EVALUACIÓN INTERMEDIA DEL PROYECTO MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES DE USAID/PERÚ

JULIO 2006 – DICIEMBRE 2009

Abril 2010
Esta publicación fue producida para revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue elaborada por Stanley Terrell, Reynaldo Alvarado, Teobaldo Espejo y Susana Guevara a través de CAMRIS International.

EVALUACIÓN INTERMEDIA DEL PROYECTO MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES DE USAID/PERÚ

JULIO 2006 – DICIEMBRE 2009

DENEGACIÓN DE RESPONSABILIDAD
Los puntos de vista de los autores expresados en esta publicación no necesariamente concuerdan con las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos.

Este documento es suministrado por la Development Experience Clearinghouse (www.dec.org). Información adicional puede ser obtenida de:

CAMRIS International
6931 Arlington Road, Suite 575
Bethesda, MD 20814
Tel: (301) 770-6000
Fax: (301) 770-6030
www.camrisinternational.com

Este documento fue presentado por CAMRIS International a la Agencia de Los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el Contrato No. GHS-I-00-07-00015-00.

RESUMEN EJECUTIVO

La Oficina de Salud de USAID/Perú contrató a CAMRIS International para realizar una evaluación intermedia del proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS), cuya culminación está programada para setiembre del 2010. La evaluación examinó y verificó los resultados programáticos a la fecha, proveyó una reseña detallada de las estrategias e intervenciones del proyecto, identificó recomendaciones para mejorar el modelo de intervención, y determinó el grado de coordinación de MCS con USAID/Perú y su contribución a sus objetivos y actividades generales. Además, la evaluación proporcionó a USAID/Perú con una base informada, opciones sobre el valor y el diseño de actividades adicionales que promuevan mayores comportamientos saludables, servicios básicos de salud para las comunidades, capacidades organizacionales e infraestructura requerida para mantener las intervenciones en salud basadas en la comunidad y los servicios.

Antecedentes

El proyecto MCS se generó para complementar al Programa de Desarrollo Alternativo de USAID/Perú (PDA) y se focalizó en mejorar la salud materno-infantil a través de cambios de comportamiento para desarrollar estilos de vida saludables. El PDA es un esfuerzo multisectorial diseñado para promover el desarrollo lícito en áreas donde el cultivo de la coca y el narcotráfico son comunes. El PDA incluye salud, educación, democracia y gobernabilidad y actividades de desarrollo económico. En el 2002, USAID/Perú priorizó las actividades de desarrollo económico en siete regiones (Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, San Martín, y Ucayali) que se caracterizan por tener los peores indicadores de salud del país incluyendo la desnutrición infantil. El tráfico de drogas —a veces asociado con la actividad guerrillera—exacerba los desafíos planteados por la pobreza. Debido a estos problemas y la inestabilidad intrínseca de la situación, en gran medida estas áreas fueron abandonadas tanto por el gobierno como por los inversionistas privados. A través del trabajo con autoridades a nivel distrital, MCS busca construir las capacidades organizacionales e infraestructura necesaria para mantener las intervenciones comunitarias de salud y los servicios en las comunidades participantes en el PDA.

En julio del 2006, USAID/Perú contrató a MSH para apoyar en campo al Programa de Liderazgo, Gestión y Sostenibilidad de USAID/Perú (LMS) a fin de continuar la implementación de MCS en 340 comunidades de 32 distritos que habían firmado acuerdos de erradicación de la coca. Desde julio del 2004 hasta junio del 2006, el proyecto MCS fue implementado por PRISMA, una ONG peruana subcontratada por Pathfinder para el Proyecto Catalyst de USAID/Washington. El énfasis inicial del proyecto MCS fue el nivel de la comunidad. Sin embargo, en el 2007–2008 ese énfasis cambió, cada vez más hacia el apoyo a los niveles distritales y regionales para que adopten y asuman la responsabilidad por el programa, incluyendo la extensión de la estrategia del MCS a otras comunidades.

Metodología

La información utilizada en esta evaluación tuvo origen en la revisión de la documentación del proyecto, entrevistas a informantes clave, grupos de discusión estructurada y visitas de campo a sitios de interés. El equipo evaluador trabajó con la Misión y el proyecto MCS de USAID para revisar el marco de muestreo de distritos, comunidades, y hogares, estratificándolos de acuerdo a criterios clave. El equipo visitó los sitios de interés en Ucayali en la semana del 15 de febrero, y luego se separó y dos de sus miembros visitaron San Martín y Ayacucho en la semana del 22 de febrero. A su regreso a Lima, el equipo sostuvo reuniones con interesados clave del Gobierno Peruano, MINSA, USAID, otros socios y el personal del proyecto MCS de USAID, para revisar y validar los hallazgos y obtener información adicional y aclaraciones. El equipo también sostuvo discusiones internas en profundidad sobre cada una de las áreas temáticas del Alcance del Trabajo antes de redactar el reporte, de manera que el reporte final representa la opinión de consenso de las diferentes perspectivas provistas por cada miembro del equipo. Una presentación inicial con USAID se realizó el 17 de marzo.

Resultados

El proyecto MCS que fue extendido año a año mediante la aprobación de planes de trabajo y presupuestos anuales, nunca desarrolló un plan PMP o un plan de M&E. En cambio, cada año presentó un conjunto de resultados e indicadores (que variaban ligeramente todos los años) en un formato de marco lógico. El proyecto reportaba los resultados anuales teniendo en cuenta las metas establecidas en los planes de ese año. Muchos resultados de los indicadores, más no todos, excedieron las metas del año anterior (Apéndice G).

El proyecto tuvo éxito en organizar y empoderar a más de 500 comunidades en zonas de difícil acceso, particularmente cuando uno toma en cuenta los retos presentados por la situación socio-política en la región productora de coca. Todas las comunidades visitadas se perciben a sí mismas en una situación mejor como resultado del proyecto. Esta percepción es compartida universalmente por el personal del distrito, la microred y los niveles regionales, quienes creen que estas comunidades mejoraron a lo largo del tiempo. Estos mismos informantes también consideran que estas comunidades mejoraron en relación a comunidades vecinas y que están más limpias, mejor organizadas, mejores prácticas y resultados de salud tales como la reducción de la morbilidad infantil y la desnutrición. El equipo evaluador observó que en efecto estas comunidades parecían relativamente limpias y organizadas, con poca basura, pocos animales como cerdos y vacas deambulando sueltos, y espacios públicos ordenados, frecuentemente con plantas ornamentales.

MCS efectuó un trabajo encomiable, bajo condiciones difíciles, de ayudar a organizar a las comunidades en torno a temas de salud, fortalecer las capacidades comunales de recolectar y reportar datos, establecer prioridades y negociar con los gobiernos distritales como parte del proceso del presupuesto participativo a través del funcionamiento efectivo de la JVC. A través de la capacitación en liderazgo basado en valores, la promoción de estilos de vida saludables y la organización de las comunidades locales, MCS contribuye a los objetivos generales del programa PDA y provee un entorno facilitador para otras actividades del PDA. Las mejoras en los aspectos físicos, la autoestima, empoderamiento y bienestar de las comunidades son

fácilmente notables para los observadores externos. Sin embargo, como se señaló, el equipo de evaluación externa no encontró datos reales y concretos para determinar si hubo mejoras en la situación de salud de la población objetivo, mucho menos para atribuirle mejoras a los esfuerzos del proyecto.

El equipo de evaluación también identificó algunas preocupaciones que requieren atención, incluyendo la necesidad de:

- Reestablecer el enfoque sobre la población objetivo;
- Modificar y simplificar el instrumento comunal de recolección de datos y al mismo tiempo hacerlo más relevante a otros programas de desarrollo (USAID y GOP);
- Estructurar y fortalecer adicionalmente la coordinación con otros proyectos USAID para maximizar el potencial para sinergias;
- Desarrollar e implementar un plan de M&E; y
- Establecer el monitoreo de crecimiento de base comunal para integrar las actividades del MCS.

En la implementación del modelo, las tecnologías de la salud y la atención primaria de la salud parecen haber sufrido a expensas del enfoque del desarrollo y fortalecimiento comunal. La debilidad principal del modelo, en la forma en que se está aplicando, es que el proyecto MCS perdió el enfoque sobre la población objetivo: las mujeres embarazadas y los niños menores de dos años de edad (y sus cuidadores), especialmente aquellos en situaciones más vulnerables. Al visitar las comunidades, el personal del proyecto primero ubica a los miembros de la JVC y luego a las familias modelo con las cuales están trabajando. Los otros miembros de la comunidad no son excluidos de las actividades grupales, sin embargo ellos no reciben el mismo nivel de atención. El equipo de evaluación observó que las familias modelo tendían a tener una mejor condición económica y a ser mayores, con pocas o ninguna mujer embarazada o niños menores de dos años en el hogar. Esto implica que una cantidad desproporcionada del esfuerzo del proyecto se está orientando hacia la población menos necesitada. El equipo encontró algunos miembros de la comunidad que se sentían alienados, y que se trataba de un "programa para los ricos." El equipo también reunió a algunas madres pobres y madres adolescentes de niños menores de dos años (que presentaban algunos indicios de bajo crecimiento) que expresaron que ellas habían sido específicamente excluidas del programa.

El control del crecimiento es mal llevado y no se aplican las lecciones aprendidas y las mejores prácticas del Perú y América Latina.[1,2] En las comunidades donde no hay centro de salud, las madres pobres no están dispuestas a gastar dinero en una mototaxi para llevar a un niño aparentemente sano a una visita de control de crecimiento, especialmente cuando existe el riesgo de que el centro esté cerrado. El equipo no pudo encontrar ejemplos de verdadera vigilancia de crecimiento en la comunidad con participación activa y significativa de la comunidad y las familias.

[1] Banco Mundial, promoción del Crecimiento para Disminuir la Desnutrición Crónica, Estrategias con Bases Comunitarias en Centro América.
[2] Lechtig, A, Cornale, G, Ugaz, ME and Arias, L, Decreasing Stunting, Anemia, and Vitamin A Deficiency in Peru: Results of the Good Start in Life Program; Food and Nutrition Bulletin, vol. 30, no. 1, 2009.

Hubo una casi universalmente correcta y a veces entusiasta respuesta a la pregunta "¿Saben ustedes quién (cuál agencia) está apoyando el proyecto?" ("Nuestro buen amigo USAID," de acuerdo a un Vice-Presidente Regional). El único respondiente que no sabía fue un JVC que pensaba que el proyecto había tenido origen en Boston. En Ayacucho, donde el MCS es actualmente el único programa de USAID con presencia activa, se expresó una apreciación especial. El equipo considera que se puede afirmar con una gran certeza que el proyecto MCS ha generado una considerable buena voluntad hacia USAID entre los peruanos en el área del Programa PDA.

.

En resumen, el principal logro del proyecto MCS es su inserción en las agendas gubernamentales nacionales, regionales y distritales, y su adopción como la estrategia de implementación para la promoción de la salud en el contexto de programas integrados de desarrollo tales como CRECER, y más recientemente de la Dirección de Promoción de la Salud MINSA. Ahora existe un amplio apoyo político para la extensión del modelo a nivel nacional. La pregunta es cómo podría USAID proveer el mejor apoyo al Gobierno Peruano en este esfuerzo.

Principales lecciones aprendidas

- Los proyectos deberían tener un marco multianual con un PMP (óptimamente con un estudio de línea de base y seguimiento). La modalidad de renovación año por año del proyecto MCS complicó los esfuerzos para evaluar los efectos del proyecto y también dificultó la continuidad del desarrollo de los recursos humanos y programas de capacitación para el personal del proyecto, los beneficiarios y sus contrapartes locales.

- Los programas de promoción de la salud que tienen un enfoque de desarrollo comunitario y el fortalecimiento institucional necesitan garantizar que no perderán su enfoque sobre la población objetivo, en este caso las mujeres embarazadas y los niños menores de dos años, y mujeres vulnerables en edad reproductiva, como adolescentes. Estos grupos necesitan ser los principales en las actividades del proyecto.

- La clave para el éxito en el nivel comunitario para mejorar la salud materno-infantil es el funcionamiento en equipo de la JVC, la auxiliar de enfermera, el promotor de salud y, potencialmente, la escuela (Figura 1).

- La escuela y el sistema educativo tienen un importante rol normativo y la institucionalización de las escuelas saludables puede contribuir a la sostenibilidad.

- La capacidad de la JVC de participar efectivamente en el proceso de planificación y la elaboración del presupuesto distrital es casi de igual importancia. Estos procesos y funciones, particularmente en el área de recolección, análisis y uso de datos todavía requieren un acompañamiento casi constante.

- La verdadera coordinación entre los proyectos requiere más que buenas intenciones y reuniones ocasionales para compartir información. Un convenio con medidas de cumplimiento (preferiblemente contractuales) de los proyectos que estén trabajando en las zonas PDA para seleccionar de manera conjunta los distritos para el diseño e

implementación de planes de desarrollo integrados, basados en la estrategia multisectorial CRECER, mejoraría el desarrollo de sinergias a través de proyectos.

- Escoger "Familias Modelo" para darles atención parece haber sido contraproducente y debería ser descontinuado. Sin embargo, el enfoque de la "Comunidad Modelo" parece tener valor, particularmente en términos de perfeccionamiento de instrumentos del proyecto y para servir de sitios de interés en las visitas de observación guiadas. Ofrecer recompensas competitivas a nivel familiar y comunitario debe ser descontinuado porque no hay condiciones de competencia equitativa y esta estrategia solo pone de relieve o incluso exacerba las diferencias preexistentes. Los incentivos serían más efectivos a nivel de la comunidad y deberían basarse en el nivel de ejecución de los compromisos en sus planes de desarrollo que idealmente fueron negociados y acordados con los distritos.

- El modelo de promoción de la salud proporcionó a las comunidades locales una mejor organización, autoestima y calidad de vida. Junto con la capacitación y fortalecimiento en áreas como el liderazgo basado en valores, gestión comunal y estilos de vida saludables (incluyendo autoevaluaciones), el modelo facilitó el trabajo de otros programas, como aquellos que promueven modos alternativos de producción/generación de ingresos.

- El funcionamiento efectivo del modelo requiere un continuo acompañamiento al nivel familiar, comunal, distrital y regional.

- Los programas de educación en salud sexual y reproductiva, mayormente proveídos a través de las escuelas y los centros de salud, son insuficientes para modificar el riesgo de embarazos de adolescentes dado el contexto social (incluyendo la delincuencia, sexo comercial y uso de drogas) [3]

- Existe un potencial limitado para la ampliación de los servicios de salud a través del MINSA. Se necesitan estrategias complementarias para empoderar a las comunidades para que resuelvan sus propios problemas de salud.

Recomendaciones

La transición de MCS desde un proyecto de implementación hasta ser primordialmente un proyecto de asistencia técnica debería ser continuada y acelerada. El proyecto que continúe a MCS deberá concentrarse en las mejores prácticas y la excelencia, enfocarse geográficamente en unos cuantos distritos modelo de las zonas PDA en cada región a ser seleccionadas de acuerdo a las necesidades en colaboración con el Gobierno Peruano y otros proyectos USAID. El enfoque en estos distritos debería ser sobre:

- Desarrollar planes y programas de desarrollo integrales en todo el distrito;
- Refinar las herramientas e instrumentos, tales como los diagnósticos comunales;

[3] Arnao Marciani J, Falla Carrillo, G, Flores Herrera, K, Drogas. Sexualidad, Diversión y su Relación con el Tiempo Libre, CEDRO, 2009.

- Utilizar la información en los niveles comunitario, distrital y regional para desarrollar e implementar planes.
- Vigilancia de la salud de la población objetivo.

El documento de solicitud de actividades adicionales debería estipular que el postulante presente:

- Una propuesta de cuatro años junto con un plan de M&E detallado incluyendo estudios de línea de base y de seguimiento (posiblemente considerando comunidades para comparación seleccionadas de la muestra ENDES);

- Un plan para coordinar con los otros proyectos USAID en la zona PDA en la selección de distritos modelo, para desarrollar e implementar planes de desarrollo integrales en esos distritos, incluyendo compromisos de proyecto específicos. En el espíritu de la Declaración de Paris, estos planes usarán como referencia el marco de la estrategia de desarrollo social multisectorial CRECER que integra salud, educación vivienda y saneamiento, el sector productivo, identidad y protección social (ver las recomendaciones de abajo para elementos a ser incluidos en esos planes). El plan de trabajo inicial tendrá un cronograma para una serie de entregables que serán incluidos en los planes de desarrollo distritales individuales (cada uno con su propio cronograma de implementación);

- Un plan detallado de sostenibilidad para transferir la responsabilidad de mantener las actividades a nivel comunal a los gobiernos distritales y regionales; y

El postulante debería especificar cómo desarrollará enfoques integrados para:

- Manejo ambiental.
- Programas comunales para la juventud.
- Desarrollo de recursos humanos.
- Un plan para desarrollar capacidades nacionales de personal clave en promoción y desarrollo en salud de manera continua a través de:
    - Cursos a nivel diplomado.
    - Promoción de la salud para funcionarios gubernamentales distritales y regionales y equipos del sector salud.
    - Capacitación en liderazgo en los niveles comunales, distritales y regionales.
    - Módulos impresos de auto-aprendizaje para auxiliares de enfermería en el nivel de microrredes.
- Programas de control de crecimiento de base comunitaria.
- Desarrollo de recursos.
- Racionalización y mejora del sistema de información, incluyendo el perfeccionamiento de los indicadores, los instrumentos y procedimientos de recolección de datos (incorporando el control de la calidad).
- Cambio de comportamiento.
- Fortalecer la capacidad de las microrredes para apoyar a los EESS.
- Desarrollo de incentivos no competitivos a nivel de las comunidades.

ACRÓNIMOS

APAFA	Asociación de Padres de Familia *(School Parents Association)*
AT	Asistencia Técnica *(Technical Assistance)*
DIGEPROM	Dirección General de Promoción de la Salud *(General Directorate for Health Promotion / Ministry of Health)*
DIRESA	Dirección Regional de Salud *(Regional Health Directorate)*
EESS	Establecimientos de Salud *(Health Establishments - HE)*
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud *(Demographic and Health Survey)*
ETL	Equipo Técnico Local *(Local District Technical Team* - LDTT*)*
HIS	Sistema de Información de Salud *(Health Information System)*
HPI	Proyecto de Iniciativa de Política de Salud de USAID *(USAID/Health Policy Initiative Project)*
HPR	Proyecto de Reforma de la Política de Salud de USAID *(USAID/Health Policy Reform Project)*
HS20/20	Proyecto de Sistemas de Salud 20/20 de USAID *(USAID Health Systems 20/20 Project)*
JVC	Junta Vecinal Comunal *(Community Committee - CC)*
LMS	Programa de Liderazgo, Gestión y Sostenibilidad *(Leadership, Management and Sustainability Program)*
M&E	Monitoreo y Evaluación *(Monitoring and Evaluation)*
MCC	Corporación Reto del Milenio *(Millennium Challenge Corporation)*
MCS	Municipios y Comunidades Saludables *(Healthy Communities and Municipalities)*
MINEDU	Ministerio de Educación *(Ministry of Education)*
MINSA	Ministerio de Salud *(Ministry of Health)*
MSH	Management Sciences for Health
ODL	Oficina de Desarrollo Local *(Local Development Office* - LDO)
ONG	Organización No Gubernamental – ONG *(Non governmental Organization)*
PAR	Poblaciones de Alto Riesgo *(Populations at High Risk)*
PDA	Programa de Desarrollo Alternativo *(Alternative Development Program)*
PIP	Proyectos de Inversión Pública *(Public Investment Projects)*
PMP	Plan de Gestión del Desempeño
SIS	Seguro Integral de Salud *(Comprehensive Health Insurance Scheme)*
SMI	Salud Materno-infantil *(Maternal and Child Health)*
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública *(National Public Investment System)*
UNICEF	Fondo de La Naciones Unidas para la Infancia *(United Nations Children Fund)*
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional *(United States Agency for International Development)*
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana *(Human Immunodeficiency Virus)*
VRAE	Valle del Río Apurimac *(Apurimac River Valley)*

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO i
ACRÓNIMOS vii
I. INTRODUCCIÓN 1
A. ANTECEDENTES Y PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN 1
B. METODOLOGÍA 6
II. RESULTADOS 8
A. MODELO CONCEPTUAL 8
1. Teoría Básica de Desarrollo, Estrategias Centrales del Diseño del Proyecto y Supuestos 8
2. Plan Original del Proyecto 13
B. INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES 26
1. Evolución del Mandato y Diseño a través del Tiempo 26
2. Modelo de Cambio de Comportamiento y sus Implicaciones 27
C. RESULTADOS A LA FECHA Y HALLAZGOS BASADOS EN EVIDENCIA 32
1. Fortalezas y Debilidades del PMP del Proyecto, Indicadores, Estándares de Comparación y Metas, y Uso del PMP o Plan de M&E por Implementadores 32
2. Coherencia de la Declaración de Cobertura Programática y Logros con Evidencia Obtenida Durante Visitas de Campo 35
3. Resultados Principales a la Fecha 36
4. Validez de la Data y Uso para la Toma de Decisiones 39
D. MODELO DE ACTIVIDAD (Cuán bien está funcionando el modelo en términos de resultados y recursos invertidos y qué mejoras pueden ser necesarias) 42
1. Logro de Comportamientos de Salud Deseables y Resultados por Modelo de Programa 42
2. Costo por Beneficiario del Modelo y Eficiencia en Términos de Resultados Obtenidos 44
3. Sostenibilidad del Modelo en los Niveles de Familia, Comunidad (Incluyendo JCV y Autoridades Locales de Salud/Servicios), y Local/Regional/Nacional 46
E. GESTIÓN, COMUNICACIÓN, Y COORDINACIÓN 47
1. Percepción y Conocimiento de Metas y Objetivos de MCS por los Interesados Clave (USAID, MINSA, Representantes Gubernamentales, Socios Implementadores y Otros Proyectos USAID) ... 47
2. Percepción de los Interesados, Beneficiarios y Gobiernos Locales del auspicio de MCS por USAID. Evidencia de que el Programa está Generando Buena Voluntad entre Peruanos que Viven en al Área del Programa 47
3. Oportunidades de Coordinación entre Proyectos Auspiciados por USAID y Otros así como con Autoridades de Gobiernos Locales pata Mejorar Sinergias y Resultados en Salud 48
4. Relevancia del Programa MCS en el PDA 48
5. El Aporte del Programa a la Agenda Nacional de Salud 49
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 50
A. COMPONENTES CENTRALES DEL PROYECTO QUE AMERITAN AUSPICIO FUTURO 50
B. PRINCIPALES LECCIONES APRENDIDAS 54
C. RECOMENDACIONES PARA POSIBLES ACTIVIDADES ADICIONALES 55
D. LAS INTERVENCIONES MÁS IMPORTANTES PARA ESCALAMIENTO POSITIVO 57

#

I. INTRODUCCIÓN

A. ANTECEDENTES Y PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN

La Oficina de Salud de USAID/Perú contrató a CAMRIS International para realizar una evaluación intermedia del proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS), cuya culminación está programada para setiembre del 2010. La evaluación examinó y verificó los resultados programáticos a la fecha, proveyó una reseña detallada de las estrategias e intervenciones del proyecto, identificó recomendaciones para mejorar el modelo de intervención, y determinó el grado de coordinación de MCS con USAID/Perú y su contribución a sus objetivos y actividades generales. Además, la evaluación proporcionó a USAID/Perú con una base informada, opciones sobre el valor y el diseño de actividades adicionales que promuevan mayores comportamientos saludables, servicios básicos de salud para las comunidades, capacidades organizacionales e infraestructura requerida para mantener las intervenciones en salud basadas en la comunidad y los servicios..

La evaluación cubrió temas y preguntas en las siguientes áreas temáticas:

- Teoría del Desarrollo/Modelo conceptual
- Intervenciones y actividades
- Resultados a la fecha
- Modelo de actividad
- Gestión, comunicación y coordinación
- Orientaciones futuras

El proyecto MCS se generó para complementar al Programa de Desarrollo Alternativo de USAID/Perú (PDA) y se focalizó en mejorar la salud materno-infantil a través de cambios de comportamiento para desarrollar estilos de vida saludables. El PDA es un esfuerzo multisectorial diseñado para promover el desarrollo lícito en áreas donde el cultivo de la coca y el narcotráfico son comunes. El PDA incluye salud, educación, democracia y gobernabilidad y actividades de desarrollo económico. En el 2002, USAID/Perú priorizó las actividades de desarrollo económico en siete regiones (Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, San Martín, y Ucayali) que se caracterizan por tener los peores indicadores de salud del país incluyendo la desnutrición infantil. El tráfico de drogas —a veces asociado con la actividad guerrillera—exacerba los desafíos planteados por la pobreza. Debido a estos problemas y la inestabilidad intrínseca de la situación, en gran medida estas áreas fueron abandonadas tanto por el gobierno como por los inversionistas privados. A través del trabajo con autoridades a nivel distrital, MCS busca construir las capacidades organizacionales e infraestructura necesaria para mantener las intervenciones comunitarias de salud y los servicios en las comunidades participantes en el PDA.

En julio del 2006, USAID/Perú contrató a MSH para apoyar en campo al Programa de Liderazgo, Gestión y Sostenibilidad de USAID/Perú (LMS) a fin de continuar la implementación de MCS en 340 comunidades de 32 distritos que habían firmado acuerdos de erradicación de la coca. Desde julio del 2004 hasta junio del 2006, el proyecto MCS fue implementado por

PRISMA, una ONG peruana subcontratada por Pathfinder para el Proyecto Catalyst de USAID/Washington. A diciembre del 2009, MCS estaba activo en 515 comunidades de la zona original del proyecto y se estaba expandiendo a 1,249 comunidades adicionales en 63 distritos. El proyecto tiene por objetivo fomentar cambios de comportamiento que se traducirán en la mejora de los indicadores sociales y de salud materna e infantil. Esta evaluación abarcó el período de ejecución desde julio del 2006 hasta fines de diciembre del 2009 y no incluye la reciente zona de ampliación. Sin embargo, también se refiere a las actividades previas sobre las cuales se basa.

El proyecto MCS iniciado por PRISMA en el 2004 se basó en intervenciones existentes en las áreas PDA, como son:

- La Estrategia de Municipios Saludables de Catalyst desarrollada en el marco del Proyecto Mejorando la Salud de los Pobres en Siete Regiones, la cual tenía lineamientos metodológicos estandarizados y materiales de promoción de la salud para el trabajo a nivel distrital. En ese tiempo, MCS estuvo orientado a complementar y extender la intervención en el nivel comunitario en 32 distritos productores de coca del PDA.

- PRISMA trabajó en el Valle del Río Apurímac (VRAE) desde 1996, zona del PDA, para combatir la desnutrición crónica en esta zona productora de coca. A través de su experiencia con el Proyecto PL-480 Título II, PRISMA desarrolló una intervención en salud y nutrición basada en la Comunicación para el Cambio Social. La intervención apuntaba a reducir la desnutrición crónica infantil por medio del trabajo local y regional, personal del Ministerio de Salud (MINSA), promotores voluntarios de salud comunal, familias con mujeres embarazadas y niños menores de tres años, para promover prácticas de salud preventivas. Se proponía insertar el problema y sus causas en la agenda política local de desarrollo.

PRISMA trabajó como subcontratista del Proyecto PDA de USAID implementado por Chemonics. Sin embargo, se consideró que sus actividades eran más relevantes para la cartera de salud y se tomó la decisión de cambiar los mecanismos hacia el proyecto Catalyst / Pathfinder de USAID. En el 2004 el cambio ocurrió con la aprobación de la propuesta Catalyst / PRISMA y el plan de trabajo del proyecto MCS por USAID. El proyecto resultante se construyó sobre las redes sociales ya establecidas, de tal manera que el gobierno local adaptase la Estrategia de Municipios Saludables mediante un enfoque de promoción de la salud. Cada distrito tendría un Equipo Técnico Distrital Local (ETL) y cada comunidad una Junta Vecinal Comunal (JVC). Los roles de los ETL y las JVC eran establecer el marco político y técnico dentro del cual se desarrollaban las actividades de promoción de la salud, tanto a nivel comunitario como familiar. Además, el proyecto implementó el concepto de "Escuelas Saludables" para fortalecer la intervención a nivel de la comunidad y, a través de los niños, la intervención a nivel familiar. La finalidad de todas las actividades era promover estilos de vida y entornos saludables. El proyecto alentaba la participación de los Ministerios de Salud y Educación en el ETL y la JVC.[4]

Vale la pena señalar que, en ese tiempo, además de la difícil situación socioeconómica y política (incluyendo la violencia política y el narcotráfico), la población de las zonas PDA era reservada,

[4] Esta sección fue adaptada del plan de trabajo del Pathfinder/PRISMA propuesto para julio 2004 – junio 2005.

cuando no abiertamente hostil hacia las agencias de cooperación externa. Estas condiciones presentaron un reto mayor al proyecto durante la fase de inicio. Esta situación mejoró significativamente a través del tiempo en la medida que las comunidades locales ganaron confianza en el proyecto. Sin embargo, todavía hay brotes de violencia, huelgas y disturbios en varias zonas, como el VRAE, San Martín (Pólvora), Huánuco (Cholón) y Junín (región del Río Ene). El personal del proyecto en esas áreas se encuentra en un constante estado de alerta; tuvo que posponer, limitar o cancelar actividades y algunas veces tomar medidas de protección de seguridad personal.[5] Actualmente MCS es el único proyecto de USAID presente en el VRAE.

Cuando la implementación del proyecto MCS cambió de PRISMA (a través de Catalyst/Pathfinder) a LMS/MSH, el personal del proyecto se transfirió de PRISMA a MSH, dándose una transición sin problemas y una continuidad en la gestión local del proyecto. También el proyecto cambió su año fiscal para que corresponda al año fiscal de USAID.

Otras actividades de salud auspiciadas por USAID durante el período incluyeron[6]:

- Promoviendo Alianzas y Estrategias (PRAES) de USAID
- Iniciativa de Política de Salud (HPI) de USAID
- Sistemas de Salud 20/20 de USAID
- Calidad en la Atención de Salud de USAID

Asimismo, USAID está implementando el Programa Umbral de la Corporación Reto del Milenio en el Perú (MCC) que tiene componentes de control de la corrupción y de inmunizaciones. Además, USAID proporcionó asistencia técnica de los proyectos MEASURE, POLICY y DELIVER y financió otras actividades de salud por medio de MaxSalud, ReproSalud, y Buen Inicio.

HS20/20 y el HPI proporcionaron apoyo para la reforma estructural del sector salud a través de asistencia técnica en el diseño general e implementación del proceso de descentralización, financiación, estructuras regulatorias del sector y seguro de salud para los pobres. También apoyó el desarrollo de sistemas para fortalecer los recursos humanos, logística de medicamentos, gestión de la cadena de suministros, prestación de servicios y sistemas de información. A pesar de que HS20/20 y el HPI terminaron en noviembre del 2009, muchas de sus actividades serán continuadas a través del nuevo proyecto de Reforma de la Política de Salud (HPR) de USAID.

Las actividades de Calidad y de MCC tienen por objetivo el fortalecimiento de las funciones clave de salud a nivel operativo, atención a problemas relacionados a la implementación de procedimientos técnicos y prácticas existentes y se centra en la capacidad técnica de los proveedores. Calidad continuará operando hasta fines del 2013.

[5] De acuerdo a información provista por el personal del proyecto MCS.
[6] Esta sección fue adaptada del anteproyecto del reporte "Assessment of Three USAID/Peru Health Projects Implemented by the Ministry of Health: VIGIA; Coverage with Quality; and Improved Health for Populations at High Risk, USAID/GH Tech Project, November 12, 2009."

Por último, USAID/Perú está iniciando un proyecto de Reforma de la Política de Salud de cinco años con el objeto de aumentar la capacidad del MINSA y entidades públicas regionales y locales para ofrecer servicios y programas de salud de calidad y, mejorar y utilizar de manera efectiva los aportes clave del sistema de salud. El HPR se enfocará sobre cinco componentes del sector de salud: gobernabilidad, financiación, información, recursos humanos, productos médicos, vacunas y tecnologías. El HPR operará desde el 2010 hasta el 2015.

La Iniciativa Amazónica Contra la Malaria (AMI) auspiciada por el USAID y la Iniciativa Sudamericana Contra las Enfermedades Infecciosas (SAIDI) también están activas en el Perú.

El Programa de Salud de USAID/Perú también implementó una parte significativa de su trabajo (1998–2008) al financiar directamente actividades implementadas por el MINSA, bajo tres acuerdos bilaterales separados: Enfrentando las amenazas de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (VIGIA), Cobertura con Calidad (CwQ) y Poblaciones en Alto Riesgo *(PAR)*. VIGIA tuvo cobertura nacional, mientras que CwQ y PAR enfocaron sus actividades sobre siete regiones de salud.

- VIGIA (1998–2008) estuvo dirigido a aumentar las capacidades locales y nacionales de identificar, controlar y prevenir enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.
- CwQ (1996–2007) trabajó para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva, materna y perinatal.
- PAR (2003–2007) propuso mejorar la salud de las poblaciones de alto riesgo a través del desarrollo de campañas de programas de salud y capacidades en áreas de salud prioritarias.

Reforma del Sector Salud

Todas las actividades de salud operan en el contexto de la descentralización, principal proceso de reforma del sector salud. El 1 de abril del 2003 el Presidente Toledo anunció: “El futuro del Perú está empezando a cambiar, el centralismo político y económico están siendo dejados atrás y una verdadera descentralización está comenzando.” Ese mismo año el Gobierno del Perú empezó a transferir recursos y herramientas a gobiernos regionales y municipales (provinciales y distritales) junto con proyectos de desarrollo social. La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Nov. 2002) definió 16 funciones del sector salud a ser transferidas a los gobiernos regionales en las áreas de organización, gestión y gobernabilidad.[7]

En resumen, durante los años 2003-2008 la reforma sectorial fue reemplazada por un proceso de descentralización que redefine los roles de los niveles nacional, regional y local. El MINSA debió renunciar a la prestación de servicios y asumir un rol rector de definir y hacer cumplir reglas y normas, mientras que los gobiernos regionales nombraban Directores de Desarrollo Social para supervisar a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) junto con los otros programas sociales bajo su competencia. Actualmente, en el proceso de transferencia a las regiones existen 125 competencias de salud relacionadas con 16 funciones. El Ministerio de Salud a nivel central mantiene la administración de 11 funciones y 9 son compartidas con los

[7] Távara Castillo, G y Márquez Calvo, J. Lima 2009. Sistematización del proceso de descentralización del sector salud. Abt Associates Inc., p. 33.

niveles regional y local. Sin embargo, todavía existe la incertidumbre acerca de cuáles funciones fueron transferidas y aceptadas, así como del nivel y transparencia de la transferencia de recursos para implementar esas funciones que afectan la capacidad de gestión financiera efectiva bajo este arreglo.[8]

También existe la expectativa de que las regiones delegarán más a los niveles operativos y administrativos de nivel local como parte de la reforma de salud. Este proceso debería involucrar a otros sectores, incluyendo a los gobiernos locales y la sociedad civil, en la toma de decisiones y monitoreo de actividades relacionadas a la salud. La reforma del sector salud incluyendo la descentralización y un desplazamiento hacia el seguro de salud universal son procesos emergentes y en evolución que se tendrán que tener en cuenta en todos los diseños e implementaciones de proyectos futuros.

Otros Proyectos Relevantes de USAID/Perú

Para promover el desarrollo en áreas anteriormente dedicadas al cultivo de la coca y mantener los logros en la reducción de la coca con los programas de erradicación, USAID/Perú ha centrado sus esfuerzos de desarrollo en estas zonas para lograr una autoerradicación voluntaria a través de la promoción de estilos de vida "lícitos." Estas áreas fueron olvidadas por los servicios públicos y por el empresariado privado debido a la agitación social que acompaña a la producción de coca. Por medio del Programa de Desarrollo Alternativo, USAID ha estado invirtiendo en infraestructura (escuelas, sistemas de agua potable, servicios de salud, locales comunales y puentes), así como en fuentes alternativas de ingresos a través de producción de cultivos lícitos (cacao, café y palma aceitera) y el aumento del acceso a los mercados de crédito. También trabaja para fortalecer la gobernabilidad por medio de capacitación y asistencia técnica.[9]

El Programa de Descentralización y Escuelas Activas (AprenDes) "se enfocó en el fortalecimiento de la gestión de multigrado y las escuelas primarias en áreas rurales utilizando el enfoque de escuelas activas, la cual promueve la participación de los estudiantes, padres, profesores, directores de escuelas, miembros de las comunidades y autoridades, en el proceso de aprendizaje."[10] El proyecto, recientemente culminado, aumentó el aprendizaje estudiantil y logró un equilibrio de género con niñas que lideran la mayoría de los concejos estudiantiles.

La Oficina de Iniciativa Democrática de USAID/Perú apoyó la descentralización mediante la reforma de la política nacional mientras trabajaba directamente con los gobiernos regionales y municipales "...y los principales grupos de la sociedad civil... para desarrollar e institucionalizar las capacidades en planeamiento estratégico, presupuesto participativo y rendimiento de cuentas al público".[11]

[8] Távara Castillo, G y Márquez Calvo, J. Lima 2009. Sistematización del proceso de descentralización del sector salud. Abt Associates Inc., p. 33.
[9] Página Web: http//www.usaid.gov/pe.
[10] Página Web: http//www.usaid.gov/pe.
[11] Página Web: http//www.usaid.gov/pe.

El Programa de Descentralización para Gobiernos Sub Nacionales Más Efectivos y Responsables (PRODES) empezó en el 2008 y tendrá una duración de cuatro años. Su objetivo es promover el proceso de descentralización mediante el fortalecimiento del marco legal para la descentralización y de las capacidades de los gobiernos regionales y locales de gobernar más efectivamente. PRODES interviene a nivel nacional con las entidades responsables de las políticas y del marco normativo de la descentralización. A nivel subnacional interviene con los gobiernos de cuatro regiones (Ayacucho, Junín, San Martín y Ucayali) y los gobiernos locales de 34 provincias y 325 distritos. Provee asistencia técnica en el desarrollo de proyectos de inversión pública, desarrollo económico, competitividad, elaboración de presupuesto en base a resultados, tributación, compras, contratación, participación y gestión de conflictos.

La ONG peruana CEDRO implementa el Proyecto de Desarrollo Juvenil de USAID en áreas donde se cultiva la coca. El propósito es ayudar a las poblaciones de estas áreas inmersas en el narcotráfico a que adopten actitudes de oposición a la producción ilegal de la coca y drogas en favor de desarrollo local sostenible. El objetivo es consolidar a equipos de promotores compuestos por hombres y mujeres jóvenes para que funcionen como agentes de cambio para sus comunidades. La actividad tiene cinco áreas estratégicas: articulación entre el trabajo rural y urbano, marketing social, educación cívica para el cambio, liderazgo y organización comunal, e intervenciones educacionales para el desarrollo. El proyecto tiene dos componentes: 'Opinión Pública en Áreas Urbanas' en las ciudades de Tarapoto, Juanjuí, Tocache Uchiza Aguaytía, Tingo María y Pucallpa; y la "Promoción y Fortalecimiento de Promotores Jóvenes en Áreas Rurales' en 100 comunidades que han firmado acuerdos para la erradicación voluntaria de la coca en San Martín y Ucayali.

B. METODOLOGÍA

El equipo efectuó una intensa revisión de documentos provistos por el proyecto MCS de USAID y de otros documentos y datos encontrados por medio de búsquedas, visitas y discusiones con contrapartes locales (Apéndice B). Esto fue seguido por una reunión de planeamiento en equipo y sesiones informativas con USAID, socios implementadores, partes interesadas y el Ministerio de Salud.

El equipo trabajó con la Misión y el implementador del proyecto MCS para revisar el marco muestral de los distritos, las comunidades y los hogares, para luego estratificarlos de acuerdo a algunos criterios establecidos. El equipo visitó tres de las siete regiones del proyecto: San Martín, Ucayali, y Ayacucho. Para determinar los sitios a visitar se utilizó un proceso aleatorio de dos etapas. Primero, fueron seleccionados tres sitios por cada región y para cada una de las cuatro categorías de clasificación comunal utilizadas por el proyecto: Modelo, Avanzado, Intermedio y Básico. Las comunidades "Modelo" fueron identificadas como tales por el personal del proyecto, mientras que las otras tres categorías se obtuvieron de un sistema de puntaje asignados de acuerdo al progreso al implementar diversos instrumentos del proyecto. Los tres sitios candidatos para cada estrato se ordenaron al azar. Luego, los sitios fueron revisados en orden de preferencia respecto a su factibilidad de acuerdo a consideraciones de logística y seguridad. La selección final de los sitios está en el Apéndice C. El equipo completo visitó Ucayali y luego se separó y dos de sus miembros fueron a San Martín y dos a Ayacucho.

El equipo de evaluación se reunió con el personal del proyecto, con Gobiernos Regionales y Direcciones de Salud en cada región, así como con el equipo del PDA en Ucayali y San Martín. También visitó oficinas distritales en cada región y varios centros o puestos de salud. Con el personal del proyecto MCS se tuvo reuniones de orientación y de salida para aclaraciones. El equipo de evaluación aplicó una serie de guías de discusión estructuradas en cada nivel. Se reunieron con más de 300 informantes clave a través de este proceso, la gran mayoría lo hizo mediante los grupos de discusión.

Al regresar a Lima, el equipo realizó entrevistas adicionales, ya sean personales o telefónicas. Los hallazgos de campo preliminares fueron discutidos y validados. Este proceso incluyó una sesión preliminar y una sesión formal de información con USAID, antes de la partida del líder del equipo.

Mayormente la información primaria proviene de las entrevistas a informantes clave y de los grupos de discusión. Las guías de discusión fueron compartidas con USAID en Lima para modificarlas y llevarlas al campo. Las guías buscaban respuestas espontáneas y provocadas de los informantes clave acerca del conocimiento del proyecto y sus actividades. El equipo revisó los procedimientos de recolección de datos del implementador, comparó los contenidos de los reportes computarizados generados por la oficina de MCS de Lima con los datos en el campo. También se condujeron grupo de discusión con informantes de las partes interesadas y beneficiarios para obtener información cualitativa adicional. Se desarrollaron guías de discusión, listas de chequeo y herramientas de recolección de datos para los siguientes grupos de informantes y lugares (Apéndice D):

- Autoridades regionales
- Oficinas distritales (Equipo Técnico Distrital Local y funcionarios municipales)
- Juntas Vecinales Comunales
- Centros de salud
- Grupos focales con beneficiarios
- Equipo Local del proyecto MCS
- Escuelas y profesores
- Hogares

Las listas de contactos potenciales a ser entrevistados proveída por USAID y los socios implementadores fueron el punto de partida para la identificación de las personas a ser entrevistadas. Esta lista fue enriquecida mediante discusiones con las contrapartes locales. Se tomó cuidado en no dejar de incluir una sección transversal de partes interesadas y contrapartes (Apéndice C).

A su regreso a Lima, el equipo sostuvo reuniones con interesados clave del Gobierno Peruano, MINSA, USAID, otros socios y el personal del proyecto MCS de USAID, para revisar y validar los hallazgos y obtener información adicional y aclaraciones. El equipo también sostuvo discusiones internas en profundidad sobre cada una de las áreas temáticas del Alcance del Trabajo antes de redactar el reporte, de manera que el reporte final representa la opinión de consenso de las diferentes perspectivas provistas por cada miembro del equipo.

II. RESULTADOS

A. TEORIA DEL DESARROLLO/MODELO CONCEPTUAL

1. Teoría Básica de Desarrollo, Estrategias Centrales del Diseño del Proyecto y Supuestos

El proyecto MCS fue desarrollado en el contexto del PDA de USAID y, en cierta medida, es una continuación de las actividades de salud y nutrición iniciadas en 1996. Parte de la justificación de la incorporación de actividades de salud, de otras actividades sociales y de infraestructura en las intervenciones del PDA, fue la constatación que un enfoque que enfatizara la conversión a cultivos alternativos sería difícil de traspasar dada la relativa rentabilidad del comercio de la coca. La inclusión de salud (y otros beneficios) pareció abrir aún más la oportunidad para el componente productivo del PDA.[12] Además de las actividades de atención primaria de salud en el nivel comunal que PRISMA estuvo auspiciando, el nuevo proyecto MCS, que se inició en julio del 2004, también incorporó la Estrategia de Municipios Saludables que Catalyst de USAID desarrolló.

La propuesta original del proyecto MCS de Catalyst/PRISMA (julio 2004-junio 2005) declaraba que, dentro del contexto del PDA y en coordinación con otros proyectos, mejoraría "la calidad de vida de la población local a través del trabajo a nivel familiar, promoviendo estilos de vida saludables especialmente de mujeres y niños, de la comunidad, las escuelas y las municipalidades distritales, para colocar la idea de promoción de la salud en sus agendas" y "que la apropiación del proyecto por la comunidad y su participación son esenciales para la sostenibilidad de los efectos del programa."[13] Ellos visualizaron un esfuerzo de largo plazo coordinado con un amplio espectro de socios de gobiernos locales y de la sociedad civil que formarían una red social que apoyaría la intervención después de culminado el proyecto.

Posteriormente, el proyecto se renovó anualmente con la aprobación de planes anuales de trabajo y presupuestos por USAID (con el cambio a MSH como el implementador a través del Proyecto LMS de USAID/Washington en julio del 2006). Esta modalidad de renovación de planes de trabajo de forma anual proporcionó al proyecto un cierto nivel de flexibilidad para adaptarse a situaciones cambiantes y hacer ajustes conforme a las lecciones aprendidas acumuladas (incluye modificaciones anuales a los resultados e indicadores en el marco lógico). Sin embargo, hay que señalar que esta modalidad de cambios anuales creó un poco de inestabilidad laboral y una tasa de rotación del equipo superior a la que podría haber ocurrido de otro modo y, además, limitó la capacidad de desarrollar una visión estratégica de largo plazo.

Aunque, a lo largo del tiempo se realizaron ajustes (incluyendo la introducción de formación en liderazgo, la expansión territorial, un mayor enfoque en la sostenibilidad y el rol de los gobiernos

[12] Comunicación personal, Delia Haustein, PRISMA, 03/05/10.
[13] Adaptado de Healthy Municipalities and Communities in Alternate Development Areas, July 1, 2004 – June 30, 2005, Catalyst/Pathfinder-PRISMA.

regionales) la estructura central del proyecto y el énfasis en lograr mejoras en la salud materno-infantil mediante el modelo de promoción de la salud no cambiaron sustancialmente. La Tabla 1 muestra un resumen de cómo el proyecto evolucionó en el tiempo.

MCS aplica el modelo de promoción de la salud de acuerdo con la Carta de Ottawa de 1986 y una serie de foros internacionales posteriores. De acuerdo con la Carta de Ottawa, "promoción de la salud es el proceso de habilitar a las personas para aumentar el control y mejorar su salud. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, una persona o grupo debe ser capaz de identificar y hacer realidad sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o hacer frente al contexto. La salud es, por lo tanto, vista como un recurso para la vida cotidiana y no el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es solo la responsabilidad del sector salud, sino que va más allá de los estilos de vida saludables hasta el bienestar."[14] Este concepto fue ratificado por el MINSA (Ley del Ministerio de Salud, Capítulo X, artículo 27, Ene. 17, 2002) cuando se creó la Dirección General de Promoción de la Salud (DIGEPROM) seguida de un conjunto de lineamientos.[15] En este contexto, la promoción de la salud va un poco más allá del enfoque tradicional de la atención primaria de la salud centrada en la prestación de servicios, para enfatizar el rol de la comunidad en modificar de manera sostenible los factores contextuales que aumentan la vulnerabilidad. Este enfoque es considerado una mejor práctica por OMS/PAHO, es ampliamente aceptada internacionalmente y se fundamenta en una amplia bibliografía (Apéndice B).

El proyecto MCS presentó en diversos momentos, en formatos de texto y gráficos, una mezcla compleja de modelos conceptuales y esquemas para lograr mejoras en la salud reproductiva de las mujeres, en la salud y nutrición infantil en las áreas del PDA, por medio de una estrategia de promoción de la salud. En el contexto general de la promoción de la salud, el proyecto se suscribe a los cinco valores fundamentales transversales: participación/empoderamiento ciudadano, promoción e implementación de políticas de salud, entornos saludables, estilos de vida y hábitos saludables, y reorientación de servicios sociales (particularmente establecimientos de salud) para enfatizar la promoción y prevención. El proyecto tiene cuatro fases en relación con su enfoque de implementación: sensibilización, planificación, implementación y autoevaluación. Los grupos beneficiarios por nivel de programa incluyen a familias, comunidades, escuelas y municipalidades. Sin embargo, para lograr el objetivo de mejora de la salud en las poblaciones objetivo, MCS también fortalece las capacidades regionales y algunas capacidades nacionales. El Marco Lógico 2008–2009 estructuró los resultados en cuatro niveles: comunidad, distrito, región y nacional. Además, en el juego de herramientas del proyecto se identifican 5 pasos hacia una familia saludable, 8 pasos hacia una comunidad saludable y 10 pasos hacia un distrito/municipalidad saludable. Las áreas que apoya MCS son comunicación, liderazgo y gestión, gestión medioambiental y mejoramiento de la calidad.

El plan de trabajo más reciente (2009–2010) menciona tres etapas de implementación: promoción y organización de la estructura social, fortalecimiento, institucionalización y

[14] Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.

[15] http://comunidadsaludable.org/doc/PROMSAL/Lineamientos%20de%20Politica%20de%20Promocion%20de%20la%20salud.pdf.

sostenibilidad. El mismo documento también presenta un esquema de intervención (fomento de estilos de vida saludables + coordinación del sector salud, gobiernos distritales y el nivel comunal = resultados) que no se relaciona directamente a las otras estructuras conceptuales. El Marco Lógico para octubre 2009-julio 2010 presenta los resultados estructurados en tres categorías: comunidades organizadas con familias cuidando su salud y realizando seguimiento de sus prácticas saludables; representantes del sector salud con los gobiernos locales consolidando y dando sostenibilidad el modelo MCS en las áreas originales del PDA y, representantes del sector salud con los gobiernos locales fortaleciendo la estrategia MCS en las áreas de expansión en las siete regiones fuera del PDA. Sin embargo, con fines de presentación de informes LMS utiliza una matriz de resultados diferente para reportar a USAID/Washington.

En cuanto a propósitos organizacionales y operativos, así como para estructurar los resultados en los Marco lógicos, los elementos clave del modelo MCS identificados por el equipo de evaluación externa son:

- La estructuración de los resultados por niveles: familia, comunidad (incluyendo la escuela), distrito, región, nacional; y
- Las cuatro fases del proceso de implementación: sensibilización, planificación, implementación y autoevaluación.

Tabla 1 Etapas del Proyecto Municipios y Comunidades Saludables Julio 2004 – Diciembre 2010			
Etapa	**Propósito**	**Enfoque y Modificaciones**	**Comunidades y Distritos (Fondos US$)**
I. Julio 2004 – Junio 2006	Año 1: Mejorar la salud de las mujeres y de los niños que viven en las zonas productoras de coca a través de una estrategia de promoción de la salud en municipalidades, distritos, comunidades, escuelas, y familias. Año 2: Mejorar la salud materno-infantil mediante la implementación de la estrategia de promoción de la salud en municipalidades, distritos, comunidades, escuelas, y familias en las zonas productoras de coca.	Implementación por Catalyst/PRISMA. Continuación de actividades previas en la zona PDA por Catalyst (Estrategia de Municipios Saludables) y PRISMA (Comunicación para el Cambio Social focalizada en las familias con mujeres embarazadas y niños menores de tres años). Sensibilización de las comunidades a través de las asambleas generales y formación de los ETL y la ODL. Validación de los modelos y desarrollo de las mejores prácticas con un enfoque sobre el cambio de comportamiento para mejorar la salud materno-infantil. Desarrollo y pruebas del indicador SMI y de herramientas de diagnóstico comunal. Micro-proyectos financiados por MCS con alguna contraparte.	370 en 32 distritos (reducidas a 340 en el 2do año) ($2.364M)
II. Julio 2006 – Junio 2007	Mejorar la salud materno-perinatal-infantil en comunidades que han firmado un acuerdo de autoerradicación mediante la implementación de la estrategia de promoción de la salud en municipalidades, distritos, comunidades, escuelas y familias en las zonas productoras de coca.	Cambio en implementación hacia LMS/MSH y el ciclo de proyecto para coincidir con el año fiscal de USAID. Consideración que el liderazgo y la gestión son esenciales para mantener los logros y el mejoramiento continuo de la calidad para centros/puestos de salud fortalecidos. Mayor énfasis en el fortalecimiento de gobiernos municipales/distritales mediante los ETL y las ODL. Implementación del Diagnóstico Comunal anual y la aplicación de las Herramientas de Indicadores Materno-infantiles semianuales. Iniciación del Desarrollo de Liderazgo Comunal Basado en Valores y del Programa de Entrenamiento en Gestión adaptado de Nicaragua (190 JVC / 929 participantes). Inicio del "énfasis en ciudadanía activa y autogobierno" a través del desarrollo de organizaciones comunales con líderes elegidos democráticamente. Microproyectos financiados por el MCS con alguna contraparte.	557 en 61 distritos ($3.288M)
Julio 2007 – Sept. 2008	Comunidades en la zona del PDA mejoran su salud materno-infantil mediante el liderazgo y gestión local	Énfasis en el fortalecimiento de los distritos. Instalación e implementación del SISMUNI en Gobiernos Municipales. Capacitación adicional en Liderazgo Basado en Valores (272 JVC	557 en 61 distritos ($3.037M)

	eficiente y sostenible.	/ 914 participantes). Iniciación del Programa Gerentes que Lideran (442 participantes). Conducción del Estudio de Línea de Base de salud reproductiva en adolescentes, elaboración y difusión de un manual de salud sexual y reproductiva a través del mecanismo de capacitación de capacitadores No se continuó con microproyectos financiados por MCS.	
III. Oct. 2008 – Sept. 2009	Las regiones de San Martín, Ucayali, Huánuco, Ayacucho, Junín, Cusco, y Pasco mejoran su salud materno-infantil y reproductiva a través del empoderamiento de individuos, liderazgo, y sinergía con autoridades regionales, distritales, y comunales asegurando: - Sostenibilidad de logros en la zona del PDA. - Expansión de la estrategia del MCS en estas siete regiones. - La adopción de la estrategia en los planes y programas nacionales.	Inicio de un período de consolidación, "expansión y mayor sostenibilidad del modelo de gestión participativa para la salud y el desarrollo... En esta nueva fase el proyecto tiene el objetivo final de mejorar la salud materna e infantil y la salud reproductiva... a través del empoderamiento de las personas, el liderazgo y la gestión y, la sinergía entre líderes regionales locales y comunales."[16] Expansión del Programa Virtual de Desarrollo de Liderazgo (13 equipos/132 participantes). Soporte para la extensión y uso del SISMUNI. Continúa la recolección del Diagnóstico Comunal anual y de Indicadores de SMI semestrales. Reconocimiento del MCS por el MINSA y por otras agencias del gobierno y programas nacionales tales como CRECER como una modalidad para reducir la pobreza y la desnutrición. Producción y diseminación de herramientas (impresos y en formatos electrónicos). Renovado interés en regresar a comunidades para fortalecer las JVC. Mayor apoyo a las funciones de las Regiones de Salud para la adopción y extensión del Proyecto MCS a otras comunidades.	532 en 58 distritos ($2.739M)
Oct. 2009 – Sept. 2010	Mejorar la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva en el área de intervención a través de la estrategia del MCS.	Expansión de MCS dentro y fuera de las zonas del PDA, como las que están cubiertas por el nuevo programa de Aseguramiento Universal de Salud. Período de documentación y autoevaluación incluyendo un reporte de evaluación interna y los resultados de un estudio de validación de los indicadores SMI semestrales.	515 en 58 distritos (+ 1,249 en 32 distritos adicionales en zonas identificadas para la extensión del programa)

[16] LMS Work Plan, Oct. '08–Sept. '09.

Todos los demás elementos del modelo de promoción de la salud de MCS arriba mencionados, incluyendo los cinco valores fundamentales transversales (participación/empoderamiento ciudadano, promoción e implementación de políticas de salud, entornos saludables, estilos de vida y hábitos saludables y reorientación de servicios sociales) proveen la base teórica y la orientación necesaria sobre cómo lograr los resultados deseados del programa.

El enfoque de implementación de MCS fue la promoción de familias, escuelas, comunidades y distritos/municipalidades modelo. En el nivel de la comunidad, las familias son seleccionadas entre los participantes a las sesiones iniciales de sensibilización y a los talleres informativos (abiertos a todos) y que se muestran dispuestas a utilizar las herramientas del proyecto, realizar una autoevaluación, la visión y un plan. Estas familias "modelo", aproximadamente diez por comunidad, reciben atención adicional del personal del proyecto, aunque supuestamente todos los miembros de la comunidad están invitados a participar en sesiones grupales de información y en otras actividades. El equipo de evaluación observó que estas familias aparentan ser de mayor edad, más prósperas y menos vulnerables que sus vecinos. La atención dada por el personal del proyecto a las comunidades parece haber sido un tanto oportunista; parecen haberle prestado mayor atención a las comunidades que estaban mejor organizadas y que podían evolucionar rápidamente a la etapa modelo. Sin embargo, estas comunidades modelo jugaron un rol importante como sitios de interés para visitas de observación donde los interesados podían ver un ejemplo positivo de los resultados (aspecto mejorado, etc.) y el proceso seguido para una comunidad saludable. El proyecto MCS todavía se encuentra refinando un proceso de certificación para el reconocimiento de familias, escuelas, comunidades y distritos modelo, mediante el cual cada nivel es certificado por medio de un conjunto de criterios a ser aplicados por el nivel superior siguiente.

2. Plan Original del Proyecto

Mandato y Población Beneficiaria

El mandato original del proyecto era el de complementar y apoyar el Programa de Desarrollo Alternativo (PDA) de USAID/Perú contribuyendo a mejoramiento de la salud materno-infantil por medio de la promoción de cambios de comportamiento para desarrollar estilos de vida saludables. El proyecto utiliza un modelo de promoción de la salud de abajo hacia arriba, para empoderar a las familias locales y comunidades para organizarse, resolver sus problemas de salud a través de la elaboración de sus diagnósticos y planes comunales. Estos planes debieron ser usados tanto para propósitos internos, como para comunicar y negociar con las autoridades distritales. Este mandato básico cambió durante el tiempo, aunque hubo ajustes en el abordaje y el enfoque, tales como la introducción de la capacitación en liderazgo, la mayor atención al desarrollo de las capacidades distritales y regionales para asumir mayor responsabilidad del programa y la expansión geográfica del modelo. Los planes y Marco lógicos aprobados fueron estructurados en torno a los niveles comunales, distritales y regionales.

De acuerdo a información proporcionada por el proyecto MCS, actualmente hay aproximadamente 35,000 familias, 150,000 habitantes y 5,891 niños menores de dos años de edad en las comunidades del proyecto. Las estimaciones de la cobertura del número total de

niños menores de dos años por región son aproximadamente 8-10% en San Martín y Ucayali, 4% en Huánuco y cifras menores en las otras regiones. Sin embargo, el personal del proyecto estima que solo llegan directamente al 13–20% de las familias en las comunidades, con el paquete completo de familias saludables. Además, a lo largo del tiempo MCS enfatizó el apoyo a las comunidades y el fortalecimiento de las personas e instituciones (gobiernos distritales y regionales, líderes comunales y servicios de salud) de los cuales se espera que promuevan e induzcan comportamientos y entornos saludables. Por lo tanto, gran parte del esfuerzo del proyecto espera que la población objetivo tenga beneficios indirectos. El énfasis más reciente en materia de adopción y expansión del proyecto MCS por programas distritales, regionales y nacionales significa que los beneficios de las estrategias desarrolladas por el programa se extenderán mas allá de las áreas del proyecto.

Objetivos y sub-objetivos

El propósito del proyecto MCS cambió ligeramente de año en año entre el 2004 al 2009 (Tabla 1), pero siempre se mantuvo el objetivo de mejorar la salud materno-infantil (SMI) en las zonas del proyecto. Sin embargo, a lo largo del tiempo hubo cambios en los Marcos Lógicos: del énfasis en el "liderazgo y gestión sostenible" (2007–08), al "empoderamiento de individuos, liderazgo y sinergía con las autoridades regionales, distritales y comunales" incluyendo la sostenibilidad, expansión, y "la adopción de la estrategia en los planes y programas de desarrollo nacional" (2008–2009 y de nuevo en 2009–2010).

De igual manera, los "resultados" (redactados más como procesos que resultados) cambiaron en el tiempo (Tabla 2). En el 2006–07 se planteó seis resultados: a) las ODL implementando una estrategia para promover la salud y el desarrollo en el nivel distrital, b) los comités de educación implementando una estrategia integral de promoción de la salud en las escuelas, c) las JVC implementando una estrategia integral de promoción de la salud en la comunidad, d) las familias adoptando estilos de vida y comportamientos saludables, e) las comunidades y los distritos coordinando con los establecimientos de salud para reducir la desnutrición crónica y f) los miembros de las ODL, ETL, JVC y los comités de educación mejorando sus capacidades de liderazgo y gestión. El plan de trabajo 2007–08 tuvo tres resultados: las comunidades y los distritos implementando de manera efectiva las estrategias de MCS para la práctica de comportamientos saludables; los gobiernos regionales expandiendo e implementando la estrategia de MCS en coordinación con los distritos; instituciones públicas y privadas seleccionadas implementando la estrategia MCS con asistencia técnica del proyecto. El plan de trabajo tuvo cuatro resultados que no corresponden de manera nítida a los resultados de años anteriores: las comunidades con individuos empoderados aplicando prácticas de salud sostenibles para mejorar la salud materno-infantil y reproductiva; 58 distritos implementando y expandiendo la estrategia MCS en su área de jurisdicción; gobiernos regionales fortalecidos en liderazgo y gestión de la salud en coordinación con gobiernos distritales y los programas públicos y privados de desarrollo social incorporando la estrategia.

Tabla 2 Evolución del Marco Lógico del Proyecto MCS				
	Año 3	**Año 4**	**Año 5**	**Año 6**
	De: Julio '06	**De: Oct. '07**	**De: Oct. '08**	**De: Oct. '09**
	A: Sept. '07	**A: Sept. '08**	**A: Sept. '09**	**A: Junio '10**
Propósito:	Mejorar la salud materna, perinatal e infantil en comunidades que habían firmado un acuerdo de autoerradicación mediante la implementación de la estrategia de promoción de la salud en las municipalidades, distritos, comunidades, escuelas, y familias en las zonas productoras de coca.	Las comunidades en la zona del PDA mejoran su salud materno-infantil por medio de liderazgo y gestión local eficiente y sostenible.	Las regiones de San Martín, Ucayali, Huánuco, Ayacucho, Junín, Cusco y Pasco mejoran su salud materno-infantil y reproductiva a través del liderazgo, empoderamiento de las personas y sinergía con las autoridades regionales, distritales y comunales, asegurando: - Sostenibilidad de los logros en la zona del PDA. - Expansión de la estrategia del MCS en estas siete regiones. - La adopción de la estrategia en los planes y programas de desarrollo social.	Las regiones de San Martín, Ucayali, Huánuco, Ayacucho, Junín, Cusco, y Pasco mejoran su salud materno-infantil y reproductiva a través del liderazgo, empoderamiento de las personas y sinergía con las autoridades regionales, distritales y comunales, asegurando: - Sostenibilidad de los logros en la zona del PDA. - Expansión de la estrategia del MCS en estas siete regiones. - La adopción de la estrategia en los planes y programas de desarrollo social.
Resultado 1	La Oficina de Desarrollo Local (ODL) de la Municipalidad del Distrito implementa una estrategia integral para promover la salud y el desarrollo al nivel distrital.	557 comunidades y 61 distritos de seis regiones en el ámbito del PDA implementan estrategias efectivas para practicar comportamiento municipal y comunal saludable.	532 comunidades en el ámbito del PDA implementan la estrategia de Comunidades Saludables con individuos empoderados para adoptar prácticas saludables sostenibles que abogan por la salud materno-infantil, sexual y reproductiva mejorada.	Las comunidades organizadas en el ámbito del PDA con familias que cuidan de su propia salud, monitorean y analizan sus prácticas de salud materno-infantil, sexual y reproductiva.
Resultado 2	Los Concejos Educacionales Institucionales implementan una estrategia integral para promover la salud y el desarrollo en las instituciones educativas.	Los gobiernos regionales expanden e implementan la estrategia del MCS en colaboración con los gobiernos locales.	58 distritos en el ámbito del PDA que implementan la estrategia para Municipios Saludables, y bajo el liderazgo del gobierno local, expanden la Estrategia de Comunidades Saludables en las	Los representantes del sector salud con los gobiernos locales (en el ámbito del PDA) lideran la consolidación y sostenibilidad del modelo del MCS en las comunidades bajo su

			comunidades bajo su jurisdicción.	jurisdicción.
Resultado 3	Las Juntas Vecinales Comunales (JVC) implementan una estrategia integral para promover la salud y el desarrollo en el nivel de la comunidad.	Las instituciones públicas y privadas que expresan interés y son seleccionadas implementan la estrategia del MCS con la asistencia técnica del equipo de promoción.	07 Gobiernos regionales fortalecen su liderazgo y sus capacidades en gestión de cuidados de salud y expanden la estrategia del MCS en colaboración con los gobiernos locales.	Las autoridades del sector salud y gobiernos locales y regionales fortalecen la implementación de la estrategia del MCS en el área de expansión.
Resultado 4	Las familias incorporan estilos de vida saludables, entornos, y comportamiento.		Las estrategias y programas públicos y privados de desarrollo social incorporan la estrategia del MCS en su gestión.	
Resultado 5	Las comunidades y municipalidades articulan con establecimientos de salud para fortalecer los procesos de mejora de la calidad para disminuir la desnutrición crónica infantil.			
Resultado 6	Los miembros de los ETL, ODL, JVC, y CONEI mejoran sus capacidades y habilidades en gestión y liderazgo.			

Estrategias propuestas e intervenciones específicas

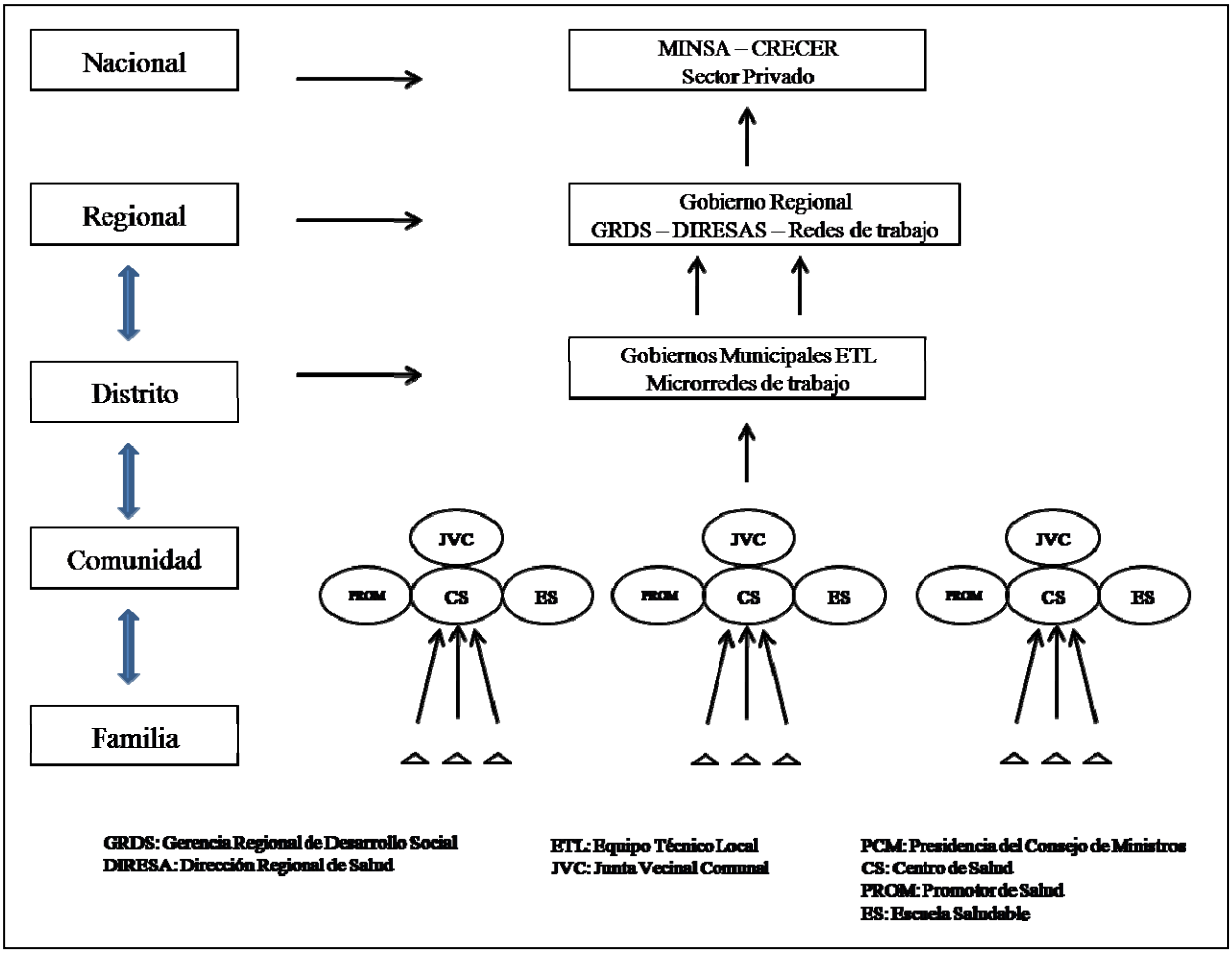
La Figura 1 muestra una visión gráfica de los niveles del proyecto MCS y los actores más importantes en cada nivel. La clave para el funcionamiento del proyecto es la premisa de que exista un autodiagnóstico elaborado en la familia, la comunidad y el distrito, con compromisos y planes elaborados basados en el autodiagnóstico para cada nivel. El proyecto MCS elaboró un amplio juego de herramientas con guías detalladas para una familia saludable (46 páginas), comunidad (40 páginas), y distrito/municipalidad (60 páginas). También existe una guía de 135 páginas para la JVC para mejorar el suministro de agua y la higiene comunal y familiar. Ciertas familias fueron seleccionadas como familias modelo de acuerdo a la guía, después de que aceptaron un conjunto de condiciones incluyendo el desarrollo de un plan para la familia. De manera similar, las comunidades que progresaron rápidamente fueron identificadas como comunidades modelo que sirvieron de ejemplos positivos para visitas o pasantías.

Como se mencionó anteriormente, el énfasis inicial del proyecto MCS fue el nivel de la comunidad. Sin embargo, en el 2007–2008 ese énfasis cambió, cada vez más hacia el apoyo a los niveles distritales y regionales para que adopten y asuman la responsabilidad por el programa, incluyendo la extensión de la estrategia del MCS a otras comunidades. En el nivel nacional, el proyecto fue exitoso en insertarse en la agenda nacional. El enfoque de promoción de salud de MCS ha sido adoptado por CRECER, estrategia nacional multisectorial de desarrollo, como modelo de implementación para reducir la desnutrición crónica infantil y, más recientemente, por el MINSA/DIGEPROM.

La implementación del proyecto de manera efectiva depende de una relación productiva entre la JVC (una entidad reconocida en la Ley de Municipalidades), el promotor voluntario de salud que reside en la comunidad, la escuela y el establecimiento de salud (que frecuentemente abarca a varias comunidades). También la clave para el éxito del modelo es la asistencia técnica provista por el proyecto, particularmente en términos de capacitación en liderazgo y sensibilización en las etapas iniciales (como parte de la primera de las cuatro fases de implementación antes mencionadas). Para mejorar los indicadores de salud materno-infantil estos actores locales necesitan coordinar para la promoción de comportamientos saludables y el mejoramiento de la higiene y saneamiento básicos a nivel de los hogares y de la comunidad. En ese nivel, la auxiliar de enfermería, que usualmente reside en la comunidad, juega un rol mucho más central que el de los profesionales de la salud, quienes en su mayoría rotan anualmente.

Otro elemento importante en el nivel de la comunidad es la escuela que, mediante la iniciativa de “Escuelas Saludables”, refuerza los comportamientos positivos y puede ser un empuje para la extensión de estos conceptos a familias y comunidades. A pesar del hecho de que las escuelas estuvieron cerradas por vacaciones escolares al momento de las visitas a los sitios de interés, el equipo de evaluación logró tener reuniones con varios estudiantes que demostraron hábitos saludables (lavado de manos, uso de agua hervida e higiene dental y personal). El equipo también visitó escuelas donde los profesores crearon áreas especiales para útiles de limpieza (jabón, toallas, escobillas de dientes, contenedores de agua potable, equipos de primeros auxilios y utensilios de limpieza) tal como recomienda la estrategia. Por su parte, los padres de familia comentaron positivamente acerca de los cambios en las escuelas y la orientación recibida por los profesores con relación a los comportamientos saludables.

Figura 1
Nivel Operacional del Proyecto MCS de USAID



Adaptado y modificado de gráfico provisto por el proyecto MCS.

La Asociación de Padres de Familia (APAFA) es importante para hacer seguimiento de las actividades de las escuelas y mantener el vínculo entre la comunidad, los profesores y las políticas de las escuelas. Puede promover hábitos saludables y reforzar el enfoque de comunidad saludable. De otro lado, el Concejo Educativo Institucional (CONEI) apoya las estrategias integrales que promueven la salud y el desarrollo en las instituciones educativas. Tiene una influencia limitada y depende de iniciativas personales del profesorado o líder de la comunidad. En realidad, las reuniones de la APAFA satisfacen los objetivos fijados para el CONEI.

Actualmente, el Proyecto MCS ha presentado un documento al Ministerio de Salud con el título "Propuesta Técnica: Municipalidades, Comunidades, Familias Saludables, e Instituciones Educativas" a ser formalizado e implementado en alguna etapa posterior. Este documento tiene una lista de control para calificar a las Instituciones Educativas la cual presenta veintiséis criterios agrupados en conceptos tales como Organización y Empoderamiento, Política Pública Saludable, Mejoramiento de Entornos Saludables, Prácticas Saludables y Estilos y Reorientación de Servicios. Estos criterios fueron recolectados y mejorados por los equipos técnicos de MCS y fueron usados para medir el nivel de progreso de las comunidades.

El Ministerio de Educación (067-2009-ME-VMGP-DICA) emitió una directiva para "Escuelas Seguras, Limpias, y Saludables" en octubre del 2009 que apoya las actividades propuestas en la iniciativa de escuelas saludables. Sin embargo, no parece existir una real coordinación entre los ministerios de salud y educación en la implementación.

En el nivel distrital, el proyecto trabaja para institucionalizar el modelo de promoción de la salud abogando en el nivel político y dos instancias que el proyecto planteó establecer: la Oficina de Desarrollo Local (ODL) compuesta de un equipo distrital/municipal y el Equipo Técnico Local (ETL) que está compuesto por funcionarios de salud, agricultura, educación, etc. El ETL debe ayudar a orientar a la ODL en el establecimiento de prioridades, planes y desarrollo de proyectos. El ETL y la ODL son constructos del proyecto y carecen de base legal. El establecimiento, formación y funcionamiento de estos grupos no varían de distrito a distrito. Los establecimientos de salud de nivel comunitario reciben apoyo técnico de las microrredes del MINSA, cuyas áreas de cobertura no corresponden actualmente a la jurisdicción geográfica de los respectivos gobiernos distritales. Los gobiernos regionales desempeñan un rol más amplio en el establecimiento de políticas, prioridades, asignación de recursos y en términos de ciertos sectores, tales como salud proveen apoyo técnico y supervisión a los niveles inferiores.

El equipo encontró que los Puestos y Centros de Salud del ámbito del proyecto MCS, tienen capacidades limitadas en la resolución de problemas, son de difícil acceso y tienen dificultades administrativas. El personal de los Puestos de Salud incluye a un profesional recientemente graduado (que permanece menos de un año) y personal técnico (una auxiliar de enfermería o una obstertriz). Los Centros de Salud tienen un médico, una enfermera, una obstetriz y personal técnico, con rotación frecuente del equipo, locales pequeños, equipo mínimo y escasos suministros. El acceso de los usuarios a los establecimientos de salud (EESS) es difícil por la amplia dispersión de las comunidades y lo caro del transporte. Otro problema es la falta de correspondencia entre las jurisdicciones político-geográficas y de salud. Esto significa que el personal de salud a nivel de las comunidades va a un distrito por asuntos personales y legales, pero tienen que acudir a otro diferente por temas de salud, es decir no hay servicios integrados.

Tabla 3
Centros/Puestos de Salud en el Ámbito del Proyecto MCS por Ubicación y Categoría

REGIÓN	CATEGORÍA DEL CENTRO/PUESTO DE SALUD				TOTAL
	H.P. I-1	H.P. I-2	H.C. I-3	H.C. I-4	
San Martín	24	4	3	1	32
	76	8	13	1	98
	64	4	5	2	75
Huánuco	25	17	3	1	46
	22	3	2	1	28
Ayacucho	27	4	4	1	36
Cusco	16	1	0	2	19
Junín	51	1	1	0	53
Ucayali	51	5	2	0	58
Total	**356**	**47**	**33**	**9**	**445**

Fuente: Proyecto MCS 2009 Sistema de Información Gerencial. Informe Final.

El proyecto MCS facilitó la coordinación entre los proveedores locales de salud disponiendo que el personal técnico de cada establecimiento de salud trabaje junto con los promotores de salud de las comunidades en su área de cobertura. Ellos participan directamente en los comités vecinales y coordinan con las microrredes. Esta coordinación significa que hay un número mayor de comunidades asociadas con MCS de las que están afiliadas directamente con el proyecto. En consecuencia, MCS extendió su ámbito de influencia a otras comunidades que no están afiliadas directamente con el proyecto.

El proyecto MCS desarrolló un gran número de sesiones de capacitación para el personal de los EESS y de las microrredes, miembros y líderes de las comunidades y autoridades locales. Estas actividades fortalecieron los conocimientos y ayudaron a reorientar a los servicios de salud hacia la promoción de cambios en comportamientos de salud, con énfasis en el consumo de agua segura, lavado de manos, uso de letrinas, disposición de residuos sólidos, crianza de animales, cocinas mejoradas, espacios separados de las viviendas, limpieza del hogar, jardines y protección medioambiental. Asimismo, los servicios de salud integran más temas de promoción en el cuidado general de niños y mujeres. Del mismo modo, también hubo campañas de control de peso, talla y estado de la vacunación de los niños en comunidades remotas.

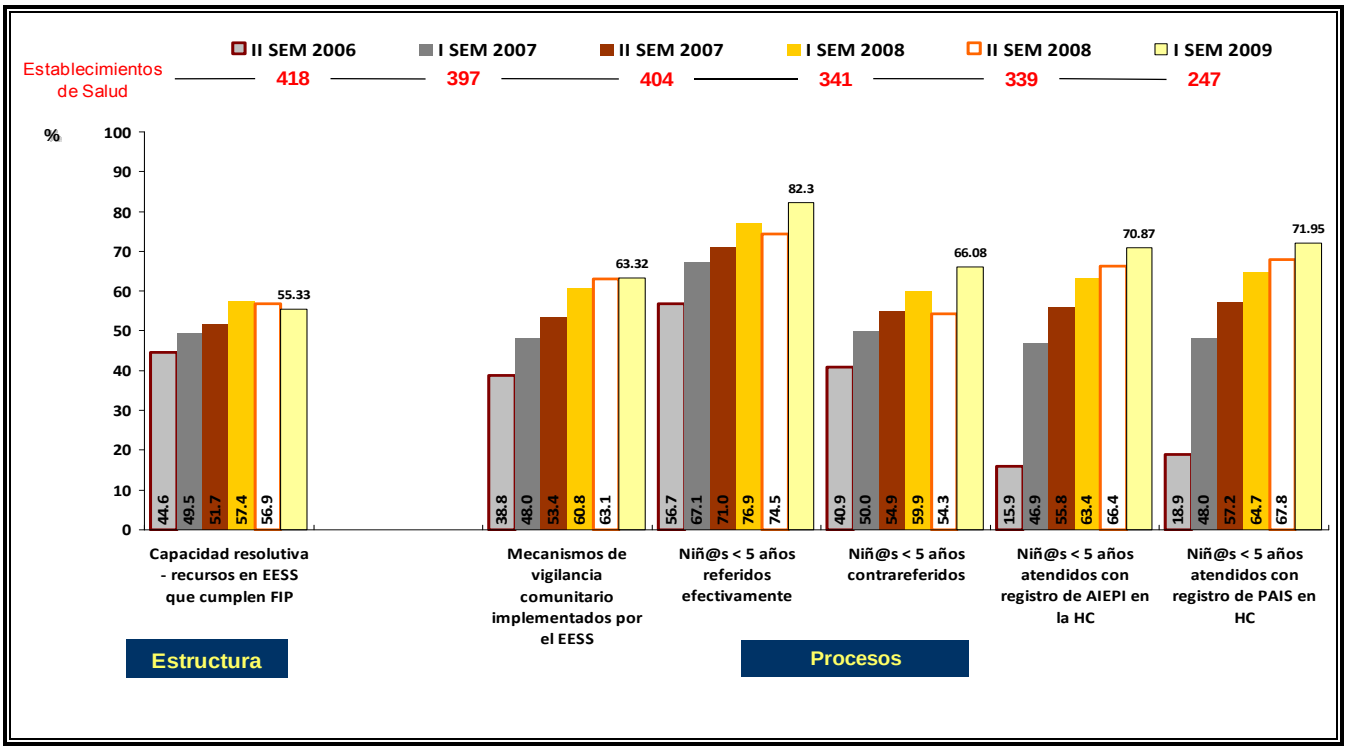
El personal de salud utiliza el diagnóstico comunal para priorizar sus actividades comunales en términos de promover comportamientos dentro y fuera de los EESS. El personal de salud, mayormente las auxiliares de enfermería, orientan y apoyan a los promotores de salud en sus funciones básicas tales como vigilancia, referencia y, en algunos casos, primeros auxilios. En Ayacucho el equipo encontró que el equipo de salud de la comunidad aplica guías y manuales para familias saludables desarrollados por la región de salud.

El personal de salud entrevistado sentía que el proyecto MCS aumentó la demanda de atención, por lo que en respuesta realizaron campañas periódicas de salud, en algunos casos acompañados por especialistas médicos de la microrred. Los líderes en algunas comunidades consideraron que esas campañas eran insuficientes para satisfacer sus necesidades. Asimismo manifestaron que realizaron esfuerzos para mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud, tener mayor equipamiento y personal de salud. Por ejemplo, en Campo Verde, Neshuya-Curimana, Nueva Requena y San Francisco, las comunidades realizaron algunas mejoras básicas como el mejoramiento de los establecimientos de salud (pintado, reparación de techos y mantenimiento general) y la compra de equipo básico, tal como la de un refrigerador. En Ucayali y Ayacucho los distritos ampliaron los contratos de algunos profesionales de la salud para permitir que permanezcan más tiempo en sus puestos. En Campo Verde y San Francisco las comunidades usaron sus propios recursos para incrementar el personal de salud.

El proyecto fortaleció a los EESS a través de la capacitación en normas técnicas, mejoramiento continuo de la calidad y ciertas acciones de atención de emergencias. Este apoyo aumentó la llegada a las comunidades y contribuyó a lograr mejores servicios de salud (Figura 2). La vigilancia ciudadana ayudó a mejorar las referencias de usuarios a microrredes y hospitales y, en menor grado, las contrarreferencias a los EESS de origen. El personal profesional que tiene una mayor rotación era menos conciente del mejoramiento continuo de la calidad que el personal técnico. Este hallazgo puede estar asociado con la reducción del número de EESS que reportan

indicadores de calidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, parece haber una ligera tendencia de mejoría en los indicadores de cumplimiento de calidad en aquellos EESS que estuvieron reportando, aunque esto podría deberse a un sesgo en la selección (solamente los EESS más comprometidos continuaron reportando).

Figura 2
Indicadores de Calidad de Servicios de Salud Infantil en las Puestos/Centros de Salud en el Ámbito del Proyecto MCS



Fuente: Informe Final 2008-2009.

La mujeres que participaron en las entrevistas grupales manifestaron que para aquellas que vivían en comunidades con un establecimiento de salud el acceso a los servicios había mejorado, mientras hubo poco cambio en el acceso para aquellas mujeres que vivían en comunidades sin un establecimiento de salud, debido al alto costo del transporte y la posibilidad de que el establecimiento de salud estuviera cerrado cuando ellas llegaran. Las mujeres expresaron su preferencia de ser atendidas por personal femenino en las visitas prenatales y los partos. En términos de la calidad de los servicios, las mujeres reportaron que ellas recibieron buen trato para problemas simples. En una comunidad en Ucayali hubo quejas de la obstetriz porque hacía exámenes muy superficiales y tenía poca comunicación.

El elemento que une todos los elementos del proyecto MCS es el sistema de información. Este sistema está basado en un diagnóstico comunal anual integral (con una guía de 107 páginas) que cubre las áreas de salud, educación, producción e infraestructura. Asimismo, la recolección semestral de ciertos indicadores de salud materno-infantil. El JVC es responsable de la recolección de estos datos y de reportarlos al distrito donde son ingresados a una computadora como parte de un sistema municipal de información conocido como SISMUNI (se describe en otro acápite de este informe). Esta información constituye la base de los planes de la comunidad, el desarrollo de proyectos para el presupuesto participativo y los proyectos de inversión social. La información también es enviada a la oficina regional con la intención de que se use para los planes regionales. Los actores clave al nivel regional son el Director de Desarrollo Social,

responsable de unir los planes y presupuestos de desarrollo regional; la Dirección Regional de Salud; la Dirección Regional de Educación y, al nivel político, el Presidente Regional y el Vice Presidente.

El proyecto trabaja con los diferentes niveles de Gobierno de manera descentralizada a través de sus oficinas regionales. El énfasis inicial (iniciado en el 2004) estaba en el nivel de la comunidad y abarcaba la sensibilización, desarrollo y validación de herramientas e instrumentos y el desarrollo e implementación de planes y programas de comunicación (individual y grupales apoyados por campañas de comunicación masivas). La capacitación en la estrategia de promoción de la salud, vigilancia comunal, mejora continua de la calidad, comunicación y educación en salud, liderazgo y el sistema de información (SISMUNI) fue un importante esfuerzo del proyecto MCS. Al momento de la evaluación, el proyecto tenía 27,217 personas capacitadas (14,522 participantes varones y 12,695 mujeres, con algunas personas que recibieron capacitación en más de una área temática – Apéndice F). La capacitación en liderazgo parece haber tenido el mayor impacto sobre los informantes clave. Consiste en tres subcomponentes: liderazgo basado en valores y gestión comunal (1,843 personas de nivel comunal capacitadas), un programa virtual de desarrollo de liderazgo (138 personas de nivel regional y distrital capacitadas) y entrenamiento para gerentes que lideran (442 gerentes capacitados). El proyecto también invirtió en la formación sustancial para sus casi 100 actuales y aproximadamente 20 ex-empleados (quienes todavía están trabajando en áreas relacionadas) con lo cual, junto con el formación impartida a los beneficiarios, constituyen una masa crítica de personal capacitado que puede seguir contribuyendo a los esfuerzos vinculados al proyecto (Apéndice F).

Durante los primeros años, MCS realizó importantes inversiones en microproyectos de infraestructura comunal en 470 comunidades que contaron con la contribución de la contraparte (Tabla 4). Estos microproyectos fueron de saneamiento básico, suministro de agua, cocinas mejoradas, puestos de primeros auxilios, mejora de la comunidad, mejora de las escuelas, eliminación de residuos sólidos y refrigerios para las reuniones comunales. Durante el segundo año del periodo de implementación de MSH, este tipo de apoyo fue desapareciendo para favorecer la generación de contrapartidas locales para actividades del proyecto, mayormente en especie.

Tabla 4 Actividades y Costos Compartidos del Proyecto MCS 2004–2009								
Período	Actividad	Contribución (en soles S/.)						
		USAID	Región	Distrito	Comunidad	Otros	Subtotal	Total
Jul. 04–Jun. 06	Proyectos/Iniciativas Comunales	765,157			931,116	277,233	1,208,349	1,973,506
Jul. 06–Sept. 07	Proyectos/Iniciativas Comunales	263,729		12,847	280,224	24,859	317,931	581,660
Oct. 07–Sept. 08	Actividades del Proyecto	234,329		101,133	28,092	27,307	156,532	390,861
Oct. 08–Sept. 09	Actividades del Proyecto	79,283	4,983	45,976	6,740	31,851	89,550	168,833
TOTAL S/.		**1,342,498**	**4,983**	**159,956**	**1,246,172**	**361,250**	**1,772,362**	**3,114,860**
%		**43.1**	**0.2**	**5.1**	**40.0**	**11.6**	**56.9**	**100**

Fuente: MSH. Sistema de información.

A inicios del 2007–08, la estrategia de apoyo a los proyectos de infraestructura social cambió hacia el apoyo a la participación comunal en sus planes, en los procesos de presupuesto participativo distrital y en proyectos de inversión social. Hasta setiembre del 2009, la asistencia técnica del proyecto contribuyó al desarrollo y presentación de proyectos obteniendo $2, 231,725 en Proyectos de Inversión Pública (PIP) de gobiernos regionales para el fortalecimiento y expansión de las actividades de MCS en Junín y Ayacucho y $1, 174,541 de PIP de nivel distrital sobre todo para la construcción de casas de espera materna en San Martín.

Como se señaló anteriormente, una estrategia para promover el modelo de MCS para su expansión a otras áreas dentro y fuera de la zona del proyecto y también para mejorar su adopción y sostenibilidad, fue la organización de visitas guiadas para la observación de las comunidades modelo y, dentro de esas comunidades, a las familias modelo. Las visitas fueron del nivel distrital hasta el nivel comunal, entre comunidades vecinas, gobierno regional a nivel distrital y comunal, y más recientemente, entre las regiones y los programas nacionales tales como CRECER. El proyecto MCS auspició 146 visitas durante el 2005–2009.

Como se mencionó anteriormente, el énfasis inicial del proyecto MCS fue el nivel comunal. Sin embargo, en el 2007–2008 este énfasis se empezó a desplazar cada vez más a apoyar a los niveles distrital y regional en la adopción del programa y para asumir la responsabilidad, incluyendo la incorporación de la extensión de la estrategia del MCS a otras comunidades. A nivel nacional el proyecto tuvo éxito en insertarse en la agenda nacional y la estrategia de promoción de la salud de MCS fue adoptada por CRECER, la estrategia nacional multisectorial de desarrollo, como su modelo de implementación para reducir la desnutrición crónica infantil.

La aprobación formal del enfoque de MCS por el MINSA/DIGEPROM para su expansión a nivel nacional está en proceso.[17]

Modelo para cambio de comportamiento

El proyecto MCS propuso una estrategia de comunicación que combina dos modelos: comunicación para cambio social y comunicación para cambio de comportamientos.[18,19] El primer modelo se orienta a las decisiones individuales y colectivas para el cambio. Este modelo identifica aspiraciones y la forma de cómo alcanzarlas a través de una agenda de desarrollo individual o comunal. Apoya el fortalecimiento de la comunidad y el proceso local de toma de decisiones. El segundo modelo propone el cambio de conductas o comportamientos individuales a ser cambiados a través de estrategias específicas.

El modelo de comunicación para el cambio social se basa en las decisiones de la persona, esto es, individuos como sujetos de cambio, mientras que el segundo modelo se basa en el cambio a través de la persuasión dirigida al comportamiento, esto es, los sujetos son el objeto del cambio. Son modelos complementarios, porque mientras que la comunicación para el cambio social puede llevar a que las comunidades identifiquen el cambio que desean, la comunicación para el cambio de comportamiento puede profundizar para comprender el comportamiento y priorizar los cambios identificados. El documento original de la propuesta del proyecto propuso el desarrollo de "planes de información, educación, y comunicación," enfoque que ha sido superado por el modelo de comunicación para el cambio social. El plan 2005–2007, que más adelante fue recortado a un año, especificaba medios de comunicación masiva y estrategias específicas por nivel, esto es, funcionarios distritales, ODL, ETL y participación de los grupos de la comunidad (CC, Comité de Educación).

Plan de Gestión del Desempeño (PMP)

El proyecto MCS que fue extendido año a año mediante la aprobación de planes de trabajo y presupuestos anuales, nunca desarrolló un plan PMP o un plan de M&E. En cambio, cada año presentó un conjunto de resultados e indicadores (que variaban ligeramente todos los años) en un formato de marco lógico. El proyecto reportaba los resultados anuales teniendo en cuenta las metas establecidas en los planes de ese año. Muchos resultados de los indicadores, más no todos, excedieron las metas del año anterior. En la Sección II.A.2 se proporciona una visión general de las modificaciones anuales a los resultados del propósito con detalles de la evolución de los indicadores en el Apéndice G. Una discusión más detallada de los esfuerzos e indicadores de M&E del proyecto figura en la Sección II.C.1, más adelante.

[17] Personal communication with Edgar Medina, March 11, 2010.
[18] PAHO: Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia: Guía metodológica para su desarrollo, Serie OPS/FCH/CA/05.13.E, 2005.
[19] UNICEF: Comunicación para el cambio social de comportamientos en la alimentación de la niña y el niño pequeño, Managua, 2010.

B. INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

1. Evolución del Mandato y Diseño a través del Tiempo

Como se mencionó anteriormente, el mandato básico del proyecto MCS nunca cambió. Sin embargo, hubo algunos ajustes clave en la estrategia en cuanto a cómo lograr los resultados deseados, así como un cambio en el tiempo hacia un mayor énfasis en el fortalecimiento individual e institucional y la sostenibilidad. Hubo algunos cambios menores de año en año al Marco Lógico hasta el 2007–2008 cuando el liderazgo y gestión recibieron un papel más destacado de acuerdo con el mandato LMS[20] (Apéndice G). En el siguiente año las regiones y el nivel nacional tuvieron un mayor perfil en el Marco Lógico. Sin embargo, el enfoque de mejorar la salud materna e infantil a través de la implementación del modelo de promoción de la salud nunca varió realmente. La diferencia estriba en que en estos últimos años el proyecto intentó transferir el rol de facilitación y apoyo que el personal del proyecto estuvo desempeñando a las contrapartes nacionales en los niveles de gobierno distrital y regional, con miras a impulsar más la adopción y sostenibilidad del modelo de promoción de salud. El proyecto MCS también comenzó a promover la adopción de la metodología e instrumentos por importantes programas y planes nacionales tales como CRECER, y más recientemente, el MINSA / DIGEPROM.

Participación de las Partes Interesadas

En este contexto, se considera que las partes interesadas son aquellas entidades con un interés compartido en la forma en la que el proyecto está trabajando, con capacidad de asociarse y/o contribuir a los objetivos comunes. En este caso las principales partes interesadas serían las entidades relevantes del Gobierno Peruano como MINSA, MINEDU y CRECER a nivel central, otros proyectos de USAID, otras agencias de cooperación tales como UNICEF y los gobiernos regionales y distritales/municipales locales. La participación fue variada. Al comienzo el proyecto MCS se enfocó en la implementación en el nivel comunal y tuvo alguna coordinación con el proyecto PDA. Sus relaciones con los otros proyectos de USAID fueron mayormente cordiales y basadas en el intercambio de información con una coordinación más cercana a nivel regional y, ocasionalmente visitas y actividades conjuntas. En algunas ocasiones se produjo superposición, redundancia e incluso actividades en conflicto (orientaciones diferentes en el desarrollo de los planes locales y el fortalecimiento de la gobernabilidad). Otra actividad del proyecto a nivel distrital que fue cuestionada fueron ciertos constructos del proyecto tales como las ODL y los ETL dentro del contexto general de la descentralización (Figura 1). A medida que el proyecto fue evolucionando con el transcurso del tiempo, MCS realizó un excelente trabajo de involucrar a las contrapartes de los niveles distrital y regional y más recientemente del nivel nacional con CRECER y con la Dirección de Promoción de la Salud del MINSA. El tema de la coordinación de las partes interesadas (incluyendo oportunidades para sinergias adicionales) es tratado en más detalle en la Sección II.E y en el Apéndice I.

[20] Comunicación personal con Marguerite Farrell, USAID/Washington, LMS/CTO.

Cumplimiento del mandato

El mandato del proyecto MCS fue renovado año a año sin modificaciones significativas. Asimismo, anualmente se aprobaron el marco lógico y el plan de trabajo, y las actividades se implementaron dentro de ese marco. Cuando se revisa la definición de promoción de salud, mencionada anteriormente, que dice: "promoción de la salud es el proceso de habilitar a las personas para aumentar el control y mejorar su salud. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y hacer realidad sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o hacer frente al contexto… la promoción de la salud no es solo la responsabilidad del sector salud, sino que va más allá de los estilos de vida saludables hasta el bienestar", queda muy poco en cuanto a desarrollo social, económico y de capital humano que cae fuera de este marco.[21]

Sin embargo, se cuestionó que algunas veces el proyecto invade, duplica y hasta entra en conflicto con otras actividades de gobernabilidad y producción agrícola apoyadas por USAID. La tabla en el Apéndice H identifica algunos casos en los que hubo duplicación de planes comunales con diferentes enfoques y en el fortalecimiento del personal del nivel distrital en gestión y gobernabilidad. Estos problemas pueden ser resueltos a través de un enfoque de desarrollo integrado al nivel distrital (Sección III).

2. Modelo de Cambio de Comportamiento y sus Implicaciones

Como se mencionó anteriormente, el modelo de comunicaciones propuesto por MCS adapta los modelos de comunicaciones para el cambio social y el modelo de cambio de comportamientos, para responder a las diferentes necesidades del proyecto. Cualquiera sea el modelo, se aplican cuatro pasos básicos para analizar la estrategia de cambio de comportamientos de MCS: diagnóstico, diseño de las estrategias de comunicación, implementación y evaluación.

A **nivel familiar**, MCS tiene por objetivo influir en el cambio de comportamientos relacionados a la salud de las madres y de los niños, como sigue:

- Diagnóstico: MCS utilizó dos diagnósticos elaborados en el marco del proyecto relacionados a la calidad del agua y el cuidado infantil[22], así como el Plan de Comunicaciones 2005.[23] En éste último, se identificaron los comportamientos generales relacionados a la estrategia de

[21] Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.

[22] Los estudios referidos son:
- USAID. Hygiene Improvement Project (HIP). Field Water Quality Assessment and Design of Comprehensive Systems to Improve Water Quality – Curimaná District, Ucayali Region, Peru. Final Report. 2007.
- MCS. MACASSI, Sandro. Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el consumo de agua segura y los SAP del ámbito del PDA. 2007.
- MCS. EXACTUM COMUNICACIONES, Estudio de percepciones, valoraciones, actitudes, conocimientos y hábitos respecto a la salud y el cuidado adecuado del niño.

[23] PRISMA. "Plan de Comunicación Proyecto Municipios y Comunidades Saludables en zonas de Desarrollo Alternativo". USAID. CATALYST. Pathfinder International 2005.

MCS, pero no se menciona la manera en que estos comportamientos fueron identificados y sus causas. El estudio del cuidado infantil y el plan de comunicaciones no analizaron las causas de los comportamientos (creencias, costumbres, impedimentos económicos, conocimientos, etc.) que son la base para el desarrollo de estrategias de comunicación. Otro estudio utilizado se refiere a comportamientos sobre el lavado de manos que fue elaborado en San Martín y Ucayali, pero no está claro si se realizó en el ámbito del proyecto.[24] MCS también elaboró un estudio sobre conocimientos y prácticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva de los escolares del ámbito de intervención que sirvió de base para el desarrollo de las actividades de capacitación a profesores.[25]

La mayor parte de los estudios combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas, con lo que se obtuvo valiosos insumos para las actividades de comunicación. Sin embargo, no se realizaron estudios específicos para cada región, lo cual es importante en vista de las diferencias culturales entre las regiones de intervención y la presencia de familias migrantes y nativas. Por ejemplo, el equipo de evaluación encontró mujeres provenientes de la sierra que mantienen sus costumbres de atención del parto con parteras

- Diseño de Estrategias: Los cambios de comportamientos deseados en las familias fueron identificados en el plan de comunicaciones, pero sólo en términos muy generales, esto es, la adopción de prácticas saludables, sin mencionar cuáles. Las campañas de comunicación proponen la adopción de comportamientos, pero no se establecen estrategias diferenciadas requeridas para desarrollar, cambiar o mantener los comportamientos. Es más, los materiales desarrollados originalmente, especialmente los spots radiales, se siguen usando sin tomar en cuenta los comportamientos que ya fueron adoptados, en cuyo caso se requerirían estrategias para el reforzamiento o mantenimiento de esos comportamientos. Además, los estudios no son necesariamente aplicados al diseño de la estrategia. Por ejemplo, la campaña de comunicación sobre el cuidado infantil tuvo siete ejes, incluyendo la obtención de un certificado de nacimiento y la tarjeta de control del crecimiento e inmunizaciones, cuando el estudio dejó en claro que éstas eran prácticas extendidas. En San Martín, un spot radial que promovía el control del crecimiento incluía hasta nueve mensajes vinculados al cuidado infantil.

  MCS también condujo algunas campañas de comunicación sin contar con estudios diagnósticos previos, tales como las campañas acerca de embarazo de adolescentes, prevención de VIH / ITS y recolección de basura. En las campañas realizadas por MCS se identifican los públicos primarios y secundarios, aunque no se segmentan las familias, aspecto importante por la presencia de migrantes de sierra en las zonas de intervención, madres adolescentes.

- Implementación: Para cambiar los comportamientos de las familias, MCS utilizó una combinación de medios de comunicación masiva (radio), comunitarios (visitas a los hogares

[24] PRISMA. Estudio de Comportamientos de Lavado de Manos con Jabón en Zonas Urbano Periféricas y Rurales del Perú. Joint Publication 11S. USAID. EPH. Programa de agua y saneamiento. MINSA. COSUDE. 2004.
[25] MSH. Salud sexual y reproductiva en alumnos de 5º y 6º de primaria y 1º a 5º de secundaria del ámbito del proyecto municipios y comunidades saludables. 2008.

por las JVC y el personal de salud) e interpersonal (sesiones demostrativas). Tres campañas fueron diseñadas en Lima y adaptadas para cada región (de calidad del agua, de lavado de manos, y de cuidado infantil).

MCS desarrolló materiales impresos (folletos, afiches) orientados a las familias. Los informantes entrevistados durante la evaluación no los recordaban. Muchas mujeres analfabetas y semianalfabetas viven en el área, por lo que los materiales deberían contener el mínimo de texto. La comunicación interpersonal incluyó visitas a los hogares por las JVC y sesiones de demostración por personal de salud. Muchas de las mujeres que participaron en los grupos focales mencionaron que ellas nunca habían recibido visitas en sus hogares y aquellas que habían recibido visitas mencionaron que ellas fueron muy esporádicas. Ellas no recordaban sesiones de demostración.

- Evaluación: MCS no llevó a cabo una evaluación de la cobertura o del impacto de las campañas de comunicación.

El proyecto MCS pretendió dos tipos de cambio en el **nivel comunal**: las prácticas relacionadas con la salud y el fortalecimiento de las organizaciones comunales a través de la aplicación del modelo de comunicaciones para el desarrollo social:

- Diagnóstico: El plan de comunicaciones 2005 propuso algunos comportamientos comunales relacionados a la organización comunal, los valores y la participación. El documento no mencionó cómo este comportamiento fue identificado o sus causas. MCS no tiene un diagnóstico actualizado del comportamiento de los líderes comunales.

- Diseño e Implementación de Estrategias: Las intervenciones de MCS en este nivel corresponden a la sensibilización, actividades de capacitación y movilización social. Promueve la organización comunal – JVCs – y la preparación de planes de desarrollo comunal. También provee capacitación a los miembros de las JVC en diferentes áreas tales como la comunicación para el desarrollo.

  MCS también promueve la selección de las familias modelo de prácticas saludables, buscando un efecto de imitación en otras familias. Las visitas a las familias y los grupos focales con mujeres sugieren que el efecto de imitación no ocurrió como se había deseado y hasta puede estar causando reacciones negativas al resaltar las diferencias entre las familias (en Ucayali, algunas mujeres mencionaron que las familias modelo que recibieron máxima atención eran las “familias ricas”). Sentimientos de exclusión también fueron expresados ocasionalmente (en Ucayali, algunas mujeres dijeron que ellas no habían sido invitadas a participar en las actividades del proyecto porque solamente ciertas familias fueron convocadas).

- Evaluación: MCS tiene herramientas para monitorear el progreso en las fases de organización comunal, pero no realizó una evaluación de las estrategias de comunicación.

En el **nivel distrital**, MCS orientó el modelo de comunicaciones para el cambio social a las autoridades distritales. MCS enfocó su intervención en el logro de cambios de política y la sostenibilidad, de la siguiente manera:

- Diagnóstico: El comportamiento de las autoridades municipales vinculadas al desarrollo, al conocimiento de promoción de la salud y de la estrategia del MCS solo se menciona en el plan de comunicación. MCS carece de un diagnóstico actualizado, lo cual es importante porque el avance del proceso de descentralización ha cambiado el contexto, las necesidades, y el comportamiento de las autoridades distritales.

- Diseño e Implementación de Estrategias: MCS escogió la estrategia de abogacía, pero no desarrolló estrategias específicas para cada región. Esta estrategia fue apoyada por medio de la capacitación.

- Evaluación: MCS no se desarrolló las evaluaciones necesarias para medir los resultados de las estrategias.

Identificación de comportamientos que deben ser cambiados y el comportamiento deseado para cada grupo de beneficiarios

Según se mencionó en la sección previa, MCS identificó comportamientos a ser cambiados para cada nivel de intervención. Se utilizaron estudios de comportamientos con respecto a la calidad del agua, el lavado de manos y el cuidado de salud de las madres y los niños. No se realizaron estudios de comportamientos en el nivel comunal ni distrital, pero existe una lista de comportamientos generales, sin llegar a identificarse los comportamientos específicos, en el Plan de Comunicaciones 2005.

Una debilidad en el diseño de las estrategias de comunicación es la ausencia de una desagregación de los comportamientos actuales, deseados, y factibles, así como la identificación de comportamientos a ser promovidos, cambiados, o mantenidos. La diferenciación del comportamiento por nivel de intervención es mencionada sólo en términos generales en el Plan de Comunicaciones 2005.

Interfase con los grupos beneficiarios para lograr el cambio conductual

MCS intervino en tres niveles (familias, comunidad y municipio) aplicando diversas estrategias para lograr los objetivos. Específicamente para el cambio de comportamientos elaboró estrategias de comunicación para cada nivel, tomando como beneficiarios a las familias, los líderes y las autoridades distritales. El equipo de evaluación no halló estrategias de comunicación que fueran diferenciadas para adolescentes, profesores y personal de salud. Fuera de algunos grupos focales, la población beneficiaria no tuvo un rol activo en el desarrollo de los materiales o de las estrategias.

Conexiones entre las actividades de los programas y los objetivos del cambio conductual

Las actividades de comunicación durante los primeros años estaban dirigidas a sensibilizar al público general para la implementación de la estrategia de MCS. En este sentido, estaban directamente enlazadas a otras actividades programáticas. Pero, respecto a los cambios en los comportamientos familiares, las actividades de comunicación tuvieron su propio cronograma según se muestra en la Tabla 5 abajo. Solamente dos temas fueron continuos a lo largo del tiempo: el consumo de agua segura y el lavado de manos con jabón, que complementaron a otras actividades programáticas (capacitación de la JVC, por ejemplo).

Tabla 5
Cronograma de las Campañas de Comunicación de MCS

Tema de Campaña		Jun. 2004 – Sept. 2005	Oct. 2005 – Jul. 2006	Jul. 2006 – Sept. 2007	Oct. 2007 – Sept. 2008	Oct. 2008 – Sept. 2009	Oct. 2009 – Ene. 2010
Estrategia MCS	Campaña de información acerca de la estrategia de Municipios, Comunidades, Escuelas, y Familias Saludables	X	X	X			
Agua segura	Consumo de agua segura	X		X	X	X X	
Lavado de manos	Lavado de manos con jabón	X	X	X			X
Identidad	Certificado de nacimiento de identidad	X					
Nutrición	Prácticas saludables para la promoción de nutrición infantil	X	X				
	Prácticas nutricionales saludables y el desarrollo						X
	Amamantamiento y alimentación complementaria	X					
	Alimentación complementaria				X	X X	
Cuidado infantil	Cuidado adecuado para niños y niñas				X	X X	
Parto	Parto institucional	X		X			
ITS y VIH	Lucha contra el VIH	X					
	Prevención de ITS y VIH / SIDA		X				
	Prevención de ITS				X		
Embarazo adolescente	Embarazo adolescente				X		
Salud materna	Salud materna				X		
	Cuidado prenatal y alumbramiento institucional, alimentación de mujeres embarazadas y madres lactantes					X	
Otros	Recolección de basura		X				

Cabe señalar que muchas de los deficiencias señaladas anteriormente se podrían deber, en algún grado, a la modalidad de renovación del proyecto año por año que limitaba la habilidad de desarrollar una visión estratégica.

C. RESULTADOS A LA FECHA Y HALLAZGOS BASADOS EN EVIDENCIA

1. Fortalezas y Debilidades del PMP del Proyecto, Indicadores, Estándares de Comparación y Metas, y Uso del PMP o Plan de M&E por Implementadores

Según lo señalado anteriormente, el proyecto carece de planes PMP o de M&E. El implementador de MCS propuso metas en su plan anual de trabajo aprobado por USAID, de acuerdo a un Marco Lógico anual y reportes de avance trimestrales. De acuerdo a los reportes de progreso del proyecto, el cumplimiento de los objetivos en términos de actividades programadas era muy alto en el 2006–2007 (98%) y el 2008–2009 (101%). El desempeño en función de las metas de las actividades fue menos exitoso en el 2007–2008 (76%), posiblemente debido a una reorientación del programa hacia la expansión y la sostenibilidad.

Cada año, el proyecto hizo ajustes añadiendo o eliminando actividades para cumplir con los indicadores modificados. Por ejemplo, desde junio del 2005 hasta setiembre del 2009 el proyecto creó 73 indicadores diferentes (Apéndice G). Solamente uno de ellos, "niños de menos de 24 meses con un certificado médico," ha sido medido continuamente a lo largo de los últimos cuatro años. Dos indicadores, "embarazos en mujeres de 10-19 años de edad" y "comunidades con un sistema comunitario de referencia en funcionamiento" fueron medidos por tres años. Los otros indicadores fueron medidos solamente dos veces, primero entre julio del 2005 y setiembre del 2007 y segundo entre octubre del 2007 y setiembre del 2009 (Apéndice G).

El trabajo emprendido entre el 2006 y el 2007 fue medido por los indicadores de salud materna e infantil (control del crecimiento y desarrollo, lactancia, mujeres embarazadas y asistencia escolar), el progreso en las escuelas (creación de los Comités de Educación comunales, implementación de los estándares de salud, promoción de estilos de vida saludables), la creación de las JVC y la evaluación de prácticas saludables por las familias.

En los dos últimos años del proyecto, desde fines del 2007 hasta fines del 2009, el enfoque de las actividades del proyecto varió dándose mayor importancia al fortalecimiento de los gobiernos distritales para apoyar y expandir el proyecto MCS. Se capacitaron a equipos distritales para llevar a cabo actividades de monitoreo y expandir la implementación del SISMUNI, que a su vez, provee información en apoyo de los proyectos de inversión distritales. A pesar de que es difícil medir directamente los resultados del SISMUNI, el equipo encontró que las autoridades estaban interesadas en ampliar la cobertura del sistema al resto de las comunidades en el distrito.

Cabe señalar que, el personal del proyecto MCS estuvo bien conciente de las limitaciones del actual marco del proyecto para la evaluación de los resultados y el impacto, así como para atribuirle cualquier posible cambio a los esfuerzos programáticos. El equipo del MCS realizó diversos esfuerzos para complementar la información del Marco Lógico a través de estudios especiales incluyendo:

Una validación de diez de los indicadores de SMI

El proyecto MCS efectuó un estudio de validación de 10 de los indicadores semestrales de SMI comparándolos con los resultados de un censo SMI usando el formato ENDES en 19 comunidades. Cualquier dato que estuviera dentro de 10 puntos porcentuales fue considerado aceptable. Seis indicadores cumplieron con ese criterio:

Tabla 6 **Indicadores de SMI de MCS Validados por Datos Censales**
% de niños y niñas menores de 24 meses con certificado de nacimiento
% de niños y niñas menores de 6 meses nacidos en un establecimiento de salud
% de niños y niñas menores de 6 meses nacidos en sus hogares
% de mujeres entre 15 y 49 que conocen un método de PF (tradicional o moderno)
Número de mujeres embarazadas (también validado fue el número del sub-conjunto de mujeres embarazadas de entre 10–19 años de edad)
% de mujeres embarazadas que tienen un control prenatal en un centro de salud
Indicadores de SMI de MCS No Validados por Datos Censales
% de consumo de agua segura (niños 6–23 meses)
% lactancia exclusiva (niños 0–5 meses)
% alimentación complementaria (cinco alimentos sólidos/día)
% de niños y niñas de 0–23 meses con tarjeta de control del crecimiento al día en inmunizaciones

De esos seis indicadores, uno (el de partos en el hogar) es simplemente la inversa del indicador de partos en un centro de salud, el indicador de planificación familiar carece en gran parte de sentido en la manera en que se hace la pregunta, y el número de mujeres embarazadas es un denominador y no un indicador. Otro "indicador" (en realidad un denominador) el número de mujeres en edad reproductiva (15-49) resultó bastante subestimado por conteo, posiblemente debido a limitaciones físicas en el formulario de registro (sólo 35 líneas). Las observaciones realizadas por el equipo de evaluación externa acerca de los indicadores de SMI aparecen en el Apéndice H.

Análisis de costo-beneficio

El equipo de MCS intentó evaluar los costos y beneficios de la estrategia de promoción de la salud mediante un estudio especial.[26] Se seleccionaron a dos comunidades ubicadas en el estrato de mayor calificación del ámbito de intervención del proyecto (una con establecimiento de salud y la otra sin ninguno) junto con dos comunidades de control de diferentes distritos (para eliminar el "efecto de contaminación"). Los beneficios medidos a través de una encuesta transversal fueron las diferencias en episodios de enfermedad diarreica y en la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad. El estudio encontró diferencias significativas entre los dos grupos que se estaba comparando en términos de diarrea, infecciones respiratorias, y desnutrición en la población menor de 5 años, siendo las tasas más altas en las comunidades de comparación. El proyecto MCS asignó costos (directos e indirectos) a sus intervenciones en las comunidades del proyecto y luego extrapolaron los beneficios extendiéndolos hacia afuera para mostrar un ahorro neto.

[26] Evaluación Costo Beneficio de la Estrategia Municipios, Comunidades, Instituciones Educativas y Familias Saludables en Zonas del PDA, Lima, Oct. 2008.

Sin embargo, también hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a variables clave del hogar (pobreza extrema, hacinamiento, disponibilidad de agua segura). Dado que no hubo estudio de línea de base para realizar una comparación, fue imposible determinar si las diferencias entre los grupos eran debido a diferencias básicas en las comunidades o a cambios en el tiempo en las comunidades de la intervención debido a los esfuerzos del proyecto.

Una comparación retrospectiva de datos de establecimientos de salud de áreas del proyecto y áreas que no son del proyecto

En este estudio el proyecto MCS contrató a un consultor para buscar evidencia para determinar si está teniendo impacto sobre la SMI mediante un análisis de datos retrospectivo longitudinal, comparando las tendencias de visitas para chequeos prenatales, planificación familiar, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, inmunizaciones, control del crecimiento en una muestra de los EESS dentro, cerca y fuera de las comunidades del proyecto. Los datos para el estudio fueron del Sistema de Información de Salud (HIS) del MINSA para el período 2002–2009. De acuerdo a los resultados preliminares, el único indicador de salud que demostró cambio fue el incremento de visitas de control de la salud, aunque no estaba claro si el aumento era significativamente mayor en los EESS del área del proyecto que en las áreas que no eran del proyecto.

Una comparación de indicadores de avance interno de diagnósticos de la comunidad con indicadores de SMI de prácticas saludables

Como parte del monitoreo de la gestión del proyecto, el personal del proyecto MCS realizó una comparación del avance hacia las cuatro fases de la implementación del modelo de promoción de la salud, de acuerdo a una escala numérica de la información proveniente del diagnóstico comunal ingresado al SISMUNI. La comparación clasificó a las comunidades como básica, intermedia o avanzada en base a su cumplimiento (autoreportado) en completar ciertas tareas del proyecto e instrumentos. Luego, compararon esta clasificación con datos de las prácticas saludables recolectados en los reportes semestrales de los indicadores de SMI. Las comunidades también fueron clasificadas “altas” o “bajas” en cuanto a las prácticas saludables sobre la base de ciertos indicadores de SMI (certificado de salud para niños pequeños, consumo de agua segura y parto en un establecimiento de salud), también autoreportado. Las comunidades que tenían un puntaje más alto en prácticas saludables tendían a tener un nivel de avance mayor en la implementación de las fases de MCS (Tabla 7). Sin embargo, esta aparente tendencia podría deberse a factores de confusión y no es posible atribuirle ningún efecto a los esfuerzos del proyecto. Pero, cabe señalar que casi un tercio de las comunidades “avanzadas” clasificaron como “bajo” en el puntaje de prácticas saludables.

Tabla 7 Comunidades del Proyecto MCS Nivel de Progreso Implementando las Fases del Proyecto MCS Comparado con el Nivel de Prácticas Saludables de Acuerdo a los Indicadores SMI			
Prácticas Saludables	Nivel de Progreso		
	Básico	Intermedio	Avanzado
Bajo 207	56 (53.8%)	80 (41.5%)	71 (32.6%)
Alto 308	48 (46.2%)	113 (58.55)	147 (67.4%)
Total 515	104	193	218

Evaluación interna del proyecto

Un equipo de cuatro personas (dos consultores externos y dos miembros de MSH / Boston) se encuentran culminando una evaluación interna del proyecto MCS que comenzó en diciembre. El reporte preliminar fue entregado al equipo de evaluación externa de CAMRIS el 3 de marzo, poco después de que el equipo de CAMRIS había discutido sus resultados preliminares y recomendaciones con USAID.[27] El reporte provee valiosa documentación y una visión respecto de las áreas tales como la evolución de la situación sociopolítica, el contexto y el rol de los programas sociales en el desarrollo alternativo; la complejidad del modelo de MCS como se describe en los documentos del proyecto (una preocupación compartida) y la estructura de liderazgo interna del proyecto. Hubo un alto grado de coincidencia con la evaluación interna y los resultados, conclusiones, y recomendaciones preliminares desarrolladas por el equipo de evaluación externa. Sin embargo, algunas áreas importantes no fueron cubiertas del todo en la evaluación interna, tales como la falta de una apropiada focalización en la población beneficiaria (mujeres y niños más vulnerables), el relativo abandono de ciertas tecnologías de atención primaria de salud (tales como control del crecimiento por la comunidad), el relativo al énfasis de la promoción de la salud en la organización comunal y el trabajo con las familias modelo, el análisis de los interesados; la efectividad del costo-beneficio; y una revisión de los enfoques específicos del cambio de comportamiento, materiales y campañas. Estos temas son tratados en otro lugar en este reporte de evaluación externa.

2. Coherencia de la Declaración de Cobertura Programática y Logros con Evidencia Obtenida Durante Visitas de Campo

Mucha de la información en los informes del proyecto proviene del diagnóstico comunal anual y de la recolección semestral de los indicadores de SMI reportados por la JVC a los gobiernos distritales donde ésta es ingresada en una base de datos computarizada (SISMUNI) y luego reportada a las regiones (en algunos casos) y a la oficina del proyecto en Lima. El equipo de evaluación llevó al campo una impresión de los datos generados por el SISMUNI en la oficina del proyecto MCS en Lima para cada comunidad que iba a ser visitada. Se encontró una casi

[27] LMS Perú-Proyecto Municipios y Comunidades Saludables, Evaluación Interna, Borrador, Velazquez, A; Colindres, H; Baker, D; y Díaz, Ricardo. Febrero, 2010.

perfecta correspondencia con los registros escritos que las JVC mantenían y tenían a la mano. Este hallazgo es un logro notable.

3. Resultados Principales a la Fecha

Logro de objetivos

Las metas en el marco lógico del proyecto cambiaron cada año y por lo tanto hubo cambios en las actividades. Una lista completa de los 73 indicadores del proyecto y cómo han evolucionado figura en el Apéndice G. El porcentaje de cumplimiento de las actividades planeadas fue bastante satisfactorio durante la implementación de las actividades desde el 2006 hasta el 2009. Entre julio del 2006 y setiembre del 2007 (primer período después de que el proyecto pasó a MSH) el 98% de las actividades programadas fueron implementadas. Luego, durante el período entre octubre del 2007 y setiembre del 2008, el porcentaje de cumplimiento de actividades bajó a 76%. Esta disminución se explica por la reorientación del proyecto para expandir la estrategia de MCS a nuevas comunidades. Este cambio causó que los asesores locales reenfocaran su tiempo a la expansión y que dejaran de promover ciertas actividades programadas. Sin embargo, el cumplimiento de las actividades planeadas subió a 101% durante el período entre octubre del 2008 y setiembre del 2009.

Probabilidad de alcanzar los objetivos al final del proyecto

Como se señaló anteriormente, el objetivo final del proyecto en el plan del 2009–2010, indica que en las áreas de cobertura el proyecto debería “mejorar su salud materno-infantil y reproductiva a través del liderazgo y empoderamiento de las personas y sinergía con las autoridades regionales, distritales, y comunales, asegurando: sostenibilidad de los logros en la zona del PDA, expansión de la estrategia del MCS en estas siete regiones, la adopción de la estrategia en los planes y programas de desarrollo social.” Sin embargo, de los diez indicadores principales en el Marco lógico, cinco son indicadores de SMI no válidos según el estudio anteriormente mencionado y dos tienen una meta de mejoramiento leve (la enfermedad diarreica y el uso de planificación familiar) pero ninguna línea de base. Solamente tres de los indicadores son válidos y tienen líneas de base válidas (cuidado prenatal, niños nacidos en un centro de salud y porcentaje de embarazos en adolescentes) y metas para mejoramiento de, 1%, 4% y 2% respectivamente. El porcentaje de atenciones prenatales y niños nacidos en un centro de salud es alto y no es probable que el porcentaje de embarazos en adolescentes disminuya. Esta situación ilustra las deficiencias del sistema de M&E de MCS.

Según las mediciones tomadas semestralmente desde el 2006 hasta el 2009, los principales indicadores de salud materno-infantil se incrementaron, especialmente el consumo de agua segura y el consumo de cinco alimentos sólidos al día, los cuales doblaron sus porcentajes. El indicador de adolescentes embarazadas (de 10 a 19 años de edad) aumentó levemente de 26.1% a 29.1%, lo que es preocupante. De los ocho indicadores presentados en los gráficos anteriores, actualmente cinco de ellos están sobre el 80%. Sin embargo, como se puede ver en más detalle en la Sección II D y en el Apéndice H, varios de los indicadores de SMI no pudieron ser validados comparando con los datos de los censos (consumo de agua segura, lactancia materna,

alimentación complementaria y la tenencia de tarjetas de inmunización actualizadas). De los otros indicadores, algunos (como el conocimiento de al menos un método de planificación familiar) tienen escaso significado práctico.

Mejoras en la salud y adopción de prácticas saludables

La mayoría de las mujeres que participaron en los grupos focales tenían conocimiento del tratamiento de agua para el consumo (clorada o hervida). Sin embargo, algunas mujeres en Ucayali mencionaron haber consumido agua de lluvia sin previa cloración ni hervido "porque está limpia y viene del cielo." Debe notarse que el hervido o cloración de agua son practicadas por la mayoría de las familias cuando están en la comunidad, pero no cuando están en sus chacras donde tienen casas muy rústicas (algunos mencionaron cargar botellas con agua hervida). Algunos adultos también expresaron su rechazo del agua clorada o hervida porque el sabor es diferente. Durante las visitas a los hogares en las tres regiones, el equipo de evaluación encontró que la mayoría de las familias tienen contenedores para almacenar agua, pero éstos no son necesariamente adecuados. Los factores que complican son: (i) la fuente ya que, en algunos casos, es usada como bebedero para los animales, contaminando así el agua y (ii) el conocimiento desigual de las cantidades de cloro a ser usadas por volumen de agua.

La mayoría de las mujeres de Ucayali y San Martín saben cuándo y cómo lavarse las manos y generalmente no es un problema comprar jabón o detergente, aunque el costo era un factor para unas cuantas participantes. En más de la mitad de los hogares, se lavan las manos en un tanque donde el agua se asienta y no todos los hogares tenían jabón o detergente. Se encontró la eliminación inadecuada de desechos. La mayoría de los hogares en Ucayali y San Martín tiene una simple letrina y no sabe cómo tratar desperdicios ni sabe cuál es el tiempo requerido de tratamiento antes de vaciarlas. En una comunidad de Ayacucho las letrinas estaban construidas demasiado cerca de las casas constituyendo una fuente de infecciones.

Una gran proporción de las familias de San Martín y Ucayali entierran su basura en dos tipos de huecos: uno para desechos orgánicos y otro para inorgánicos. El equipo de evaluación sólo observó una comunidad en Ucayali donde las familias vendían el plástico a un reciclador. Un número pequeño de familias tiran sus desperdicios en el río o en el campo o los queman. Muchas familias construyen sus cocinas usando una base de arcilla a la que le colocan una parrilla de metal encima. Cocinan con madera y tienen un adaptador para que el humo salga de la habitación. En algunas casas hay animales en la cocina o entran a los hogares. El uso de mosquiteros es ampliamente generalizado.

Todas las mujeres embarazadas estaban concientes de la necesidad de acudir a los establecimientos de salud, alimentarse bien, así como la necesidad de dar a luz en un centro de salud. Sin embargo en Ucayali, algunas mujeres de la sierra mencionaron acudir a las parteras en sus partos y la aprobación de las parteras (*"acomoda al bebé," "calcula el momento del alumbramiento"*) antes de tener sus partos en los centro de salud. En Ayacucho y en San Martín, algunas mujeres tenían sus partos en sus hogares. Las mujeres que participaron en los grupos focales están correctamente informadas acerca de la lactancia exclusiva y la alimentación de niños pequeños, pero no había una práctica extendida de estos comportamientos. Mientras que decían que amamantaban de manera exclusiva a sus niños de 0-5 meses, también mencionaban

que les dan una infusión de anís cuando tienen gases estomacales. Las entrevistadas también tenían una variedad de opiniones acerca la edad a la cual empezar a alimentar a los niños y niñas y el tipo de comida adecuada para los niños. Algunas dijeron que empezaron a alimentarlos con *chapo* (una bebida espesa elaborada con plátanos), otras, mazamorra o sopa. Las mujeres también tienen dificultades económicas para proveer fuentes de proteína animal a sus niños (o creencias equivocadas, tales como que el cuy no es bueno para niños pequeños, como fue mencionado en una comunidad en San Martín) o en la preparación de alimentos balanceados con frutas y vegetales de la zona.

La aceptación de métodos de planificación familiar parece ser universal. El mayor problema radica en el desabastecimiento de suministros en los EESS, particularmente de inyectables. Los esfuerzos de las escuelas y los EESS para reducir los embarazos adolescentes parecen no estar logrando la deseada reducción y necesitan ser complementados.

Figura 3
Tendencias en los Indicadores Infantiles: 2006-2009

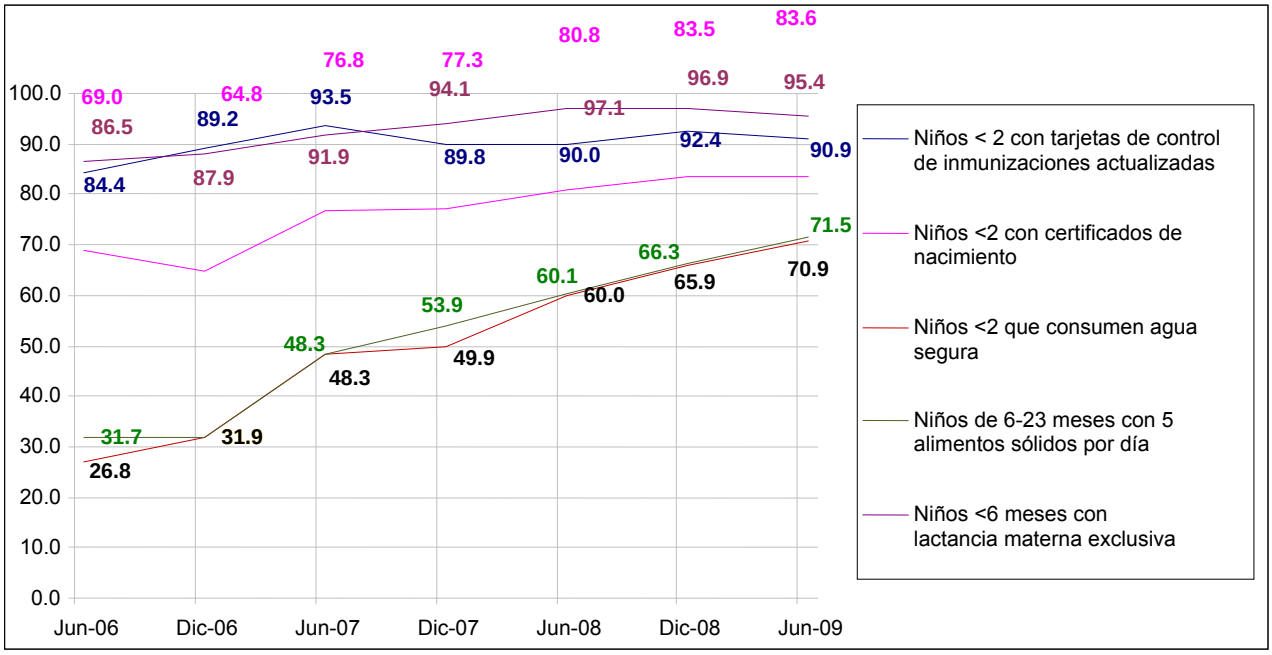
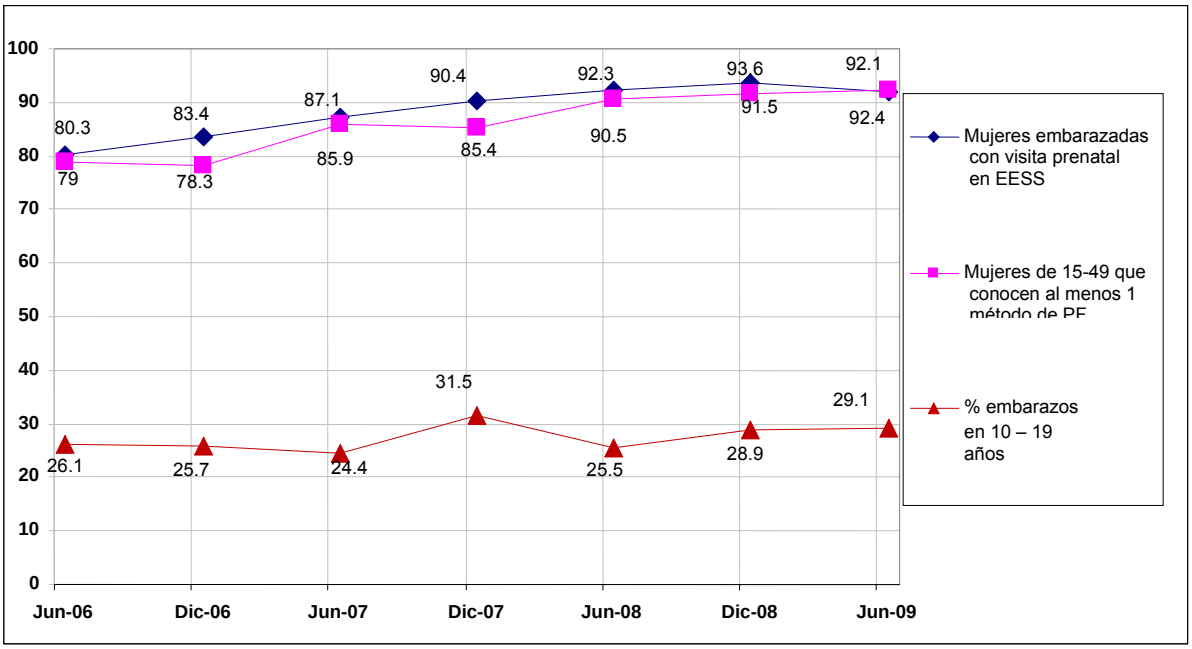


Figura 4
Tendencias en los Indicadores Maternos: 2006-2009



4. Validez de la Data y Uso para la Toma de Decisiones

Uno de los logros más importantes del proyecto fue la creación de un flujo de información desde la familia a los niveles de la comunidad y el distrito. Los entrevistados reconocieron la importancia de tener y usar datos de estos diferentes niveles como base para el proceso de planificación, para preparar y presentar proyectos para su financiación a través del proceso del presupuesto participativo. El equipo de evaluación examinó con las autoridades distritales y regionales la posibilidad de ampliar la cobertura del SISMUNI como un instrumento de gestión de la información a las comunidades que no se encuentran en el ámbito del proyecto. No obstante, existe un amplio margen de mejora en la calidad y relevancia de los indicadores y las herramientas de recolección de datos (Apéndice H).

Estadísticas comunales usadas para influenciar comportamientos y tomar decisiones

El proyecto MCS desarrolló una amplia gama de herramientas para recolectar información de familias y consolidarla en los niveles comunales, distritales y regionales. El propósito del sistema es analizar información para tomar decisiones informadas en todos los niveles.

Tabla 8 Caja de Herramientas del proyecto MCS		
Nivel	**Herramienta**	**Utilidad**
Familia	Guía de familias saludables	Muestra los pasos aseguir para tener una familia saludable
	Tablero de dibujo para la visión de familia	La familia dibuja su sueño o visión de una familia saludable
	Afiche para un diagnóstico familiar	Ayuda a analizar el comportamiento en la familia para el monitoreo y autoevaluación
	Afiche de compromisos	Toma notas de los compromisos que la familia cumplirá para hacer realidad su visión
	Mural educacional para el consumo de agua segura e higiene familiar	Muestra los pasos a seguir para tener y consumir agua segura y mejorar la higiene familiar
Comunidad	Guía de comunidad saludable	Muestra los pasos a seguir para tener una comunidad saludable
	Diagnóstico y plan de mi comunidad, vecindario, o aldea	Instrumento para asistir en el proceso de planificación de la salud y desarrollo comunal. Alimenta al SISMUNI. Uso anual
	Formulario de indicador SMI	Provee lineamentos para seguimiento, monitoreo, y autoevaluación de la salud materno-infantil. Alimenta al SISMUNI. Uso semestral
	CD de tecnologías rurales para familias saludables	Muestra el impacto medioambiental de cocinas mejoradas, letrinas, micro rellenos sanitarios, y parques de niños
	Tablero de dibujo de autoevaluación de la salud materno-infantil	La comunidad anota su progreso en prácticas de salud
	Guía del facilitador para la promoción del consumo de agua segura	Herramienta para entrenar a las familias en el consumo de agua segura e higiene mejorada
Municipio	Guía de municipios saludables	Muestra los pasos a seguir para tener un municipio saludable
	Programa SISMUNI	Programa de computadora que procesa datos para la gestión local de la salud y el desarrollo
	Juego de herramientas audiovisuales	Conjunto de CDs con guías, materiales de comunicación, SISMUNI, etc.
	Juego de herramientas de comunicaciones para promover el consumo de agua segura	Materiales para capacitar facilitadores comunales

La amplia lista de herramientas, señalada arriba, complica el monitoreo de su uso por el consejero local del proyecto. Su utilidad relativa amerita un detallado análisis antes de llevarlas a la próxima etapa del proyecto.

El uso de datos en todos los niveles para mejorar las actividades

El equipo verificó si las herramientas eran conocidas por las familias, pero con la excepción del tablero de dibujo para la visión de familia, pocas eran bien comprendidas y usadas. Sin embargo, estaba claro que las comunidades comprendían la utilidad de usar agua segura, el lavado de manos, la limpieza del hogar y las letrinas.

Las principales herramientas al nivel comunal son el Diagnóstico Comunal y la lista de Indicadores de SMI, que son además las fuentes principales de datos del SISMUNI. El Diagnóstico Comunal es una herramienta potencialmente muy útil, pero su principal limitación

es la enorme cantidad de información sobre la población, salud, educación y los datos de producción económica, que son frecuentemente difíciles de obtener (por ejemplo, el número de cabezas de ganado que tiene la población, productividad económica por hectárea, etc.). Esta complejidad afecta la calidad de los datos, especialmente por el bajo nivel de educación de los residentes de la comunidad que los recaban. El líder de la comunidad tiene que hacer un esfuerzo adicional para cumplir con esta tarea, considerando sus tareas diarias. Sin embargo, en algunos casos el líder se limitó a reunirse con otros miembros de la JVC para responder a las preguntas de manera conjunta.

Con algunas mejoras, los indicadores de SMI podrían ser una herramienta importante para el análisis de la salud comunitaria. De igual manera que el Diagnóstico Comunal, estos indicadores son completados por el líder de la comunidad con apoyo técnico del establecimiento de salud más cercano. Esta relación es muy importante para monitorear los indicadores SMI comunales y el establecimiento de salud usa la información para desarrollar sus planes.

Compartimiento los datos programáticos con las autoridades distritales de salud y su uso

Los documentos descritos anteriormente, los indicadores de SMI y el Diagnóstico Comunal, son enviados al nivel distrital para su ingreso en el SISMUNI. Constituyen la única información detallada que el gobierno distrital tiene con la cual tomar decisiones acerca de esas comunidades. No obstante, el uso de la información del SISMUNI es todavía limitado a pesar del número de sesiones de capacitación en SISMUNI proporcionada por el proyecto (427 en el 2008 y 209 en el 2009), así como el apoyo para el diseño y administración de sitios Web de gobiernos municipales (32 en el 2008). Algunas razones posibles de esta situación son: la cultura del uso de información todavía no es ampliamente generalizada y el cambio frecuente de los funcionarios municipales. Aún así, durante las visitas a los alcaldes distritales y sus equipos técnicos, ellos reconocieron la importancia del SISMUNI. Algunos mencionaron tener planes para extender la cobertura de la información a todas las comunidades del distrito para tener un mapa situacional, que es el objetivo ulterior para esta herramienta. Otras autoridades solicitaron esa ampliación.

Adecuación de los sistemas de información para las necesidades de los programas

El gobierno regional de Ayacucho decidió adaptar la estrategia CRECER creando CRECER Wari (el nombre del grupo cultural de esa región). Esta estrategia permitió que todas las actividades de los sectores sociales públicos y privados en la región adopten objetivos conjuntos y que trabajen juntos. El proyecto MCS puso a disposición sus herramientas para su revisión. Como resultado de esta actividad, el gobierno regional, a través de la Oficina de Desarrollo Social, analizó el documento de Diagnóstico Comunal y lo adaptó, haciendo cambios, mayormente en el número de preguntas, nombrando al documento “Llaqtanchik.” Actualmente el gobierno regional está promoviendo el uso de esta herramienta y, de manera paralela, está analizando el SISMUNI para hacer los ajustes necesarios para poder usarlo como un sistema de procesamiento de datos. Este ejemplo puede ser un modelo para adaptar el sistema de información a las necesidades de otras regiones y programas.

D. MODELO DE ACTIVIDAD (Cuán bien está funcionando el modelo en términos de resultados y recursos invertidos y qué mejoras pueden ser necesarias)

1. Logro de Comportamientos de Salud Deseables y Resultados por Modelo de Programa

Todas las comunidades visitadas perciben que se encuentran en mejor situación como resultado del proyecto. Esta percepción es compartida por todo el personal del nivel distrital, de la microrred y del nivel regional. Ellos consideran que las comunidades mejoraron a lo largo del tiempo y que mejoraron en relación a las comunidades vecinas: están más limpias, mejor organizadas y tienen mejores prácticas y resultados de salud, tales como la reducción de la morbilidad infantil y de la desnutrición. El equipo de evaluación observó que, en efecto, estas comunidades parecían relativamente limpias y organizadas, con poca basura, pocos animales tales como cerdos y vacas deambulando sueltos, y con espacios públicos ordenados, frecuentemente con plantas ornamentales.

La evidencia anecdótica, el sistema de información de indicadores de SMI del proyecto (Figuras 3 y 4) y la evidencia cualitativa concuerdan en que existe una mejoría general en las áreas del proyecto, tanto en términos de cómo estaban las cosas antes del proyecto MCS y en lo relativo a otras comunidades no incluidas en el proyecto. Las áreas de mejora comúnmente citadas por los informantes son los resultados de SMI (la mortalidad materna, la incidencia de las morbilidades de la niñez y la prevalencia de la desnutrición) y los comportamientos de la salud (agua segura, partos en los centros de salud, lactancia exclusiva y otras prácticas de alimentación infantil, el uso de letrinas, lavado de manos y el control del crecimiento). Sin embargo, como se mencionó arriba, no hay datos duros para validar estas afirmaciones de manera objetiva, mucho menos para atribuir los cambios y diferencias percibidas a los esfuerzos del proyecto.

El sistema de indicadores de SMI semestral de MCS muestra un continuo mejoramiento en la mayoría de los indicadores. No obstante, el equipo evaluador estaba convencido de que casi la totalidad de las personas en las comunidades conocían las respuestas a las preguntas y que este conocimiento puede haber sesgado el proceso de recolección y reporte de datos del indicador autoreportado de SMI.

<u>Fortalezas de la aplicación del modelo</u>

El proyecto fue exitoso en organizar y capacitar a más de 500 comunidades en zonas de difícil acceso, sobre todo si se tiene en cuenta los desafíos que presenta la situación sociopolítica en las regiones cocaleras. Las comunidades están orgullosas de lo que ellas perciben que son sus logros en la organización y limpieza de sus comunidades y hogares. El enfoque del proyecto, busca mejorar la salud materno-infantil y la sexual y reproductiva a través de reducir de manera simultánea el riesgo mediante la promoción de comportamientos saludables y la reducción de la vulnerabilidad mediante el mejoramiento de los factores sociales y ambientales, es a la vez completa y válida, con potencial para llegar a impactos sostenidos. Un logro importante del modelo y su fortaleza fue el desarrollo de capacidades a nivel comunal para recolectar y reportar datos, así como el apoyo a una cultura de toma de decisiones en base a la información.

El modelo de promoción de la salud tiene cuatro fases de implementación (sensibilización, planificación, implementación, y autoevaluación) que son fáciles de implementar. Conjuntamente con la capacitación en liderazgo y otros fortalecimientos tales como la recolección y uso de los datos, el modelo puede llevar a un verdadero empoderamiento de las comunidades beneficiarias. El proyecto parece haber fortalecido la organización de las comunidades así como su capacidad para priorizar e identificar y resolver problemas. Al facilitar las relaciones efectivas con otros niveles de gobierno (distritos y regiones), el proyecto mejora más el empoderamiento y autoestima de las comunidades. Este tipo de organización y uso efectivo de los recursos a través de la planificación y programación basadas en la información puede llevar a mejoras en la calidad de vida de las familias y personas.

Debilidades del modelo y dónde se puede mejorar

En la implementación del modelo, las tecnologías de la salud y la atención primaria de la salud parecen haber sufrido a expensas del enfoque del desarrollo y fortalecimiento comunal. La debilidad principal del modelo, en la forma en que se está aplicando, es que el proyecto MCS perdió el enfoque sobre la población objetivo: las mujeres embarazadas y los niños menores de dos años de edad (y sus cuidadores), especialmente aquellos en situaciones más vulnerables. Al visitar las comunidades, el personal del proyecto primero ubica a los miembros de la JVC y luego a las familias modelo con las cuales están trabajando. Los otros miembros de la comunidad no son excluidos de las actividades grupales, sin embargo ellos no reciben el mismo nivel de atención. El equipo de evaluación observó que las familias modelo tendían a tener una mejor condición económica y a ser mayores, con pocas o ninguna mujer embarazada o niños menores de dos años en el hogar. Esto implica que una cantidad desproporcionada del esfuerzo del proyecto se está orientando hacia la población menos necesitada. El equipo encontró algunos miembros de la comunidad que se sentían alienados, y que se trataba de un "programa para los ricos." El equipo también reunió a algunas madres pobres y madres adolescentes de niños menores de dos años (que presentaban algunos indicios de bajo crecimiento) que expresaron que ellas habían sido específicamente excluidas del programa.

El control del crecimiento es mal llevado y no se aplican las lecciones aprendidas y las mejores prácticas del Perú y América Latina.[28,29] Se efectúa en los servicios de salud y existen largos períodos de tiempo entre las mediciones en las tarjetas de control del crecimiento (todas las madres tenían estas tarjetas). Además, las madres no tenían idea acerca de qué significaban los puntos y las rayas que los conectaban (los puntos no siempre estaban conectados en las tarjetas). Al parecer, el personal de salud no presta atención a la tendencia de la curva de crecimiento si el punto no está en la categoría de desnutrición. En las comunidades donde no hay establecimiento de salud, las madres pobres y en desventaja no están dispuestas a pagar entre 7 a 15 soles para que una mototaxi traslade a un niño aparentemente sano a una visita de control de crecimiento, especialmente cuando existe el riesgo de que el establecimiento de salud esté cerrado. El equipo

[28] Banco Mundial, promoción del Crecimiento para Disminuir la Desnutrición Crónica, Estrategias con Bases Comunitarias en Centro América.
[29] Lechtig, A, Cornale, G, Ugaz, ME and Arias, L, Decreasing Stunting, Anemia, and Vitamin A Deficiency in Peru: Results of the Good Start in Life Program; Food and Nutrition Bulletin, vol. 30, no. 1, 2009.

no pudo identificar ejemplos de control de crecimiento en la comunidad con participación activa y significativa de la comunidad y las familias.

En general, el personal del centro de salud concibe que el rol de los promotores de la salud comunitarios es el de remitir pacientes. Al parecer, las comunidades no están siendo fortalecidas (con unas pocas excepciones) para resolver sus propios problemas, tales como proveer primeros auxilios (dada la actual escasez de suministros los centros de salud no pueden abastecer a puestos comunales de primeros auxilios), enfermedades diarreicas y control del crecimiento.

En algunas comunidades todavía ocurren partos en el hogar. Esto se debe, en gran parte, a problemas de acceso geográfico, aunque en algunos casos, la calidad del tratamiento y cuidado por el personal del centro de salud y las prácticas culturales pueden ser un problema. Sin embargo, algunas veces ocurren partos en establecimientos de salud, algunas veces en un puesto de salud, sin la presencia de un profesional calificado. Las auxiliares de enfermería están concientes de que esto no es de su responsabilidad, pero ellas no pueden rechazar a una mujer embarazada en trabajo de parto. Estos nacimientos son registrados en la encuesta semestral del indicador de SMI del proyecto como un nacimiento institucional. Algunas de las regiones, como San Martín, se están movilizando para expandir la red de casas de espera para mujeres embarazadas, lo que debería ayudar en reducir este problema en un futuro no muy distante.

El proyecto desarrolló una gran capacidad para la recolección de datos a nivel comunal y la generación de reportes hacia niveles superiores, basado en el sistema de un diagnóstico comunal anual y reportes semestrales de indicadores de SMI. No obstante, este proceso es excesivamente grande, complicado, subutilizado y algunos de los indicadores de SMI tienen serios problemas (Apéndice H). Estos instrumentos podrían mejorar con una revisión seria. En resumen, el modelo básico de MCS basado en la organización comunal para la salud y el desarrollo social es sólido; simplemente requiere algunos ajustes en su dirección y aplicación.

2. Costo por Beneficiario del Modelo y Eficiencia en Términos de Resultados Obtenidos

Los costos totales del programa MCS del período 2006–2009, incluyendo la asistencia técnica, los costos indirectos y los gastos generales para el ámbito de 515 de comunidades de la zona del PDA, fueron de aproximadamente $2.710 millones/año o $5,094 por comunidad (Tabla 9). La cobertura total de la población fue estimada en 35, 000 familias o 150,000 habitantes, de los cuales 5,891 son de menos de dos años de edad, de acuerdo con el sistema de información del proyecto. Esto representa un costo bruto de $18 por habitante.

Sin embargo, una parte importante de los esfuerzos del proyecto, especialmente durante los dos últimos años, fue el fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos regionales y locales y el diálogo en el nivel nacional para la incorporación del modelo de MCS en los planes y programas nacionales, regionales, y distritales. Probablemente estos esfuerzos contribuyeron a los beneficios indirectos en las áreas que no son del proyecto e influyeron en las políticas y programas nacionales. Del mismo modo, los 445 establecimientos de salud con los que el proyecto trabajó y apoyó cubren un gran número de comunidades del proyecto y personas. Esos

beneficiarios no fueron incluidos en el ejercicio de costos. Los beneficios y efectos del proyecto son elementos difíciles de incorporar en un simple análisis de costo-beneficio.

Tabla 9
Costos de Implementación del Proyecto MCS 2004 - 2006

Ítem	jul. '04-jun. '05	Jul. '05-Jun. '06	Jul. '06-sept. '07	oct. '07-Sept. '08	Oct. '08-Sept. '09
USAID	1,105,481	1,259,108	3,193,306	2,984,603	2,709,855
Costos compartidos	360,248.88	11,218.30	94,626.74	52,667.27	28,887.27
Total	**1,465,730**	**1,270,326**	**3,287,933**	**3,037,271**	**2,738,743**
Nº de comunidades	340	340	557	557	532
Nº de familias	20,000	20,000	35,000	35,000	35,000
USAID costo por comunidad	**3,251**	**3,703**	**5,733**	**5,358**	**5,094**

Fuente: MCS Management Information System

El Gobierno del Perú expresó su determinación de adoptar y ampliar el enfoque de promoción de la salud de MCS en el contexto de una estrategia integrada de desarrollo. La pregunta que se plantea es cuál sería el costo para el país si asumiese el apoyo y acompañamiento necesarios para la implementación efectiva del programa MCS. El modelo CRECER de tener un asesor local en cada distrito más responsables en el nivel del gobierno regional, sería un modelo relevante para calcular costos en respuesta a esta pregunta. El equipo de evaluación trabajó con el personal del proyecto para desarrollar una estimación de los costos incrementales directos (es decir, por encima y más allá de lo que está en los presupuestos regionales y distritales para las actividades de atención primaria de salud) para aplicar exitosamente la metodología de promoción de la salud de MCS en una región con 50 distritos, basado en los supuestos de que:

- Cada región tendría un equipo de asistencia técnica de tres personas bien capacitadas en la estrategia y en los instrumentos de promoción de la salud, particularmente para la recolección de datos y el uso de la información;
- Cada distrito tendría un coordinador de promoción de la salud (como en el modelo CRECER);
- Un promedio de 30 comunidades por distrito con un promedio de 50 familias por comunidad; y
- Los costos de los salarios incrementales y de las actividades de implementación provendrían en gran medida de los fondos de PIP regionales y distritales. El apoyo técnico para el desarrollo metodológico e investigaciones especiales serían pagados por fondos de las agencias de cooperación.

Tabla 10 Costos Incrementales Anuales para Implementar el Modelo MCS		
Nivel	**Ítem**	**Monto en USD (1 USD=2.85 Soles)**
Distrito	Sueldo de coordinador	17,000
	Visitas de coordinadores a sitios de interés para sensibilización (en comunidades nuevas), capacitación de la JVC y supervisión de la implementación	12,100
	Materiales, juegos de herramientas, etc.	7,500
	Medios de comunicación masiva	5,000
	Capacitación de personal de salud	7,000
	Visitas de supervisión a sitios de interés por los ETL	5,300
	Abogacía a nivel distrital	200
Total de Distrito		**$54,100**
Costo anual promedio por comunidad		**$1,803**
Región	Sueldos de especialistas en promoción de la salud, cambio de comportamiento, y sistemas de información	51,000
	Abogacía a nivel regional	350
	Capacitación de coordinadores distritales	10,000
	Visitas a sitios de interés en distritos	9,000
	Medios de comunicación masiva	10,500
	Reuniones de M&E y administrativas	7,000
	Implementación de M&E y del sistema de información	5,300
	Costos de M&E	21,000
Total Regional		**$114,150**

Los costos en la Tabla 10 son para la implementación del modelo en toda el área geográfica. Probablemente tomará varios años para que las áreas antes no cubiertas sean incluidas paulatinamente. Podría reducirse costos en sueldos en el nivel regional si el personal existente u otro pudiese asumir algunas de esas funciones. Sin embargo, no tener personal dedicado de manera exclusiva limitaría la efectividad del programa. Es probable que el gobierno peruano busque fuentes complementarias de financiación (agencias internacionales y el sector privado, por ejemplo el sector minero) para cubrir los costos. Sin embargo, estos datos son un estimado razonable de los costos incrementales que se necesitan considerar para la efectiva implementación y expansión del modelo.

3. Sostenibilidad del Modelo en los Niveles de Familia, Comunidad (Incluyendo JCV y Autoridades Locales de Salud/Servicios), y Local/Regional/Nacional

El proyecto MCS sentó las bases para la sostenibilidad del modelo de promoción de la salud mediante su aceptación e incorporación en los planes y programas comunitarios, distritales, regionales y nacional, como CRECER y el MINSA / DIGEPROM. De acuerdo con la propuesta original del proyecto, MCS alcanzó un alto grado de la deseada “apropiación de la comunidad y participación.” Personas e instituciones en todos los niveles parecen estar comprometidos con su continuación. Adicionalmente, por medio de la capacitación otorgada tanto a los beneficiarios

como al equipo interno del proyecto, se generó una masa de personas conocedoras de la metodología de la promoción de la salud, de los instrumentos y procedimientos del proyecto. Un elemento para la sostenibilidad que necesita ser más desarrollado y fortalecido es el rol de las escuelas y el interés del MINEDU en mantener la iniciativa de escuelas saludables. Efectivamente, reforzar su función puede recorrer un largo camino para cimentar las normas de la comunidad para promover los estilos de vida y los comportamientos saludables.

No obstante, la implementación efectiva del modelo requiere de un acompañamiento intensivo y la cuestión es cuán bien va ser llevado a cabo, especialmente si se reduce o se quita la ayuda técnica del proyecto. La transferencia exitosa de las responsabilidades y las funciones requerirá de un extenso fortalecimiento de los recursos humanos (Sección III), y encontrar los recursos para cubrir los costos para el mantenimiento del personal del proyecto y para los materiales requeridos para una óptima implementación es también motivo de gran preocupación (Tabla 10).

E. GESTIÓN, COMUNICACIÓN, Y COORDINACIÓN

1. Percepción y Conocimiento de Metas y Objetivos de MCS por los Interesados Clave (USAID, MINSA, Representantes Gubernamentales, Socios Implementadores y Otros Proyectos USAID)

El equipo de evaluación encontró un alto nivel de conocimiento del proyecto MCS y sus objetivos en un amplio espectro de interesados de diferentes niveles. También encontró algunos ejemplos de coordinación, pocos ejemplos de duplicación y oportunidades para colaboración adicional (ver el Apéndice I para información detallada por interesado). Los socios de USAID se reúnen periódicamente en el nivel central (por solicitud de USAID) y, más importante, en el nivel regional, donde todos están bien informados acerca de las actividades de cada uno. Sin embargo, esta comunicación necesita ser estructurada y ampliada a una verdadera coordinación mediante la preparación y la implementación de planes de desarrollo a nivel distrital construidos de manera conjunta.

2. Percepción de los Interesados, Beneficiarios y Gobiernos Locales del auspicio de MCS por USAID. Evidencia de que el Programa está Generando Buena Voluntad entre Peruanos que Viven en al Área del Programa

Hubo una casi universal, correcta y a veces entusiasta respuesta a la pregunta “¿Saben ustedes quién (cuál agencia) está apoyando el proyecto?” (“Nuestro buen amigo USAID,” de acuerdo a un Vice-Presidente Regional). Los únicos entrevistados que no sabían la respuesta fue una JVC que pensaba que el proyecto se originó en Boston. En Ayacucho, donde MCS es actualmente el único programa de USAID con presencia activa, los entrevistados expresaron una apreciación especial. El equipo considera que se puede afirmar con certeza que el proyecto MCS generó una considerable buena voluntad hacia USAID entre los peruanos del área del PDA.

3. Oportunidades de Coordinación entre Proyectos Auspiciados por USAID y Otros así como con Autoridades de Gobiernos Locales pata Mejorar Sinergias y Resultados en Salud

El Apéndice I provee detalles de la historia de la coordinación y las sugerencias para áreas adicionales de colaboración para crear sinergias entre MCS y otros proyectos de USAID. Las relaciones fueron cordiales y de respeto mutuo y, ocasionalmente coordinaron visitas a sitios de interés en el nivel regional. A pesar de que el enfoque de MCS fue del nivel de la comunidad, los otros proyectos reconocen la necesidad de involucrar a los gobiernos distritales en el proyecto. Otros proyectos tales como el PDA utilizaron el SISMUNI de manera ocasional. Sin embargo, las reuniones periódicas en los niveles central y regional referidas en la Sección III son en su mayoría con el propósito de compartir información y existe la posibilidad de mayores sinergias mediante la coordinación de programas para proponer proyectos de desarrollo social integral en el nivel distrital.

La principal sugerencia para una mejor coordinación es que al interior de las regiones los proyectos deberían colaborar en la identificación de dos distritos modelo para la preparación de planes de desarrollo integrales para todo el distrito, basados en la información derivada de una herramienta de diagnóstico comunal desarrollada e implementada conjuntamente. En el espíritu de la Declaración de París, la estrategia integral multisectorial de desarrollo de CRECER que incorpora a la salud, educación, vivienda y saneamiento, productividad económica, identidad, y la protección social podrían proveer el marco para la colaboración con las autoridades del nivel regional y distrital en el desarrollo, implementación y el M&E de estos planes. La iniciativa CRECER Wari en Ayacucho que adaptó la metodología de MCS (incluyendo un estudio de línea de base) es un modelo posible para un enfoque regional en otra áreas. Otra posible mejor práctica para la coordinación entre proyectos de USAID está actualmente en marcha en el Distrito de Chazuta en San Martín, donde los proyectos de USAID estuvieron llevando a cabo un ejercicio de planificación conjunta que esperan evaluar y documentar al final de marzo.

4. Relevancia del Programa MCS en el PDA

Desde el inicio de sus actividades predecesoras en la segunda mitad de la década de los años 90, la mejora de la salud y el bienestar fueron elementos esenciales de una estrategia para apartar a las comunidades del comercio ilegal de la coca. Algunos han atribuido al programa de salud el haber contribuido a la aceptación general de la estrategia del PDA, el personal de otros proyectos reconoció la contribución de MCS en la promoción de un estilo de vida lícito, particularmente a través de la promoción de los estilos de vida saludables y del entrenamiento en el liderazgo basado en valores en el nivel comunal. El proyecto MCS generó una considerable buena voluntad en los niveles comunales, distritales y regionales, que apoya al esfuerzo general de USAID en estas zonas. MCS es el único proyecto de USAID actualmente presente en el área de alto conflicto del VRAE.

5. El Aporte del Programa a la Agenda Nacional de Salud

Como se puede apreciar en la Tabla 11, el proyecto no solo contribuye a la agenda nacional de salud, sino que también ayudó, en gran medida, a darle forma a esa agenda. CRECER presentó recientemente, en un foro de lanzamiento, a MCS como el modelo de implementación para su estrategia nacional para el desarrollo integral con 200 distritos de alta prioridad. Además, el MINSA / DIGEPROM recientemente informó al proyecto que ellos tienen la intención de emprender un proceso de tres pasos:[30]

- Revisar y actualizar las normas e instrumentos de MCS del MINSA
- Implementación inicial en aproximadamente 1,200 distritos prioritarios de CRECER
- Extensión nacional después de la aprobación oficial de las nuevas normas por el MINSA

Sin embargo, hay ciertas áreas en las que MCS podría alinearse mejor con la agenda nacional: un enfoque más claro sobre las poblaciones objetivo más vulnerables; orientación de la asistencia hacia los distritos/municipalidades para que asuman las funciones y competencias asignadas con la descentralización e informar a la población objetivo acerca de sus derechos y beneficios bajo el nuevo plan de aseguramiento universal. Como se mencionó antes, los instrumentos de recolección de datos del proyecto necesitan una seria revisión para que puedan ser una parte efectiva de una estrategia integrada de planificación e implementación del desarrollo.

[30] Comunicación personal de Edgar Medina/MSH, Marzo 11, 2010.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. COMPONENTES CENTRALES DEL PROYECTO QUE AMERITAN AUSPICIO FUTURO

En resumen, el logro principal del proyecto MCS es su inserción en las agendas gubernamentales nacionales, regionales y distritales y su adopción como la estrategia de implementación para la promoción de la salud en el contexto de programas integrados de desarrollo como CRECER, y más recientemente de la Dirección de Promoción de la Salud del MINSA. Actualmente existe un amplio apoyo político para la extensión del modelo a nivel nacional. La pregunta es cómo podría USAID proveer el mejor apoyo al Gobierno Peruano en este esfuerzo.

MCS efectuó un trabajo encomiable, bajo condiciones difíciles, de ayudar a organizar a las comunidades en torno a temas de salud, fortalecer las capacidades comunales de recolectar y reportar datos, establecer prioridades y negociar con los gobiernos distritales como parte del proceso del presupuesto participativo a través del funcionamiento efectivo de la JVC. A través de la capacitación en liderazgo basado en valores, la promoción de estilos de vida saludables y la organización de las comunidades locales, MCS contribuye a los objetivos generales del programa PDA y provee un entorno facilitador para otras actividades del PDA. Las mejoras en los aspectos físicos, la autoestima, empoderamiento y bienestar de las comunidades son fácilmente notables para los observadores externos. Sin embargo, como se señaló, el equipo de evaluación externa no encontró datos reales y concretos para determinar si hubo mejoras en la situación de salud de la población objetivo, mucho menos para atribuirle mejoras a los esfuerzos del proyecto.

El equipo de evaluación identificó algunas preocupaciones que requieren atención, incluyendo la necesidad de:

- Reestablecer el enfoque sobre la población objetivo;
- Modificar y simplificar el instrumento de diagnóstico comunal y al mismo tiempo hacerlo más relevante a otros programas de desarrollo (USAID y Gobierno Peruano);
- Estructurar y fortalecer la coordinación con otros proyectos USAID para maximizar el potencial de sinergias;
- Desarrollar e implementar un plan de M&E; y
- Establecer el control de crecimiento de base comunitaria para integrar las actividades de MCS.

¿Cuáles componentes del programa son los que más probablemente serán sostenidos? ¿Cuáles componentes clave se necesitan para sostener el cambio de comportamiento?

El Gobierno Peruano tomó la determinación de adoptar y expandir el enfoque de la estrategia de promoción de la salud de MCS dentro del contexto de una estrategia de desarrollo integrado y tomó los primeros pasos a través de CRECER. Por lo tanto, la pregunta principal es cómo asistirlos para que se implemente de manera efectiva. La sección acerca de costos presenta los requerimientos incrementales en el personal del proyecto y de materiales para mantener el

mismo nivel de actividades de promoción de la salud. Las recomendaciones de abajo tratan componentes específicos del programa en las que USAID puede contribuir para que se logre una transmisión completa al Gobierno Peruano.

Tabla 11 EL PROYECTO MCS EN RELACIÓN A LA AGENDA NACIONAL DE SALUD	
ITEM DE AGENDA	**CONTRIBUCIONES DEL MCS**
Políticas Estatales en el Acuerdo Nacional: [31] 13era Política Estatal sobre Acceso Universal a Servicios de Salud y Seguridad Social: "Estamos comprometidos al aseguramiento de las condiciones para acceso libre, continuo, oportuno y universal a servicios de salud de calidad, con prioridad en áreas donde la población está muy empobrecida y vulnerable. También prometimos promover participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud... promover estilos de vida saludable."	MCS contribuye a la promoción de estilos de vida saludable. MCS promueve la activa participación de los miembros de la comunidad y apoya el CQI. MCS no se enfoca sobre los más vulnerables.
La Estrategia Nacional CRECER coloca a estos distritos en el centro de estas actividades y ha adoptado la metodología del MCS formalmente (por ejemplo en Ayacucho, CRECER Wari). [32]	MCS está fortaleciendo los distritos y regiones para que asuman el rol. MCS ha iniciado actividades en coordinación con la estrategia CRECER, específicamente en Ayacucho.
La Dirección de Promoción de la Salud ha expresado su intención de llevar a MCS al nivel nacional	MCS está coordinando con y apoyando al DIGEPROM en este esfuerzo.
Política del Sector de Salud: [33] Lineamientos de Política para la Promoción de la Salud 2002 – 2012. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y grupos puedan identificar y lograr sus metas, satisfacer necesidades y alterar o hacerle frente a su entorno.	MCS empodera a las comunidades para efectuar sus propios diagnósticos, identificar metas y tomar acciones para el mejoramiento de su bienestar.

[31] *Políticas de Estado-Perú Acuerdo Nacional*. Foro del Acuerdo Nacional. Lima, Perú. 2002.
[32] *CRECER WARI*. Gobierno Regional de Ayacucho. Administración Regional de Desarrollo Social. Oficina Regional de CRECER WARI. Ayacucho, 2007.
[33] *Lineamientos de las Políticas Sectoriales 2002 to 2012* Ministerio de Salud. Lima. 2002.

Estrategias para la Promoción de la Salud: Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Maternal y Perinatal 2009 – 2015: "…la familia y la comunidad son elementos vitales de los factores sociales que influencian la salud maternal y perinatal ..." "los problemas de la salud de las mujeres son un reflejo del lugar asignado a ellas socialmente."	MCS fortalece el rol de la familia y la comunidad y promueve la incorporación de las mujeres en el JVC.
Política Nacional de Calidad en Salud. "Los ciudadanos ejercen y monitorean el respeto de su derecho a cuidados de salud de calidad y comparten la responsabilidad por su cuidado de salud y el de su familia y comunidad con el apoyo de las autoridades de salud"	MCS apoya el mejoramiento continuo de la calidad en establecimientos de salud y la vigilancia comunal.
Lineamientos Actualizados de Gestión del MINSA: [34] "Nosotros no lograremos la reducción de desnutrición ni de mortalidad maternal, ni de mortalidad infantil... si no fortalecemos nuestra capacidad para actuar particularmente al primer nivel de atención."	MCS apoya el mejoramiento continuo de la calidad en establecimientos de salud y lo enlazada con la vigilancia comunal.
Proceso de Descentralización Ley Orgánica de Municipalidades: 2.5. Gestionar el cuidado primario de la salud y construir y equipar EESS en las áreas de población que los necesite, en coordinación con las municipalidades distritales, pueblos y organizaciones regionales y nacionales.	En colaboración con el JVC y las municipalidades, las necesidades están siendo detectadas, y en algunos casos directamente atendidas, tales como mejoras en infraestructura y equipamiento, construcción de casas de espera, y contratación de plantel. Esta área requiere un esfuerzo mayor por parte del MCS para atender directamente la transferencia de responsabilidades contempladas en las leyes municipales.
2.6. Campañas de medicina preventiva, primeros auxilios, educación en salud y prevención local.	Campañas de prevención están siendo llevadas a cabo desde los EESS a la comunidad.

[34] *Lineamientos de las Políticas Sectoriales.* Ministerio de Salud. Lima. 2009.

B. PRINCIPALES LECCIONES APRENDIDAS

- Los proyectos deberían tener un marco multianual con un PMP (óptimamente con un estudio de línea de base y seguimiento). La modalidad de renovación año por año del proyecto MCS complicó los esfuerzos para evaluar los efectos del proyecto y también dificultó la continuidad del desarrollo de los recursos humanos y programas de capacitación para el personal del proyecto, los beneficiarios y sus contrapartes locales.

- Los programas de promoción de la salud que tienen un enfoque de desarrollo comunitario y el fortalecimiento institucional necesitan garantizar que no perderán su enfoque sobre la población objetivo, en este caso las mujeres embarazadas y los niños menores de dos años, y mujeres vulnerables en edad reproductiva, como adolescentes. Estos grupos necesitan ser los principales en las actividades del proyecto.

- La clave para el éxito en el nivel comunitario para mejorar la salud materno-infantil es el funcionamiento en equipo de la JVC, la auxiliar de enfermera, el promotor de salud y, potencialmente, la escuela (Figura 1).

- La escuela y el sistema educativo tienen un importante rol normativo y la institucionalización de las escuelas saludables puede contribuir a la sostenibilidad.

- La capacidad de la JVC de participar efectivamente en el proceso de planificación y la elaboración del presupuesto distrital es casi de igual importancia. Estos procesos y funciones, particularmente en el área de recolección, análisis y uso de datos todavía requieren un acompañamiento casi constante.

- La verdadera coordinación entre los proyectos requiere más que buenas intenciones y reuniones ocasionales para compartir información. Un convenio con medidas de cumplimiento (preferiblemente contractuales) de los proyectos que estén trabajando en las zonas PDA para seleccionar de manera conjunta los distritos para el diseño e implementación de planes de desarrollo integrados, basados en la estrategia multisectorial CRECER, mejoraría el desarrollo de sinergias a través de proyectos.

- Escoger “Familias Modelo” para darles atención parece haber sido contraproducente y debería ser descontinuado. Sin embargo, el enfoque de la “Comunidad Modelo” parece tener valor, particularmente en términos de perfeccionamiento de instrumentos del proyecto y para servir de sitios de interés en las visitas de observación guiadas. Ofrecer recompensas competitivas a nivel familiar y comunitario debe ser descontinuado porque no hay condiciones de competencia equitativa y esta estrategia solo pone de relieve o incluso exacerba las diferencias preexistentes. Los incentivos serían más efectivos a nivel de la comunidad y deberían basarse en el nivel de ejecución de los compromisos en sus planes de desarrollo que idealmente fueron negociados y acordados con los distritos.

- El modelo de promoción de la salud proporcionó a las comunidades locales una mejor organización, autoestima y calidad de vida. Junto con la capacitación y fortalecimiento en

áreas como el liderazgo basado en valores, gestión comunal y estilos de vida saludables (incluyendo autoevaluaciones), el modelo facilitó el trabajo de otros programas, como aquellos que promueven modos alternativos de producción/generación de ingresos.

- El funcionamiento efectivo del modelo requiere un continuo acompañamiento al nivel familiar, comunal, distrital y regional.

- Los programas de educación en salud sexual y reproductiva, mayormente proveídos a través de las escuelas y los centros de salud, son insuficientes para modificar el riesgo de embarazos de adolescentes dado el contexto social (incluyendo la delincuencia, sexo comercial y uso de drogas) [35]

- Existe un potencial limitado para la ampliación de los servicios de salud a través del MINSA. Se necesitan estrategias complementarias para empoderar a las comunidades para que resuelvan sus propios problemas de salud.

C. RECOMENDACIONES PARA POSIBLES ACTIVIDADES ADICIONALES

Para cualquier posible actividad adicional, el equipo de evaluación recomienda que USAID considere:

1. Continuar y acelerar la transición de MCS desde un proyecto de implementación hasta ser primordialmente un proyecto de asistencia técnica. El proyecto que continúe a MCS deberá concentrarse en las mejores prácticas y la excelencia, enfocarse geográficamente en unos cuantos distritos modelo de las zonas PDA en cada región a ser seleccionadas de acuerdo a las necesidades en colaboración con el Gobierno Peruano y otros proyectos USAID. El enfoque en estos distritos debería orientarse a:

    - Desarrollar planes y programas de desarrollo integrales en todo el distrito;
    - Refinar las herramientas e instrumentos, tales como los diagnósticos comunales;
    - Utilizar la información en los niveles comunitario, distrital y regional para desarrollar e implementar planes.
    - Vigilancia de la salud de la población objetivo.

2. El documento de solicitud de actividades adicionales debería estipular que el postulante presente:

- Una propuesta de cuatro años junto con un plan de M&E detallado incluyendo estudios de línea de base y de seguimiento (posiblemente considerando comunidades para comparación seleccionadas de la muestra ENDES);

[35] Arnao Marciani J, Falla Carrillo, G, Flores Herrera, K, Drogas. Sexualidad, Diversión y su Relación con el Tiempo Libre, CEDRO, 2009.

- Un plan para coordinar con los otros proyectos USAID en la zona PDA en la selección de distritos modelo, para desarrollar e implementar planes de desarrollo integrales en esos distritos, incluyendo compromisos de proyecto específicos. En el espíritu de la Declaración de Paris, estos planes usarán como referencia el marco de la estrategia de desarrollo social multisectorial CRECER que integra salud, educación vivienda y saneamiento, el sector productivo, identidad y protección social (ver las recomendaciones de abajo para elementos a ser incluidos en esos planes). El plan de trabajo inicial tendrá un cronograma para una serie de entregables que serán incluidos en los planes de desarrollo distritales individuales (cada uno con su propio cronograma de implementación);

- Un plan detallado de sostenibilidad para transferir la responsabilidad de mantener las actividades a nivel comunal a los gobiernos distritales y regionales; y

- Una estrategia detallada de desarrollo de recursos humanos que transfiera la capacidad de capacitación sugerida a continuación por el país anfitrión y desarrolle incentivos no monetarios y otros para el personal a nivel de la comunidad y comités.

El postulante debería especificar cómo desarrollará enfoques integrados para:

- Manejo medioambiental incluyendo:

  - Mejora de suministro de agua
  - Desagüe
  - Eliminación de basura/reciclado
  - Compostaje de desperdicios orgánicos
  - Letrinas mejoradas
  - Cocinas mejoradas
  - Jardines para el hogar, la comunidad y plantas ornamentales
  - Reforestación

- Programas comunales para la juventud incorporando:

  - Deportes
  - Recreación
  - Género
  - Capacitación
  - Habilidades para la vida (incluyendo capacitación vocacional)
  - Salud sexual y reproductiva

- Desarrollo de recursos humanos: Un plan para desarrollar capacidades nacionales de personal clave en promoción y desarrollo en salud de manera continua a través de:

  - Cursos a nivel diplomado (una combinación de cursos a distancia en línea y de base presencial) en universidades regionales en promoción de la salud para funcionarios gubernamentales distritales y regionales y equipos del sector salud. Un componente de

este curso diplomado (o hasta un curso separado) debería ser sobre la recolección, canalización y el uso de datos a nivel de la comunidad para desarrollar, implementar, y monitorear proyectos como parte del proceso del presupuesto participativo
- Capacitación en liderazgo en los niveles comunales, distritales y regionales.
- Módulos impresos de autoaprendizaje para auxiliares de enfermería en el nivel de microrredes a ser conducidos mensualmente como parte de sus reuniones administrativas mensuales

- Programas de control de crecimiento de base comunitaria: basados en las mejores prácticas nacionales e internacionales como fuerza integradora para enfocar los servicios de salud materno-infantil y atención primaria de la salud en los niños y mujeres más vulnerables.

- Desarrollo de recursos: Un plan para ubicar (incluyendo desarrollo de propuestas) y captar los recursos a nivel distrital y regional para financiar las actividades identificadas en la Tabla 10 necesarias para el efectivo funcionamiento del enfoque de MCS.

- Sistema de información: Un plan para racionalizar y mejorar el sistema de información, incluyendo el perfeccionamiento de los indicadores, los instrumentos y procedimientos de recolección de datos (incorporando el control de la calidad).

- Cambio de comportamiento: Enfocando sobre temas clave de cuidado infantil, planificación familiar y salud reproductiva.

- Fortalecer la capacidad de las microrredes: Para apoyar a los EESS incluyendo el mantenimiento y el fortalecimiento del mejoramiento continuo de la calidad

- Desarrollo de incentivos no competitivos a nivel de las comunidades: Basado en el cumplimiento de los compromisos hechos en sus planes anuales

D. LAS INTERVENCIONES MÁS IMPORTANTES PARA ESCALAMIENTO POSITIVO

Dado que los recursos disponibles de USAID para esta actividad serán reducidos y que el Gobierno Peruano expresó su intención de ampliar el enfoque del MCS, los recursos limitados de la Agencia no deberían orientarse a financiar la extensión de las actividades de implementación. Más bien, en este contexto, la contribución más productiva de USAID sería para el desarrollo adicional de estándares, capacidades, herramientas y mejores prácticas, incluyendo la selección de un número limitado de distritos modelo para planes integrales de desarrollo a nivel distrital. Estos planes comunales estarían basados en información recolectada al nivel comunal (usando versiones mejoradas de los instrumentos de recolección de datos según lo mencionado arriba) que se utilizarán para la construcción desde la base de planes de desarrollo distritales a través del proceso de presupuesto participativo.

Otras áreas donde la inversión específica de USAID puede hacer contribuciones importantes a escala nacional son el desarrollo y sistematización de las mejores prácticas en vigilancia del crecimiento basado en la comunidad como el motor para extender la atención primaria de la salud, el fortalecimiento de capacidades a través del desarrollo de programas nacionales de capacitación para liderazgo, promoción de la salud, auxiliares de enfermería y el desarrollo de programas comunales integrales para la juventud.

APÉNDICES (volumen separado)

A. Alcance de la Evaluación
B. Documentos Revisados
C. Composición del Equipo, Metodología, e Informantes Clave
D. Instrumentos de Recolección de Datos
E. Presentación Power Point de los Resultados de la Evaluación
F. Capacitación por grupos y temas
G. Evolución de Indicadores a Nivel de Propósito y Resultados
H. Indicadores del Proyecto MCS
I. Coordinación entre el Proyecto MCS y otros proyectos y programas
J. Marco de Resultados Propuesto en Formato LMS

CAMRIS International
6931 Arlington Road, Suite 575
Bethesda, MD 20814
Tel: (301) 770-6000
Fax: (301) 770-6030
www.camrisinternational.com