estrategia -a nivel regional y local, pero impulsado en algunos casos por el nacional- y por ende una potencial adopción del modelo. En el cuadro a continuación se presenta una pequeña muestra de los ámbitos que integran estos espacios multisectoriales de carácter nacional o regional.

⁶² Los sectores relacionados a Desarrollo Alternativo y Medio Ambiente también tienen potencial de adopción, sin embargo, serán analizados en la resolución de la pregunta 4.

Cuadro 8: Ámbitos de potencial adopción del modelo

Nivel de intervención	Espacio multisectorial	Sectores
Nacional	Comisión Intergubernamental Amazónica de Salud ⁶³	Salud; Vivienda, Construcción y Saneamiento; Desarrollo e inclusión Social; y Cultura
Región Ucayali	Comité Regional de la Primera Infancia (a)	Desarrollo e Inclusión Social (ej.: Juntos, Qali Warma, Cuna Mas) y Agricultura y Riego (ej.: Agrorural)
Región San Martín	Equipo Técnico Regional del PAIMNI (b)	Educación; Salud; Vivienda, Construcción y Saneamiento; Agricultura y Riego; y Producción
Región Ayacucho	Consejo Regional de Lucha Contra la Pobreza y la Desnutrición Infantil (c)	Agricultura y Riego; Transportes y Comunicaciones; Energía y Minas; Comercio Exterior y Turismo; Producción

(a) OR 013-2014-GRU-CR

(b) RER N° 163 – 2013 – GRSM/PGR

(c) OR N° 026 – 2008 – GRA/CR

Así mismo existen otros criterios relevantes para la selección de ámbitos o sectores para el análisis, entre ellos, el grado de descentralización de los sectores en los gobiernos regionales y locales, así como la demanda de servicios por parte de las comunidades por medio de las JVC. Estas características generales permitirían reproducir más rápidamente la adopción del modelo MCS.

Los ámbitos o sectores -y programas/iniciativas correspondientes- seleccionados por el equipo de evaluación fueron: Vivienda, Construcción y Saneamiento -Programa Nacional de Saneamiento Rural (PNSR)-, Agricultura y Riego -Programa de Desarrollo Productivo (AgrorRural)- y Educación - Aprende Saludable-, los cuales se describen a continuación y serán comparados más adelante con las cadenas de adopción del modelo.

Ámbito Vivienda - Programa Nacional de Saneamiento Rural (PNSR)

El PNSR fue creado el 7 de enero del 2012 mediante D.S. 002-2012-VIVIENDA con el objetivo de proveer infraestructura para la provisión de servicios de agua y saneamiento integrales, de calidad y sostenibles a las familias rurales. Debido a su elevada responsabilidad para la provisión de agua segura rural es convocado permanentemente a los espacios multisectoriales - nacionales, regionales y locales - vinculados al desarrollo infantil, por la gran implicancia del agua segura en el control de las diarreas y subsecuente disminución de la DCI.

Las características que le brindan una gran potencialidad a este programa para asumir el modelo son las siguientes:

- Promueve entornos saludables e impulsa prácticas saludables.
- Asiste técnicamente a una entidad similar a la JVC, las Juntas Administradoras de Servicios y Saneamiento (JASS), pues la obra civil comunal se acompaña de la gestión social, para garantizar su sostenibilidad. Los instrumentos de MCS le resultarían valiosos en esta tarea.
- Las JASS son reconocidas por los gobiernos locales mediante ordenanzas.

⁶³ Instalada el 3-4/09/2015

- Asiste técnicamente al gobierno local en el proceso de implementación de un Área Técnica Municipal (ATM), con el enfoque de entornos saludables.
- Cuenta con presupuesto en el Plan de Incentivos Municipales, con metas que se renuevan anualmente.
- Monitorea el impacto del agua segura en la salud de las comunidades.

En resumen, el PNSR actualmente trabaja a nivel de comunidades en el fortalecimiento técnico de las JASS, coordinación con gobiernos locales -mediante el ATM- y con una baja intervención en el gobierno regional. Esta posible adopción se asemeja a la **cadena de adopción 2** debido a que el liderazgo sería tomado a nivel local (ATM) como fue en los GL de Campoverde, Acos Vinchos y otros mencionados en este esquema, y con una fuerte incidencia en las comunidades teniendo a las JASS actuando como JVC. Asimismo, es aplicable a esta cadena porque también muestra una ausencia de los gobiernos regionales para la institucionalización de la iniciativa a este nivel. Los probables cambios de comportamiento impulsados por el programa serían el cuidado del agua para tomar y lavar alimentos, el lavado de manos después de usar los servicios higiénicos -ambos relacionados con la promoción de la salud-, así como la correcta instalación de servicios sanitarios, usando criterios de cercanía a las cocinas, correcta ventilación, entre otros.

En este caso, la herramienta general de la estrategia sería el “Programa de Liderazgo Moral y Gestión Comunitaria” como instrumento para empoderar a las comunidades. Paralelamente, se adaptaría el “Diagnóstico y Plan Comunal” en función al cambio de comportamiento relacionado al saneamiento, por ejemplo, lavado de manos luego de usar los servicios higiénicos, correcta ubicación de inodoros, baños, secos u otros, etc. Asimismo, la “Ficha de Vigilancia Comunal” tendría ser adaptada en función a los indicadores del PNSR.

Ámbito Agricultura - Programa AgroRural

AgroRural fue creado el 13 de marzo de 2008 mediante D.L. N° 997 con el objetivo de promover el desarrollo agrario rural a través del financiamiento de proyectos de inversión pública en zonas rurales de menor desarrollo económico. Una de las estrategias en la que se sustenta el programa y que le adjudica un rol relevante en los espacios multisectoriales es la *Agricultura Familiar* que juega un importante papel en la erradicación del hambre y la pobreza, la seguridad alimentaria y la nutrición, la mejora de los medios de vida, la gestión de los recursos naturales, la protección del medio ambiente y el desarrollo sostenible, en particular, de las zonas rurales.⁶⁴

Las características que le brindan potencialidad a este programa para asumir la estrategia MCS son las siguientes:

- Se define como multisectorial y multidisciplinario, en todos los niveles, orientado a la definición de políticas públicas integrales.⁶⁵
- Asiste técnicamente a familias rurales organizadas y asociaciones rurales con el objeto de fortalecer la democracia local, con enfoque de capital social -asociatividad y liderazgo-.

⁶⁴ MINAGRI (2015): Estrategia Nacional de Agricultura Familiar. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Lima, Perú.

⁶⁵ La comisión multisectorial que respalda a la Estrategia Nacional de Agricultura Familiar cuenta con representantes de los ministerios: Agricultura y Riego, Ambiente, Comercio Exterior y Turismo, Cultura, Desarrollo e Inclusión Social, Educación, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Producción, Relaciones Exteriores y Salud.

- Asiste técnicamente al gobierno local en materia de desarrollo rural, con enfoque de gestión territorial.
- Promueve concursos interfamiliares e intercomunales.
- Monitorea el impacto de la actividad agrícola en la nutrición de las familias.

Sería una cadena de adopción parcial centrada en familia - comunidad. Su debilidad es que el PNSR aún no cuenta con el número suficiente de extensionistas agrarios para cubrir las comunidades objetivo. Una fortaleza es que la inserción de la estrategia MCS en aspectos agrícolas-productivos ya fue validada por DEVIDA. De este modo, el esquema del programa AgroRural encajaría mejor bajo la **cadena de adopción 3** debido a que el enfoque de desarrollo se da hacia las comunidades donde la mayoría de actores se concentran en asociaciones de productores y hay un implementador -como fue DEVIDA- promoviendo la adopción del modelo.

En cuanto a las herramientas que la metodología MCS provee, además del “Programa de Liderazgo Moral y Gestión Comunitaria” y la adaptación del “Diagnóstico y Plan Comunal” tal como trabajó DEVIDA, es recomendable incluir un fuerte componente en el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal del Gobierno Local con la “Guía para facilitar la Formulación de Proyectos de Inversión Pública (PIP)”, tal como el proyecto Alianza propuso (en la cadena de adopción 5). Esto, aprovechando la estrategia de AgroRural puede ser vinculado con la extensión de cultivos alternativos creando un posible esquema de apalancamiento de fondos que, por un lado, incrementen la eficiencia agrícola de pequeños productores y, por otro, formen parte de la estrategia de lucha contra las drogas.

Ámbito Educación - Iniciativa Aprende Saludable⁶⁶

En enero del 2013 los ministros de Educación, Salud y Desarrollo e Inclusión Social acordaron implementar una iniciativa intersectorial e intergubernamental para potenciar el logro de aprendizajes de los escolares del país, garantizando la llegada articulada de los diferentes programas y servicios sociales que los sectores ofrecen a las instituciones educativas públicas en zonas de pobreza. El Plan de Salud Escolar es el instrumento fundamental para lograrlo. Este plan posee las siguientes características que lo vincularían a la estrategia MCS:

- Tiene un componente de promoción de prácticas saludables y un segundo de promoción de entornos saludables. Entre las prácticas comunes se encuentran: lavado de manos, convivencia saludable y salud bucal.
- Los Consejos Educativos Institucionales (CONEI) – al igual que las JVC- son organismos de concertación, participación y vigilancia ciudadana.
- Monitorea el impacto de la educación en la salud de las comunidades.

Sería una cadena de adopción centrada en escuela - comunidad. El sector educación es uno de los pocos que llega hasta la última comunidad rural. Otra ventaja es que cuenta con la estrategia y experiencia de “escuelas saludables” y ello le provee de recurso humano capacitado en el enfoque básico de la estrategia. Dada la importancia de la educación, la demanda potencial de este servicio por parte de las comunidades y grado de articulación, este esquema podría ser absorbido bajo la **cadena de adopción 1**. De este modo, se contarán con gobiernos regionales y locales

⁶⁶ No es un programa, es una política pública ejecutada de manera articulada.

institucionalizando la iniciativa con marcos normativos que le den sostenibilidad, como lo fue en San Martín, y con comunidades representando los intereses de las familias por medio de JVC empoderadas y capacitadas en gestión.

Dada la relevancia del sector educación a nivel nacional y por los organismos comunales responsables de concertación, participación y vigilancia se presenta un escenario adecuado para el uso de instrumentos de la estrategia dirigidos al empoderamiento de las comunidades. El instrumento principal sería el “Programa de Liderazgo Moral y Gestión Comunitaria” el cual empoderaría a las comunidades en la futura adopción de las prácticas de educación que el programa proponga mientras que el “Diagnóstico y Plan Comunal”, sería la herramienta de hoja de ruta para el desarrollo del programa.

4.3.2. Listado de condiciones necesarias por ámbito - ventaja relativa

El estudio de la capacidad de adopción del modelo MCS en otros ámbitos ayudó a definir las condiciones necesarias para lograrlo -válidas en cualquier sector- y compararlas además con las propuestas en la Guía TES. Para el presente análisis se evalúan las condiciones actuales en cada uno de los ámbitos o sectores seleccionados. Para efectos de este análisis, el modelo podría ser adoptado donde se cumpla la mayor cantidad de condiciones; sin embargo, el modelo también podría ser adaptado si se crean estas condiciones.

Las condiciones según el cuadro 9 y ejemplos del análisis de los tres sectores son los siguientes:

- A nivel de transferencia:
 - o Compromiso y voluntad política de los GR, GL u otras instituciones públicas o privadas expresadas en documentos oficiales: Decisión política nacional, en el caso del PNSR, pero con implicancia multisectorial y a diversos niveles (Vivienda).
 - o Creación o fortalecimiento de estructuras operativas, dentro de los GR, GL u otras instituciones públicas o privadas, responsables de ser los facilitadores de la implementación de la metodología MCS en las comunidades y municipios bajo su responsabilidad: Creación de JASS o ATM, en el caso del PNSR (Vivienda).
 - o Equipo técnico operativo con conocimientos, habilidades y actitudes para facilitar la implementación de la metodología MCS en sus ámbitos territoriales: Asistencia técnica al gobierno local en materia de desarrollo rural, en el caso de AgroRural (Agricultura).
 - o Organizaciones usuarias implementan sus planes de M&E: Monitoreo de resultados de la actividad agrícola, en el caso de AgroRural (Agricultura).
- A nivel de sostenibilidad
 - o Generación de un conjunto de políticas locales o regionales, que garanticen con el tiempo la continuidad de la intervención: convocatoria permanente del PNSR a espacios multisectoriales -nacionales, regionales y locales (Vivienda).
 - o Desarrollo de redes sociales a partir de la interacción de las JVC con sus gobiernos y otros actores: CONEI como ente de participación ciudadana, en el caso de Aprende Saludable (Educación).
 - o Viabilidad financiera que asigna la institución que adopta la estrategia, para canalizar la aplicación de la metodología MCS: en el caso de Aprende Saludable, cuenta con presupuestos asignados (Educación).

4.3.3. Evaluación de la potencialidad de adopción

La evaluación del grado potencial de adopción en ámbitos distintos a la salud -educación, saneamiento y agricultura- utilizó los siete criterios ya conocidos de evaluación: cuatro de transferencia y tres de sostenibilidad, como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 9: Evaluación del potencial de adopción del modelo MCS a otros ámbitos distintos a la salud

Ámbitos/ Programas		Criterios						
		Transferencia (T)				Sostenibilidad (S)		
		Sensibilización	Organización y planificación	Desarrollo de capacidades	Monitoreo y evaluación	Política	Social (capital)	Financiera
Vivienda, Construcción y Saneamiento	PNSR	I	I	I	I	I	I	I
Agricultura	AgroRural	0	I	0	0	I	I	I
Educación	Aprende Saludable	0	I	I	0	I	I	0

De acuerdo a lo mostrado en el cuadro 9, el ámbito de Vivienda, Construcción y Saneamiento tendría el mayor potencial de adopción de la estrategia MCS, debido a que presenta los cuatro criterios de transferencia avanzados. Estos se sustentan en los siguientes documentos:

- *Sensibilización:* Acta de la 1era Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental Amazónica de Salud (2015), la cual indica ejecutar un programa integral de agua segura que acompañe y beneficie a las comunidades nativas y que fortalezca y promueva el uso adecuado del agua, almacenamiento y cambio hacia hábitos saludables para la disminución de diarreas.
- *Organización y planificación:* Normas del Ministerio de Vivienda: D.S. 002-2012 y la R.M. 031-2013 donde se formalizan las ATM y las JASS.
- *Desarrollo de capacidades:* Metas 11 y 40 del Plan de Incentivos Municipales 2015, donde se indican los procesos relacionados a la creación y fortalecimiento de las ATM.
- *Monitoreo y evaluación:* En la página web del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento se hace referencia al monitoreo del impacto del agua segura en la salud de las comunidades.

Además puede llegar a ser sostenible debido a las siguientes afirmaciones:

- *Política:* Las ATM, incorporadas en el organigrama municipal, emiten ordenanzas de reconocimiento a las JASS.
- *Social:* Actas de las JASS donde se confirma el desarrollo de redes sociales a partir de la interacción de las JASS con sus gobiernos y otros actores.
- *Financiera:* Metas 11 y 40 del Plan de Incentivos Municipales 2015, donde se indica el monto de incentivo para los gobiernos locales.

En cuanto al ámbito de **Agricultura**, a nivel de transferencia, es necesario trabajar en los criterios de sensibilización, desarrollo de capacidades y M&E.

- *Organización y planificación*: Conformación del Comité de Coordinación del Proyecto donde figuran los siguientes actores:
 - o Viceministro (quien lo preside).
 - o Un representante del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
 - o Un representante de la Red de Municipalidades Rurales del Perú.
 - o Un representante de las pequeñas y medianas empresas.
 - o Un representante de las organizaciones de productores agrarios.
 - o Un representante del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA).
 - o El director de operaciones del Programa de Desarrollo Productivo Agrario Rural (AgroRural).

Para la sostenibilidad ya se cuenta con decisión política, recursos humanos movilizados y viabilidad financiera para una posible adopción del modelo en este ámbito.

- *Política*: Decreto Legislativo N° 997 del 2008, que crea el Programa de Desarrollo Productivo Agrario Rural (AgroRural).
- *Social*: Marco lógico del proyecto Fortalecimiento al Desarrollo Local en Áreas de Sierra y Selva Alta cuyo objetivo es “Pequeños productores rurales en la Región de Sierra y Selva Alta del Perú fortalecen sus niveles organizativos y capacidad de emprendimiento, capitalizando de forma sostenible sus activos.”
- *Financiera*: Convenio de Financiación N° I-884-PE suscrito entre la República del Perú y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), con un fondo de más de 40 millones de soles para la implementación del proyecto de Fortalecimiento al Desarrollo Local en Áreas de Sierra y Selva Alta, dentro del marco del Programa AgroRural (entre 2013 y 2018)

El ámbito de **Educación**, como fue explicado en el acápite anterior, es el de mayor potencial para una adopción completa del modelo MCS, sin embargo, según el cuadro 9 aún sería necesario trabajar los criterios de sensibilización y M&E en cuanto a transferencia. Los documentos de sustento de los criterios se indican a continuación:

- *Organización y planificación*: Ley N° 28044 - Art. 69° donde se indican los miembros del CONEI: director, subdirectores, representantes de docentes, de estudiantes, de ex estudiantes y padres de familia.
- *Desarrollo de capacidades*: Documentación que reporta visitas de monitoreo a las familias del distrito: alto, intermedio y bajo.

Asimismo, como se ve en el cuadro 9, es necesario fortalecer el criterio de sostenibilidad financiera. El sustento del resto de criterios es indicado a continuación.

- *Política*: Ley N° 28044 - Art. 69° el mismo que indica la vigencia de los CONEI.
- *Social*: Actas de los CONEI donde se deja constancia de la participación ciudadana de los diversos actores vinculados al ámbito de la educación.

4.4. ¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo de USAID?

El análisis realizado en las páginas previas sugiere que la estrategia MCS puede ser aplicable a otros ámbitos o sectores distintos al de salud, debido a la concordancia con los criterios de transferencia y sostenibilidad y la demanda de servicios por parte de las JVC. Luego se comparan las estructuras de estas potenciales adopciones con las cadenas analizadas en las preguntas anteriores.

En el cuadro 10 se presentan las congruencias entre las dimensiones y los tres grupos de actores que los documentos del proyecto proponen.

Cuadro 10: Dimensiones del modelo por escenario de intervención

Dimensiones	Actores de intervención		
	Familia	Comunidad (JVC)	Gobierno Local (Comité Multisectorial)
Política			
Social			

El cuadro muestra a los actores de la intervención incluidos en el esquema original del modelo MCS (ver figuras 1 y 2). La dimensión política hace referencia a la capacidad de toma de decisiones para los cambios de comportamiento que el modelo propone, y la dimensión social hace referencia a la capacidad de movilización de recurso humano para el cambio de comportamiento.

En ese marco se ha analizado la potencial contribución del modelo MCS a los Objetivos de Desarrollo (OD) de USAID que se describen a continuación:

OD1: Incrementar las alternativas a los cultivos ilícitos de coca en las regiones seleccionadas.

OD2: Mejorar la gestión y calidad de los servicios públicos en la Amazonía.

OD3: Gestionar de manera sostenible los recursos naturales en la Amazonía y en las zonas de glaciares alto-andinos.

Según el análisis, se puede caracterizar al modelo como una herramienta de gobernanza, ya que afianza las relaciones entre actores en diversos niveles, fortalece su liderazgo y los empodera para generar cambios de comportamiento a nivel de las comunidades. Esta definición es compatible con los tres objetivos de desarrollo.

Los gobiernos regionales y locales son actores importantes para estos OD, debido a que su intervención es fundamental para la toma de decisiones, establecimiento de normas, y la institucionalización del cambio de comportamiento que USAID estaría interesado en implementar - educación, medio ambiente, desarrollo alternativo, entre otros-. Asimismo, como ya fue explicado en la resolución de la pregunta 3, estos cambios de comportamiento pueden darse en sectores como vivienda, agricultura o educación.

En un marco más integral, el modelo contribuye directamente al OD2 por ser este un objetivo que favorece a la institucionalidad en el país, para diferentes niveles de gobierno y sociedad civil. Bajo este esquema, la gobernanza es crítica para el OD1 como medio de aplicación en programas y proyectos relacionados a las actividades de post erradicación -desarrollo alternativo-. De manera

análoga para el OD3, que promueve el cambio de comportamiento en relación a la conservación de bosques, protección de cuencas, eficiencia energética, entre otros.

También representa un potencial de integración de los diferentes OD bajo una misma estrategia, la cual tomando como un conjunto, definiría de alguna manera un “modelo de desarrollo”⁶⁷

Cada OD es analizado a continuación:

ODI:

- Para este análisis, el ODI está íntimamente ligado al desarrollo alternativo.
- Según el desarrollo de la evaluación, se consideró al objetivo de desarrollo alternativo como un escenario maduro, debido a que cuenta con experiencias exitosas y replicables como las de San Martín, que hoy están presentes en provincias de Ucayali y Huánuco.
- Como ha sido explicado en la resolución de la pregunta 1 -cadena de adopción 3-, este OD tiene una relación directa con comunidades para las estrategias de post-erradicación. Este aspecto se reflejó en el cumplimiento de los criterios de transferencia en las comunidades relacionadas a DEVIDA, en Huánuco y Ucayali -pregunta 2-.
- Sin embargo, el hecho de que los gobiernos locales vinculados no cumplan con todos los criterios de transferencia, y la ausencia de un trabajo articulado con los gobiernos regionales, debilitaría el componente de institucionalización del modelo.
- Asimismo, una dimensión importante a considerar además de la política y social es la financiera. La adopción del modelo habría sido exitosa en la medida que existieron partidas presupuestales cubiertas por DEVIDA para las actividades de post-erradicación.
- El modelo puede ser útil para el objetivo de desarrollo alternativo bajo el esquema que ha seguido DEVIDA, enfocado en cambios de comportamiento para la promoción de la salud. Sin embargo, es importante considerar que trabajar a nivel de gobiernos regional y local fortalecería la sostenibilidad de cualquier tipo de intervención, institucionalizando el cambio mediante una plataforma normativa.
- La ausencia del Estado en algunos casos -evidenciada en falta de escuelas, postas médicas, caminos y otros servicios sectoriales- estaría fuertemente vinculada a las zonas donde hay presencia de cultivos de coca. En este escenario aparece DEVIDA tratando de cubrir esas necesidades. Implementar comités multisectoriales, liderados por los gobiernos locales, que oferten servicios básicos a la población y sean enmarcados en una plataforma normativa provista por el gobierno regional, cerraría la brecha entre estado y población con cultivos de coca, como principal actividad económica.
- La utilidad del modelo para este OD radica en que pudiese llegar a institucionalizar la estrategia de Desarrollo Alternativo en las regiones donde se está implementando el modelo -bajo el esquema de la cadena de adopción 3- promoviendo el desarrollo de normas

⁶⁷ Mencionado en entrevista con representante de OD3.

que aseguren su sostenibilidad en el tiempo. Con una eventual ampliación del alcance a nivel de gobiernos regionales, se convertiría en una cadena de adopción I.

OD2:

- La estrategia que el modelo MCS propone es beneficiosa para el empoderamiento de las comunidades mediante las JVC, y los cambios de comportamiento en las familias. Las herramientas del modelo podrían ser adaptadas para otros sectores, como lo hicieron DEVIDA y NAP en Huánuco.
- Esto guarda relación con el Resultado Intermedio 2.2 del OD2: “Mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y vigilancia”. Según la entrevista a la representante del OD2, sus programas no han llegado a tener mucha incidencia a nivel comunal y rescata este componente del modelo MCS.
- La utilidad del modelo para el objetivo 2 es que tiene la ventaja potencial de fortalecer todas las interacciones entre los diversos niveles en una cadena de gobierno, sobre todo en el nivel comunal. Con ello, este objetivo de desarrollo puede aplicar el modelo en diferentes temas relacionados a cambios de comportamientos, con el fin de afianzar acciones de gobernanza en todos los niveles. De esta manera se fortalecería la descentralización de los sectores y así aspirar a alcanzar una adopción completa del modelo (cadena de adopción I) cumpliendo con los criterios de transferencia y sostenibilidad analizados en esta evaluación.

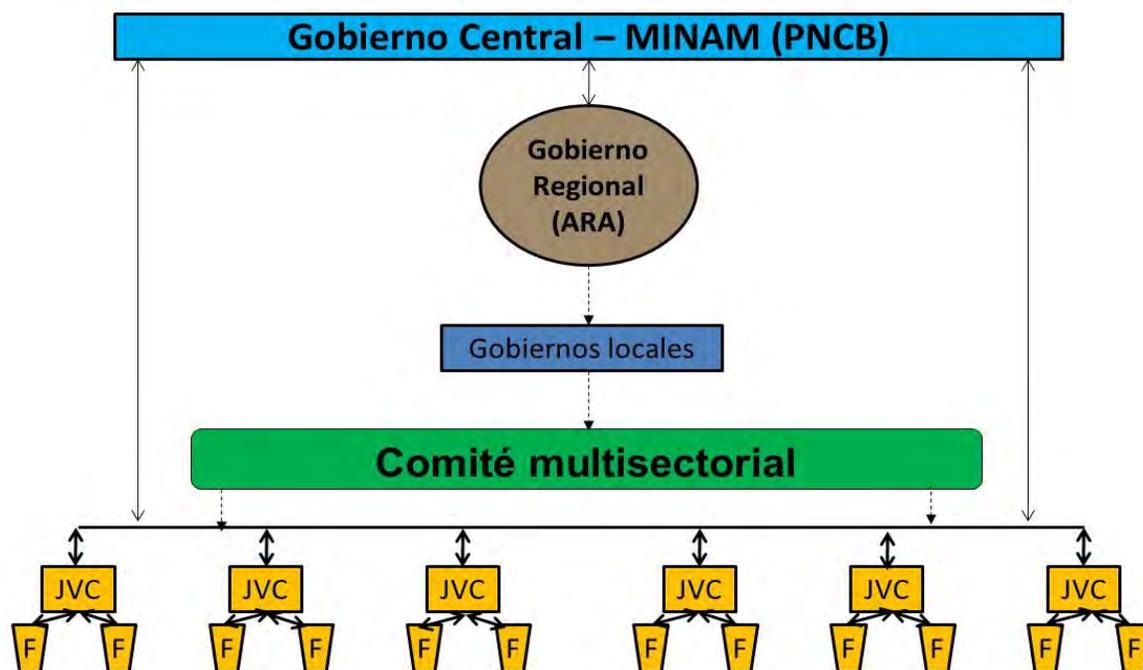
OD3:

- Este objetivo está vinculado con la institucionalidad del Ministerio del Ambiente (MINAM). Estos programas han tenido una buena acogida en los gobiernos regionales y esto se refleja, en las regiones de la selva, con la creación de las Autoridades Regionales Ambientales (ARA).
- Por otro lado, aún queda la tarea pendiente para el OD3 de trabajar a nivel de gobiernos locales. La poca intervención del ámbito ambiente en los comités multisectoriales es un gran vacío ya que, según lo visto en campo, para el buen desarrollo del modelo es el gobierno local, mediante el comité multisectorial, el encargado de ofrecer los servicios que las familias demandan por medio de las JVC.
- Tanto en los niveles de comunidad y familia, la potencial intervención de este OD es relevante. Esto debido a que el Programa Nacional de Conservación de Bosques (PNCB) del MINAM actúa directamente sobre estos actores. Este Programa asigna fondos a comunidades nativas que demuestren que han conservado bosques en sus tierras comunales. Para lograrlo es necesario implementar y monitorear planes de manejo forestal.
- Una interesante oportunidad para el OD3 es fortalecer a las JVC en actividades de monitoreo, e incluir al sector ambiental en los comités multisectoriales de los gobiernos locales. Esto promovería la articulación del PNCB entre el nivel nacional/regional y el comunitario mediante estos actores intermedios fortalecidos y empoderados.
- La principal utilidad del modelo para este objetivo es que puede cerrar la brecha entre el MINAM –nacional- y las ARA –regional- como implementadores del PNCB, y las comunidades nativas amazónicas como beneficiarias del mismo. Así, se articularía una cadena

de adopción completa y se aprovecharía los niveles de gobierno para sentar las bases normativas que darán sostenibilidad a esta iniciativa.

- El siguiente gráfico muestra las interacciones existentes indicadas con flechas y las no existentes, sin flechas.

Figura 8: Potenciales articulaciones para el OD3 con el modelo MCS



En la figura se evidencia como actores existentes y vinculados al OD3, al Ministerio del Ambiente con su PNCB y las ARA, a nivel de Gobierno Regional, interactuando entre ellas a través de convenios de cooperación interinstitucionales.⁶⁸ Asimismo, se encuentran las JVC y familias como beneficiarias del programa.

Por otro lado, se evidencia que no existen vínculos con los gobiernos locales y comités multisectoriales; sin embargo, existe una interesante potencialidad de incluir a las oficinas de medio ambiente de los gobiernos locales dentro del comité multisectorial.

El análisis sugiere que los cambios de comportamiento pueden llegar a ser más sostenibles con una interacción entre actores a estos niveles.

Pueden hacerse las siguientes afirmaciones respecto a la utilidad del modelo para los OD de USAID:

- Actualmente el modelo MCS estaría más próximo a los OD1 y OD2 porque ambos privilegian la intervención en escenarios locales.

⁶⁸ PNCB tiene convenios interinstitucionales con los GR de: Loreto, Ucayali, San Martín, Amazonas, Huánuco, Pasco, Junín, Cusco, Tumbes, Piura y Lambayeque.

- El ODI ya tuvo oportunidad de validar la estrategia en escenarios de post erradicación, con resultados exitosos en San Martín y actualmente en el Valle del Monzón en Huánuco.
- El OD2 también ha experimentado encuentros con la estrategia MCS en circunstancias en las que brindaron soporte técnico a los comités multisectoriales o equipos técnicos locales de los gobiernos locales.
- El OD3 está más focalizado en la actualidad en los escenarios nacional y regional, sin embargo, las herramientas del modelo pueden facilitar su acercamiento con las comunidades y familias.

Esto significa que en un marco integral, el modelo MCS puede complementar los tres OD, por el fortalecimiento de la gobernanza, el impulso de cambios de comportamiento, el desarrollo de capital social y el empoderamiento comunitario.

5. CONCLUSIONES

De lo visitado en campo y analizada la información, se concluye que el modelo MCS es versátil; pudiendo ser aplicado total o parcialmente, dependiendo de las condiciones de contexto y el actor que lidera la adopción. Las adopciones del modelo pueden ser lideradas por gobiernos regionales, gobiernos locales, organismos gubernamentales, no gubernamentales y empresa privada.

En términos generales la estrategia de MCS es transferible a escenarios comunales, gubernamentales y no gubernamentales. Es más sostenible en escenarios con liderazgo de actores del gobierno, debido a que los mismos tienen la capacidad de generar estructuras normativas que aseguren la continuidad y la sostenibilidad de la implementación del modelo, independientemente de cambios de gobierno u otros factores políticos.

Sin embargo, la sostenibilidad financiera es más factible –aunque de menor cobertura- en el sector empresarial, dado que el sistema privado es más ágil que el público en cuanto a asignación presupuestaria bajo un esquema de responsabilidad social empresarial -visto en la experiencia de UNACEM-.

Cuando el sector público lidera la transferencia, promueve la generación de marcos normativos para la adecuada implementación del modelo, lo cual trae sostenibilidad política para la iniciativa que se desarrolla. Del mismo modo, el escalamiento de la estrategia a otros actores del Estado, como los gobiernos regionales y locales, es más factible en este esquema. Sin embargo, puede que los procesos de asignación presupuestarias no sean tan ágiles como en el sector privado.

Potencialmente, el modelo puede ser adoptado a los ámbitos de vivienda, educación y agricultura -en programas específicos-. Las principales condiciones para que esto se concrete son:

1. Marco normativo que asegure la implementación de la estrategia que el modelo MCS propone.
2. Presupuestos asignados para la implementación de la estrategia.
3. Estrategia acompañada de otros ámbitos de desarrollo –multisectorial-.
4. Fortalecimiento de capacidades técnicas y de gestión de todos los actores involucrados en la adopción del modelo, así como la promoción de las articulaciones entre ellos.

El modelo además sirve como una estrategia de articulación entre actores para facilitar procesos de descentralización. Si bien fue concebido con un enfoque comunal, en el campo se evidenció que las fortalezas están a nivel institucional. De este modo, institucionalizando, el modelo puede generar los cambios de comportamiento en ámbitos que USAID priorice.

6. RECOMENDACIONES

Para futuros implementadores del modelo

Mayor inclusión de los gobiernos regionales. Se sugiere incluir a los Gobiernos Regionales con el fin de que proporcionen estructuras de gestión y normativas que faciliten la ejecución del modelo. Un marco normativo como base del modelo genera sostenibilidad en la implementación.

Fortalecer las articulaciones interinstitucionales. Se sugiere que los replicadores del modelo siempre consideren el fortalecimiento de las articulaciones entre los actores en los diferentes niveles de intervención. Por un lado, se sugiere empoderar a las JVC para que representen los intereses de las familias en los gobiernos y, por otro, fortalecer los liderazgos de los gobiernos locales y regionales para que respondan a las demandas de la población.

Motivar demanda de la comunidad. Se recomienda asegurar que la generación de un cambio de comportamiento responda a una demanda de la comunidad. Esto permitirá que la intervención sea sostenible en ambos macro niveles: gobierno y población.

Usar modelo para apalancar recursos. Adopciones exitosas del modelo son capaces de llamar la atención de otros ámbitos distintos al de salud que en los que se busque cambios de comportamiento. Una vez que la organización implementadora logre la adopción exitosa, se recomienda utilizarla como herramienta de apalancamiento de fondos para sus proyectos, a partir de una sinergia con intervenciones de otros ámbitos, se conviertan en proyectos integrales que busquen soluciones a distintos problemas básicos –salud, educación, vivienda, agricultura, etc.- para sus poblaciones beneficiarias.

Para USAID

Escalar el piloto de implementación del modelo. Considerando a la cadena de adopción 3 (liderada por DEVIDA) como un piloto escalable, se recomienda que el ODI promueva la adopción del modelo bajo este esquema en otras zonas con potencial para la estrategia de post-erradicación, como San Gabán y Constitución, entre otros. Asimismo, se recomienda que los esfuerzos del ODI escalen hacia los niveles de gobierno regional y local, promoviendo marcos normativos que puede brindar sostenibilidad política a la iniciativa que se desee implementar.

Identificar un punto de entrada atractivo. Identificar un punto de partida para las intervenciones del OD2, y fortalecer las capacidades de programación presupuestaria pública; con ello, los gobiernos pueden acceder a fondos de PIP para continuar en la meta de cumplir los objetivos del proyecto, fortaleciendo la sostenibilidad financiera.

Explorar la adopción en estrategias para nuevos cambios de comportamiento. Se recomienda la adopción del modelo como estrategia para generar cambios de comportamiento en asuntos ambientales, porque permitiría articular los niveles identificados e integrarlos con los gobiernos locales -comité multisectorial- y comunidad –JVC-, de este modo, se contará con una cadena de adopción completa que asegure la sostenibilidad de las acciones del OD3.

7. ANEXOS

Anexo 1: Términos de Referencia para la Evaluación de la Transferencia, Expansión y Sostenibilidad del Modelo MCS

PROGRAMA A SER EVALUADO

I.1 Información de Identificación

La siguiente evaluación se da en el marco de la Estrategia de Cooperación de los Estados Unidos para el Desarrollo del Perú (CDCS) 2012-2016. Con este CDCS, USAID está sentando las bases para trabajar en conjunto con el GOP, asumiendo mayor participación a través de una mayor atención al desarrollo de las capacidades locales. USAID y el GOP han identificado tres prioridades de política exterior en el contexto del desarrollo del Perú, las que a su vez concuerdan con tres objetivos de desarrollo integrado (OD):

- Objetivo de Desarrollo 1 (OD-1): Incrementar las alternativas a los cultivos ilícitos de coca en las regiones seleccionadas
- Objetivo de Desarrollo 2 (OD-2): Mejorar la gestión y calidad de los servicios públicos en la Amazonía
- Objetivo de Desarrollo 3 (OD-3): Gestionar de manera sostenible los recursos naturales en la Amazonía y en las zonas de glaciares altos andinos

Las actividades a evaluar se enmarcan en el Objetivo 2, que busca mejorar la gobernabilidad y la inclusión social en la Amazonía del Perú. La estrategia de USAID considera que si se mitiga dos desencadenantes de conflicto –el narcotráfico y la explotación ilegal de recursos naturales- y simultáneamente se mejora la gestión y la calidad de los servicios públicos y se fomenta la inclusión social, el Perú seguirá siendo una democracia estable y un socio confiable de Estados Unidos. Al ampliar las oportunidades económicas, mejorar la gestión y la calidad de los servicios públicos, así como promover la inclusión social en las regiones donde existen el cultivo ilegal de coca y las amenazas ambientales, los conflictos disminuirán y la inversión privada aumentará. En un entorno con estas características, las familias locales podrán salir de la pobreza, mejorará la calidad de vida de las poblaciones marginadas y se logrará una gestión más sostenible del medio ambiente.

Management Sciences for Health (MSH) ha implementado durante un período de cinco años (2010-2015) el proyecto denominado “USAID Municipios y Comunidades Saludables II” (MCS II). Este proyecto implementa de manera sistemática los procesos y productos desarrollados por MCS I (período 2006-2010), incluyendo guías detalladas para una familia saludable, comunidad, juntas vecinales comunales (JVC) y distrito/municipalidad. Adicionalmente, se implementó el software de recolección de datos SISMUNI, las guías para desarrollar los Programas de Inversión Pública (PIPs), y los programas de liderazgo. El objetivo principal del MCS II es mejorar las prácticas saludables de la salud materna-infantil y reproductiva de familias en comunidades y distritos circunscritos en las regiones de Ucayali, San Martín, Ayacucho, Huánuco y Lima. Para alcanzar dicho objetivo, el MCS II promueve una responsabilidad compartida y un compromiso de actores pertenecientes al ámbito gubernamental, sector salud, sociedad civil, y comunidades.

La población objetivo consta de niños y niñas menores de 2 años, mujeres en edad fértil, y gestantes que habitan en el ámbito de intervención del proyecto MCS II.

El MCS II consta de dos componentes:

Componente I: Prácticas Comunitarias Saludables

Lleva a cabo la intervención directa del proyecto en la aplicación de estrategias que empoderan a las personas, especialmente a las mujeres, en el auto-cuidado de la salud, adoptando prácticas saludables que conllevan a mejoras en la salud materno-infantil (SMI) y planificación familiar (PF). Este proceso enfatiza la comunicación para generar cambios sociales y personales, impulsando la participación activa de la comunidad. Dicha participación prioriza el rol estratégico de las Juntas Vecinales Comunales (JVC), quienes mediante sus líderes movilizan a la comunidad para transmitir sus necesidades e influir en la toma de decisiones a nivel de gobiernos locales. De esta manera, el componente I trabaja la relación de incidencia de la JVC en las familias para la adopción de prácticas saludables y a nivel de gobiernos locales para influir en la asignatura de prioridades y recursos financieros.

Componente II: Sector público y privado institucionaliza la metodología del MCS II.

Habiendo empoderado a la población objetivo (componente I), el proyecto enfoca su intervención en la institucionalización de la metodología MCS en instituciones del sector público y privado. Se busca que, mediante la metodología MCS, representantes del sector de salud, autoridades de los gobiernos nacionales, regionales, y locales, e instituciones del sector privado puedan mejorar la salud materno-infantil y salud reproductiva, contribuyendo a una implementación y diseminación sostenible. Utilizando un enfoque ascendente, se brinda asistencia técnica para promover la coordinación y trabajo intersectorial desde los gobiernos locales, regionales, y hasta nacionales. Con dicho enfoque holístico, se busca la integración de las JVC capacitadas para influir en la coordinación intersectorial gubernamental. Se reforzará el uso del Sistema de Información Municipal de Base Comunitaria (SISMUNI) como guía en la toma de decisiones de gobiernos locales (GL)s mediante su uso en la asignatura del presupuesto participativo.

Adicionalmente al trabajo con JVC y diferentes niveles de gobierno, se trabajaría conjuntamente con organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas o públicas para adopción e implementación de la metodología MCS, alcanzando su sostenibilidad en la medida que estas organizaciones estén capacitadas técnicamente y puedan replicar y transferir dicha metodología a otras organizaciones/instituciones interesadas. Estas organizaciones brindarán asistencia técnica a otros gobiernos regionales/locales y demás instituciones contribuyendo al proceso de transferencia, expansión y sostenibilidad (TES) así como a la iniciativa de USAID Forward.

1.2 Contexto de Desarrollo

La movilización de miembros de la comunidad para coordinar e incidir en la toma de decisiones de municipalidades/gobiernos locales data de los años 90 donde se crea un momentum a nivel internacional para la implementación de la estrategia *Healthy Municipalities and Communities* impulsada

por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012⁶⁹). Dicha estrategia se enfoca en promover los procesos que causan mejoras en las condiciones de vida de las personas así como en el trabajo conjunto de la comunidad con las autoridades locales. Asimismo, esta estrategia contribuye a los procesos de descentralización adoptados por varios países, donde la incidencia de la comunidad en la asignación de recursos por parte de las municipalidades/gobiernos locales es clave para alcanzar los logros deseados (Collins & Hayes, 2010⁷⁰; OMS, 2012). En el contexto de América Latina, se identifica la importancia de la coordinación y trabajo intersectorial de las comunidades con sus municipalidades para disminuir la desigualdad en la salud (Collins & Hayes, 2010).

A nivel nacional, existen desigualdades significativas en función al lugar de residencia (urbana o rural) y regiones geográficas. Ejemplo clave es la tasa de desnutrición crónica infantil (DCI) que es cuatro veces mayor en las regiones más pobres del país versus aquellas con mayores recursos. En el 2012, tres de las regiones priorizadas por el proyecto MCS II, Huánuco (30.9%), Ucayali (24.7%), y Ayacucho (29.5%), mantienen tasas de DCI mucho mayores en comparación con el nivel nacional (18.1%). El GOP ha establecido la reducción de la DCI como prioridad de salud a nivel nacional, teniendo como meta alcanzar una tasa del 10 por ciento en el 2016. Bajo este contexto, el GOP impulsa la reforma de descentralización del sistema de salud promoviendo un enfoque coordinado entre las instituciones intergubernamentales y multisectoriales para mejorar el estado de salud general de la población, priorizando poblaciones vulnerables.

Es en el marco de la reforma de descentralización y la reducción de la desigualdad donde el presente proyecto MCS II ha enfocado sus esfuerzos, mejorando la salud materno-infantil (SMI) y reproductiva en regiones con menores índices de desarrollo. Asimismo, se busca consolidar el progreso alcanzado en el MCS I en relación a la adopción de prácticas saludables. Es decir, el MCS II promueve la movilización comunitaria y la gestión local como aspectos necesarios interrelacionados para la promoción de la salud a nivel individual, familiar, comunitario, y de municipio. A nivel intergubernamental, se busca establecer un trabajo conjunto y sostenible entre gobiernos locales, regionales, y nacionales conjuntamente con instituciones público/privadas y no gubernamentales como estrategia para alcanzar los logros deseados.

1.3 Marco de Resultados

Mediante el apoyo de USAID (Cooperative Agreement No. AID -527-LA-I I-00001), Management Sciences for Health (MSH) viene implementando el Proyecto “Municipios y Comunidades Saludables II” el cual dentro del marco de resultados, tiene por impacto general: “Las prácticas de salud materno/infantil, y de salud reproductiva/planificación familiar mejoran entre familias con niños menores de dos años, mujeres gestantes y mujeres en edad fértil, en las áreas de intervención del proyecto”. Para alcanzar el impacto, sus dos resultados intermedios son: a) Comunidades con familias que tienen niños menores de 2 años, gestantes y mujeres en edad fértil han mejorado las prácticas saludables, y b) las instituciones públicas y privadas institucionalizan la metodología MCS de manera sostenible (ver Gráfico 1).

⁶⁹ World Health Organization. (2012). Healthy municipalities and communities. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=4535&lang=en

⁷⁰ Collins P. & Hayes, M.V. (2010). The role of urban municipal governments in reducing health inequalities: A meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health* 9:13.

A nivel del resultado intermedio 1 (IR1), en el cual se espera que comunidades con familias que tienen niños menores de 2 años, gestantes, y mujeres en edad fértil hayan mejorado las prácticas saludables en SMI y PF, se abordan tres resultados sub-intermedios:

- **Comunidades** empoderadas implementan acciones de promoción de la salud y de mejora de los factores ambientales que influyen su salud (Sub IR1.1).
- Familias con niños menores de 2 años y gestantes implementan compromisos para mejorar su entorno y prácticas saludables (Sub IR1.2).
- Gobiernos locales implementan acciones contenidas en su plan distrital para promover escenarios saludables (Sub IR1.3).

El Sub IR1.1 busca que las autoridades comunales organizadas en Juntas Vecinales Comunales se empoderen y asuman un liderazgo democrático y una gestión activa a favor de la salud de las familias y abordaje de entornos a partir del desarrollo de un diagnóstico y plan comunal que se concreta en su implementación vía la mejora de calles, eliminación de criaderos de insectos, puntos de recojo de basura, micro rellenos, espacios recreativos, campañas de comunicación, entre otros. Para alcanzar estos cambios se cuenta con pasos metodológicos, herramientas y acciones claves como sesiones, capacitaciones, movilización comunal como faenas, caravanas o asambleas comunales, etc.

En el sub-resultado del escenario familia (Sub IR1.2) se busca que adopten el compromiso de cambio y conocimientos para el auto-cuidado de prácticas en salud y de mejoras en su entorno inmediato que es la vivienda. De esta manera, se abordan determinantes sociales para favorecer que los niños y niñas menores de 2 años de edad consuman alimentación balanceada, lactancia materna exclusiva (LME) (en los primeros 6 meses) y en la frecuencia adecuada, que cuenten con vacunas al día, control de niño sano, consumo de agua segura y niños con registro de identidad (DNI). Para esto se cuenta con pasos metodológicos validados, herramientas que facilitan el compromiso y acciones de cambio en las familias, entre las que destacan sesiones de reflexión, charlas, sesiones demostrativas, campañas comunicacionales, entre otras.

El Sub IR1.3 espera que las autoridades municipales y los funcionarios del área de desarrollo social de los Gobiernos Locales (GL) fortalezcan sus capacidades para asumir el liderazgo de la gestión local de promoción de la salud de manera articulada con las comunidades, equipos de salud de los EE.SS. y otros actores locales clave; orientados a promover escenarios saludables. Para alcanzar estos cambios se cuenta con pasos metodológicos, herramientas y acciones claves como incidencia, capacitaciones, sesiones informativas, planificación e inversión pública para abordar prácticas de salud y entornos saludables en el distrito y sus comunidades.

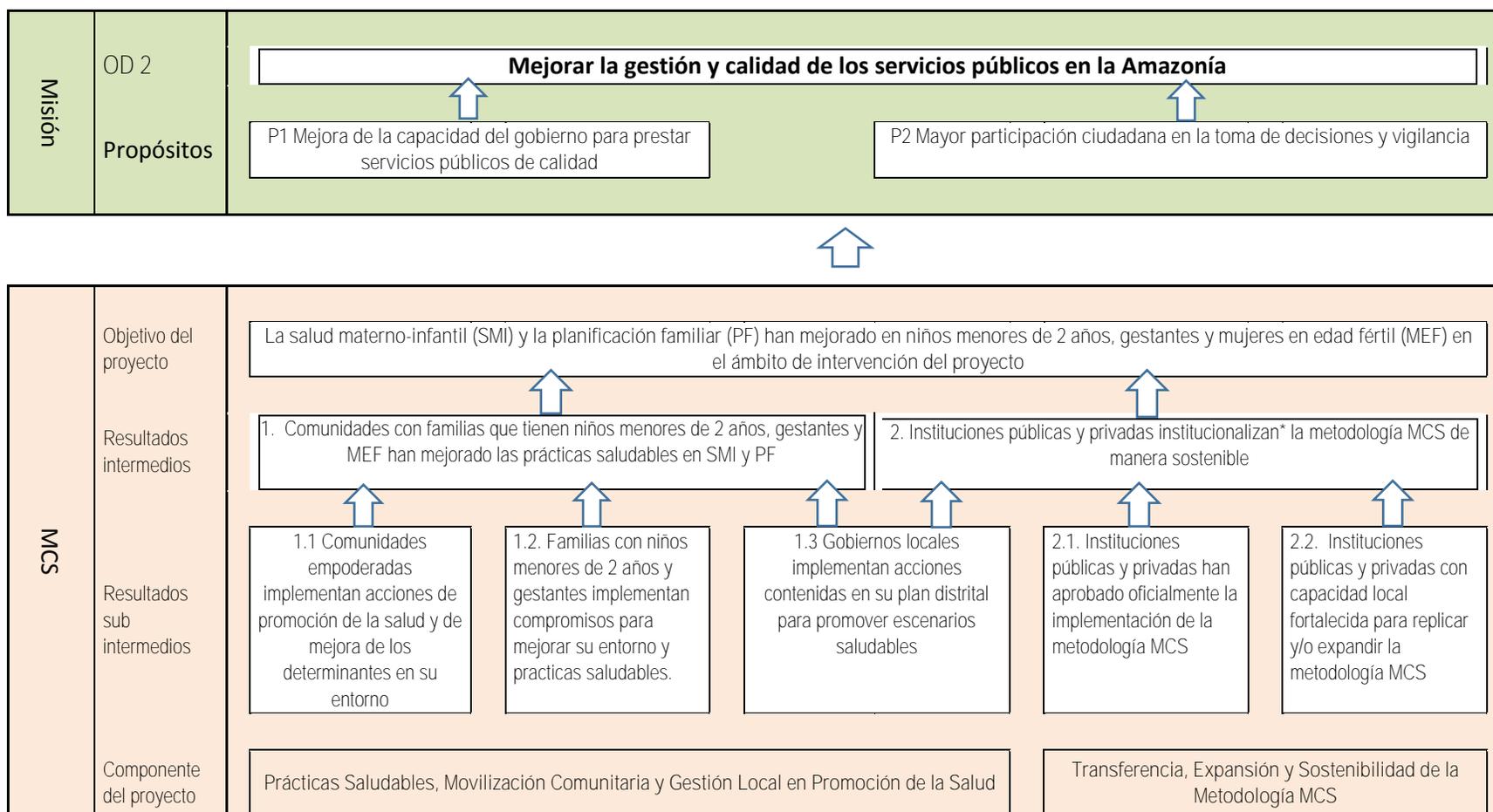
El resultado intermedio 2 (IR2) busca que las instituciones públicas y privadas institucionalicen la metodología MCS promoviendo su expansión, transferencia y sostenibilidad. Por ende, se requiere abordar dos resultados sub-intermedios:

- Instituciones públicas y privadas han aprobado oficialmente la implementación de la metodología MCS (Sub IR2.1).
- Instituciones públicas y privadas con capacidad local fortalecida para replicar y/o expandir la metodología MCS (Sub IR2.2).

En el sub-resultado IR2.1 se busca que las instituciones públicas como gobiernos regionales y nacional o del sector privado como ONGs o empresas privadas, aprueben la aplicación de la metodología y asuman el compromiso formal para aplicar la misma en el marco de su quehacer y/o sus líneas de intervención, considerando inversión y acompañamiento técnico. Para ello, se cuenta con una metodología de transferencia, expansión y sostenibilidad (TES) y acciones claves como incidencia, marketing y reuniones de presentación.

En el sub-resultado IR2.2 se espera que las instituciones antes citadas conozcan y adquieran destrezas en el manejo de los pasos y las herramientas de MCS, contando con equipos capacitados para implementar los escenarios según su prioridad e interés de intervención. De igual manera, estas instituciones podrán capacitar a otras entidades públicas o privadas interesadas en adoptar la metodología.

Gráfico 1: Marco de Resultados



* Institucionalización: implementación efectiva de los escenarios saludables a cargo de la organización que adopta la metodología. **MEF: Mujeres en Edad Fértil.

I.4 Estrategia del Proyecto

El Proyecto MCS consta de dos componentes cuyas acciones son enfocadas a actores claves distintos. El Gráfico 2 muestra el componente I enfocado en la relación de familias, JVC, y gobiernos locales, incluyendo los establecimientos de salud. El componente II, transfiere y expande este modelo (familias-JVC-GLs) a otras organizaciones tanto públicas como privadas que están interesadas en replicarlo según sus líneas de intervención. La Figura 1 muestra como los gobiernos regionales y nacionales así como organizaciones públicas y privadas forman parte de este componente. Es en este proceso de transferencia y expansión del modelo a otras organizaciones interesadas para su replicación donde se alcanzan las dimensiones de sostenibilidad. A continuación se explica en más detalle la ejecución del componente I y II.

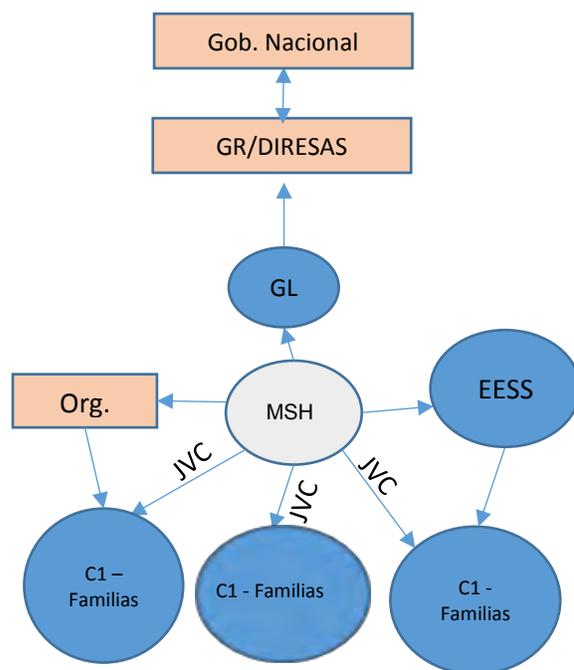


Gráfico 2: Metodología MCS, componente I y II

I.4.1 Familias – JVC – Gobiernos Locales.

La estrategia de MCS desarrollada por el proyecto USAID/MCS aborda como pilares, la gestión participativa para la salud y el desarrollo local, donde a través del empoderamiento social, las personas, familias, organizaciones comunales, decisores locales y servicios de salud se articulan, actuando colectivamente con el fin de promover en las familias y comunidades las prácticas saludables y la mejora de la gestión y vigilancia comunal en salud, consiguiendo de esta manera, una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de la población.

La implementación de la estrategia de MCS se inicia con el Componente I en la comunidad cuando la familia, la comunidad organizada (Junta Vecinal Comunal⁷¹ u otra similar) y el municipio asumen el compromiso de intervenir a favor de la mejora de su salud, para lo cual se organizan para lograrlo. Para alcanzar este objetivo, MSH desarrolla un conjunto de acciones considerando las fases de promoción de salud⁷²:

- Fortalecimiento de capacidades locales a las JVC a fin de promover y vigilar las prácticas saludables, promocionar la salud y prevenir daños.
- Asistencia técnica a través del uso de herramientas (Familia, Comunidad y Municipio Saludable, Diagnóstico y Plan para tener una Comunidad Saludable, Ficha de Vigilancia Comunal, Sistema de información de base comunitaria).

⁷¹ La Junta Vecinal Comunal como instancia de representación comunal, está reconocida por la Ley Orgánica de Municipalidades N° 27972 Artículo 116.

⁷² Las fases de promoción de la salud establecidas por el Ministerio de Salud del Perú son: Sensibilización y organización, planificación, ejecución y autoevaluación.

- Fortalecimiento de capacidades aplicando los Programas de Liderazgo, Moral y Gestión Comunal.
- Diseño y capacitación de metodologías y guías para el diseño de Proyectos de Inversión Pública en salud y determinantes.
- En base al desarrollo de estas acciones, la Estrategia de MCS genera procesos orientados a cambios sociales que impactan en la salud local.

Habiendo realizado dichas acciones, el Componente I clasifica el nivel de avance alcanzado en las familias, comunidades, y municipios participantes, ya sea alto, intermedio, o bajo. Cada uno de los ámbitos en el cual se mide dicho avance consta de indicadores particulares. De manera resumida, el nivel de avance familiar se refiere al cambio de comportamientos referente a las prácticas saludables adoptadas. A nivel de comunidad, se refiere a las mejoras alcanzadas en el entorno y en las prácticas saludables de las familias participantes. En municipios, se mide el nivel de avance alcanzado en la adopción de prácticas saludables de sus familias, en la inversión realizada para promover comunidades y familias saludables, y finalmente, en la implementación de políticas a favor de los escenarios saludables.

Bajo el componente II, se busca transferir la estrategia mediante su modelo MCS a entidades gubernamentales, del sector público, y privado quienes, habiendo sido capacitados, la implementan y diseminan, alcanzando de esta manera su sostenibilidad.

I.4.2. Momentos del proceso de Transferencia y Expansión.

En relación al Componente II, el enfoque de transferencia, expansión y sostenibilidad del modelo MCS se fundamenta en la Guía TES (en adelante referida como la “Guía”)⁷³, existen **cuatro momentos** para las dos primeras etapas de transferencia y expansión.

Primer momento: sensibilización e incidencia

Se refiere a la realización de acciones de información y comunicación dirigidas a decisores del nivel distrital, regional y nacional, con la finalidad de promover y dar a conocer la utilidad de la Estrategia de MCS y la consecuente adopción de su metodología y herramientas. Entre las acciones destacan: Reuniones de abogacía, socialización de experiencias mediante visitas guiadas a comunidades modelo, presentación de videos, historias de éxito y testimonios, así como la difusión del proyecto vía página Web.

El resultado a lograr en esta fase es:

- Compromiso y voluntad política de los líderes de las organizaciones usuarias expresadas en documentos oficiales (memorándum de entendimiento, resolución directoral, directivas u ordenanza regional, resoluciones u ordenanza municipal) que impulsan el proceso de Municipios y Comunidades Saludables.

⁷³ Management Sciences for Health, Municipios y Comunidades Saludables II, “Guía de Transferencia, Expansión y Sostenibilidad de la Metodología de Municipios y Comunidades Saludables a Organizaciones de Nivel Nacional, Regional y Local”, 2011. De aquí en adelante, se le hace referencia como la *Guía*.

Segundo momento: organización y planificación

En este momento se organizan los elementos necesarios para la implementación de la estrategia MCS. La principal acción a desarrollarse en este segundo momento es la asistencia técnica para lograr que:

- A nivel de gobiernos locales y regionales se designe a un equipo estratégico,
- exista un reconocimiento oficial del equipo estratégico u otro similar según el tipo de la organización usuaria,
- se elabore un Plan de acción del Equipo Estratégico, y
- se desarrolle a nivel nacional la asistencia técnica orientada a la expansión vertical, es decir, normativa.

Para garantizar la viabilidad y el éxito de la implementación de la Estrategia MCS, el equipo estratégico deberá estar constituido por funcionarios o personal con capacidad de decisión.

Los resultados a lograr en esta fase son:

- Definición de equipos estratégicos,
- Creación o fortalecimiento de estructuras operativas responsables de ser los facilitadores de la implementación de la metodología y herramientas de MCS, y
- Elaboración de planes de implementación de la metodología y herramientas de MCS a cargo del equipo estratégico de la organización usuaria.

Tercer momento: desarrollo de capacidades

En este momento se implementan las actividades de capacitación dirigidas a mejorar las competencias: Conocimientos, habilidades y actitudes de las y los facilitadores encargados de implementar en campo la Estrategia de MCS.

Los temas de capacitación principales están organizados en una malla curricular que aborda la metodología y herramientas por escenarios de intervención, comunicación para el cambio social y para el cambio de comportamientos, gestión de Proyectos de Inversión Pública orientados a la mejora de la salud y sus determinantes, y procesos de Clasificación y Calificación de Municipios y Comunidades saludables, entre otros.

El resultado a lograr en esta fase es:

- Equipos técnicos operativos (facilitadores) con conocimientos, habilidades y actitudes para facilitar la implementación de la estrategia MCS en sus ámbitos territoriales.

Cuarto momento: monitoreo y evaluación

Las acciones de M&E les permitirán conocer los avances, aciertos, errores y dificultades a las organizaciones usuarias sobre la implementación de la metodología y herramientas de la Estrategia de MCS.

Además, en esta fase se transferirán los procesos de Clasificación de Municipios y Comunidades Saludables.

Los resultados a lograr en esta fase son:

- Organizaciones usuarias con plan de monitoreo y evaluación elaborados.
- Organizaciones usuarias implementan su plan de M&E.

- Organizaciones usuarias desarrollan procesos de Clasificación de Municipios y Comunidades Saludables.
- Organizaciones usuarias que aplican voluntariamente al proceso de Calificación de Municipios y Comunidades Saludables.

I.4.2 Sostenibilidad

La sostenibilidad integra los siguientes aspectos:

- los valores y competencias sociales de las familias, comunidades, gobiernos locales y regionales beneficiarios,
- las reglas de juego de cada uno de estos beneficiarios, y
- el desarrollo del capital social promoviendo autonomía e institucionalidad de la estrategia de MCS.

En el marco de este fortalecimiento e institucionalidad, la sostenibilidad de la metodología y herramientas de la estrategia MCS en los niveles local, regional o nacional en un mediano y largo plazo, considera las siguientes dimensiones de la sostenibilidad:

Sostenibilidad política

Se genera desde los actores locales o regionales, un conjunto de políticas que garantiza que con el tiempo se continuará su aplicación, como es el caso de: ordenanzas municipales que norman la implementación de la metodología y herramientas, incorporación de las acciones para implementar la estrategia de MCS en el Plan Operativo Institucional de las municipalidades, entre otros.

Bajo esta premisa, se considera como uno de los criterios para la medición de la sostenibilidad de la estrategia de MCS, el establecimiento de alianzas permanentes entre gobierno local y establecimiento de salud.

Sostenibilidad social

Se genera, en primera instancia, una participación informada de las familias y autoridades comunales y locales; y en segunda instancia, desarrolla redes sociales a partir de la interacción de las JVC con sus gobiernos y otros actores, ambas condiciones generan un capital social que permitirá continuar con la implementación de la estrategia de MCS.

Sostenibilidad técnica

La estrategia es sostenible técnicamente porque la metodología y herramientas que dispone, son de fácil comprensión y aplicación, lo cual propicia su adopción por la comunidad, autoridades e instancias públicas del nivel nacional, regional y local.

Sostenibilidad financiera

La Estrategia de MCS fortalece las capacidades que facilitan el apalancamiento de recursos para garantizar la continuidad de la Estrategia. De otro lado, a través de acciones de incidencia, la estrategia MCS se coloca en la agenda pública y canaliza fuentes de financiamiento diversas.

I.5 Zonas Geográficas

La estrategia de implementación del proyecto MCS II se guía por las intervenciones de DA; es decir, el proyecto se ejecuta en dichas comunidades en coordinación con USAID. En la región de Ayacucho

donde las actividades de DA han finalizado, el Proyecto MCS II no considera a esas comunidades parte del ámbito del DA en la actualidad.

El proyecto de MCS, en sus dos componentes, debería ejecutarse durante un período aproximado de 36 meses. Se han priorizado las regiones de Ayacucho, Huánuco, Ucayali, y San Martín para la ejecución del Componente I - *Prácticas Saludables, Movilización Comunitaria, y Gestión Local en Promoción de Salud*. Dicho componente se implementó en 160 comunidades de 23 distritos (ver Tabla I). Las regiones de Huánuco y Ucayali son las más recientes en donde se realizan las actividades de desarrollo alternativo.

En relación al componente II – *Transferencia, Expansión, y Sostenibilidad de la Metodología MCS* - adicionalmente a las regiones priorizadas en el componente I, se ha implementado también en Lima, Junín, Huancavelica, y Ancash. En estas regiones, el modelo se ha adoptado e implementado por gobiernos regionales, ONGs, y empresas privadas. Se han culminado los cuatro momentos del proceso de transferencia y expansión con todas las instituciones identificadas, con excepción del ámbito gubernamental a nivel nacional, que por rotación de autoridades, permanece en los momentos uno y dos: sensibilización e incidencia y planificación y organización.

La Tabla I resume las regiones participando ya sea en el componente I y 2, o sólo el dos. Se puede observar que en las regiones de Ayacucho se llevaron a cabo ambos componentes, donde las ONGs Salud Sin Límites y Mama Alice así como varios programas nacionales han participado en la TES. De la misma manera, ambos componentes se han implementado en Huánuco y Ucayali, donde la TES incluyó a la Red de Salud Tingo María y Aguaytía, respectivamente. San Martín también implementó ambos componentes, donde la TES se llevó a cabo a nivel de GR y de Gerencia de Desarrollo Social, y a nivel de ONG, con CEPCO. Las demás regiones de Lima, Junín, Huancavelica, y Ancash solo han participado en el componente II.

Tabla I: Ámbito de intervención del Modelo MCS

Componente I	Componente II
Huánuco Distritos: 7 Comunidades: 42 Sede: Tingo María	○ Red de Salud Tingo María
Ucayali Distritos: 6 Comunidades: 78 Sede: Pucallpa y Aguaytía	○ RG ○ Red de Aguaytía ○ + 7 distritos: Yurúa, Sepahua, Coronel Portillo, Atalaya, Tahuanía, Purús
San Martín Distritos: 6 Comunidades: 24 Sede: Tarapoto	○ GR ○ Gerencias de Desarrollo Social ○ DIRESA ○ PAIMNI (GN) ○ CEPCO
Ayacucho Distritos: 4 Comunidades: 16 Sede: Ayacucho	○ CRECER Wari ○ Cuna Mas (GN) ○ Juntos (GN) ○ Salud Sin Límites ○ Mama Alice
	Lima ○ DISA Lima Sur

	<ul style="list-style-type: none"> ○ DISA Lima Provincias (Red de Salud Barranca Cajatambo, Cañete Yauyos, Huarua-Oyón, Huaral, Huarochirí, Huaral Chancay, y Hospital Chancay) ○ DISA Jaen ○ Red de Salud Villa de Salvador ○ Red de Salud de Miraflores ○ UNACEM ○ MINSA ○ MIDIS ○ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
	<p>Junín & Huancavelica</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicus Mundi ○ Salud Sin Limites ○ Poverty Action
	<p>Ancash</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PRISMA ○ ADRA ○ Caritas ○ CARE Perú

I.6 Información Existente

Se proporcionará al equipo evaluador acceso a las bases de datos de MSH relacionadas tanto al componente I y II. Esto incluye el Sistema de Información Municipal de Base Comunitaria (SISMUNI), información relacionada a la implementación del modelo MCS en comunidades participantes del componente I, incluyendo nivel de avance de familias, comunidades, y municipios, ordenanzas/resoluciones municipales, guías de transferencia, informes de equipos técnicos locales, reportes de capacitación a JVC, GL, y demás organizaciones interesadas. En relación al componente II, se proporcionará información acerca de los ámbitos de incidencia/intervención, alcance en las etapas del TES con organizaciones interesadas, contratos establecidos con las mismas, material de capacitación y sensibilización, reportes de monitoreo y evaluación de organizaciones participantes en el componente II, entre otros.

Se brindarán copias de informes trimestrales, anuales, y finales, incluyendo evaluaciones intermedias de haberse realizado, así como el reporte final de la evaluación del MCS I. Asimismo, se brindarán los planes anuales de trabajo, marcos lógicos, informes de monitoreo y evaluación, informes de PIPs implementados, historias de éxito, etc. Los siguientes documentos se compartirán con los evaluadores en la medida disponible: planes comunales, fichas de vigilancia comunales, reportes fotográficos de reuniones con familias, gestantes, personal de salud, GL, organizaciones interesadas, etc.

Se tendrá acceso a la información del proyecto disponible tanto en Lima como en sus sedes localizadas en las ciudades de Pucallpa en Ucayali, Tingo María en Monzón, Tarapoto en San Martín, y Ayacucho en Ayacucho. Durante los años de implementación del proyecto, existió una sede adicional ubicada en Aguaytia, capital del distrito del Padre Abad en Ucayali. Finalmente, se brindarán guías generales de USAID incluyendo la Estrategia de Cooperación de los Estados Unidos con el Gobierno de Perú.

II. RACIONALIDAD DE LA EVALUACION

II.1 Propósito de la Evaluación

Esta es una evaluación rápida que se inicia unos meses antes de terminar el proyecto (diciembre de 2015) que tiene el propósito principal de evaluar la transferencia, expansión y sostenibilidad del “modelo” de MCS desde un enfoque prospectivo que pueda adoptarse en otros ámbitos del desarrollo local en el Perú.

La evaluación se focalizará en los cuatro diferentes momentos establecidos en la *Guía*⁷⁴ que involucra a los diferentes actores en los procesos de sensibilización e incidencia, organización y planificación, desarrollo de capacidades y monitoreo y evaluación. Asimismo, se evaluará las cuatro dimensiones de sostenibilidad – política, social, técnica y financiera – de los actores y en los ámbitos según sea lo apropiado. Estos elementos constituyen factores principales para fortalecer el capital social y gobernabilidad en las áreas intervenidas. Esta evaluación no analizará las metas y logros alcanzados en el campo de la salud materno-infantil y reproductiva.

También, se desea analizar el grado de cambio en comportamiento a nivel de las familias, comunidades y de las organizaciones públicas y privadas que han participado en el proyecto para mejorar sus condiciones de vida, especialmente relacionados a la salud en el caso del proyecto MCS.

Sus objetivos son:

1. Evaluar y proporcionar evidencia sobre el grado de transferencia, expansión y sostenibilidad del modelo de intervención de MCS II en cada uno y en el conjunto de los actores principales involucrados (pro ej. familia, comunidad, y gobierno local).
2. Evaluar la “ventaja relativa” de la estrategia de MCS sobre otras intervenciones identificando cada una de sus características.⁷⁵
3. Formular recomendaciones específicas y prácticas a USAID para adoptar de manera eficiente, eficaz y sostenible el modelo de intervención de MCS en el próximo futuro, particularmente en el contexto de DA.

II.2 Audiencias y Usuarios de la Evaluación

La audiencia principal de la evaluación es USAID/ Perú que requiere saber la contribución del Proyecto al desarrollo local - e.g., gobernanza, capital social, desarrollo comunitario - y su posible contribución a la complementariedad o integración con las actividades de DA. Las municipalidades, comunidades y juntas vecinales participantes son parte de la audiencia en la medida que también a través de ellos se ha implementado el modelo MCS y se espera su sostenibilidad.

El equipo de USAID participará en las diferentes etapas de la evaluación proporcionando información clave y colaboración con el equipo de PGRD/*Evaluations*.

⁷⁴ Ver *Guía TES*.

⁷⁵ *Ibid.*

Los resultados de la evaluación también pueden ser de interés para las instancias del gobierno nacional y gobiernos regionales en relación a metodología efectiva para mejora de indicadores de salud.

III. DISEÑO Y METODOLOGIA

III.1 Preguntas de Evaluación

1. ¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del Proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas? Analizar la Teoría de Cambio (TdC), la metodología, y los instrumentos del modelo de MCS.
2. ¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores principales involucrados – ej., la familia, comunidad – y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales?
3. ¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?
4. ¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo del CDCS de USAID?⁷⁶

III.2 Diseño de la Evaluación

Esta es una evaluación rápida de la aplicación de la metodología del modelo MCS, incluyendo el proceso de transferencia, expansión, y sostenibilidad (TES) del modelo a organizaciones interesadas. En esta evaluación, metodología se entiende como la identificación de los pasos/procesos que se deben realizar así como las relaciones institucionales que se deben establecer tanto en la implementación y en el proceso de TES del modelo MCS que se busca mediante la adopción y subsiguiente replicación por las organizaciones interesadas. En este sentido, se analizarían las relaciones entre diferentes instituciones como ser JVC, EESS, GL, GR, organizaciones interesadas en la metodología, etc- no limitándose a los actores clave del modelo MCS per se (familias – JVC – GL).

Se considera estudiar un grupo representativo de comunidades participantes indagando con mayor detalle sobre el logro alcanzado en las familias. No obstante, los tres objetivos de esta evaluación mencionados anteriormente (sección II.1) sugieren una visión más amplia, donde se busca evaluar la transferibilidad de la metodología MCS a otros ámbitos fuera del sector salud, incluyendo su ventaja relativa e identificando recomendaciones específicas y prácticas para adoptar de manera eficaz y eficiente el modelo MCS y su TES. La evaluación de factibilidad de la transferencia de la metodología MCS a otros sectores priorizados por USAID contribuiría a la elaboración de la próxima estrategia de USAID plasmada en el documento CDCS 2017-2020.

Se realizará un análisis exhaustivo de la documentación, principalmente el SISMUNI y los documentos de proyecto, y se complementará con un selecto número de entrevistas a profundidad con actores clave de la metodología MCS. Dichas entrevistas permitirán obtener información detallada en temas específicos que no han sido expuestos de manera suficientemente clara en la documentación impresa/electrónica. Se considera como informantes clave el personal de MSH que labora en Lima y en

⁷⁶ Suponiendo que el próximo CDCS tendría objetivos de desarrollo similares por lo menos en lo que concierne a la lucha contra las drogas ilícitas y el fortalecimiento del manejo de los recursos naturales.

las diferentes sedes regionales localizadas en Ayacucho, Ayacucho, Tingo María, Monzón, Tarapoto, San Martín, Pucallpa, Ucayali, y en Aguaytia, capital del distrito de Padre Abad, Ucayali donde existió una sede de MSH durante el proyecto. También son informantes clave los representantes de gobiernos locales, regionales, y nacionales así como de las ONGs/organizaciones interesadas que han participado en la TES de la metodología y modelo MCS y que se encuentran localizados en el mismo ámbito geográfico que las sedes del proyecto MSH, tanto en provincia como en Lima. En las localidades de provincia se implementaron las actividades tanto del componente I y II, mientras que en Lima solo se aplicó el componente II. Se aclara que MSH no tiene sedes en Junín, Huancavelica, y Ancash, por lo tanto, no se realizarían entrevistas a profundidad en esas localidades. Se triangularán múltiples fuentes de información para identificar hallazgos, lecciones aprendidas, generando recomendaciones claras y factibles para las actividades de USAID incluyendo la identificación de los OD en el CDCS del próximo quinquenio. Como se mencionó antes, un supuesto es la similitud de los OD del presente y próximo CDCS en relación a los enfoques sobre desarrollo alternativo y manejo sostenible de recursos naturales.

Como se observa en la Tabla 2, la metodología de evaluación considera los criterios de pertinencia, eficacia y sostenibilidad en relación a su adopción, apropiación y sostenibilidad a nivel de las familias, comunidades, gobiernos, y organizaciones públicas y privadas en el área de salud.

Las preguntas 1 y 4 de la evaluación están relacionadas a **pertinencia**. Es decir, la evaluación explicará y analizará el “modelo” de MCS en relación al contexto y las necesidades de las comunidades para la mejora de la salud materno-infantil en las áreas de intervención en base a documentos del proyecto como son el *Program Appraisal Document (PAD)*, la *Guía*, el Marco de Resultados y sus supuestos, entre otros. Por otro lado, se analizará si el “modelo” de MCS se pudiese adaptar al contexto, ampliar y/o profundizar en las actividades de DA y ayudar a alcanzar objetivos y metas de DA. En relación a la pregunta 1, se tendrá que realizar un análisis riguroso de la teoría de cambio que respalda al “modelo” de MCS. Para la pregunta 4 y en base al ejercicio previo, el análisis se concentrará en la contribución de MSH y la complementariedad a las otras actividades principales de DA. De ser pertinente, se explorará la posible aplicación del modelo y metodología para alcanzar los resultados esperados en relación al OD 3, la gestión sostenible de recursos naturales en la Amazonia y en las zonas glaciares alto andinos.

La pregunta 2 considera el criterio de **eficacia**. A diferencia de otras evaluaciones donde se examina el logro de resultados, esta evaluación se focalizará en el grado de adaptación y apropiación de la metodología y modelo MCS por los diferentes actores como resultado del proceso de transferencia y expansión del “modelo”; es decir, de las familias, comunidades, y de los diferentes gobiernos, según sea lo adecuado en las diferentes áreas de intervención. Para tal efecto, este análisis utilizará indicadores relevantes planteados en el Proyecto (ver el Anexo) y/o en la *Guía*, en el índice de capital social, y/o indicadores utilizados en el marco de resultado, que serán propuestos por los consultores en estrecha colaboración con Evaluations, MSH y USAID. En este sentido, se buscaría utilizar escalas de *Likert* que contribuyan con una dimensión cuantitativa del nivel de adaptación, apropiación, e implementación del modelo por diferentes actores.

La pregunta 3 es particularmente relevante al criterio de **sostenibilidad**. La *Guía* establece cuatro dimensiones de sostenibilidad: política, social, técnica y financiera con sus respectivas definiciones. Esta evaluación utilizará estas dimensiones para cada actor principal, cuando corresponda. Adicionalmente, el análisis tendrá que valorar la apropiación de la metodología, incluyendo los procesos y herramientas por parte de los actores involucrados para asegurar su sostenibilidad. Este análisis utilizará indicadores

relevantes planteados en el Proyecto (ver Anexo), y/o en la *Guía*, y/o indicadores que serán propuestos por los consultores en estrecha colaboración con Evaluations, MSH y USAID. Así como en la dimensión de eficacia, se buscaría el uso de escalas *Likert* que sirven para resumir el nivel de sostenibilidad alcanzado en relación a las cuatro dimensiones.

La siguiente matriz muestra las preguntas de la evaluación, su enfoque de análisis y principal método de investigación.

Tabla 2. Matriz de preguntas de evaluación, instrumentos de recolección de datos y método de análisis

Pregunta Global	Enfoque de análisis	Instrumentos de recolección de datos	Criterios Relevantes
1. ¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del Proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas? Analizar la Teoría de Cambio (TdC), la metodología y los instrumentos del modelo de MCS.	Teoría de Cambio	Cualitativo Revisión base de datos Revisión exhaustiva de documentos Entrevistas a informantes clave de MSH, GR, GL, y Org. interesadas	Pertinencia
2. ¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores principales involucrados – ej., la familia, comunidad – y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales?	Marco de resultados Según la <i>Guía</i> Índice de capital social	Cualitativo Base de datos Revisión exhaustiva de documentos. Entrevistas a informantes clave de MSH, GR, GL, y Org. interesadas	Eficacia
3. ¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?	Según la <i>Guía</i> Marco de resultados	Cualitativo Entrevistas a informantes clave de MSH. Revisión exhaustiva de documentos	Sostenibilidad
4. ¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo de USAID? ⁷⁷	Según la <i>Guía</i>	Cualitativo Entrevistas a informantes clave de USAID y MSH, entre otras.	Pertinencia Sostenibilidad

⁷⁷ Suponiendo que el próximo CDGS tendría objetivos de desarrollo similares por lo menos en lo que concierne a la lucha contra las drogas ilícitas y el fortalecimiento del manejo de los recursos naturales.

		Revisión exhaustiva de documentos	
--	--	-----------------------------------	--

III.3 Consideraciones Particulares

En esta evaluación se deberá tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. El sujeto de análisis es el modelo y metodología MCS: Se busca evaluar su TES en ámbitos fuera del sector salud y desde un enfoque prospectivo. Como se explicó en la sección III.2, se estará evaluando tanto la metodología como el modelo MCS, incluyendo las relaciones con actores clave como son GR y organizaciones interesadas que adoptan y replican dicha metodología y modelo. Se deben considerar las cuatro etapas identificadas en la *Guía*. Asimismo, se debe analizar si los procesos y productos promovidos han sido adaptados, aplicados y apropiados debidamente por las familias, comunidades, gobiernos locales y bajo el componente II, por gobiernos regionales, nacionales, y demás instituciones públicas/privadas y no gubernamentales interesadas en la adopción, apropiación, e implementación del modelo. Adicionalmente, se deberá analizar el contexto institucional y situacional que influye en la adopción y futura implementación del modelo y metodología de manera sostenible por organizaciones interesadas.
2. Es necesario subrayar la importancia clave del enfoque de género. La política de USAID considera esta dimensión como crítica en su programa de asistencia. El aspecto étnico/intercultural también puede resultar particularmente interesante en el análisis en función de las localidades geográficas sujetas a esta evaluación.

III.4 Métodos de Recolección de Información

Datos del proyecto

A nivel de proyecto MSH, se examinarán todos los planes operativos anuales, planes de monitoreo y evaluación, reportes trimestrales, historias de éxito, boletines informativos, base de datos de población objetivo alcanzada tanto en el componente I como II, evaluaciones finales e intermedias, incluyendo reporte de evaluación del MCS I. Asimismo, se tendrá acceso al SISMUNI, a las fichas de vigilancia comunal madres/niños, fichas de diagnósticos, y encuestas a los hogares. Para el componente II, se analizarán los reportes de organizaciones interesadas y su nivel de avance según la *Guía*, ámbitos que han sido intervenidos por dichas organizaciones, información relevante de sus beneficiarios de estar disponible, entre otros.

Registros administrativos de los gobiernos sub-nacionales y nacionales

A nivel de gobiernos locales, municipales, y regionales, se utilizarán los documentos oficiales (memorándums de entendimiento, convenios, ordenanzas/ resoluciones de aprobación para la implementación del MCS, inclusión metodológica en estrategias regionales como ser PAIMNI y CRECER WARI), base de datos del SISMUNI, fichas de verificación de avance de los escenarios saludables en municipios, matrices de monitoreo de procesos de transferencia, expansión, y sostenibilidad, planes de trabajo anuales y planes distritales integrales de dichos entes gubernamentales. En el sector salud, sus planes operativos institucionales a nivel de DISAS/DIRESAS, redes de salud, y micro redes, así como la inclusión de la metodología en estrategias regionales ya establecidas.

Información de otras organizaciones no gubernamentales

En relación a las organizaciones interesadas en adoptar el modelo MCS y en las cuales se ha incidido, se examinarán contratos suscritos, planes anuales, alcance según guías de expansión y transferencia, capacitaciones/materiales técnicos, registros de los equipos técnicos locales y de inscripción de la población objetivo, datos registrados de las familias y/o comunidades según disponibilidad.

Entrevistas en profundidad

Las entrevistas semi-estructuradas a profundidad se realizarán de manera complementaria a la revisión exhaustiva y análisis de documentos. El propósito es aclarar y mejorar el nivel de comprensión de temas específicos del proyecto donde la documentación existente es insuficiente para generar respuestas a las preguntas de evaluación. Dichas entrevistas se realizarán con personal clave de las sedes de MSH en Lima y/o provincia, representantes de gobiernos locales, regionales, nacional y de ONGs/organizaciones interesadas que han participado en el TES del modelo MCS y que se encuentran ubicados en el mismo ámbito geográfico que las sedes de MSH. Como se mencionó antes, las sedes de MSH en provincia se ubican en las ciudades de Ayacucho, Tingo María en Monzón, Tarapoto en San Martín, Pucallpa en Ucayali, y, durante el proyecto, en Aguaytia, capital del distrito del Padre Abad en Ucayali.

Las entrevistas serán semi estructuradas y focalizadas. La estructuración corresponderá a las preguntas centrales preestablecidas, con sub-preguntas diferenciadas en relación a los actores claves participantes por componente del proyecto. Serán focalizadas en el sentido que las preguntas deben estar centradas y el entrevistado no deberá perder el “foco” de atención de lo que se quiere lograr. Por ello mismo es necesario tener pruebas piloto del instrumento para examinar que las preguntas y la capacidad del entrevistador estén de acuerdo con este lineamiento.

Debido al uso de entrevistas semi estructuradas como fuente suplementaria de dicha evaluación, se indagará no solo respuestas a las preguntas efectuadas pero también el por qué de las mismas, razones, cuellos de botella, etc. De esta manera, se sustentarán los hallazgos con evidencia, la cual se triangulará con la revisión de documentación disponible. Adicionalmente, se utilizarán datos secundarios para elucidar el contexto geográfico y demográfico en el que se ha aplicado el modelo MCS. De esta manera, las entrevistas semi estructuradas permiten ampliar preguntas claves surgidas de la entrevista para profundizar la respuesta en temas específicos donde el nivel de detalle obtenido mediante la revisión exhaustiva de documentos es insuficiente. En estos casos el contexto situacional es clave si se quiere también hacer grabaciones, con el permiso adecuado del entrevistado. La ampliación de preguntas debe limitarse al mínimo.

De ser necesario realizar las entrevistas, estas deben permitir valorar los logros del Proyecto en las diferentes dimensiones, siendo necesario por consideraciones metodológicas establecer qué secciones de la parte estructurada podrá tener respuestas valoradas. Se recomienda utilizar técnicas que valoren (cuantifiquen) la respuesta (por ejemplo una escala de *Likert*), respecto a los cambios de comportamiento encontrados en los diferentes actores claves así como referente a los niveles de apropiación y adaptación alcanzados por las organizaciones interesadas en la estrategia del modelo MCS.

Triangulación de la Información

La importancia de la triangulación es que permite aumentar la validez o credibilidad de los hallazgos al comparar la información obtenida a partir de diferentes métodos de recolección de datos. Como se ha

probado en otros procesos evaluativos cuando las estimaciones de diferentes fuentes convergen y coinciden, aumenta la validez y la credibilidad de los hallazgos o la interpretación. Cuando las diferentes estimaciones se contradicen, el equipo evaluador deberá explorar para comprender la razón de las contradicciones. Es importante que los métodos puedan ser complementarios para extender la exhaustividad de los hallazgos de la evaluación y profundizar la comprensión obtenida. En esta evaluación, se utilizarán diferentes fuentes de información tanto de MSH como registros gubernamentales y de otras instituciones usuarias del modelo.

El uso de fuentes secundarias adicionales como ser el internet informará el contexto bajo el cual se ha realizado la adopción e implementación del modelo MCS.

Instrumentos

Los instrumentos para el análisis cualitativo tienen un conjunto predefinido de preguntas clave para que el usuario pueda capturar información necesaria. En el caso de las entrevistas semiestructuradas, el entrevistador deberá tener una guía de preguntas que le permita una secuencia ordenada con el entrevistado. En estos casos es importante diferenciar a los actores que se entrevista en la medida que la preguntas profundizaran sobre indicadores en las que la información es específica a la labor del entrevistado en el proyecto.

Cuestiones Éticas

De utilizarse entrevistas semi-estructuradas con informantes clave, se deberán incluir las siguientes consideraciones durante la recolección de datos:

Consentimiento Informado. Los informantes clave deberán hacerlo en forma voluntaria. Antes de cada entrevista, los entrevistadores les informarán a los participantes de la naturaleza de la evaluación, el nivel de confidencialidad que se mantienen, información acerca de la material que se utilizará para las entrevistas, y de sus derechos como participantes al finalizar la entrevista. Los entrevistadores podrán obtener consentimiento por escrito de cada participante.

Confidencialidad. Los participantes serán informados acerca de la confidencialidad de sus entrevistas. Información sobre las organizaciones de los participantes es confidencial, a menos que hubiera un permiso apropiado previamente para que sea público. Los datos de las entrevistas se almacenan en lugares seguros que serán protegidos contra el acceso no autorizado.

Permiso para la grabación. Al inicio de la entrevista, antes de encender los dispositivos de grabación se solicita permiso para el registro electrónico de las entrevistas, el que se obtiene verbalmente de los participantes. Se informa a los participantes de que, si en algún momento el participante no se siente cómoda, el dispositivo de grabación puede ser apagado.

Permiso para citar. Cuando se utilizan las comillas, el lector puede identificar con claridad al autor de la misma.

III.5 Métodos de Análisis

El análisis exhaustivo de los documentos existentes constituye el método principal de análisis para la presente evaluación. Dicha información se analizará de manera sistemática con la finalidad de producir evidencia que informe los hallazgos en relación a las preguntas de evaluación, especialmente en relación a la constitución del modelo, teoría de cambio, su posible transferencia, expansión y adopción en ámbitos diferentes al sector salud, y cambios de comportamiento alcanzados en actores clave. Se

buscará cuantificar la información relevante tanto de la TES del modelo MCS así como la de los cambios de comportamiento.

Los evaluadores deben revisar los documentos básicos (términos de referencia aprobados en el contrato, los planes de trabajo anuales, informes anuales, informes trimestrales, publicaciones e informes especiales, las evaluaciones anteriores, etc.), documentos relevantes al enfoque y logros del proyecto MCS II y sus diferentes productos, las normas y las políticas de salud para el país y regiones, documentación específica a DA, así como la coordinación que tiene el Estado con gobiernos regionales/DIRESAS, y ONGs en el área de salud, entre otros documentos. Las bases de datos de MSH, incluyendo el SISMUNI constituyen fuentes principales en la realización de la presente evaluación.

La información será proporcionada por el Programa de USAID, MSH, las instancias responsables de ejecutar la transferencia, expansión y sostenibilidad del modelo MCS, y por informantes claves en caso de ser requerido.

III.6 Fortalezas y Limitaciones

En relación a las fortalezas:

- Debido al ámbito extenso en el cual se ha implementado la metodología MCS, un análisis exhaustivo de la documentación y bases de datos existentes permitirá un mayor nivel de profundidad en relación a cambios de comportamiento registrados en actores clave así como en los logros alcanzados bajo el proceso de TES del modelo MCS a otras organizaciones interesadas.
- Se han definido las preguntas clave de la evaluación considerando los objetivos de la misma. Se recurriría a entrevistas con informantes claves en caso de requerir mayor detalle/aclaración así como para validar los hallazgos encontrados.
- Los hitos de la evaluación y el mecanismo de comunicación planteada entre el equipo evaluador y el Proyecto *Evaluations* son claros y refleja el grado de facilitación, compromiso y seriedad de ambas partes para el éxito de la evaluación.

Sobre las debilidades, se identifica que:

- El uso de fuentes secundarias limita el nivel de detalle que se alcanzará a través del uso de múltiples métodos de recolección de datos con beneficiarios, usuarios del modelo, etc. Asimismo, existe la posibilidad que la información sea parcialmente incompleta, afectando la calidad de la misma.
- No se podrán realizar atribuciones específicas en relación a los hallazgos. No obstante, se utilizan varias fuentes de recojo de información para la triangulación.
- Las entrevistas pueden ser conducidas con cierta subjetividad lo cual implicaría sesgar las respuestas. Aunque es importante dar espacio para la reflexión adicional y el acercamiento entre los interlocutores, se debe enfatizar lograr objetividad en la aplicación de los cuestionarios. En este sentido, todo el equipo que realice el trabajo de campo debe pasar por una inducción para mantener esta objetividad.
- Se buscará superar los problemas encontrados durante la revisión exhaustiva de la documentación y base de datos así como de la aplicación de las entrevistas. Durante la elaboración del informe final, se dará énfasis a la comparación entre las reflexiones obtenidas de la documentación y aquellas que se pudieran recabar con las entrevistas.

IV. ACTIVIDADES PLANIFICADAS

Esta evaluación se realiza en cuatro etapas:

- 1) Trabajo preparatorio: En esta etapa se sientan las bases requeridas previas al comienzo del trabajo de gabinete con mayor profundidad. Primero, se deberá redactar un plan de trabajo detallado que incluya un cronograma semanal de todas las actividades y los entregables, tareas específicas asignadas entre los miembros, revisión de la literatura existente, y presentación del *Inception Report* (IR)(ver sección 5, entregable 1). Dicho informe incluirá la versión de las guías de entrevistas que serán utilizadas con informantes clave, las cuales serán validadas previo a su implementación en campo. Previo a la entrega del IR, el equipo evaluador habrá realizado una revisión exhaustiva de la literatura relacionada a los actores principales e instituciones participantes en la TES del modelo MCS. La aprobación del IR será otorgada una vez que los comentarios de PGRD y USAID hayan sido incorporados.
- 2) Trabajo de gabinete/campo: Se continuará con la revisión exhaustiva de las de bases de datos y documentación existente de MSH, registros administrativos gubernamentales, y organizaciones usuarias que han adoptado el modelo mediante el TES. El equipo evaluador complementará el trabajo de gabinete con entrevistas a profundidad con informantes clave, incluyendo personal de MSH en las sedes de Lima y provincia, representantes de GL, GR y nacional y de organizaciones interesadas que han adoptado el modelo y metodología MCS y que residen en el ámbito geográfico de las sedes de MSH. El propósito de dichas entrevistas es complementar o brindar mayor detalle de temas pertinentes para responder a las preguntas de evaluación. Semanalmente se entregarán reportes breves, en forma de viñetas informando el progreso durante esta etapa, enfatizando actividades relevantes, problemas encontrados, posibles soluciones, limitaciones, etc. Se finaliza con la entrega del informe de gabinete y el Índice Poblado acompañado de una presentación de hallazgos preliminares a PGRD y a USAID (ver sección 5, entregable 2).
- 3) Análisis: Se basará primordialmente en la revisión exhaustiva de las bases de datos, incluyendo el SISMUNI, documentación de MSH, registros administrativos gubernamentales, registros de instituciones que han adoptado la metodología, etc. Información incompleta o mayor detalle se habrá recabado durante el trabajo de campo con informantes clave de MSH, GL, GR, nacional y organizaciones participantes en el proceso de TES que se localizan en Lima y en el ámbito geográfico de las sedes de provincia de MSH (Ayacucho, Monzón, Ucayali, y San Martín, ver Tabla 1). Se explorará la aplicación del modelo y metodología MCS en contextos fuera de salud, como ser DA. Todos los archivos utilizados para el análisis serán compartidos con PGRD.
- 4) Reporte final: Esta etapa incluye la redacción de la primera versión del reporte final (sección 5, entregable 3) la cual será con una calidad analítica alta, habrá respondido a todas las recomendaciones y comentarios brindados por USAID y PGRD durante la presentación de hallazgos preliminares y al Índice Poblado efectuados posterior a la culminación del trabajo de gabinete y campo. El uso de gráficas y tablas que faciliten la comprensión del lector es esencial. Las correcciones esperadas para el reporte final deben ser mínimas (ver sección 5, entregable 4). Se requerirá una presentación final de la evaluación para el equipo de USAID y PGRD, así como cualquier presentación adicional a *stakeholders* claves, como ser entidades gubernamentales y socios/ instituciones implementadores del modelo MCS.

V. PRODUCTOS DE LA EVALUACION

V.1 Entregables, Fechas, y Pagos

El cronograma de entregables que deberá presentar el equipo evaluador y su aceptación será sujeto a la aprobación por escrito de PGRD. El cronograma refleja el nivel de esfuerzo del equipo evaluador y excluye el tiempo de revisión y aprobación de parte de PGRD y/o USAID.

Los plazos definidos se ejecutaran estrictamente y serán sujetos a tratamiento específico en el contrato.

El equipo de evaluación debe presentar los siguientes entregables asociados con los pagos, como se muestra en la Tabla 3 y párrafos subsiguientes:

Tabla 3: Relación de los entregables, fechas, y pagos

Etapas		Entregables	Fecha estimada	% del total contrato
Preparatoria	1	Informe de incepción (IR) que incluye, entre otros: Revisión de la literatura y preparación Metodología detallada (Operacionalización del trabajo de gabinete, triangulación, y procesamiento de los datos, identificación de supuestos y mitigación de riesgos). Plan de trabajo que incluye cronograma de actividades de gabinete detallado, identificar información incompleta y posible solución. Instrumentos para recojo de información (guía de entrevistas) y metodología para su validación mediante prueba piloto. Procesamiento de los datos y análisis de actividades Roles, funciones y nivel de esfuerzo del equipo evaluador Cronograma detallado de todo el proceso de evaluación, incluyendo tiempo de análisis de datos y redacción del reporte final. Plan para alcanzar consenso en relación a recomendaciones factibles y formato de entrega. Estructura del informe final	3a semana	20
Trabajo de gabinete	2	Informe de trabajo de gabinete/entrevistas, Presentación preliminar de resultados e Índice poblado (<i>populated index</i>) del Informe Final.	7a semana	25
Reporte final	3	Reporte Final en borrador incluyendo el Plan de Recomendaciones	11a semana	30
	4	Reporte y Presentación final	13a semana	25

El primer entregable, el informe de concepción, es crítico ya que su contenido brindará una descripción detallada y rigurosa de cómo se ejecutará la evaluación de principio a fin. Incluirá cualquier modificación/ajuste a la metodología, actividades detalladas para la operacionalización del trabajo de gabinete y de campo con el equipo evaluador, cronograma, un presupuesto detallado y cronograma de la evaluación completa, y los anexos necesarios que incluyan las guías de entrevista y la lista de informantes clave de MSH, GL, GR, y organizaciones interesadas ubicadas en el mismo ámbito geográfico que las sedes de MSH- que serán entrevistados. Se espera que el IR se beneficie de una revisión de toda la documentación disponible, de la reunión inicial de orientación, de entrevistas iniciales con representantes de organizaciones claves, según sea apropiado, y de cualquier otro trabajo preparatorio antes de comenzar el trabajo más exhaustivo de gabinete. El IR deberá ser claro, coherente, y no deberá tener pendientes en relación a las preguntas, diseño, o implementación de las actividades de evaluación. El IR debe ser aprobado por PGRD antes del comienzo del trabajo de campo y de gabinete más a profundidad, incluyendo posibles entrevistas.

Habiendo finalizado las actividades de gabinete y entrevistas necesarias, el equipo evaluador deberá presentar el informe de trabajo de gabinete y entrevistas, una presentación preliminar de los resultados en *Power Point* y un Índice poblado (*populated index*) del Informe Final. El informe de gabinete/campo incluirá una descripción de actividades principales, informantes claves entrevistados, qué es lo que se ha logrado, limitaciones encontradas, entre otros temas. Este reporte incluirá las lecciones aprendidas durante la ejecución del trabajo de gabinete/campo, así como la eficacia de los instrumentos utilizados, si aplicable.

La presentación de *Power Point* incluirá brevemente el contexto relevante en relación al trabajo de gabinete y las limitaciones, incluyendo número y tipo de entrevistados, enfocándose en los hallazgos y resultados preliminares en relación a las preguntas claves.

El índice poblado incluirá las ideas relevantes/hallazgos de cada sección perteneciente a la estructura del informe final que ha sido aprobada como parte del IR. El propósito de este reporte es asegurar anticipadamente que las tres partes interesadas principales (equipo evaluador, USAID, y PGRD) comparten una visión uniforme en relación al contenido del reporte final.

En este momento en el proceso de evaluación, se espera que la primera versión del reporte final sea de alta calidad analítica acorde a lo pre-establecido en el IR, asegurándose que todos los comentarios realizados al Índice Poblado hayan sido incorporados. Esta versión del reporte final incluirá tablas, gráficas, índices, acrónimos, y anexos (a menos que los anexos sean extensos y se requiera una aprobación previa del equipo de PGRD) y será en el formato establecido por USAID cuál habrá sido compartido previamente con el equipo evaluador. Este reporte no excederá las 40 páginas de largo (sin incluir anexos, listas de informantes claves- si aplican, etc).

El reporte final debe ser muy similar a su primera versión. Se espera que los comentarios, observaciones, y sugerencias realizadas por USAID, organizaciones socios, y PGRD sean mínimas y muy específicas. Este reporte no excederá las 40 páginas de largo (sin incluir anexos, listas de informantes claves, etc).

El plan de recomendaciones propuesto será una parte integral de la primera versión del reporte final y del reporte final.

El equipo evaluador realizará una presentación final de la evaluación en *Power Point* que se concentrará en los hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

El reporte final incluirá los archivos de la base de datos con su descripción técnica completa y el diccionario.

PGRD requerirá una factura para cada pago por los servicios prestados.

V.2 Lineamientos del Informe

El equipo de PGRD/*Evaluations* y el equipo evaluador trabajarán juntos para asegurar la alta calidad del informe de evaluación. También se evaluará el informe utilizando una lista de chequeo como referencia para asegurar la alta calidad técnica, que van desde un título adecuado, un resumen ejecutivo, una descripción del proyecto, preguntas de evaluación, breve descripción metodológica, principales conclusiones y recomendaciones para la toma de decisiones. El informe final de evaluación se desarrollará según los requisitos de este instrumento. Adicionalmente, se espera un informe adecuado en el uso de contextos, antecedentes, hallazgos, evidencias, recomendaciones, entre otros, de tal manera de facilitar una lectura comprensible y coherente.

El informe constará de las secciones siguientes:

Resumen ejecutivo (3-4 pags. – única sección en inglés y castellano, las demás en castellano exclusivamente). Sintetiza los principales hallazgos, recomendaciones y lecciones aprendidas. No incluye información nueva no contenida en el informe.

Propósito y preguntas de evaluación (1-2 pags). Especifica claramente el propósito de la evaluación, el uso de los resultados y las decisiones a las que aporta evidencia y cuáles son las audiencias del reporte. En esta sección las preguntas de evaluación (4) se articulan a un propósito específico y se incluyen las preguntas sobre lecciones aprendidas.

Contexto y antecedentes (2-4 pags.). En esta sección se resume el proyecto evaluado en función del problema central que pretende abordar, y los cambios ocurridos desde el inicio del proyecto, así como una descripción de la población objetivo y el área de intervención así como la hipótesis de acción que forma parte de una lógica más amplia. Son insumos para redactar esta sección el Marco Lógico, el Plan de Monitoreo y Evaluación (PM&E) y los documentos del diseño original del proyecto.

Metodología de evaluación y limitaciones (3-6 pags.) (Instrumentos, lista de entrevistados, y otros en anexo). Esta sección incluye una descripción detallada de la metodología e instrumentos utilizados en la evaluación. Ello permite al lector estimar el grado de credibilidad y objetividad de la evidencia recogida y del análisis a la que ha sido sometida. Los métodos de evaluación deben corresponder con las preguntas de la misma y permitir evidenciar la calidad de la información obtenida teniendo en cuenta limitaciones de tiempo, recursos y otras consideraciones prácticas (ej. dificultades de acceso). Esta sección presenta el diseño de la evaluación y métodos incluyendo las alternativas y decisiones que orientan la selección de informantes e instrumentos utilizados, así como los criterios de selección muestral en los casos de encuestas a usuarios o proveedores directos. Se incluirá un cuadro que resume los instrumentos utilizados, tipo de informante, información recogida y limitaciones u observaciones en su aplicación.

Resultados, conclusiones y recomendaciones (15-25 pags). Esta sección constituye el cuerpo central del informe. Todas las afirmaciones sobre hallazgos sean estos de proceso o resultado tendrán que estar claramente respaldadas por evidencias recogidas ya sea de fuentes primarias o secundarias debidamente identificadas y referenciadas en el texto. La evidencia incluye contrastar versiones de las diferentes fuentes de información, incluyendo informantes clave si hubiese sido necesario, con las

acciones realizadas por el proyecto para estimar la coherencia entre datos, percepciones, valoraciones y hechos. En la medida de lo posible la evidencia será presentada en cuadros, gráficos y otras formas que ayuden al lector en la comprensión del texto. Las recomendaciones tienen que ser concretas, específicas, prácticas y relevantes al proyecto y a las preguntas de evaluación, orientadas a tomar acciones y al logro de resultados clasificados por parte involucrada principal (incluyendo USAID), según sea lo apropiado.

Anexos: Incluirán, siempre y cuando sea pertinente, a) el SOW del proyecto, b) la descripción del diseño y métodos utilizados incluidas la escala de Likert, entre otros, c) copias de los instrumentos de investigación (guías, cuestionarios y encuestas), d) fuentes consultadas (primarias y secundarias) e) registro de cualquier conflicto de interés si existiera por parte de alguno de los integrantes del equipo evaluador, f) productos relevantes resultados del procesamiento y análisis de datos, g) otros anexos requeridos por USAID o proporcionados por el equipo evaluador.

El informe también debe incluir archivos de la base de datos con su descripción técnica completa y el diccionario.

Presentaciones adicionales a las autoridades nacionales o departamentales serán planificadas según se requiera por la USAID/Perú o asociado en la ejecución.

VI. EQUIPO

El equipo de evaluación estará compuesto por un(a) líder experto en evaluación, un(a) especialista en gestión pública del sector salud y un(a) especialista en desarrollo comunitario. Se espera que cada uno de los miembros del equipo clave estén disponibles a la firma del contrato que será, aproximadamente, tres semanas después del plazo de entrega de propuestas (ver VII).

Jefe de equipo/ experto en evaluación

Este consultor debe tener por lo menos diez años de experiencia en el diseño, ejecución e implementación de evaluaciones de proyectos o programas en América Latina y experiencia en género e interculturalidad. Él o ella deben tener por lo menos el grado de maestría o equivalente en ciencias sociales o campo relacionado. Excelentes habilidades orales y escritas en español será necesarias, así como la habilidad para leer, entender, hablar y escribir fluidamente en inglés.

El/la líder del equipo debe tener habilidades de liderazgo de equipo, llevar a cabo las reuniones, coordinar y consolidar los diferentes puntos de vista de los miembros del equipo, preparar el documento inicial con las conclusiones y recomendaciones y preparar el informe de presentación. El/la líder también escribirá el informe final, presentación de conclusiones, recomendaciones para el equipo de USAID y ejecutores.

Especialista en gestión pública en el sector de salud

El/la consultor(a) debe tener al menos 5 años de experiencia en gestión pública, particularmente en el sector de salud, incluyendo la implementación de programas sociales, con amplio conocimiento del Estado peruano y su proceso de descentralización y participación ciudadana. Experiencia con temas de género e interculturalidad serán evaluadas positivamente. El/la especialista debe ser profesional en ciencias sociales, políticas, o campo relacionado. Excelentes habilidades orales y escritas en español serán necesarios y además de conocimiento del inglés.

El/la especialista deberá participar en el diseño de la metodología de la evaluación, participar en reuniones con el líder del equipo, desempeñar un papel clave en la preparación de las herramientas de evaluación, principalmente entrevistas en donde también se busca una valorización de las respuestas obtenidas. Asimismo, proporcionará los resultados, conclusiones y recomendaciones para el informe y presentación.

Especialista en desarrollo comunitario

Tendrá un rol secundario y deberá tener al menos 5 años de experiencia en gestión de proyectos en el sector rural, preferentemente en la Amazonía peruana y en áreas de implementación de las actividades de Desarrollo Alternativo financiado por el gobierno de EE.UU. y en género e interculturalidad. Debe ser graduado en antropología, sociología, economía o un campo relacionado al desarrollo rural. Debe tener experiencia en la formulación y ejecución de instrumentos cualitativos de investigación, así como temas organizativos y espacios de diálogo. Tendrá experiencia en coordinación de tareas evaluativas y excelentes habilidades orales y escritas en español.

VII. GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN

VII.1 Ejecución de la evaluación

El *Lead Evaluation Expert* (LEE) de PGRD es el responsable de liderar la evaluación. En coordinación con el COR y el oficial de la Oficina de Programas de USAID, el LEE administrará todas las actividades de la evaluación. En este sentido, PGRD es el responsable final de la evaluación y se espera una colaboración constructiva y oportuna de parte de USAID y el equipo evaluador. Todos los temas técnicos y administrativos del equipo evaluador y USAID deberán ser canalizadas a través del LEE y viceversa, para coordinar de manera eficiente y clara de tal manera de maximizar el encuentro de expectativas entre las partes.

Se espera una comunicación fluida verbal y escrita entre PGRD y el equipo evaluador. Se espera que el jefe del equipo de evaluación haga su mayor esfuerzo para mantener al LEE informado, asegurando que las expectativas de todas las partes interesadas principales se estén cumpliendo.

Es la responsabilidad del jefe del equipo informar al LEE de cualquier situación no prevista que pueda afectar la calidad o las fechas de los entregables o cualquier otra actividad significativa. Con este fin, el jefe de equipo presentará un reporte breve de una página con formato de viñetas al LEE cada dos semanas y semanal durante se realice el trabajo de gabinete.

VII.2 Propuestas y Criterios de Selección

El diseño final y la implementación de esta evaluación está abierta a cualquier empresa consultora o grupo de consultores en el ámbito peruano para presentar una propuesta técnica y económica.

La propuesta técnica incluirá, entre otros:

- Enfoque metodológico para responder a las preguntas de investigación
- Actividades principales y tipo de herramientas de trabajo de campo
- Procesamiento de datos y análisis
- Cronograma
- Equipo de evaluación que incluya CV, roles y funciones y nivel de esfuerzo
- Mejoras y/o limitaciones de estos Términos de Referencia

La propuesta económica incluirá, entre otros:

- El nivel de esfuerzo, rol y funciones de cada uno de los miembros del equipo evaluador para cada una de las etapas de la evaluación
- Honorarios diarios por servicios profesionales de cada uno de los miembros del equipo evaluador
- Gastos de logística detallados que incluyan viajes, hoteles y estadía para miembros participantes
- Gastos de material de oficina y comunicaciones
- Gastos administrativos de apoyo al equipo de consultores

Se valorará positivamente cualquier propuesta de mejora o innovación para una mejor implementación de la evaluación sea en el enfoque, metodología u otro elemento debida y técnicamente sustentada.

Se recibirán propuestas hasta las 17:00 horas del 21 de septiembre de 2015 en las oficinas de PGRD en Av. Del Parque Norte 1160, piso 7, oficina 702, San Borja.

Los criterios de selección de las propuestas será el siguiente:

Tabla 4: Criterios de selección

Criterios de Selección	Puntaje
Propuesta Técnica (75%)	100
1. Calidad de la propuesta técnica: Contexto y metodología es rigurosa y sólida, respondiendo claramente a las preguntas clave. Grado de comprensión de la evaluación y antecedentes relevantes de los proyectos a evaluar, así como el nivel de profundidad de la propuesta.	25
2. Experiencia y conocimientos de los principales consultores así como el tiempo dedicado por parte del Jefe de Equipo para la evaluación.	35
3. Record histórico de la organización en relación a la asignación.	20
4. Familiarización con las localidades geográficas a evaluarse.	10
5. Experiencia institucional en evaluaciones relevantes y trabajos previos con USAID	10
Propuesta Económica (25%)	100

VII.3 Apoyo del Proyecto PGRD/Evaluations

PGRD apoyará con:

1. Taller de orientación durante los primeros tres días de la ejecución del contrato para asegurar un entendimiento completo de la asignación y nivel de expectativas particularmente entre USAID y PGRD así como las del equipo evaluador.
2. La entrega de toda la documentación relevante disponible del proyecto a ser evaluado y cualquier otro documento de enfoque o estratégico relevante y disponible.
3. Directrices específicas a USAID con el propósito de facilitar el trabajo del equipo evaluador.
4. Cartas de presentación y contactos telefónicos de las personas o instituciones que participarán en la evaluación.

5. Sala para reuniones, presentaciones o pequeños talleres de trabajo que incluya la participación de staff de PGRD y/o USAID.

VII.4 Riesgos y Premisas

Debido al uso de fuentes de documentación y bases de datos del proyecto, entidades gubernamentales, y otras instituciones participantes como principal fuente de recojo de datos, se identifica lo siguiente:

Entre los riesgos potenciales se identifica:

- Información insuficiente o incompleta encontrada en las bases de datos, reportes de MSH y demás instituciones relevantes.
- Insuficiente nivel de desagregación de datos y/o inadecuada sistematización de los mismos.
- Limitada predisposición de algunas organizaciones a compartir documentación referente a la implementación del modelo en sus jurisdicciones.

Entre las premisas potenciales se identifica:

- El equipo técnico identificará posibles soluciones o vías alternas en relación a limitaciones encontradas en la documentación/bases de datos.
- El equipo técnico del proyecto manejará la dinámica de los contextos socio-políticas de las instituciones aliadas o contractuales permanentemente para afrontar estrategias de contingencia frente a cambios inesperados.
- Se tendrá consideración de género y cultural durante el análisis de la documentación y actividades realizadas por el proyecto.

Anexo 2: Lista de Informantes Claves y Personas Entrevistadas

Cuadro 01: Informantes Claves

Regiones	Informantes claves Entrevistados
Lima	Evelyn Torres Camacho – Especialista en proyectos – MSH Edgar Medina, líder del Proyecto MCS II
Huánuco	Manfred Coral Lozano – Especialista – Proyecto Nuevas Alternativas de USAID (NAP) Mónica Shahuano – Responsable de región – Ex MSH
Ucayali	Rosario Sánchez – Responsable de región – Ex MSH
San Martín	José Manuel Delgado – Responsable de región – Ex MSH
Ayacucho	Carmen Vallejo – Responsable de región – Ex MSH

Cuadro 02: Entrevistas-Lima

Entrevistado	Organización/ Institución	Cargo/ Área
Hugo Huamán Brisuela	MINSA	Dirección General de Promoción de la Salud
Rosa Castillo Pelaez	MVCS	Unidad de Comunicación y Asuntos Sociales- PNSR
Jorge del Pozo	DEVIDA	Coordinador Territorial PPR-PIRDAIS
Marilú Chiang	PRISMA	Dirección de Desarrollo Humano
Walter Vélchez	CARE	Programa Nutrición y Seguridad Alimentaria
Luz Marina Zuni	ADRA	Proyectos
Armando Casis	UNACEM	Gerente de Responsabilidad Social
Edgar Medina	MSH	Líder de proyecto MCS
Donato Peña	USAID	Responsable de OD 1
Sobeida Gonzales	USAID	Responsable de OD 2
Alvaro Gaillour	USAID	Responsable de OD 3

Cuadro 03: Entrevistas-Huánuco

Distrito	Comunidad	Nivel de avance	Organización / Institución	Entrevistado	Cargo/Área
			DEVIDA	Cecilia Cruz Solórzano	Jefe zonal Tingo María
Monzón			Gov. local	Kid Charly Agama Avalos	Gerencia de Desarrollo Social
				Amparo Huamán Trujillo	Micro red salud
				Vilma Asencios Maguiña	UGEL Monzón
			Proyecto NAP-USAID	Manfrend Coral Lozano	Especialista
	Puerto María Almendra	Bajo	Comunidad	Julio Trujillo Villaorduña	Presidente JVC
	Corvinilla Baja	Alto		Justo Rivera Huarauya	Presidente JVC
	La Granja	Intermedio		Adolfo Eutemio Andrade Chahua	Presidente JVC
	Chipaquillo Sector 2	Bajo		Juan de la Cruz Espinoza Inga	Presidente JVC

Cuadro 04: Entrevistas-Ucayali

Distrito	Comunidad	Nivel de avance	Organización / Institución	Entrevistado	Cargo/ Área
Entrevistas capital			DIRESA	Cristian Anthony	Responsable técnico
			DEVIDA	Richard Félix Tarazona	Responsable Aguaytía
Irazola			Gov. local	Beatriz Cuellar Contreras	Resp. Promoción y CVP - gobierno local
				Jonás Feliz Padilla	Ex Gerente de Desarrollo Social
	Virgen del Carmen	Alto	Comunidad	Celso Cueva Cabanillas	Agente Municipal
Campove rde			Gov. local	Leila Pea Gallosa	Sub Gerente de Desarrollo Social
				Isabel Rojas	Micro red salud
Padre Abad			Gov. local	Miguel Alexis Llanto López	Sub Gerente de Desarrollo Social y Participación Vecinal
				Daniel Rosas León	Red Salud Aguaytía - San Alejandro
				Judith Mayte Guevara	Ex Directora UGEL Padre Abad
	Santa Rosa de Tealera	Bajo	Comunidad	Héctor Cubillas Martínez	Agente Municipal
	Libertad	Bajo		Jaime Porta Valverde	Presidente JVC
	Alto 9 de febrero	Intermedio		Augusto Genovés Ulloa	Teniente Gobernador

Cuadro 05: Entrevistas-San Martín

Distrito	Comunidad	Nivel de avance	Perfil	Entrevistado	Cargo
Saposoa			Gob. local	Katia Vela Fasabi	Responsable MCS de la Municipalidad de Saposoa
				Marcelina del Castillo Barrera	Ex coordinadora de Red Salud Saposoa
				Ronny Juárez López	Dirección Regional de Agricultura
	Paltaico	Intermedio	Comunidad	Noger Olivera	Presidente JVC
	Shima	Alto		Celso Panduro Silva	Presidente JVC
Tres Unidos			Gob. local	Charry Sangama Barreda	Gerente de Desarrollo Social
				Ludí Sanama Tuarí	Ex Coordinadora de Red Salud Picota
				James Muñoz Paredes	Dirección Local de Agricultura
	Baños	Bajo	Comunidad	Rosa Guerra Pinchi	Ex Presidente JVC
	Bello Horizonte	Intermedio		Julio Manuel Guerrero Reina	Ex Presidente JVC
Lamas			Gob. local	Jorge Luis Vásquez Velásquez	Gerente de Desarrollo Social
				Ángela Arévalo Arévalo	Red Salud Lamas
				Rosa Acuña	UGEL Lamas
	Pampayacu	Alto	Comunidad	Tito Chuquipiondo	Ex Presidente JVC
Entrevistas capital/Tarapoto			Gob. Regional	Sofía Velázquez Portocarrero	Ex Gerente Regional de Desarrollo Social y Ex Coordinadora de PAIMI
			DIRESA	María Linares Sandoval	Director Regional de Salud
			ONG	Luz Angélica Ramírez Carvallo	Representante CEPCO
			ONG	José Manuel Delgado Bardales	Asesor MCS-MSH

Cuadro 06: Entrevistas-Ayacacucho

Distrito	Comunidad	Nivel de avance	Organización/ Institución	Entrevistado	Cargo/ Área		
Entrevistas capital			Gov. Regional	Nancy Santos Arenas	Gerente de Salud		
				Raúl Luna Meneses	Gerente de Desarrollo Social		
			DIRESA	Miguel Figueroa Guevara	Director		
			UGEL Huamanga	Eulogio Rivera Díaz	Director		
Quinua			Gov. Local	Elizabeth Cuadros Ramos	Ex Subgerente de Desarrollo Social		
				Sabina Jeri	Micro red salud		
			Comunidad	Lorenzayocc	Alto	Elena Soriano Ibáñez	Fiscal de la JVC y Promotora de Salud
				Paraccay	Alto	Jacinto Aquino de la Cruz	Presidente JVC
Iguaín			Gov. local	Soledad Vega Ruiz	Gerente de Desarrollo Social		
				Ever Bonzano Huamaní	Micro red salud		
			Comunidad	Nueva Unión	Intermedio	Felipe Quispe Huanaco	Presidente de JVC
Acos Vinchos			Gov. Local	Nora Elena Caritas	Micro red salud		
			Comunidad	Chasqui	Bajo	Raúl Bellido Auqui	Presidente de JVC
				Colpa	Intermedio	Ignacio Ciprian Contreras	Presidente de JVC

Anexo 3: Documentos de Soporte e Información Secundaria

Material brindado por el Proyecto:

- Caja de herramientas del proyecto (a nivel de familias y comunidades)
 - Guías prácticas para tener Familias, Comunidades y Municipios Saludables.
 - Diagnóstico y Plan Comunal para tener una Comunidad Saludable.
 - Ficha de vigilancia comunal de la salud Madre Niño.
 - Software del sistema de información de base comunitaria – SISMUNI.
 - Guía para facilitar la Formulación de Proyectos de Inversión Pública (PIP).
 - Programa de Liderazgo Moral y Gestión Comunitaria.
- Guía de Transferencia, Expansión y Sostenibilidad del proyecto (Guía TES)
- Bases de datos para la evaluación de comunidades y municipios beneficiarios del proyecto (donde se indican las calificaciones alto, intermedio y bajo para las comunidades beneficiarias según los momentos indicados en la Guía TES)
- Evaluaciones técnicas realizadas al proyecto
 - Evaluación intermedia del proyecto Municipios y Comunidades Saludables de USAID/Perú (Julio 2016-Diciembre 2010)
 - *Audit of USAID/Peru's health policy and Healthy Communities and Municipalities II activities. Audit report No. 1-527-14-010-P, May 15, 2014*
- Plan operativo del proyecto – año 2014
- Matrices de monitoreo y evaluación del proyecto 2010-2015
- Reportes periódicos de avance del proyecto
 - Informe trimestral (Oct-Dic 2013)
 - Informe trimestral (Oct-Dic 2014)
 - Informe trimestral (Ene-Mar 2015)

Revisión bibliográfica

- Conservación Internacional, 2015. Presentación: “San Martín: Camino hacia una economía verde. Experiencias exitosas de desarrollo sostenible 2007-2014”.
- Ley de Bases de Descentralización Ley N° 27783.
- Ley Orgánica de Municipalidades Ley N° 27972
- Management Sciences for Health (MSH), 2013. Nota de prensa: “Crecer Wari mejora su capacidad de reducir la desnutrición infantil”. Disponible en: http://www.comunidadsaludable.org/publicacion/historias-de-exito_crecerwari/
- Management Sciences for Health (MSH), 2013. Nota de prensa: “San Martín: con el apoyo de USAID, el PAIMNI viene contribuyendo a mejorar la nutrición infantil”. Disponible en: http://www.comunidadsaludable.org/publicacion/noticias_paimni/
- Management Sciences for Health (MSH), 2015. Estrategia Municipios y Comunidades Saludables. Proyecto USAID/MCS II.

- Management Sciences for Health (MSH), 2015. Informe Final del Proyecto Municipios y Comunidades Saludables II. Pag. 17-20.
- MINAGRI (2015): Estrategia Nacional de Agricultura Familiar Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002. Municipios y Comunidades Saludables, Pág. 08.
- Partnership for Global Research and Development (PGRD), 2015. Scope of Work: Ethnographic Study of Alternative Development in Huanuco. Pag. 5

Para los documentos de sustento recogidos en campo (copias fotostáticas de ordenanzas municipales, planes de gobierno, entre otros), revisar la carpeta **“6.1.4. Documentos de sustento”**.

Anexo 4: Guías de Entrevistas por Tipo de Actor

A CORDINADOR/A REGIONAL DEL PROYECTO

1. ¿En qué período estuvo a cargo de la coordinación regional del proyecto MCS II?
2. ¿Cuáles cree fueron los enfoques de trabajo más importantes del proyecto MCS II?
3. Completar la siguiente tabla: mencione 3 circunstancias externas y 3 actores que le facilitaron de manera importante la intervención del proyecto, por niveles territoriales. En una segunda instancia, el mismo número de factores/actores limitantes externos:

	Nivel regional	Nivel provincial	Nivel local
3 circunstancias facilitadoras			
3 actores facilitadores			
3 circunstancias limitantes			
3 actores limitantes			

4. Desde su punto de vista: mencione tres instrumentos **del proyecto** que le parecieron más potentes para el logro de los objetivos del proyecto MCS II.
5. Mencione los tres resultados más importantes logrados en la región. ¿Qué factores los propiciaron?
6. Si tuviera la oportunidad de hacerlo todo de nuevo: ¿Qué intervenciones repetiría tal cual se diseñaron? ¿Qué intervenciones modificaría completamente?

A PRESIDENTE DE JVC QUE ADEMÁS ES PADRE DE FAMILIA

1. Cuénteme: ¿Cómo ha sido la vida en su comunidad/centro poblado en los últimos cinco años?
¿En el aspecto social? ¿En el aspecto económico?

ESCENARIO FAMILIA

2. ¿Hubieron cambios en las familias a partir del trabajo del proyecto MCS? Si la respuesta es SI
¿Cuáles cambios?
3. ¿Qué hechos influyeron para lograr los cambios en las familias? ¿Cuáles cambios se lograron
con mayor rapidez? ¿Por qué? ¿Qué instrumentos usó el proyecto MCS para lograr estos
cambios? ¿Qué hechos limitaron los cambios?
4. ¿Recuerda mensajes dirigidos a las familias que promovieran los cambios en ellas? Si la
respuesta es favorable ¿A través de que medio se emitieron estos mensajes?

ESCENARIO COMUNIDAD

5. ¿Hubieron cambios en la organización comunal a partir del trabajo del proyecto? Si la respuesta
es SI ¿Cuáles cambios? ¿Qué hechos influyeron para lograrlos? ¿Cuáles cambios se lograron con
mayor rapidez? ¿Por qué? ¿Qué instrumentos usó el proyecto MCS para lograr estos cambios?
¿Qué hechos limitaron los cambios?
6. ¿Recuerda mensajes dirigidos a las organizaciones comunales que promovieran los cambios en
ellas? Si la respuesta es favorable ¿A través de qué medio se emitieron estos mensajes?
7. ¿Cuál es su relación con el gobierno local como presidente/representante de la JVC?
8. Desde su punto de vista ¿Quién lidera las intervenciones en salud en el distrito?

A UN REPRESENTANTE SECTORIAL LOCAL (EDUCACIÓN, AGRICULTURA)

Tener a la mano los esquemas: enfoques/estrategias de la intervención y marco de resultados

1. ¿Conoce el proyecto MCS II, los enfoques y estrategias que lo sustentaron?

Si la respuesta es SI: continuar con la pregunta 2

Si la respuesta es NO: explicar el proyecto y los enfoques (ayudándose con los esquemas): promoción de la salud, comunicación para el cambio y gestión territorial. Manifestar que la conversación girará en torno a la incorporación de estos enfoques y estrategias en los planes de desarrollo sectoriales.

2. Su sector: ¿Cuenta con un plan de desarrollo que involucra a este distrito? ¿Este plan de desarrollo incorpora el enfoque de promoción de la salud?

Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 3

Si la respuesta es SI, solicitar el plan sectorial en medio magnético o impreso ¿Con qué acciones concretas?

3. ¿Su plan de desarrollo incorpora la estrategia de comunicación para el cambio social y para el cambio de actitudes?

Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 4

Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones concretas de comunicación para el cambio social? ¿Para el cambio de actitudes?

4. ¿Considera que su sector incorporó el enfoque de gestión territorial?

Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 5

Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?

5. ¿Considera que el Plan de Desarrollo Concertado (PDC) del distrito incorporó estos enfoques y estrategias?

Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 6

Si la respuesta es SI ¿Qué elementos facilitaron que ello ocurriera? y ¿Qué elementos actuaron como limitantes?

6. ¿Cree que el modelo del proyecto MCS II podría aplicarse en áreas que no tuvieran que ver con la salud?

Si la respuesta es NO: ¿Por qué?

Si la respuesta es SI: ¿En cuáles por ejemplo? ¿Por qué esas áreas? ¿Qué se necesitaría para la implementación?

7. ¿Cómo ubicaría este proyecto en el marco del proceso de descentralización?

8. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?

9. Desde su punto de vista ¿Quién lidera el desarrollo distrital?

A UN REPRESENTANTE DE LA MICRORED DE SALUD

Tener a la mano los esquemas: enfoques/estrategias de la intervención y marco de resultados

1. ¿Conoce el proyecto MCS II, los enfoques y estrategias que lo sustentaron?

Si la respuesta es SI: continuar con la pregunta 2

Si la respuesta es NO: explicar el proyecto y los enfoques (ayudándose con los esquemas): promoción de la salud, comunicación para el cambio y gestión territorial. Manifestar que la conversación girará en torno a la incorporación de estos enfoques y estrategias en los planes de desarrollo locales.

2. El distrito: ¿Cuenta con un plan local de salud?

Si la respuesta es NO: ¿Conoce los motivos?

Si la respuesta es SI ¿Este plan incorpora el enfoque de promoción de la salud?

Si la respuesta es NO: pasar a la pregunta 3

Si la respuesta es SI: ¿Con qué acciones concretas?

3. ¿El plan incorpora la estrategia de comunicación para el cambio social y para el cambio de actitudes?

Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 4

Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones concretas de comunicación para el cambio social? ¿Para el cambio de actitudes?

4. ¿El plan incorporó el enfoque de gestión territorial?

Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 5

Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?

5. ¿Considera que el Plan de Desarrollo Concertado (PDC) del distrito incorporó estos enfoques y estrategias?

Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 6

Si la respuesta es SI ¿Qué elementos facilitaron que ello ocurriera? y ¿Qué elementos actuaron como limitantes?

6. Pero el gobierno local ¿Hizo suya alguna parte de la intervención del proyecto?

Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 7

Si la respuesta es SI ¿La adopción fue completa? Si no lo fue ¿Qué partes del modelo tomó? ¿Qué factores facilitaron esta adopción? ¿Qué factores la limitaron? ¿Documentos que sustenten estas incorporaciones (ordenanzas, resoluciones de alcaldía, resoluciones de gerencia, acuerdos de comuna, etc.)?

7. Con la intervención del proyecto MCS II ¿Se lograron cambios de comportamiento en las comunidades?

Si la respuesta es NO: ¿A qué cree que se debió?

Si la respuesta es SI ¿Qué cambios se produjeron en la familia? ¿Qué factores influyeron para que esto se lograra? ¿Qué cambios se lograron con mayor rapidez? ¿Qué instrumentos de soporte utilizó el proyecto para promover cambios a nivel familiar?

¿Qué cambios se produjeron en la organización comunal? ¿Qué factores influyeron para que esto se lograra? ¿Qué cambios se lograron con mayor rapidez? ¿Qué instrumentos de soporte utilizó el proyecto para promover cambios en la organización comunal? ¿Cómo se relacionan actualmente las JVC con el gobierno local?

8. ¿Cree que el modelo del proyecto MCS II podría aplicarse en áreas que no tuvieran que ver con la salud?

Si la respuesta es NO: continúe con la pregunta 9

Si la respuesta es SI: ¿En cuáles por ejemplo? ¿Qué se necesitaría para la implementación?

9. ¿Cómo ubicaría este proyecto en el marco del proceso de descentralización?

10. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?

11. Desde su punto de vista: ¿Quién lidera el desarrollo distrital?

A UN ALCALDE, GERENTE MUNICIPAL Y REPRESENTANTE DE PROGRAMAS SOCIALES DEL GOBIERNO LOCAL (GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL, COORDINADOR DE PROGRAMAS SOCIALES)

1. Frente a la frase: “salud de la población distrital” ¿Qué ideas vienen de inmediato a su mente?
2. ¿Conoce el proyecto MCS II, los enfoques y estrategias que lo sustentaron?
Si la respuesta es SI: continuar con la pregunta 3
Si la respuesta es NO: explicar el proyecto y los enfoques (ayudándose con los esquemas): promoción de la salud, comunicación para el cambio y gestión territorial. Manifestar que la conversación girará en torno a la incorporación de estos enfoques y estrategias en los planes de desarrollo locales.
3. El distrito: ¿Cuenta con Plan de Desarrollo Concertado (PDC)?
Si la respuesta es NO: ¿Conoce los motivos?
Si la respuesta es SI ¿Este plan incorpora el enfoque de promoción de la salud?
Si la respuesta es NO: pasar a la pregunta 4
Si la respuesta es SI: ¿Con qué acciones?
4. ¿El PDC incorpora la estrategia de comunicación para el cambio social y para el cambio de actitudes?
Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 5
Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones de comunicación para el cambio social? ¿Qué acciones de comunicación para el cambio de actitudes?
5. ¿El PDC incorporó el enfoque de gestión territorial?
Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 6
Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?
6. Pero el gobierno local ¿Hizo suya alguna parte de la intervención del proyecto?
Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 7
Si la respuesta es SI ¿Cómo lo hizo? ¿Qué área u oficina del gobierno local involucró? ¿La adopción fue completa? Si no lo fue ¿Qué partes del modelo tomó? ¿Por qué le interesaron estos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué factores facilitaron la adopción? ¿Qué factores la limitaron? ¿Documentos que sustenten estas incorporaciones (ordenanzas, resoluciones de alcaldía, resoluciones de gerencia, acuerdos de comuna, etc.)?
7. Con la intervención del proyecto MCS II ¿Se lograron cambios de comportamiento en las comunidades?
Si la respuesta es NO: ¿A qué cree que se debió?

Si la respuesta es SI ¿Qué cambios se produjeron en la familia? ¿Qué factores influyeron para que esto se lograra? ¿Qué cambios se lograron con mayor rapidez? ¿Qué instrumentos de soporte utilizó el proyecto para promover cambios a nivel familiar?

¿Qué cambios se produjeron en la organización comunal? ¿Qué factores influyeron para que esto se lograra? ¿Qué cambios se lograron con mayor rapidez? ¿Qué instrumentos de soporte utilizó el proyecto para promover cambios en la organización comunal? ¿Cómo se relacionan actualmente las JVC con el gobierno local?

8. ¿Cree que el modelo del proyecto MCS II podría aplicarse en áreas que no tuvieran que ver con la salud?

Si la respuesta es NO: pase a la pregunta 9

Si la respuesta es SI: ¿En cuáles por ejemplo? ¿Qué se necesitaría para la implementación?

9. ¿Cómo ubica este proyecto en el marco del proceso de descentralización?

10. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?

11. Desde su punto de vista: ¿Quién lidera el desarrollo distrital?

A UN GESTOR REGIONAL (GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL, DIRECTOR REGIONAL DE SALUD O DIRECTOR DE PROMOCIÓN DE LA SALUD)

1. ¿El Plan de Desarrollo Concertado Regional (PDC) incorpora el enfoque de promoción de la salud?
Si la respuesta es NO: pasar a la pregunta 2
Si la respuesta es SI: ¿Con qué acciones concretas?
2. ¿El PDC incorpora la estrategia de comunicación para el cambio social y para el cambio de actitudes?
Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 3
Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones de comunicación para el cambio social? ¿Qué acciones de comunicación para el cambio de actitudes?
3. ¿El PDC incorporó el enfoque de gestión territorial?
Si la respuesta es NO: continuar con la pregunta 4
Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?
4. ¿Qué ha tomado su Gobierno Regional de la propuesta de MCS II?
5. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿Qué elementos facilitaron la adaptación? ¿Algunas limitaciones para lograr la adaptación?
6. ¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Qué necesitaría para la implementación?
7. ¿Cómo ubicaría este proyecto en el marco del proceso de descentralización?
8. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?
9. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos?

A UN REPRESENTANTE DE DEVIDA REGIONAL

1. Iniciar aclarando (repasando) los enfoques de la TdC: promoción de la salud, comunicación para el cambio y gestión territorial.
2. De acuerdo a lo explicado previamente ¿Considera que DEVIDA incorporó el enfoque de promoción de la salud en su planificación? Si la respuesta es SI ¿Con qué acciones?
3. ¿Y la estrategia de comunicación para el cambio? Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones de comunicación para el cambio social? ¿Qué acciones de comunicación para el cambio de actitudes?
4. ¿Considera que DEVIDA incorporó el enfoque de gestión territorial? Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?
5. ¿Qué elementos facilitaron que ello ocurriera? ¿Qué elementos actuaron como limitantes?
6. ¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Qué necesitaría para la implementación?
7. ¿Cómo ubicaría este proyecto en el marco del proceso de descentralización?
8. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?
9. ¿Quién lidera el desarrollo en los distritos.....? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?

A REPRESENTANTES DE MINSA, DEVIDA, MIDIS DE NIVEL NACIONAL

1. ¿Qué elementos tomaría su Dirección de la propuesta de MCS II?
2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requerirían adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitarían la adaptación? ¿Qué elementos la limitarían?
3. ¿Se tomarían a nivel de país?

SI LA RESPUESTA ES NO: pasar a la pregunta 5

SI LA RESPUESTA ES SI:

4. ¿Qué limitaciones afrontarían las regiones para asumirlo? ¿Qué facilidades tendrían?
5. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos?
6. ¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Qué necesitaría para la implementación?
7. ¿Cómo ubicaría este proyecto en el marco del proceso de descentralización?
8. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?

A REPRESENTANTES DEL MEF DE NIVEL NACIONAL

1. ¿Qué elementos tomaría su Dirección de la propuesta de MCS II?
2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requerirían adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitarían la adaptación? ¿Qué elementos la limitarían?
3. ¿Se tomarían a nivel de país?
4. ¿Qué limitaciones afrontarían las regiones para asumirlo? ¿Qué facilidades tendrían?
5. Cuando hacemos la pregunta 4 (relacionada a limitaciones) a los sectores, ellos siempre responden: “**el presupuesto asignado a promoción para la salud es muy escaso**”. ¿Qué opina al respecto de esta afirmación?
6. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos?
7. ¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Qué necesitaría para la implementación?
8. ¿Cómo ubicaría este proyecto en el marco del proceso de descentralización?
9. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?

A REPRESENTANTES DE CARE, PRISMA, ADRA y CEPCO

1. ¿Qué ha tomado su entidad de la propuesta de MCS II?
2. ¿En qué momento y por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitaron la adaptación? ¿Algunas limitaciones?
3. ¿En qué ámbitos fueron/serán aplicados?
4. ¿Qué limitaciones afrontarían/afrontaron estos ámbitos en el proceso? ¿Qué facilidades se les proporcionaría?
5. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos intervenidos?
6. ¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Qué necesitaría para la implementación?
7. ¿Cómo ubicaría este proyecto de MCS II en el marco del proceso de descentralización?
8. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?

SU ORGANIZACIÓN HA EJECUTADO PROYECTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTES DE CONOCER LA DE MCS

9. ¿Cuánto tiempo duraron?

Menos de 3 años () Más de 5 años () Más de 10 años ()

10. Los recursos humanos que integraron el equipo gestor ¿Qué perfiles profesionales incluyeron?
Biomédicos () Sociales () Comunicacionales () Educadores ()

11. ¿Qué niveles de intervención alcanzaron?

Local () Provincial () Regional () Nacional ()

12. ¿Número de distritos coberturados?

A REPRESENTANTES DE UNACEM

1. ¿Qué ha tomado su entidad de la propuesta de MCS II?
2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitaron la adaptación? ¿Algunas limitaciones?
3. ¿En qué ámbitos serán aplicados?
4. ¿Qué limitaciones afrontarían estos ámbitos en el proceso? ¿Qué facilidades se les proporcionaría?
5. Respecto a los aspectos de la propuesta que aún no ha tomado: ¿Alguno en particular que le interese operativizar en el mediano plazo? ¿Por qué esperar?
6. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?
7. ¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Qué necesitaría para la implementación?
8. ¿Qué recomendaciones haría Ud. Al proyecto frente a posibles futuras intervenciones?

A UN REPRESENTANTE DEL EQUIPO DE USAID PERÙ

1. ¿Qué enfoques de sustrato propone USAID para este objetivo de desarrollo?
2. En este esquema ¿Se acopla el enfoque de promoción de la salud? (explicar el enfoque) ¿Cómo lo hace?
3. Y el de comunicación para el cambio ¿Cómo lo hace?
4. ¿El enfoque territorial?
3. En los aspectos operativos ¿Qué partes del modelo se pueden tomar? ¿Por qué? ¿Cuál sería el punto de partida para la adopción?
4. ¿Cuáles adaptaciones se lograron/lograrían con mayor rapidez? ¿Qué ámbitos (proyectos) serían más proclives y por qué? ¿Qué limitaciones se afrontarían para lograr las adaptaciones? ¿En qué condiciones se podría sostener?

A REPRESENTANTE DE MSH

En el marco de los objetivos de desarrollo de USAID (mostrar esquema):

1. ¿Cómo se acopla el enfoque de promoción de la salud? ¿Cuál sería su contribución concreta?
2. Y el de comunicación para el cambio ¿Cómo lo hace?
3. ¿El enfoque territorial?
4. En los aspectos operativos ¿Qué partes del modelo podrían aportar a cada objetivo (por separado)? ¿Cuál sería el punto de partida?
5. ¿Cuáles adaptaciones se lograrían con mayor rapidez? ¿Qué ámbitos (proyectos) serían más proclives y por qué? ¿Qué limitaciones se afrontarían para lograr las adaptaciones? ¿En qué condiciones se podría sostener?

Anexo 5: Listado de Comunidades Beneficiarias

Nº	Departamento	Provincia	Distrito	Comunidad	Nivel de Avance de la Comunidad
1	AYACUCHO	HUAMANGA	ACOS VINCHOS	CHASQUI	BAJO
2	AYACUCHO	HUAMANGA	ACOS VINCHOS	COLPA	INTERMEDIO
3	AYACUCHO	HUAMANGA	ACOS VINCHOS	SAN LUCAS	BAJO
4	AYACUCHO	HUAMANGA	QUINUA	LORENSAYOCC	ALTO
5	AYACUCHO	HUAMANGA	QUINUA	MOYA	BAJO
6	AYACUCHO	HUAMANGA	QUINUA	NUEVA ESPERANZA	BAJO
7	AYACUCHO	HUAMANGA	QUINUA	PARACCAY	ALTO
8	AYACUCHO	HUANTA	IGUAIN	ALLCOHUILLCA	ALTO
9	AYACUCHO	HUANTA	IGUAIN	ANTARUMI	ALTO
10	AYACUCHO	HUANTA	IGUAIN	CORA CORA	ALTO
11	AYACUCHO	HUANTA	IGUAIN	HUAYHUAS	ALTO
12	AYACUCHO	HUANTA	IGUAIN	NUEVA UNION	INTERMEDIO
13	AYACUCHO	HUANTA	IGUAIN	QUISPICANCHA	ALTO
14	AYACUCHO	HUANTA	LURICOCHA	CEDRO HUERTA	BAJO
15	AYACUCHO	HUANTA	LURICOCHA	PICHIURARA	ALTO
16	AYACUCHO	HUANTA	LURICOCHA	YURACCRACCAY	ALTO
17	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	C.P SAN JUAN BAUTISTA	ALTO
18	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	PUEBLO LIBRE - CP SAN JUAN BAUTISTA	ALTO
19	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	PUEBLO NUEVO	ALTO
20	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	SAN PEDRO DE CHIO	ALTO
21	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	SECTOR PAMPA HERMOSA	ALTO
22	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	SECTOR SAN JOSE	ALTO
23	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	SHIRINGAL ALTO	ALTO
24	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	MIRAFLORES	BAJO
25	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	SAN JUAN BAUTISTA - SECTOR JUAN VELASCO ALVARADO	BAJO
26	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	ALTO SAN ANTONIO	ALTO
27	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	CERRO COLORADO	ALTO
28	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	CHIO BAJO	ALTO
29	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	EL PORVENIR	ALTO
30	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	HUACAMAYO	ALTO
31	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	INCA ROCA	INTERMEDIO
32	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	NUEVO JORDAN	INTERMEDIO
33	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	NUEVO PROGRESO	ALTO
34	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	PANDISHAL	INTERMEDIO
35	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SHANANTIA	ALTO

Nº	Departamento	Provincia	Distrito	Comunidad	Nivel de Avance de la Comunidad
36	HUANUCO	DOS DE MAYO	MARIAS	CHIPAQUILLO-CATALAN	ALTO
37	HUANUCO	DOS DE MAYO	MARIAS	CHIPAQUILLO-MILAGROS	ALTO
38	HUANUCO	DOS DE MAYO	MARIAS	CHIPAQUILLO-SECTOR 2	BAJO
39	HUANUCO	DOS DE MAYO	MARIAS	CHIPAQUILLO-SECTOR 3 DOS DE MAYO	INTERMEDIO
40	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	15 DE OCTUBRE	INTERMEDIO
41	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	AGUA BLANCA	ALTO
42	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	CACHICOTO-BARRIO CLAVELES	INTERMEDIO
43	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	CAMOTE	INTERMEDIO
44	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	CORVINILLA COLORADA	BAJO
45	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	CORVINILLA ALTA	ALTO
46	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	CORVINILLA BAJA	ALTO
47	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	JORGE CHAVEZ	INTERMEDIO
48	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	LA GRANJA	INTERMEDIO
49	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	MANCHURIA - SECTOR MANCHURIA	BAJO
50	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	MATAPALO	INTERMEDIO
51	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	NUEVA SELVA BAJA	BAJO
52	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	PALO DE ACERO - GUILLERMO GONZALES PAJARES	BAJO
53	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	PALO WIMBA	ALTO
54	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	PAUJIL	ALTO
55	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	PIEDRA ANCHA	INTERMEDIO
56	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	PUERTO MARÍA ALMENDRA	BAJO
57	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	RIO ESPINO	ALTO
58	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	SACHAVACA-SECTOR LEONCIO PRADO	BAJO
59	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	SHIANCA	INTERMEDIO
60	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	SHITARI	ALTO
61	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	SOLEDAD	INTERMEDIO
62	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	TAZO GRANDE	BAJO
63	HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	YANACANDADO	BAJO
64	HUANUCO	HUANUCO	CHINCHAO	LEON PAMPA	BAJO
65	HUANUCO	HUANUCO	CHINCHAO	PUQUIO CHIGUANGALA	BAJO
66	HUANUCO	HUANUCO	CHINCHAO	VISTA ALEGRE DE HUACHIPA	BAJO
67	HUANUCO	LEONCIO PRADO	MARIANO DAMASO BERAUN	RIO TIGRE	BAJO
68	HUANUCO	LEONCIO PRADO	RUPA-RUPA	NUEVA UNION	BAJO
69	HUANUCO	LEONCIO PRADO	RUPA-RUPA	POZO RICO	BAJO

Nº	Departamento	Provincia	Distrito	Comunidad	Nivel de Avance de la Comunidad
70	HUANUCO	LEONCIO PRADO	RUPA-RUPA	SUPTA CHICO ALTO	BAJO
71	SAN MARTIN	HUALLAGA	SAPOSOA	AHUIHUA	ALTO
72	SAN MARTIN	HUALLAGA	SAPOSOA	ALMENDRAS	ALTO
73	SAN MARTIN	HUALLAGA	SAPOSOA	CHAMBIRA	ALTO
74	SAN MARTIN	HUALLAGA	SAPOSOA	NUEVO SAN ANDRES	ALTO
75	SAN MARTIN	HUALLAGA	SAPOSOA	PALTAICO	INTERMEDIO
76	SAN MARTIN	HUALLAGA	SAPOSOA	SAN REGIS	ALTO
77	SAN MARTIN	HUALLAGA	SAPOSOA	SHIMA	ALTO
78	SAN MARTIN	HUALLAGA	SAPOSOA	TANGER	ALTO
79	SAN MARTIN	LAMAS	BARRANQUITA	NUEVO LIBERTAD	ALTO
80	SAN MARTIN	LAMAS	BARRANQUITA	SAN JUAN DE PACHICILLA	ALTO
81	SAN MARTIN	LAMAS	CAYNARACHI	BARRIO LA PERLA - PONGO DE CAYNARACHI	ALTO
82	SAN MARTIN	LAMAS	CAYNARACHI	BONILLA	ALTO
83	SAN MARTIN	LAMAS	CAYNARACHI	CONVENTO	ALTO
84	SAN MARTIN	LAMAS	CAYNARACHI	SANTA ROSA DE DAVICILLO	ALTO
85	SAN MARTIN	LAMAS	CAYNARACHI	YUMBATOS	ALTO
86	SAN MARTIN	LAMAS	LAMAS	BOCA DE SHAMBU YAKU	ALTO
87	SAN MARTIN	LAMAS	LAMAS	NARANJAL	BAJO
88	SAN MARTIN	LAMAS	LAMAS	PAMPAYACU	ALTO
89	SAN MARTIN	LAMAS	SAN ROQUE DE CUMBAZA	ALTO SHAMBOYACU	ALTO
90	SAN MARTIN	LAMAS	SAN ROQUE DE CUMBAZA	PAMASHTO	INTERMEDIO
91	SAN MARTIN	PICOTA	TRES UNIDOS	BAÑOS	BAJO
92	SAN MARTIN	PICOTA	TRES UNIDOS	BELLO HORIZONTE	INTERMEDIO
93	SAN MARTIN	PICOTA	TRES UNIDOS	SAN JUAN	ALTO
94	SAN MARTIN	PICOTA	TRES UNIDOS	SAPOTILLO	ALTO
95	HUANUCO	PUERTO INCA	HONORIA	ANDRES AVELINO CACERES	BAJO
96	HUANUCO	PUERTO INCA	HONORIA	JERICO	BAJO
97	HUANUCO	PUERTO INCA	HONORIA	NUEVO AMANECER	BAJO
98	HUANUCO	PUERTO INCA	HONORIA	VILLA MERCEDES	BAJO
99	HUANUCO	PUERTO INCA	TOURNAVISTA	ANTONIO RAYMONDI	BAJO
100	HUANUCO	PUERTO INCA	TOURNAVISTA	PUEBLO NUEVO	BAJO
101	HUANUCO	PUERTO INCA	TOURNAVISTA	SAN JUAN DE MACUYA	BAJO
102	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	23 DE OCTUBRE	ALTO
103	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	ALTO 9 DE FEBRERO	ALTO
104	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	BUENOS AIRES	ALTO
105	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	DOS DE DICIEMBRE	ALTO

Nº	Departamento	Provincia	Distrito	Comunidad	Nivel de Avance de la Comunidad
106	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	LA MERCED DE NESHUYA	INTERMEDIO
107	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	NUEVA TUNUYA	ALTO
108	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	NUEVO SAN JORGE	ALTO
109	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	NUEVO SAN PEDRO	ALTO
110	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	PUEBLO LIBRE	ALTO
111	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	SAN JUAN DE PUMAYACU	ALTO
112	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	SANTA ROSA DE LIMA KM 50	ALTO
113	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	SIMON BOLIVAR	ALTO
114	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CAMPOVERDE	YERBAS BUENAS	ALTO
115	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	NUEVA REQUENA	SANTA CLARA DE UCHUNYA	INTERMEDIO
116	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	NUEVA REQUENA	SARITA COLONIA	INTERMEDIO
117	UCAYALI	PADRE ABAD	CURIMANA	MARONAL	INTERMEDIO
118	UCAYALI	PADRE ABAD	CURIMANA	NUEVA LIBERTAD	ALTO
119	UCAYALI	PADRE ABAD	CURIMANA	NUEVA MERIBA	INTERMEDIO
120	UCAYALI	PADRE ABAD	CURIMANA	PUEBLO LIBRE	INTERMEDIO
121	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	ASCENSION DEL AGUAYTILLO	ALTO
122	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	EL MILAGRO	ALTO
123	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	LIBERTAD DE PASARRAYA	ALTO
124	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	MAR DE PLATA	INTERMEDIO
125	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	MONTE DE LOS OLIVOS	ALTO
126	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	NUEVO JUANJUI	ALTO
127	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	SAN MARTIN	INTERMEDIO
128	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	SANTA ROSA DE GUINEA	ALTO
129	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	SAUCE DEL ALTO URUYA	ALTO
130	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	UNION CENTRO RAYA, ANEXO VILLACAMPO	ALTO
131	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	VIRGEN DE FATIMA	INTERMEDIO
132	UCAYALI	PADRE ABAD	IRAZOLA	VIRGEN DEL CARMEN	ALTO
133	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	3 DE OCTUBRE	INTERMEDIO
134	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	ALTO SHAMBILLO	BAJO
135	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	ANDRES AVELINO CACERES	BAJO
136	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	BAJO SHAMBILLO	INTERMEDIO
137	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	BARRIO UNIDO	INTERMEDIO
138	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	BELLAVISTA	BAJO
139	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	BOQUERON	BAJO
140	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	ERIKA	BAJO

Nº	Departamento	Provincia	Distrito	Comunidad	Nivel de Avance de la Comunidad
141	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	HORMIGA	BAJO
142	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	LA DIVISORIA	ALTO
143	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	LIBERTAD	BAJO
144	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	LOS OLIVOS	BAJO
145	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MARGARITA	ALTO
146	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MARISCAL CACERES	BAJO
147	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MEBANAÑU	BAJO
148	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MICAELA BASTIDAS	INTERMEDIO
149	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	MIGUEL GRAU SEMINARIO	INTERMEDIO
150	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	NUEVA PALESTINA	INTERMEDIO
151	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	NUEVO PARAISO	BAJO
152	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	PAUJIL	INTERMEDIO
153	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	PREVISTO	BAJO
154	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	PUERTO AZUL	BAJO
155	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SANTA ROSA	BAJO
156	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SANTA ROSA DE TEALERA	BAJO
157	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SANTA ROSA KM 200	ALTO
158	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SELVA TURISTICA	BAJO
159	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	SHAMBO	INTERMEDIO
160	UCAYALI	PADRE ABAD	PADRE ABAD	YAMINO	INTERMEDIO

Anexo 6: Matriz de Consistencia

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
Pertinencia	1. ¿Cuál es el “modelo” de MCS de acuerdo a los documentos del Proyecto y a lo observado en las localidades geográficas estudiadas?	<p>1.1. ¿El modelo MCS logró coincidir con los planes de desarrollo de los territorios abordados?</p> <p>1.2. ¿Los planes de desarrollo tienen enfoque de promoción de la salud?</p> <p>1.3. ¿Los planes de desarrollo tienen enfoque de comunicación: para el cambio social para el cambio de actitudes?</p> <p>1.4. ¿Los planes de desarrollo distrital tienen enfoque de gestión territorial?</p>	Teoría del cambio: combinación de enfoques de promoción de la salud, gestión territorial y estrategia de comunicación para el cambio social y para el cambio de actitudes	Entrevistas a representantes sectoriales locales (salud (Microred), educación (UGEL), agricultura (Agencia Agraria))	<p>1. ¿Conoce el proyecto MCS II? Si la respuesta es NO, explicarle de qué se trata, los enfoques: promoción de la salud, comunicación para el cambio y gestión territorial; y que la conversación girará en torno a la incorporación de estos enfoques en los planes de desarrollo sectoriales</p> <p>2. De acuerdo a lo explicado previamente ¿Considera que su sector incorporó el enfoque de promoción de la salud en su plan de desarrollo local? Si la respuesta es SI ¿Con qué acciones concretas?</p> <p>3. ¿Y la estrategia de comunicación para el cambio? Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones concretas de comunicación para el cambio social? ¿Para el cambio de actitudes? Si la respuesta es SI: ¿Con qué acciones concretas?</p> <p>4. ¿Considera que su sector incorporó el enfoque de gestión territorial? Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?</p> <p>5. ¿Considera que el plan de desarrollo concertado del distrito incorporó estos enfoques y estrategias? Si la respuesta es SI ¿Qué elementos facilitaron que ello ocurriera? y ¿Qué elementos actuaron como limitantes?</p> <p>6. ¿Quién lidera el desarrollo distrital? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?</p>

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
				Entrevistas a representantes del GL	<p>1. Frente a la frase: “salud de la población distrital” ¿Qué ideas vienen de inmediato a su mente?</p> <p>2. Iniciar aclarando (repasando) los enfoques de la TdC: promoción de la salud, comunicación para el cambio y gestión territorial:</p> <p>3. De acuerdo a lo explicado previamente ¿Considera que el gobierno local incorporó el enfoque de promoción de la salud en su plan de desarrollo concertado? Si la respuesta es SI ¿Con qué acciones concretas?</p> <p>4. ¿Y la estrategia de comunicación para el cambio? Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones concretas de comunicación para el cambio social? ¿Para el cambio de actitudes? Si la respuesta es SI: ¿Con qué acciones concretas?</p> <p>5. ¿Considera que el gobierno local incorporó el enfoque de gestión territorial? Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?</p> <p>6. Si el plan de desarrollo concertado del distrito incorporó estos enfoques y estrategias ¿Qué elementos facilitaron que ello ocurriera? ¿Qué elementos actuaron como limitantes?</p> <p>7. Si no incorporó los enfoques en el PDC ¿Se encuentra inserto en algún área u oficina del gobierno local? ¿Cómo se visibiliza la inserción?</p> <p>8. ¿Quién lidera el desarrollo distrital? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?</p>

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
				Entrevistas a gestores regionales: Desarrollo Social	<p>1. Aclarar (repasar) los enfoques de la TdC: promoción de la salud, comunicación para el cambio y gestión territorial:</p> <p>2. De acuerdo a lo explicado previamente ¿Considera que el gobierno regional incorporó el enfoque de promoción de la salud en su plan de desarrollo concertado? Si la respuesta es SI ¿Con qué acciones concretas?</p> <p>3. ¿Y la estrategia de comunicación para el cambio? Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones concretas de comunicación para el cambio social? ¿Para el cambio de actitudes? Si la respuesta es SI: ¿Con qué acciones concretas?</p> <p>4. ¿Considera que el gobierno regional incorporó el enfoque de gestión territorial? Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?</p> <p>5. Si el plan de desarrollo concertado incorporó estos enfoques y estrategias ¿Qué elementos facilitaron que ello ocurriera? ¿Qué elementos actuaron como limitantes?</p> <p>6. ¿Quién lidera el desarrollo en los distritos.....? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?</p>

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
				Entrevistas a gestores regionales DEVIDA	<p>1. Iniciar aclarando (repasando) los enfoques de la TdC: promoción de la salud, comunicación para el cambio y gestión territorial:</p> <p>2. De acuerdo a lo explicado previamente ¿Considera que DEVIDA incorporó el enfoque de promoción de la salud en su planificación? Si la respuesta es SI ¿Con qué acciones concretas?</p> <p>3. ¿Y la estrategia de comunicación para el cambio? Si la respuesta es SI: ¿Qué acciones concretas de comunicación para el cambio social? ¿Para el cambio de actitudes? Si la respuesta es SI: ¿Con qué acciones concretas?</p> <p>4. ¿Considera que DEVIDA incorporó el enfoque de gestión territorial? Si la respuesta es SI ¿De qué manera lo hizo? ¿En qué acciones se puede notar dicho enfoque?</p> <p>5. Si la planificación incorporó estos enfoques y estrategias, ¿Qué elementos facilitaron que ello ocurriera? ¿Qué elementos actuaron como limitantes?</p> <p>6. ¿Quién lidera el desarrollo en los distritos.....? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?</p>
Eficacia	<p>2. ¿Cuál ha sido el cambio de comportamiento en cada uno de los actores principales involucrados?:</p> <p>Familia</p>	<p>¿Qué cambios de comportamiento se lograron en la familia?</p> <p>¿Cómo se lograron estos cambios?</p> <p>¿Por qué se lograron estos cambios y no otros?</p>	<p>Marco de resultados</p> <p>Estrategia de comunicación para el cambio de actitudes</p>	<p>Jefe/a de familia</p>	<p>1. ¿Hubieron cambios en las familias a partir del trabajo del proyecto? Si la respuesta es SI ¿Cuáles cambios? ¿Qué hechos influyeron para que esto se lograra (en la familia, en la comunidad, en algún otro escenario)? ¿Cuáles cambios se lograron con mayor rapidez? ¿Por qué?</p> <p>Si la respuesta es NO ¿Qué hechos impidieron los cambios?</p> <p>2. ¿Recuerda algunos mensajes dirigidos a las familias que pudieran relacionarse con estos cambios? Si la respuesta es favorable ¿Dónde escuchó estos mensajes?</p> <p>3. ¿Quién lidera las intervenciones en salud en el distrito?</p>

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
Comunidad	<p>¿Qué cambios de comportamiento se lograron a nivel comunitario?</p> <p>¿Cómo se lograron estos cambios?</p> <p>¿Por qué se lograron estos cambios y no otros?</p>	Marco de resultados Índice de capital social Estrategia de comunicación para el cambio social	Presidente de JVC	<p>3. ¿Hubieron cambios en la organización comunal a partir del trabajo del proyecto? Si la respuesta es SI ¿Cuáles cambios? ¿Qué hechos influyeron para que esto se lograra? ¿Cuáles cambios se lograron con mayor rapidez? ¿Por qué?</p> <p>Si la respuesta es NO ¿Qué hechos impidieron los cambios?</p> <p>4. ¿Recuerda mensajes dirigidos a las organizaciones comunales que pudieran relacionarse con estos cambios? Si la respuesta es favorable ¿Dónde escuchó estos mensajes?</p> <p>5. ¿Quién lidera las intervenciones en salud en el distrito?</p>	
			Representante de la microred	<p>8. ¿Se lograron cambios de comportamiento en el nivel comunal? Si la respuesta es SI ¿Cuáles cambios? ¿Qué factores influyeron para que esto se lograra? ¿Qué cambios se lograron con mayor rapidez? Si la respuesta es NO ¿Qué factores lo impidieron?</p> <p>SI EN LOS CAMBIOS MENCIONADOS NO SE ALUDIERA A ASPECTOS ORGANIZACIONALES:</p> <p>9. ¿Algún cambio en la situación de la organización local (JVC)? ¿Y de esta respecto a la salud?</p> <p>10. ¿Qué estrategias se utilizaron para promover cambios a nivel organizacional comunal?</p>	

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
				Alcalde o gerente de desarrollo social	<p>9. ¿Se lograron cambios de comportamiento en el nivel comunal? Si la respuesta es SI ¿Cuáles cambios? ¿Qué factores influyeron para que esto se lograra? ¿Qué cambios se lograron con mayor rapidez? Si la respuesta es NO ¿Qué factores lo impidieron?</p> <p>SI EN LOS CAMBIOS MENCIONADOS NO SE ALUDIERA A ASPECTOS ORGANIZACIONALES:</p> <p>10. ¿Algún cambio en la situación de la organización local (JVC)? ¿Y de esta respecto a la salud?</p> <p>11. ¿Se difundieron mensajes influyentes/potentes relacionados a la salud? ¿A la organización comunal? ¿Por qué medios?</p>
<p>...Y cuál ha sido el grado de adaptación del “modelo” por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales?</p> <p>Gobierno nacional</p>	<p>¿Qué partes del modelo fueron tomados por el gobierno nacional? ¿Por qué?</p> <p>¿Cuáles adaptaciones se lograron con mayor rapidez? ¿Qué limitaciones se afrontaron para lograr las adaptaciones?</p>	<p>Marco de resultados</p>	<p>DEVIDA, MEF, MIDIS (2 por cada entidad)</p>	<p>1. ¿Qué elementos tomaría su Dirección de la propuesta de MCS II?</p> <p>2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requerirían adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitarían la adaptación? ¿Qué elementos la limitarían?</p> <p>3. ¿Se tomarían a nivel de país?</p> <p>4. ¿Qué limitaciones afrontarían las regiones para asumirlo? ¿Qué facilidades tendrían?</p> <p>5. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?</p>	
			MINSAs	<p>1. ¿Qué ha tomado su Dirección de la propuesta de MCS II?</p> <p>2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitarían la adaptación? ¿Algunas limitaciones?</p> <p>3. ¿Serán tomados a nivel de país?</p> <p>4. ¿Qué limitaciones afrontarían las regiones para asumirlo? ¿Qué facilidades?</p> <p>5. Respecto a los aspectos de la propuesta que aún no ha tomado: ¿Alguno en particular que le interese operativizar en el mediano plazo? ¿Por qué esperar?</p> <p>6. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?</p>	

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
	Gobierno regional	<p>¿Qué partes del modelo fueron tomados por el gobierno regional? ¿Por qué? ¿Cuáles adaptaciones se lograron con mayor rapidez? ¿Qué limitaciones se afrontaron para lograr las adaptaciones?</p>	Marco de resultados	Gerente Desarrollo Social, Representante DIRESA	<p>1. ¿Qué ha tomado su Gobierno Regional de la propuesta de MCS II? 2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitaron la adaptación? ¿Algunas limitaciones? 3. ¿Serán tomados a nivel de las Redes de salud? ¿O en algún otro nivel? 4. ¿Qué limitaciones afrontarían las redes -u otro nivel- para asumirlo? ¿Qué facilidades? 5. Respecto a los aspectos de la propuesta que aún no ha tomado: ¿Alguno en particular que le interese operativizar en el mediano plazo? ¿Por qué esperar? 6. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?</p>
					<p>1. ¿Qué ha tomado su Gobierno Local de la propuesta de MCS II? 2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitaron la adaptación? ¿Algunas limitaciones? 3. Respecto a los aspectos de la propuesta que aún no ha tomado: ¿Alguno en particular que le interese operativizar en el mediano plazo? ¿Por qué esperar? 4. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos?</p>
	Gobierno local	<p>¿Qué partes del modelo fueron tomados por el gobierno local? ¿Por qué? ¿Cuáles adaptaciones se lograron con mayor rapidez? ¿Qué limitaciones se afrontaron para lograr las adaptaciones?</p>	Marco de resultados	Alcalde o gerente de desarrollo social	<p>1. Puede ser que el GL no insertara los enfoques del proyecto en el PDC pero ¿hizo suya alguna parte de la intervención del proyecto? Si la respuesta es SI ¿Cómo se visibiliza esto? ¿La adopción fue completa? Si no lo fue ¿Qué partes del modelo tomó? Desde su punto de vista ¿Qué factores facilitaron esta adopción? ¿Qué factores la limitaron?</p>
				Representante de la microrred	

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
	Privados: ONG o empresas	<p>¿Qué partes del modelo fueron tomados por la organización privada?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿Cuáles adaptaciones se lograron con mayor rapidez?</p> <p>¿Qué limitaciones se afrontaron para lograr las adaptaciones?</p> <p>¿Cuál es la ventaja relativa de MCS II sobre otras intervenciones?</p>	Marco de resultados	CARE, ADRA, PRISMA, CEPSCO	<p>1. ¿Qué ha tomado su entidad de la propuesta de MCS II?</p> <p>2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitaron la adaptación? ¿Algunas limitaciones?</p> <p>3. ¿En qué ámbitos serán aplicados?</p> <p>4. ¿Qué limitaciones afrontarían estos ámbitos en el proceso? ¿Qué facilidades se les proporcionaría?</p> <p>5. Respecto a los aspectos de la propuesta que aún no ha tomado: ¿Alguno en particular que le interese operativizar en el mediano plazo? ¿Por qué esperar?</p> <p>6. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo? SU ORGANIZACIÓN HA TENIDO INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTES DE CONOCER LA DE MCS</p> <p>1. ¿Cuánto tiempo duró? Menos de 3 años () Mas de 5 años () Mas de 10 años ()</p> <p>2. ¿Con qué perfiles de profesionales contó? Biomédicos () Sociales () Comunicacionales () Educadores ()</p> <p>3. ¿Qué niveles de intervención alcanzó? Local () Provincial () Regional () Nacional ()</p> <p>4. Número de distritos coberturados.....</p>
				UNACEM	<p>1. ¿Qué ha tomado su entidad de la propuesta de MCS II?</p> <p>2. ¿Por qué le interesaron esos elementos en particular? ¿Requirieron adaptaciones? ¿De qué tipo? ¿Qué elementos facilitaron la adaptación? ¿Algunas limitaciones?</p> <p>3. ¿En qué ámbitos serán aplicados?</p> <p>4. ¿Qué limitaciones afrontarían estos ámbitos en el proceso? ¿Qué facilidades se les proporcionaría?</p> <p>5. Respecto a los aspectos de la propuesta que aún no ha tomado: ¿Alguno en particular que le interese operativizar en el mediano plazo? ¿Por qué esperar?</p> <p>6. Desde su punto de vista ¿Quién está liderando la intervención en salud en los distritos? ¿Qué elementos le hacen afirmarlo?</p>

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
Sostenibilidad	3. ¿Puede ser adoptado, transferido y sostenible el “modelo” MCS a otros ámbitos más allá del área de salud? ¿Qué condiciones serían las necesarias?	¿Cuál es el punto de partida para la adopción? ¿Qué ámbitos son más proclives y por qué?	Enfoque de gestión territorial Marco de resultados: política, social, técnica y financiera	Gobierno Local	¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Por qué esas áreas? ¿Qué necesitaría para la implementación? ¿Por dónde empezar?
				Gobierno Regional	¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Por qué esas áreas? ¿Qué necesitaría para la implementación? ¿Por dónde empezar?
				DVIDA, MEF, MIDIS (2 por cada entidad)	¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Por qué esas áreas? ¿Qué necesitaría para la implementación? ¿Por dónde empezar?
				CARE, ADRA, PRISMA, CEPCO	¿Cree que podría aplicar el modelo MCS en áreas que no tuvieran que ver con la salud? Si la respuesta es SI ¿En cuáles por ejemplo? ¿Por qué esas áreas? ¿Qué necesitaría para la implementación? ¿Por dónde empezar?
Pertinencia Sostenibilidad	4. ¿Cómo puede el “modelo” ser útil para contribuir al logro de los tres Objetivos de Desarrollo de USAID?	¿Cuál es la contribución concreta de MCS II a: Desarrollo alternativo; servicios públicos de calidad; y sostenibilidad ambiental? ¿Los gestores de cada objetivo han proyectado una ruta hacia el modelo MCS?	Enfoque de gestión territorial	Gerentes de USAID: 3	1. ¿Qué enfoques de sustrato propone USAID para este objetivo de desarrollo? 2. En este esquema ¿Se acopla el enfoque de promoción de la salud? (explicar el enfoque) ¿Cómo lo hace? 3. Y el de comunicación para el cambio, ¿Cómo lo hace? 4. ¿y el enfoque territorial? 3. En los aspectos operativos ¿Qué partes del modelo se pueden tomar? ¿Por qué? ¿Cuál sería el punto de partida para la adopción? 4. ¿Cuáles adaptaciones se lograron/lograrían con mayor rapidez? ¿Qué ámbitos (proyectos) serían más proclives y por qué? ¿Qué limitaciones se afrontarían para lograr las adaptaciones? ¿En qué condiciones se podría sostener?

Criterios Relevantes	Pregunta Global	Sub preguntas	Enfoque de análisis	Recolección de información	
				Entrevistados	Cuestionarios
				Edgar Medina (MSH)	<p>En el marco de los objetivos de desarrollo de USAID (mostrar esquema):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo se acopla el enfoque de promoción de la salud? ¿Cuál sería su contribución concreta? 3. Y el de comunicación para el cambio, ¿Cómo lo hace? 4. ¿Y el enfoque territorial? 3. En los aspectos operativos ¿Qué partes del modelo podrían aportar a cada objetivo (por separado)? ¿Cuál sería el punto de partida? 4. ¿Cuáles adaptaciones se lograrían con mayor rapidez? ¿Qué ámbitos (proyectos) serían más proclives y por qué? ¿Qué limitaciones se enfrentarían para lograr las adaptaciones? ¿En qué condiciones se podría sostener?

Anexo 7: Definiciones Operacionales para la Delimitación de Procesos

Adopción: Acción de adoptar. Recibir, haciéndolo propio, un parecer, un método, una doctrina, etc. que han sido creados por otros.⁷⁸

Capital social: colaboración social entre los diferentes grupos de un colectivo humano, y el uso individual de las oportunidades surgidas a partir de ello; para este caso, referido a las redes sociales.

Comité multisectorial: instancia de carácter técnico-operativo, con reconocimiento oficial del gobierno local y conformado por representantes sectoriales y municipales.

Disponibilidad presupuestaria: Asignación y capacidad de ejecución de presupuesto proveniente del Ministerio de Economía y Finanzas y/o de otras fuentes.

Empoderamiento⁷⁹: acción y efecto de empoderar. Hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido.

Estructuras operacionales activas: Equipos técnicos de trabajos técnicos asignados a nivel sectorial para cumplir funciones específicas.

JVC: Las Juntas Vecinales Comunes son órganos de apoyo encargadas de supervisar en el ámbito de su respectivo territorio vecinal, la prestación de los servicios públicos locales, cumplimiento de las normas municipales, ejecución de obras municipales y otras atribuciones y funciones que se establezcan en sus estatutos⁸⁰.

Modelo: Estrategia impulsada por el proyecto MCS, que promueve el empoderamiento de las familias respecto al autocuidado de su salud y entorno inmediato; las que a su vez reconocen a la JVC como responsable de la vigilancia comunitaria y su representante organizacional en las negociaciones/incidencia con el gobierno local y/o los responsables sectoriales de todos los servicios públicos que se ofertan en su territorio; sectores que además se encuentran integrados en un comité multisectorial local, reconocido formalmente por el gobierno local; cuya actividad fundamental consiste en monitorear el desenvolvimiento de la JVC y reportarlo al gobierno local.

En el modelo se distinguen los siguientes escenarios: familia, comunidad, comité multisectorial y gobierno local. Funcionan cual sucesión de elementos – cadena - dirigidos al mismo fin, enlazados de manera que cada uno recibe información del anterior y la transmite al siguiente generándose flujos “de abajo hacia arriba” y “de arriba hacia abajo”, con el objetivo final de modificar positivamente actitudes y prácticas fundamentales en las familias.

Niveles de intervención: Es el punto de entrada seleccionado para iniciar la estrategia de MCS II. Puede ser: regional, local, comunal y familias.

⁷⁸ Real Academia Española (RAE).

⁷⁹ Del inglés “empowerment”.

⁸⁰ Ley Orgánica de Municipalidades Ley N° 27972

Anexo 8: Desarrollo de Actividades en Campo

Actividades de Campo

Las actividades de campo se llevaron a cabo entre los días 30 de noviembre a 21 de diciembre. Durante la fase de campo, se realizaron entrevistas en las regiones de Lima, Huánuco, Ucayali, San Martín y Ayacucho.

Los actores entrevistados contaron con diversos perfiles, entre ellos: tomadores de decisiones a nivel nacional, representantes de gobiernos regionales, provinciales y locales, organismos descentralizados del Estado, representantes de juntas vecinales comunales, implementadores de proyectos y organismos de cooperación internacional.

Las personas responsables de las entrevistas fueron Rosario Ruiz, especialista en Promoción de la Salud y Muzia Encomenderos, especialista en Desarrollo Comunitario. Inicialmente, las entrevistas fueron realizadas por ambas especialistas, y progresivamente, cada una fue responsable de grupos de entrevistas dispersos geográficamente en cada región.

En este capítulo se presentará el desarrollo de las actividades en campo, los logros alcanzados, las limitantes encontradas y sus medios de mitigación correspondientes.

Cronograma de entrevistas en campo

A continuación se presenta el cronograma de entrevistas realizadas entre los días 30 de noviembre y 21 de diciembre:

Cuadro I: Cronograma de entrevistas en campo

Regiones	DÍAS																					
	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Lima	■	■	■	■	■																	
Preparación para viaje a regiones						■	■															
Huánuco								■	■	■												
Ucayali										■	■	■	■									
San Martín														■	■	■						
Ayacucho																		■	■	■	■	■

En el cronograma se visualizan las fechas y el tiempo que tomó el equipo de entrevistadoras para levantar la información solicitada en cada una de las regiones.

A continuación, se presentan una descripción que sustenta el sentido lógico de la ruta que tomaron las entrevistadoras en cada región:

- Se concertaron citas del lunes 30 de noviembre al viernes 04 de diciembre con miembros de ONGs y representantes sectoriales del Estado en la ciudad de **Lima**.
- El domingo 06 de diciembre, las dos especialistas viajaron a la ciudad de **Huánuco**. Debido a que el proyecto MCS no interactuó a nivel de Gobierno Regional, los entrevistados en esta región se ubicaban en las ciudades de Tingo María y Monzón.

- El día miércoles 09 de diciembre en horas de la noche, las especialistas viajaron desde Tingo María hasta la ciudad de Aguaytía para dar inicio a la fase de entrevistas en la región de **Ucayali**. El día jueves 10 de diciembre, ambas especialistas trabajaron juntas, al día siguiente se dividieron, entre para realizar las entrevistas en las provincias de Padre Abad y Coronel Portillo.
- El día domingo 13 de diciembre, las especialistas viajaron a la ciudad de Tarapoto para dar inicio al día siguiente a la fase de entrevistas en **San Martín**. La especialista en Promoción de la Salud trabajó en las ciudades de Moyobamba, Tarapoto y Lamas, mientras que la especialista en Desarrollo Comunitario en las ciudades Picota y Saposoa, al sur de San Martín.
- El día miércoles 16 en horas de la tarde, la especialista en Promoción de la Salud regresó a la ciudad de Lima, mientras que la especialista en Desarrollo comunitario viajó durante el jueves 17 hacia la ciudad de **Ayacucho** para dar inicio a la última región de entrevistas; donde ella terminó la etapa de realización de entrevistas hasta el día lunes 21 de diciembre.

En el siguiente cuadro se presentan las entrevistas en las regiones donde las especialistas estuvieron involucradas –juntas y separadas.

Cuadro 2: Involucramiento de las especialistas en entrevistas

Región	Especialistas involucradas
Lima - ONG	Promoción de la salud y desarrollo comunitario
Lima - Entidades del Estado y UNACEM	Promoción de la salud
Huánuco (todos los actores)	Promoción de la salud y desarrollo comunitario
Ucayali - Autoridades regionales	Promoción de la salud
Ucayali - Autoridades locales	Promoción de la salud y desarrollo comunitario
Ucayali - JVC	Desarrollo comunitario
San Martín - Autoridades regionales, CEPCO y distrito de Lamas (todos los actores de Lamas)	Promoción de la salud
San Martín - Distritos de Saposoa y Tres Unidos (todos los actores de ambos distritos)	Desarrollo comunitario
Ayacucho (todos los actores)	Desarrollo comunitario

Retroalimentación:

- Las especialistas tenían reuniones entre ellas al final del día para revisar las entrevistas y hacer pequeños análisis de lo encontrado preliminarmente.
- Mientras estaban juntas se reunían presencialmente, cuando se separaron, las reuniones eran por teléfono.
- Las especialistas se comunicaron diariamente por vía telefónica con el coordinador de campo. El coordinador transfería estas comunicaciones al jefe del proyecto vía Skype y/o correo electrónico.

- Las especialistas enviaron semanalmente reportes de avance vía correo electrónico, resumiendo sus actividades en campo.

Finalmente, una vez que el equipo de entrevistadoras retornó a Lima y trabajó en un análisis preliminar de la información de campo, concertó entrevistas con el líder del proyecto MCS, así como con los coordinadores de cada uno de los tres objetivos de desarrollo de la estrategia de USAID en Perú (tres representantes).

Aspectos logísticos:

Huánuco

- Dado que el proyecto NAP se encuentra en ejecución en el valle del Monzón, sus representantes facilitaron la convocatoria de las JVC para las entrevistas (grupal e individual); este aporte fue clave para reducir tiempos en campo y hacer más eficiente el trabajo de las especialistas en campo.
- Microsol pagó el transporte y refrigerio de los entrevistados que tuvieron que movilizarse para efectos de la evaluación.
- Las tiempos de movilización en esta región fueron los siguientes:
 - o Lima – Huánuco (vía aérea): 1 hora.
 - o Huánuco – Tingo María (Vía terrestre): 2.5 horas.
 - o Tingo María – Monzón: (vía terrestre): 2 horas.
 - o Tingo María – Cachicoto (vía terrestre-entrevista grupal e individual): 1 hora 30 minutos.

Ucayali

- Se iniciaron las actividades en la provincia de Padre Abad (cerca geográficamente a Tingo María-Huánuco) y se finalizó en la capital de la región.
- Debido a la lejanía de las comunidades a entrevistar, se vio pertinente contratar un auto privado a disposición de la especialista de desarrollo comunitario para realizar las entrevistas a JVC.
- Los tiempos de movilización en esta región fueron los siguientes:
 - o Tingo María – Aguaytía (vía terrestre): 1 hora 40 minutos
 - o Aguaytía - comunidades (vía terrestre): entre 1 hora 30 minutos y 2 horas
 - o Aguaytía – Irazola (vía terrestre): 30 minutos
 - o Aguaytía – Pucallpa, capital de región (vía terrestre): 2 horas 15 minutos
 - o Pucallpa – Campoverde (vía terrestre): 30 minutos

San Martín

- Como fue mencionado anteriormente en el cuadro 02, las especialistas dividieron las entrevistas geográficamente. La especialista de desarrollo comunitario abarcó la zona sur de la región (distritos de Saposa y Tres Unidos) y la especialista de promoción de la salud

abarcó la zona centro de la región (distrito de Lamas y ciudades de Tarapoto y Moyobamba para entrevistar a autoridades regionales y ONG).

- Ambas contrataron un transporte terrestre privado para facilitar los accesos a diferentes distritos y comunidades.
- Los tiempos de movilización en esta región fueron los siguientes:
 - o Pucallpa-Tarapoto (vía aérea): 6 horas con escala en Lima, no se encontraron vuelos directos.
 - o Tarapoto – Lamas (vía terrestre): 30 minutos
 - o Lamas – comunidades (vía terrestre): de treinta minutos a una hora
 - o Tarapoto – Moyobamba (vía terrestre): 2 horas 30 minutos
 - o Tarapoto- Tres Unidos (vía terrestre): 3 horas
 - o Tres Unidos – comunidades (vía terrestre): de 15 a 20 minutos
 - o Tarapoto – Sapososa (vía terrestre): 4 horas
 - o Sapososa – comunidades (vía terrestre): 1 hora

Ayacucho

- La especialista de desarrollo comunitario fue la responsable de levantar la información en esta región entre los días viernes 18 a martes 21 de Diciembre.
- Durante los días sábado y domingo realizó las entrevistas a las JVC, mientras que empleó los días de semana para entrevistar a los representantes del Gobierno Regional, Gobiernos Locales y Representantes Sectoriales.
- Se alquiló un transporte privado a disposición de la especialista.
- Los tiempos de movilización en esta región fueron los siguientes:
 - o Tarapoto – Ayacucho (vía aérea): 5 horas, con escala en Lima.
 - o Ayacucho – Acos Vinchos: 1 hora 30 minutos
 - o Acos Vinchos – comunidades: 20 a 30 minutos
 - o Ayacucho – Quinua: 1 hora
 - o Quinua – comunidades: 20 a 30 minutos
 - o Ayacucho – Iguain: 2 horas
 - o Iguain – comunidades: 30 a 40 minutos

U.S. Agency for International Development
Av. La Encalada s/n, Santiago de Surco
Lima, Perú