APRENDIZAJES LOCALES EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Sistematización de buenas prácticas en Ayacucho

REMURPE
La voz de las municipalidades
por un buen gobierno local

Aprendizajes locales en la lucha contra la desnutrición crónica infantil

Sistematización de buenas prácticas en Ayacucho

REMURPE

La voz de las municipalidades por un buen gobierno local

Aprendizajes locales en la lucha contra la desnutrición crónica infantil.
Sistematización de buenas prácticas en Ayacucho

© Cooperación Alemana al Desarrollo
Agencia de la GIZ en el Perú
Av. Prolongación Arenales 801
Miraflores, Lima

© Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú (REMURPE)
Jr. Pezet y Monel 1867, Lince, Lima

Elaboración de contenidos:
Samanta Pe'
Guissel Estebes

Responsable de la contribución de la GIZ:
Hartmut Paulsen, Director Programa Reforma del Estado orientada a la ciudadanía

Supervisión GIZ:
Karin Apel
Claudia Gonzales del Valle

Supervisión REMURPE:
Mayra Asmat
Carlos López

Edición GIZ:
Rosana Vargas

Corrección de estilo:
Rocío Moscoso

Fotografía
Samanta Pe´

Primera edición, febrero 2015

Hecho el Depósito Legal en la
Biblioteca Nacional del Perú N.º 2015-02688

Impreso por:
Gráfica Esbelia Quijano S. R. L.
Jr. Recuay 243, Breña, Lima
Febrero 2015

Tiraje: 1000 ejemplares

Índice

Agradecimientos 5
Abreviaciones 6
Presentación 7
Introducción 8

1. Antecedentes 10
   1.1 Contexto regional 10
   1.2 Ámbito de estudio 10

2. El rol del gobierno local en la lucha contra la DCI 13
   2.1 Competencias 13
   2.2 Voluntad política y liderazgo local 14
      2.2.1 Organización interna de la Municipalidad 14
      2.2.2 Información para la toma de decisiones y reorientacion de la inversión municipal 16
      2.2.3 Capacidad de movilización de recursos 18

3. Mecanismos de coordinación y articulación local 19
   3.1 La razón de ser y los actores de la articulación 20
   3.2 Espacios de participación y diálogo 21

4. Estrategias de intervención en la comunidad 23
   4.1 Enfoque y organización comunitaria 23
   4.2 La intervención del gobierno local en el ámbito comunitario 25
      4.2.1 Fortalecimiento de las organizaciones comunales 25
      4.2.2 Acciones articuladas en las comunidades 26
      4.2.3 Las pasantías como espacios de intercambio y aprendizaje 27
      4.2.4 Fortalecimiento de la oferta del sector Salud con aporte del gobierno local 27

4.3 El sector Salud en la comunidad 28
4.3.1 Los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal 29
4.3.2 La organización comunitaria en la lucha contra la DCI 30

5. Perspectivas y aprendizajes de los diferentes actores 32
5.1 Reflexiones desde los gobiernos locales 32
5.2 Reflexiones de las y los operadores de salud 34
5.3 La perspectiva de las comunidades sobre los servicios de salud 35

6. Conclusiones y recomendaciones 37
6.1 Conclusiones 37
6.2 Recomendaciones para las experiencias locales de lucha contra la DCI 38

Bibliografía 40

Anexos 41
A. Algunos hitos cronológicos a nivel distrital 41
B. Selección de los gobiernos distritales 43
C. Técnicas e Instrumentos 44
D. Relación de actores entrevistados 46

Agradecimientos

Desarrollar y publicar el presente estudio fue posible gracias a la suma de varios esfuerzos y voluntades en los ámbitos regional, distrital y comunal.

Las instituciones públicas y privadas de Ayacucho fueron las primeras interlocutoras. Su valiosa experiencia de trabajo en los distritos permitió hacer una primera selección de municipalidades con experiencias exitosas en la lucha contra la desnutrición crónica infantil (DCI).

Los funcionarios de los gobiernos locales mostraron apertura al diálogo y honesta reflexión. Ofrecieron en todo momento su tiempo y las facilidades necesarias, así como los contactos de informantes clave que han sido significativos para el desarrollo del análisis.

El personal de salud de las diferentes localidades y puestos de salud manifestó gran disponibilidad, y aportó al análisis de su propia experiencia con el gobierno local y la comunidad.

Las autoridades comunitarias, los agentes comunitarios de salud, las mujeres líderes y los representantes de las Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento manifestaron un interés sincero por colaborar, para lo cual brindaron información y apreciaciones vitales para el estudio. Además, nos permitieron aproximarnos a los espacios de vigilancia a niños, niñas y gestantes, y en todo momento mantuvieron una actitud hospitalaria y amigable con el equipo de trabajo.

La alianza con la REMURPE ha sido y es fundamental para la difusión de las experiencias: su apoyo en la tarea de generar conocimientos a partir de experiencias municipales exitosas ofrece una valiosa retroalimentación para implementar políticas públicas.

A todas las personas que contribuyeron al logro del presente trabajo, nuestro sincero agradecimiento.

Abreviaciones

ACH	Acción Contra el Hambre
ACS	Agente comunitario de salud
ADRA	Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales
AMARES	Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Aplicación en una Región del Perú
APAFA	Asociación de Padres de Familia
ATMASA	Área Técnica Municipal de Agua y Saneamiento
AyS	Agua y Saneamiento
CAP	Cuadro de Asignación de Personal
CEDAP	Centro de Desarrollo Agropecuario
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CEPRODENA	Centro de Promoción de Derechos de la Niñez y Adolescencia
CLAS	Comunidad Local de Administración en Salud
CODECO	Comité de Desarrollo Comunal
CPVC	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
DCI	Desnutrición crónica infantil
DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente
EESS	Establecimientos de salud
EN CRECER	Estrategia Nacional Crecer
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
FONCOMUN	Fondo de Compensación Municipal
FONIPREL	Fondo de Promoción a la Inversión Pública Regional y Local
GL/GGLL	Gobierno local/Gobiernos locales
JASS	Junta Administradora de Servicios de Saneamiento
LBD	Ley de Bases de la Descentralización
LdB	Línea de base
LOM	Ley Orgánica de Municipalidades
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
MOF	Manual de Organización y Funciones
OSB	Organizaciones sociales de base
PAL	Plan Articulado Local
PI	Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal
PIP	Proyecto de inversión pública
PROMSA	Promoción de la Salud
PRONASAR	Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural
PVL	Programa del Vaso de Leche
REMURAY	Red de Municipalidades Rurales de Ayacucho
REMURPE	Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
SER	Servicios Educativos Rurales
SERUMS	Programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
TADEPA	Taller de Promoción Andina
TDI	Tecnología de Decisiones Informadas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

Presentación

La lucha contra la desnutrición crónica infantil es un tema en la agenda de las municipalidades rurales desde hace varios años; por esta razón, para la Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú (REMURPE) el análisis de las prácticas locales —y los aprendizajes que se desprenden de estas— son elementos clave para aportar a que las futuras gestiones municipales aborden la lucha contra la desnutrición con aún mayor énfasis.

En alianza con la Cooperación Alemana implementada por la GIZ, se han analizado buenas prácticas en cinco distritos en el departamento de Ayacucho: Concepción (Vilcashuamán), Huamanguilla (Huanta), Los Morochucos (Cangallo), Tambillo y Vinchos (Huamanga). El objetivo es mostrar cuáles son los aspectos centrales que un gobierno local debe considerar al desarrollar políticas e implementar programas y estrategias para contribuir al bienestar de la población de su ámbito, especialmente los niños y las niñas.

Esperamos que el presente documento inspire a las nuevas gestiones municipales a dar continuidad y mejorar sus esfuerzos para combatir la desnutrición crónica infantil, para lo cual deben establecer alianzas con otros actores; articular acciones con los sectores, el gobierno regional y los programas sociales; y sobre todo, garantizar la participación de la ciudadanía en ese proceso.

Finalmente, queremos resaltar la importancia de las organizaciones sociales de base —como los agentes comunitarios de salud, las promotoras de salud, las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS) y las comunidades—, cuyos integrantes, con sus saberes, su tiempo y su compromiso, son un aliado clave para cada gobierno local que se propone seriamente mejorar el bienestar de «sus» niños y niñas y, de esta manera, contribuir a un Perú más justo.

Wilson Ibáñez Ibáñez
Presidente de REMURPE

Hartmut Paulsen
Director del Programa Reforma del Estado orientada a la ciudadanía

Introducción

El estado nutricional de niños y niñas es determinado por diversos factores, entre los cuales destacan la seguridad alimentaria, el cuidado adecuado de gestantes, niños y niñas menores de 5 años, un ambiente sano —agua segura y saneamiento ambiental—, así como el acceso a los servicios de salud (IFPRI 2000: 6). Se trata, por lo tanto, de un fenómeno multicausal, que demanda una intervención integral y articulada.

La desnutrición crónica infantil (DCI) —baja talla para la edad— en menores de 5 años constituye un grave problema para el país, a pesar de los avances logrados durante los últimos años: a nivel nacional, la DCI disminuyó de 23,2% a 17,5% entre los años 2010 a 2013, mientras que en el departamento de Ayacucho se redujo de 38,8% a 28,1% durante el mismo período (INEI 2013). La DCI tiene múltiples consecuencias, pues afecta el desarrollo cerebral, especialmente durante los primeros tres años de vida, lo que tiene implicancias en el desempeño y aprendizaje escolar futuro; asimismo, reduce la función inmune, con lo que se incrementa la susceptibilidad a las infecciones.

A partir del 2007, la DCI se convirtió en una prioridad nacional, con el lanzamiento de la Estrategia Nacional Crecer (2007-2011), que buscó promover el trabajo articulado de los diversos sectores y niveles de gobierno, el sector privado y la sociedad civil. Ese mismo año, el Gobierno Regional de Ayacucho lanzó la Estrategia Crecer Wari, como política regional en el marco de la Estrategia Nacional Crecer, orientada a promover el desarrollo integral de familias y comunidades en este departamento. Ambas políticas constituyeron el marco de intervención de los gobiernos locales, la cooperación internacional y las ONG.

La presente sistematización fue realizada por la Cooperación Alemana implementada por la GIZ, a través del Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado (2012-2014), con el fin de documentar buenas prácticas que pudieran servir a los gobiernos locales como referente en la implementación de políticas, programas y estrategias para la reducción de la DCI y la construcción del bienestar de la primera infancia. El período de estudio abarca del 2007 al 2013.

> *Las buenas prácticas son actividades o procesos que han obtenido destacados resultados en beneficio de la ciudadanía y que pueden ser replicadas en otras organizaciones para mejorar la efectividad, eficiencia e innovación de las mismas.*
>
> Ciudadanos al Día (CAD)

El estudio fue realizado en cinco distritos del departamento de Ayacucho: Concepción (Vilcashuamán), Huamanguilla (Huanta), Los Morochucos (Cangallo), Tambillo y Vinchos (Huamanga). Se consideraron los siguientes criterios: avances en la reducción de la DCI durante el período de estudio,[1] estructura del gobierno local —disponibilidad de la Subgerencia de Desarrollo Social—, empoderamiento de diferentes actores locales y existencia de un espacio de diálogo con relación a la DCI, y uso de herramientas

1 Para ello se recurrió a diversas fuentes: diagnósticos comunales o distritales como el Llactanchik o la Tecnología de Decisiones Informadas, o líneas de base desarrolladas por los gobiernos locales. Sin embargo, cabe rescatar que la carencia de cifras oficiales y comparables a partir de los diagnósticos distritales constituyó una limitación para el presente estudio.

concretas para el conocimiento de la problemática —línea de base u otras—. Criterios adicionales fueron la accesibilidad y el interés en la propuesta de sistematización y en el proceso de aprendizaje.

Cabe mencionar que los casos analizados son diferentes en cuanto a la maduración de los procesos de trabajo locales para abordar la DCI, con momentos distintos de inicio de las experiencias y diversos niveles de avance. Los distritos con mayor experiencia han tenido algún grado de éxito en la reducción de los altos índices de desnutrición infantil, lo cual motivó el interés por conocer cuáles fueron los factores de éxito, qué actores intervinieron en la experiencia y qué tipo de aprendizajes generó este esfuerzo. Los distritos con «menor» experiencia podrían presentar mayores avances en los próximos años, cuando las acciones actuales hayan obtenido los resultados planificados.

Se utilizó una metodología participativa en los ámbitos regional, distrital y comunal, buscando generar espacios de reflexión y análisis con las propias autoridades y actores involucrados en las experiencias. Dado que las políticas públicas persiguen el objetivo de satisfacer las necesidades y expectativas de la población, las buenas prácticas fueron identificadas en conjunto con las autoridades comunales y las y los usuarios de los servicios en los ámbitos distrital y comunal. Se realizaron 7 talleres distritales y 6 comunales, así como 6 grupos focales y 70 entrevistas con actores clave. La metodología consideró, asimismo, espacios de retroalimentación sobre los hallazgos con actores regionales y nacionales.

El documento consta de seis capítulos. El primero aborda el contexto regional y algunas características básicas de las experiencias estudiadas. El segundo analiza el rol del gobierno local en términos de competencias, liderazgo y estrategias utilizadas. En el tercer capítulo se plantea el tema de la articulación, así como los espacios y actores con quienes se articula. El cuarto capítulo aborda la estrategia de trabajo con la comunidad, tanto del gobierno local como del sector Salud, así como el contexto comunitario. En el quinto capítulo se sintetiza el aprendizaje de los diferentes actores involucrados. Finalmente, el sexto capítulo expone las principales conclusiones y recomendaciones.

1. Antecedentes

1.1 Contexto regional

Las experiencias analizadas evidencian que antes del 2007 existía un conjunto de intervenciones en el ámbito de la lucha contra la pobreza, incluyendo saneamiento básico, mejora de la productividad local y mejora de los servicios de salud y educación. Sin embargo, con frecuencia se trataba de acciones aisladas o con una mínima coordinación.

Ayacucho fue uno de los primeros departamentos en impulsar la política nacional de lucha contra la DCI a través de la Estrategia Regional Crecer Wari, que marcó una pauta para que las instituciones públicas y privadas presentes en distritos como Huamanguilla, Tambillo y Vinchos iniciaran un proceso de coordinación con el fin de reducir la DCI en niños y niñas menores de 5 años, con un fuerte liderazgo del gobierno local,[2] y el apoyo técnico y operativo de entidades de cooperación y ONG. En los distritos de Concepción y Los Morochucos, el enfoque de lucha contra la DCI se inicia en un momento posterior, entre los años 2011 y 2012.

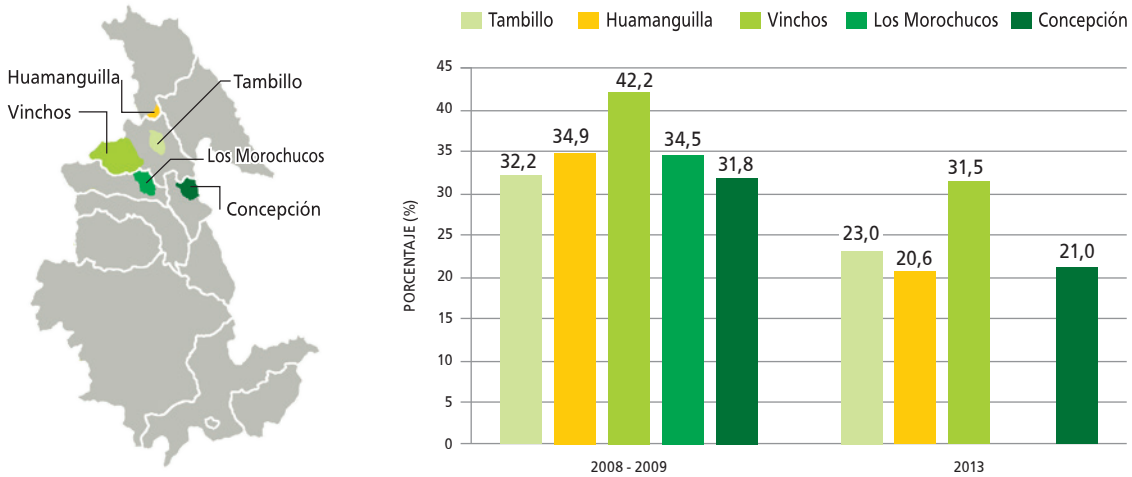
El paso de un enfoque de desarrollo basado meramente en «cemento y fierro» hacia un enfoque de desarrollo humano marca el inicio de las experiencias distritales estudiadas, que tienen como centro de desarrollo a la persona.

1.2 Ámbito de estudio

Como se ha señalado, el ámbito de estudio de la sistematización abarcó los distritos de Concepción (Vilcashuamán), Huamanguilla (Huanta), Los Morochucos (Cangallo), Tambillo y Vinchos (Huamanga). El gráfico 1 muestra la evolución de los indicadores de desnutrición crónica infantil durante el período estudiado, según las fuentes de información disponibles.

2 Según la información recogida en los talleres, Crecer Wari, como política regional, proporcionó un marco de actuación, aunque no ofreció a los distritos de la región herramientas concretas ni recursos, por lo que su aporte al proceso puede calificarse de moderado.

Gráfico 1: Indicadores de DCI en los distritos analizados, años 2008-2009 y 2013



Fuentes: Tambillo: Llactanchik (2009) y datos de la vigilancia nutricional a niños y niñas menores de 3 años de la microrred Santa Elena. Huamanguilla: Evaluación nutricional intermedia de niños y niñas menores de 5 años para determinar la prevalencia de la DCI, anemia y parasitosis intestinal del distrito de Huamanguilla (2013). Vinchos: Línea de base de DCI y determinantes de la pobreza en 11 provincias y 111 distritos de la región Ayacucho (2009) y Red de Salud de Huamanga (2013). Los Morochucos: Censo antropométrico de línea de base de la DCI (2012). Concepción: Línea de base de DCI y determinantes de la pobreza en 11 provincias y 111 distritos de la región Ayacucho (2009) y Oficina de Estadística e Informática de la microrred Vilcashuamán (2013).

Las características básicas de los distritos de estudio se resumen en la siguiente tabla:

	Distrito				
	Concepción	Huamanguilla	Los Morochucos	Tambillo	Vinchos
	Población total (número de habitantes)*				
	2880	5583	10 050	5068	15 787
Distribución geográfica y servicios*	4 centros de confluencia y 13 comunidades son atendidos por 4 establecimientos de salud (EESS), y 2 puestos satélite. El 38% de las familias cuenta con el servicio de red pública.	21 centros poblados son atendidos por 3 puestos de salud. Un 85% de la población accede al servicio de agua a través de conexiones domiciliarias o piletas públicas.	4 centros poblados, 34 comunidades y 48 barrios son atendidos por un centro y 3 puestos de salud. El 8% de la población consume agua potable y el 80%, agua entubada.	31 comunidades son atendidas por 4 puestos de salud. El 90,5% de las viviendas dispone de agua entubada y un 69%, de letrinas.	6 centros poblados, 28 comunidades y 96 anexos son atendidos por 2 centros y 10 puestos de salud. El 34% de la población accede al servicio de agua potable a través de conexiones domiciliarias, piletas y camiones cisterna.
Actividades económicas**	Agricultura como principal fuente de autosostenimiento familiar, con una importancia creciente de la producción frutícola. Actividad pecuaria como complementaria, principalmente de carácter extensivo.	Predominio de la agricultura; actividades como la artesanía y la piscicultura constituyen iniciativas aisladas.	Agricultura y ganadería; la ganadería lechera es una actividad de creciente importancia.	Agricultura y, como actividad complementaria, ganadería.	Actividad agrícola y pecuaria, así como crianza extensiva de truchas y disponibilidad de recursos mineros no metálicos, tales como yeso y cemento.

	Distrito				
	Concepción	Huamanguilla	Los Morochucos	Tambillo	Vinchos
Intervenciones anteriores**	Experiencia iniciada en los años 2010-2014 con el apoyo de Acción contra el Hambre (ACH). En años anteriores se trabajó el tema de agua y saneamiento con el Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural (PRONASAR) y la Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA por sus siglas en inglés).	Desde el 2008, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) brindó asistencia técnica y económica centrada en el fortalecimiento de las capacidades del gobierno local y el sector Salud, para impulsar Crecer Wari (pasantías y diplomados). CARE Perú intervino, a inicios de la década del 2000, en temas de agua y saneamiento y seguridad alimentaria, con un fuerte componente comunitario: formación de JASS, fortalecimiento de Comités de Desarrollo Comunal (CODECO) y de las capacidades de los promotores de salud.	Experiencia iniciada en los años 2010-2011. Las intervenciones previas abordaron temas de seguridad alimentaria y mejora de la producción. ADRA y el proyecto Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Aplicación en una Región del Perú (AMARES) fortalecieron las capacidades de funcionarios del gobierno local (GL) y líderes comunitarios. Hasta el 2013, el Taller de Promoción Andina (TADEPA) se enfocó en la primera infancia, con Centros de Desarrollo Integral que posteriormente fueron transferidos al GL.	Hasta el 2009, CARE Perú intervino en temas de agua y saneamiento, y fortalecimiento de las JASS. Luego de esta experiencia, el gobierno local amplió el servicio de agua entubada-clorada a la mayoría de las comunidades. Destacan una fuerte inversión del gobierno local y un proyecto del Fondo Perú-Alemania. World Vision está impulsando la creación de Centros de Desarrollo Infantil (CDI).	Desde el 2008, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) brindó asistencia técnica y económica centrada en el fortalecimiento de las capacidades del gobierno local y el sector Salud, para impulsar Crecer Wari (pasantías y diplomados). ADRA intervino en el distrito hasta el 2007, en piscicultura y agua y saneamiento (fortalecimiento de JASS). Previamente, Salud sin Límites promovió intervenciones en temas de salud como prevención del embarazo adolescente, pertinencia cultural del parto y fortalecimiento de promotores de salud.

* Planes de Desarrollo Distrital Concertado de los distritos analizados.

** Fuente: talleres distritales.

2. El rol del gobierno local en la lucha contra la DCI

2.1 Competencias

El proceso de descentralización iniciado en el 2002[3] impulsó una mayor autonomía política, económica y administrativa en los gobiernos regionales y locales, con el fin de lograr una gestión pública más cercana a la población. Este proceso evidenció, no obstante, limitaciones vinculadas al fortalecimiento de capacidades y los instrumentos necesarios para concretar el cumplimiento de dicha política (Azpur y otros 2006).

Desde el 2007, el gobierno nacional, en el marco de la política de Modernización de la Gestión Pública, ha impulsado una serie de herramientas que apoyan la gestión descentralizada, entre otras, el Presupuesto Participativo y el Presupuesto por Resultados y, desde el 2010, el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI).[4] El PI es un instrumento del Presupuesto por Resultados que se orienta a impulsar mejoras en la gestión y la competitividad; uno de sus objetivos es la reducción de la DCI.

La implementación de estos mecanismos ha contribuido a impulsar el rol del gobierno local en la lucha contra la pobreza y la desnutrición infantil. Además, el incremento de recursos económicos de los gobiernos locales por diversas fuentes contribuye a desarrollar su liderazgo, generar mayor inversión pública para el desarrollo local y lograr presencia del Estado donde antes estaba ausente.

El GL debe ejercer su rol de promotor de desarrollo local[5] sin generar duplicidad ni superposición

3 Ley de Reforma Constitucional (Ley 27680, 6 de marzo del 2002), Ley de Bases de la Descentralización (Ley 27783, 16 de julio del 2002), Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Ley 27867, 16 de noviembre del 2002) y Ley Orgánica de Municipalidades (Ley 27972, 6 de mayo del 2003).

4 Creado mediante la Ley 29332.

5 Ley Orgánica de Municipalidades (LOM), artículo 1.

de funciones, estableciendo relaciones de cooperación y coordinación entre los tres niveles de gobierno. Entre sus competencias se encuentran los temas de agua potable y saneamiento —ampliación y mejoramiento del sistema de agua, planta de tratamiento, relleno sanitario, cocinas mejoradas, etcétera— y la gestión de la atención primaria de salud[6] —construcción y mejoramiento de establecimientos de salud y equipamiento—,[7] así como facilitar y participar en los espacios de concertación y participación ciudadana para la planificación, gestión y vigilancia de los programas locales de desarrollo social.[8]

2.2 Voluntad política y liderazgo local

Según la Real Academia Española, la voluntad política se entiende como «intención, ánimo o resolución de hacer algo» en función de un interés público. Se trata de querer tomar decisiones para mejorar las condiciones de la población: iniciativa o apertura para trabajar temas prioritarios, captación de recursos —humanos, técnicos y financieros—, innovación en la gestión, entre otros aspectos.

La voluntad política es imprescindible para generar motivación, inspiración y aprendizaje en los diferentes procesos, y dar soporte al desarrollo e implementación de determinadas políticas. Permite, asimismo, observar críticamente la propia entidad y visibilizar la necesidad de un cambio organizativo, para lo cual es necesario establecer un equipo cuyos miembros cuenten con capacidad técnica y habilidades sociales, y asignarle un rol en el proceso; y por otra parte, crear instrumentos de gestión.

Además, es un factor que impulsa la colaboración con otras entidades públicas y de la sociedad civil, ya que se reconoce su valor en el proceso.

En cada gobierno distrital, la voluntad política se expresa según su propia realidad —personal técnico, acuerdos institucionales, atención a la población vulnerable— y las características del contexto —experiencias, relaciones y alianzas—.

Con el cambio de autoridades municipales en el 2007, varios alcaldes electos —Huamanguilla, Tambillo y Vinchos— manifestaron su voluntad política de priorizar el desarrollo social y, en particular, la lucha contra la DCI. Tambillo y Huamanguilla fueron las primeras municipalidades que se enfocaron en este tema,[9] al que declararon una prioridad para el distrito. La iniciativa de trabajo partió del GL, que identificó a autoridades y funcionarios comprometidos, varios de ellos con experiencia previa de trabajo en ONG o el sector público —en temas de gestión, agua y saneamiento, salud, enfoque comunitario, entre otros—, que ponen el tema en la agenda pública.

En Vinchos también se da gran valor a la formación de un equipo con las competencias necesarias y experiencia previa en las diferentes áreas de trabajo, considerando características como la sensibilidad cultural y la capacidad de establecer un diálogo constructivo con la población.

De esta manera, un elemento catalizador son las competencias técnicas del personal, capaz de rescatar y replicar experiencias previas en la región. Resalta, en este sentido, el dar continuidad a lo iniciado en gestiones anteriores —en temas como agua y saneamiento, y producción agrícola—, así como cierta estabilidad en el personal de los GGLL durante un mismo período de gestión.

2.2.1 Organización interna de la Municipalidad

La LOM incorpora a la Gerencia de Desarrollo Social como instancia responsable de atender a la población vulnerable. Desde su aprobación, todos los gobiernos provinciales y distritales están obligados a incorporarla en su estructura orgánica:

6 LOM, artículo 80, inciso 4, numeral 4.4.

7 En caso de emergencia —alta demanda de la población y ausencia de personal de salud pagado por el sector—, el GL asume la contratación de personal.

8 LOM, artículos 80 y 84.

9 Ya en el 2005, la Municipalidad Distrital de Tambillo-Ayacucho presentó su experiencia mediante una propuesta de seguridad alimentaria que articula el componente de desarrollo económico y productivo, la atención en salud y nutrición materno-infantil y la gobernabilidad sustentada en la participación ciudadana. REMURPE, Boletín 12, noviembre-diciembre del 2005.

organigrama, Reglamento de Organización y Funciones (ROF), Manual de Organización y Funciones (MOF), Cuadro de Asignación de Personal (CAP), entre otros instrumentos de gestión pública. Ello no implica, sin embargo, que todos los GGLL hayan incorporado o implementado una oficina de desarrollo social ni que esta funcione adecuadamente.[10]

La Gerencia o Subgerencia de Desarrollo Social promueve políticas públicas en materia de salud, educación y bienestar social. Cumple un rol de incidencia tanto hacia los decisores políticos —a fin de sensibilizar y orientar la inversión de los recursos en el área social— como hacia la población, para lograr que el tema de desarrollo social constituya una prioridad. Para ello, sus miembros deben contar no solo con capacidades técnicas, sino también con habilidades interpersonales.

Los desafíos de la Subgerencia son numerosos, pues el hecho de que los resultados de la lucha contra la DCI sean intangibles y se vean solo a largo plazo dificulta que tanto las autoridades como la población la perciban como prioritaria, lo que no favorece una inversión más constante y de mayor envergadura.[11] Por esta razón, la incidencia en el ámbito de quienes toman decisiones es clave. En el caso de Tambillo y Vinchos, en coordinación con la ONG Kallpa se organizó una pasantía a Cusco en los años 2010 y 2011, con el fin de sensibilizar a los funcionarios públicos y lograr que la lucha contra la DCI se mantenga en la agenda.

En todas las municipalidades analizadas, la conformación de la Subgerencia de Desarrollo Social ha constituido un hito para promover el desarrollo social y humano. Se la reconoce como la instancia de gestión capaz de liderar este proceso e impulsar una gestión articulada al interior de la municipalidad y con otros actores como microrredes y EESS, responsables locales de los programas sociales, ONG, cooperantes, líderes comunales, entre otros.

> *La Subgerencia requiere mucha interacción con la población, que tiene diferentes intereses. El trabajo social no es percibido como prioritario por la comunidad, pero con el tiempo esta forma de pensar va modificándose y vemos que la sociedad está en proceso de cambio.*
>
> Juan Pacheco, Alcalde de Huamanguilla

En la mayoría de los casos, la Subgerencia se formalizó entre los años 2008 y 2010, lo que conllevó una asignación de presupuesto para el personal y actividades. Destaca el caso de Tambillo, en el que el presupuesto asignado a esta unidad ha ido incrementándose sostenidamente: en el 2008 se asignaron 50 000 nuevos soles, cifra que se cuadruplicó para el 2014.

Mientras en algunos distritos las subgerencias surgieron por una necesidad sentida, en otros fueron impulsadas desde la Estrategia Crecer Wari. En distritos como Tambillo y Vinchos, esta Subgerencia se forma a partir de una instancia anterior que va transformándose y asumiendo nuevos compromisos;[12] en Vinchos, es la respuesta a una múltiple demanda: de la Municipalidad, de las ONG y de la población.

La creación de la Subgerencia de Desarrollo Social ha permitido, en general, repensar la estructura general de la Municipalidad y visibilizar otros elementos, como la necesidad de crear un Área de Desarrollo Económico. Con el fin de dar sostenibilidad a la ampliación de la red de agua y saneamiento, se ha creado, asimismo, una oficina ad hoc al interior de la Subgerencia,[13] cuya tarea consiste en acompañar a las JASS en el componente social.

---

10 De hecho, como se ha señalado, uno de los criterios para la selección de las experiencias de estudio fue que hubieran constituido una Subgerencia de Desarrollo Social y que esta asumiera un papel activo en la lucha contra la DCI.

11 La protección, promoción y desarrollo de capital humano es un proceso de largo aliento, por lo que los resultados no son siempre evidentes dentro de una misma gestión; esto afecta la posibilidad de que brinde réditos políticos a las autoridades municipales.

12 En el 2003, Tambillo implementó un Área de Servicios Comunales orientada a las comunidades, en temas de educación, salud, agua y saneamiento; esta pasó a ser Subgerencia de Desarrollo Social. En Vinchos, la Subgerencia surgió a partir de un área de la Municipalidad responsable de un proyecto social.

13 Atención en Agua y Saneamiento en Concepción, División de Agua y Saneamiento Básico e Integral en Huamanguilla, Unidad de Agua y Saneamiento en Tambillo y Los Morochucos.

En Tambillo, la Subgerencia incorpora a la Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente (DEMUNA), que jugó un rol clave en el trabajo desplegado por la Municipalidad, pues sensibilizó y capacitó a las usuarias de los programas sociales —Programa del Vaso de Leche (PVL), Juntos— en seguridad alimentaria y nutrición. La lucha contra la DCI se convirtió, en este caso, en una oportunidad estratégica para abordar temas más sensibles de las familias, tales como la violencia intrafamiliar.

2.2.2 Información para la toma de decisiones y reorientación de la inversión municipal

Un elemento central en las experiencias analizadas, promovido en el marco de la EN Crecer y Crecer Wari, ha sido contar con información sobre la DCI en los distritos y comunidades, con el fin de orientar las acciones a nivel local. Esta información ha sido clave para impulsar la coordinación interinstitucional y unificar los esfuerzos de los actores locales en zonas prioritarias de intervención.

Por iniciativa propia o con el impulso de actores externos, los GGLL elaboraron una línea de base o diagnósticos utilizando instrumentos como el Llacctanchik o la Tecnología de Decisiones Informadas (TDI), que permiten conocer los niveles de DCI y los factores asociados a esta en los ámbitos comunal y distrital, respectivamente. Para el desarrollo de estas iniciativas, los GGLL no solo han sabido captar fondos, sino también personal calificado como antropometristas certificados por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), entre otros.

En Huamanguilla, la línea de base fue elaborada por el GL con participación de la Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) Huamanguilla y recursos del CENAN y UNICEF; se capacitó en antropometría a 15 profesionales de salud, 3 de los cuales forman parte de la CLAS. Este documento fue un insumo central para la elaboración de un Plan Articulado Local (PAL) con la participación de las instituciones involucradas en la lucha contra la DCI —la Subgerencia de Desarrollo Económico, la Subgerencia de Desarrollo Social, el sector Salud—, lo que implicó definir una ruta que seguir para poner en marcha la implementación de la estrategia, como se evidencia en el gráfico 2.

El **Llactanchik** *es un autodiagnóstico comunal que reúne datos demográficos, económicos y sociales a partir del empadronamiento de toda la población presente en la comunidad. El censo considera, entre otros, información sobre identidad, acceso a agua segura, disposición de excretas y residuos sólidos, economía familiar, infraestructura y comunicación.*

Véase <http://es.slideshare.net/magnate1/gua-sivico-completa>.

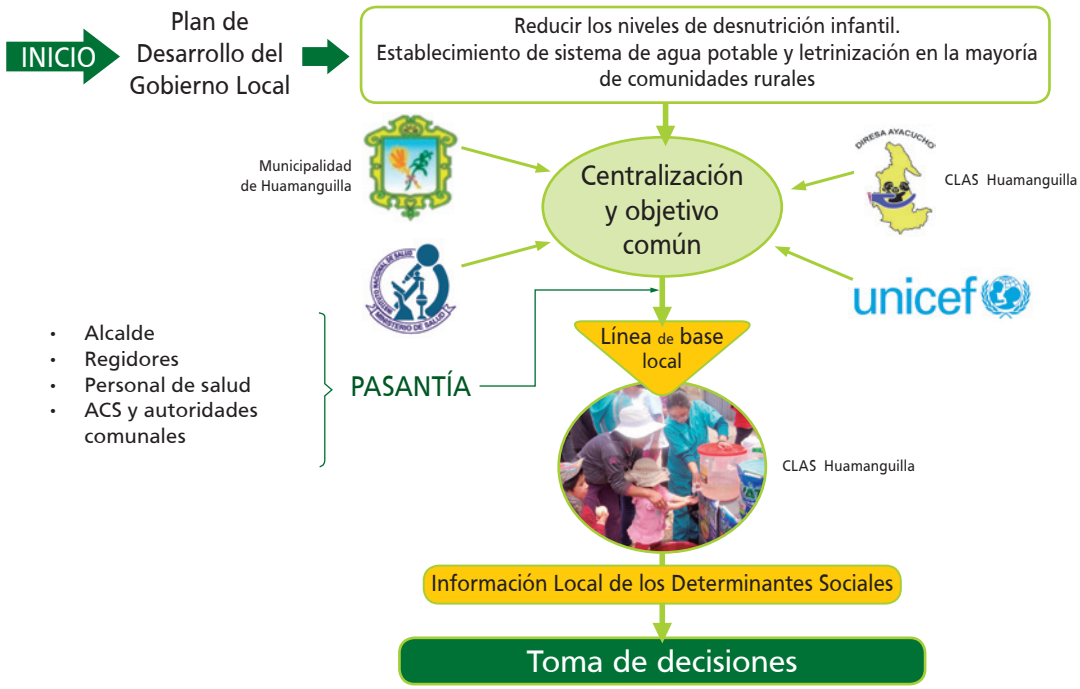
El **Plan Articulado Local** *es un instrumento que fue impulsado en el marco de la EN Crecer. Permite alinear los objetivos y alcances de los planes institucionales de las entidades que participan en la instancia de articulación y coordinación distrital. El PAL formula objetivos y líneas estratégicas concordantes con el Plan de Desarrollo Concertado y el Presupuesto Participativo.*

Véase <http://www.gobernabilidad.org.pe/governance/doc/9b5.PlanOperacionesEstrategiaNacionalCRECER2011.pdf>.

La **Tecnología Decisiones Informadas** *es un instrumento de gestión y monitoreo de indicadores nutricionales y sus determinantes validado por el CENAN, cuyo objetivo es contribuir a la gestión local mediante la provisión de información —a la autoridad municipal, a los funcionarios y a los operadores de servicios públicos— acerca de las principales condiciones e indicadores nutricionales para que, sobre esa base, prioricen acciones orientadas a reducir la desnutrición infantil. El CENAN es responsable de brindar asistencia técnica en el ámbito regional y local para el diseño, aplicación y procesamiento de la información nutricional.*

Véase <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/5/315/tecnologia-decisiones-informadas/jer.315>.

Gráfico 2: Ruta de intervención para reducir la DCI en el distrito de Huamanguilla



Fuente: Presentación en PowerPoint *Gestión concertada para el desarrollo de familias con nutrición infantil, distrito de Huamanguilla 2008-2010.*

La información de base sobre la situación nutricional de niños y niñas menores de 36 meses permitió priorizar las comunidades más vulnerables. En Huamanguilla, por ejemplo, se seleccionaron las dos comunidades con mayor índice de DCI: Chullcupampa (44,4%) y Tenería (40,4%). En Los Morochucos, en el primer año de gestión se priorizaron comunidades alejadas en las que no había ninguna intervención; luego de la elaboración de la línea de base, se utilizaron como criterios adicionales la alta prevalencia de DCI y la escasa presencia institucional.

La información recogida ha permitido, asimismo, reorientar la inversión municipal a través de acciones de sensibilización a las comunidades, socialización de los resultados obtenidos y difusión del impacto negativo de la DCI en el desarrollo de niños y niñas. A partir de dicha sensibilización fue posible incidir en la formulación de políticas locales y proyectos de desarrollo, orientando la demanda de la población para priorizar la DCI y movilizar recursos de inversión vía Presupuesto Participativo en todos los distritos, como se señala en el acápite siguiente.

En Tambillo, por ejemplo, las acciones de sensibilización a la población a partir de los resultados del Llactanchik permitieron que esta cambiara paulatinamente sus prioridades y exigiera a las autoridades acciones para reducir la DCI.[14] A partir de ello, se invirtió en la creación y fortalecimiento de Centros de Desarrollo Integral —espacios acondicionados para estimulación temprana, donde se desarrollan sesiones educativas y demostrativas en

14 En este mismo distrito, el GL señaló que desde el 2011 exige a la Microrred de Salud de Santa Elena el reporte mensual de la vigilancia nutricional a niños y niñas menores de 3 años (antropometría, vacunación y multimicronutrientes). El GL cuenta con un padrón nominal de niños menores de 3 años que permite cruzar los datos y realizar el seguimiento a los niños y niñas en cada comunidad.

temas de nutrición y buen trato, entre otros— y Centros de Promoción y Vigilancia Comunal, desde donde mensualmente se realiza el monitoreo del estado nutricional de niños y niñas, en coordinación con el sector Salud.

En Vinchos, la demanda de la población por servicios básicos —agua y saneamiento— y un proceso de concertación con el GL permitieron priorizar la inversión en la red de agua y desagüe, que posteriormente se concentró en dotar de agua entubada a aproximadamente el 70% de las comunidades.

2.2.3 Capacidad de movilización de recursos

Considerando los limitados presupuestos distritales, los alcaldes se ven obligados a hacer gestiones para ampliar sus posibilidades de inversión anual a través de diferentes fuentes de recursos, tanto gubernamentales como no gubernamentales.

La cooperación internacional ha apoyado este proceso poniendo, en algunos casos, recursos a disposición de la Subgerencia de Desarrollo Social sobre la base de un plan de trabajo. Tal es el caso de UNICEF en Huamanguilla y Vinchos; en otros distritos, ACH, CARE, TADEPA y Visión Mundial han incentivado el proceso con una modalidad de cofinanciamiento entre diversos actores: cooperantes, GL y comunidad.

Como se ha señalado, los diagnósticos y líneas de base a nivel distrital fueron un insumo importante para la identificación de necesidades y la priorización y formulación de proyectos para el Presupuesto Participativo. En este sentido, la mayoría de las intervenciones referentes a la promoción de comunidades y familias saludables, así como a la seguridad alimentaria, se han implementado como proyectos de inversión pública (PIP) menores en el marco de los recursos municipales definidos en el Presupuesto Participativo y aprobados con resolución municipal. Este es el caso del proyecto «Prevención de la DCI en el binomio madre niño» en Vinchos y «Mejoramiento de la seguridad alimentaria para la reducción de la DCI» en Los Morochucos. Los proyectos contemplan mejoras en el entorno familiar —cocinas mejoradas, letrinas— y el fortalecimiento comunitario —sensibilización, elaboración de planes de trabajo comunitario, etcétera— con el aporte de las comunidades.

En todos los distritos, los GGLL han accedido a recursos del Fondo de Promoción a la Inversión Pública Regional y Local (FONIPREL) —fondo concursable que financia PIP y estudios de preinversión en servicios e infraestructura básica— y el PRONASAR para acciones como la ampliación del sistema de agua potable y saneamiento, la mejora del sistema agropecuario y el establecimiento de un relleno sanitario.

El Fondo Contravalor Perú-Alemania ha sido una fuente adicional de recursos para el mejoramiento de vías, el sistema de alcantarillado y agua potable —con instalación de lavaderos, inodoros y letrinas— y capacitaciones en Huamanguilla; la gestión integral de residuos sólidos en Los Morochucos; y el desarrollo de capacidades para el ordenamiento territorial en Tambillo.

> *La prioridad se centró en trabajar el sistema de infraestructura de agua y saneamiento y disposición de excretas (2008-2010). Dotando agua y saneamiento, o agua de calidad, se reducía fuertemente la DCI, y eso acompañado de una educación sanitaria y prácticas de higiene aporta en la reducción de la desnutrición en 25%.*
>
> Juan Pacheco, Alcalde de Huamanguilla

El Plan de Incentivos ha mostrado ser un instrumento valioso y muy apreciado por los GGLL, en este caso, para las metas vinculadas tanto a los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) como a la ampliación del sistema de agua y saneamiento. Sin embargo, en el primer caso se observan todavía algunos vacíos: se cumple la meta estableciendo un nuevo CPVC en un centro poblado determinado, pero se debilita el acompañamiento a otros CPVC ya existentes.

En algunos distritos se planifica según los programas presupuestales, específicamente el Programa Articulado Nutricional y el Programa Materno Neonatal.

3. Mecanismos de coordinación y articulación local

La articulación interinstitucional puede definirse como la «forma de desarrollar relaciones gubernamentales, en base al establecimiento de canales o sinergias interinstitucionales, entre las diversas instancias (en y de los diversos niveles de gobierno) que gestionan las políticas públicas, buscando un fin común en el marco del papel del Estado» (Castañeda 2014: 27). En el Perú, la articulación es de dos tipos: horizontal, referida a las relaciones entre instancias del mismo nivel de gobierno —por ejemplo, ministerios o direcciones regionales—; y vertical, entre instancias similares, pero de distintos niveles de gobierno.

Existe en el país una base normativa que reconoce la coordinación y articulación entre los diversos niveles gubernamentales. Destacan en esta línea:

- La Ley de Bases de la Descentralización, que establece que el gobierno nacional y los gobiernos regionales y locales mantienen relaciones de coordinación, cooperación y apoyo mutuo en forma permanente y continua, dentro del ejercicio de su autonomía y competencias propias, articulando el interés nacional con los de las regiones y localidades (numeral 49.1, artículo 49).

- La Ley Orgánica de Municipalidades señala que las relaciones que mantienen las municipalidades entre sí son de coordinación, de cooperación o de asociación para la ejecución de obras o prestación de servicios (artículo 124).

Adecuar la estructura y organización del gobierno local, conciliar los diferentes intereses, abrirse a la negociación y realizar un gran esfuerzo de concertación son los determinantes que condicionan el proceso de articulación y sus resultados. El no tomar en cuenta al gobierno local como claro referente territorial y la ausencia de alineamiento de los actores, de coordinación y de articulación generan duplicidad de esfuerzos, recursos y funciones, así como conflictos entre instituciones o a nivel comunitario.

3.1 La razón de ser y los actores de la articulación

Identificar a los actores y definir las relaciones que mantienen entre ellos es un elemento clave para comprender cómo se articulan en los distritos estudiados. En el estudio, este aspecto se abordó realizando el mapeo de los actores.

El gráfico 3 refleja la dinámica de articulación en el distrito de Concepción. Muestra la densidad de las relaciones entre los diferentes actores, así como la intensidad del vínculo que se genera entre ellos. Los actores establecen relaciones de diferente nivel y calidad con el objetivo de construir de manera conjunta una solución al problema de la DCI. Estas características constituyen los requisitos para la articulación.

Dada la multicausalidad de la DCI, la articulación es el proceso que implica ponerse de acuerdo y unir esfuerzos, en un contexto de escasez de recursos económicos que exige aprovechar las capacidades de todos los actores para llegar a un mismo objetivo. La articulación, que es un medio y no un fin en sí misma, implica claridad sobre las metas y actividades que se van a realizar.

Articulación es identificar un solo norte, unir los esfuerzos, optimizar los recursos.

Edgar Lara,
Subgerente de Desarrollo Social de Tambillo

Es importante reconocer que las relaciones que se establecen entre los actores no son estáticas; pueden sufrir cambios, en la medida en que dependen fuertemente de características personales como la apertura a concertar y a compartir instrumentos. En Tambillo, por ejemplo, la articulación interinstitucional se inició en el 2008 y al año siguiente alcanzó su máximo desarrollo, pero posteriormente se vio afectada por el cambio del personal en el GL, pues los nuevos empleados carecían del perfil y la experiencia necesarios. Esto afectó el trabajo articulado, que fue retomado recién en el 2011. Como resaltaron varios subgerentes de Desarrollo Social, el proceso de articulación es muy dinámico y depende de la calidad de las relaciones entre los diferentes actores. En este marco, se valora la riqueza de enlaces como resultado de un esfuerzo colectivo. Destacan también los esfuerzos para impulsar acciones articuladas al interior del GL, involucrando a la Subgerencia de Desarrollo Económico en el enfoque de seguridad alimentaria, como en el caso de Huamanguilla y Tambillo.

Gráfico 3. Mapeo de actores en el distrito de Concepción

En todas las experiencias, se identifica a la Subgerencia de Desarrollo Social como un actor central, que en muchos casos lidera el proceso de articulación; la variedad de actores con quienes se relaciona incrementa su potencial de influencia. El sector Salud es también un actor relevante, que trabaja el tema desde la estrategia de Promoción de la Salud (PROMSA) y con el cual el GL concierta las políticas de lucha contra la DCI. El involucramiento de otros sectores que no se perciben directamente vinculados al tema sigue siendo un desafío; tal es el caso del sector Educación, aunque en Concepción, Huamanguilla y Los Morochucos se observan esfuerzos por iniciar un trabajo en conjunto gracias a la presencia de las instituciones educativas en eventos clave.

Como se evidencia en el gráfico 3, en las experiencias prevalece una lógica de articulación horizontal entre los diversos sectores, instituciones y organizaciones como los CODECO, las JASS y los agentes comunitarios de salud, que constituyen un nexo con la población. Otro ejemplo de articulación es la colaboración entre la Universidad San Marcos y el GL de Tambillo, pues una nutricionista fortalece el trabajo de la Subgerencia de Desarrollo Social en las intervenciones en las comunidades.

Sin embargo, existen también algunos esfuerzos de articulación vertical. Por ejemplo, la Municipalidad Provincial de Vilcashuamán ha suscrito con las municipalidades distritales un acuerdo para la reducción de la DCI; en este marco, se han definido metas para el período 2012-2014 y gestionado recursos para la lucha contra la DCI.[15] Asimismo, en Huamanguilla, Los Morochucos, Tambillo y Vinchos se han firmado convenios con la Dirección Regional de Vivienda para aprovechar las capacidades regionales; esta instancia realiza visitas conjuntas con el Área Municipal de Agua y Saneamiento para acompañar el proceso de fortalecimiento de las JASS.

15 Reducción de la pobreza en 11%, de la DCI en 20%, de la anemia en 30%, de la muerte materna al 0%, de la brecha de identidad al 0%. Compromiso de Gestión Articulada de la Estrategia Regional Crecer Wari en la provincia de Vilcashuamán, 21 de marzo del 2012.

Las instituciones de cooperación internacional y ONG han brindado asistencia técnica y apoyo financiero para el fortalecimiento del GL y su articulación con los sectores y los líderes comunales. Destacan el aporte de ACH en Concepción, de UNICEF en Huamanguilla y Vinchos, de CARE en Tambillo y Huamanguilla, y de TADEPA en Los Morochucos.

3.2 Espacios de participación y diálogo

En todos los distritos, la implementación de la Estrategia Crecer Wari ha significado institucionalizar el Consejo de Lucha contra la Pobreza y la Desnutrición Crónica Infantil u otro espacio de diálogo —como las Mesas de Concertación Distritales o Mesas Técnicas—, reconociéndolo con una ordenanza municipal.

Los Presidentes de las Mesas y/o Consejos son los respectivos Alcaldes, mientras que la Subgerencia de Desarrollo Social es la instancia que organiza, modera y facilita las reuniones. En estos espacios participan autoridades y representantes del sector privado y la sociedad civil como GL, agencias cooperantes, ONG, Salud, líderes comunitarios y representantes de los programas sociales.

Si bien su funcionamiento es heterogéneo, en varios distritos las mesas han contribuido a optimizar las intervenciones a través del intercambio de información y la coordinación de acciones.

La Mesa de Concepción fue impulsada inicialmente por ACH y luego por la Municipalidad Distrital. Desde el inicio, se conformaron cuatro comisiones de trabajo: desarrollo institucional, desarrollo humano —que aborda el tema de DCI y está a cargo del sector Salud—; desarrollo productivo y desarrollo ambiental. Paulatinamente, desde el 2011, este espacio fue adquiriendo mayor protagonismo a partir de factores como la constancia en la convocatoria, la definición y el cumplimiento de acuerdos, un monitoreo conjunto del plan del trabajo y la participación activa de las autoridades distritales y comunales —Subgerencia de Desarrollo Social, regidores, CODECO, JASS, mujeres líderes—, y los sectores Salud y Educación,

interesados en recibir retroalimentación sobre sus actividades y fuertemente comprometidos. Los y las participantes de la Mesa han sido sensibilizados en el tema, lo que ha permitido que se conviertan en aliados influyentes a nivel de la comunidad.

En contraste, en Vinchos, por ejemplo, los actores locales no tienen un concepto claro de articulación. La Mesa de Concertación no es dinámica ni se reúne regularmente. Los propios participantes subrayaron con honestidad la falta de una orientación común y necesidad de diálogo.

> *No funciona la articulación; si se toman acuerdos, no se respetan.*
>
> Felio Chuchón Ataucusi,
> Subgerente de Desarrollo Social

Retomando la experiencia de Concepción, la participación de representantes de la comunidad en la Mesa de Concertación ha permitido discutir aspectos como la contribución mensual para el adecuado funcionamiento de la JASS, con el fin de garantizar el acceso al agua potable. Es, asimismo, un espacio en el que las organizaciones sociales de base (OSB) pueden ejercer sus derechos y mostrar un mayor empoderamiento; por ejemplo, en algún momento las OSB demandaron una mayor presencia del Alcalde en la Mesa y, en las sesiones siguientes, él empezó no solo a asistir regularmente, sino también a brindar información sobre su gestión.

Cabe destacar que el CODECO, cuyo presidente es el presidente de la comunidad, es el espacio de diálogo e intercambio a nivel comunal, en el cual confluyen todas las organizaciones de la comunidad (gráfico 4), como se verá en el capítulo siguiente.

Gráfico 4: Composición del CODECO. Comunidad de Marcaya, distrito de Los Morochucos

4. Estrategias de intervención en la comunidad

Se entiende por estrategia el conjunto de acciones planificadas de tal manera que contribuyan a lograr un fin u objetivo previamente determinado.[16] En las experiencias identificadas, los GGLL, en conjunto con los sectores y aliados estratégicos como la cooperación internacional y las ONG, planifican y ejecutan acciones orientadas a resolver la problemática o satisfacer las necesidades de la población. Con el concepto de estrategia se quiere identificar el «cómo» hacerlo, así como las herramientas y actitudes que contribuirán a alcanzar las metas planteadas.

Dirigiéndose a la población, el GL desarrolla un enfoque que conlleva un abordaje de articulación vertical y horizontal con los actores, tomando en cuenta la organización existente a nivel comunitario. Aunque la realidad de cada distrito es diferente y cada uno ha desarrollado su propia dinámica de trabajo, un elemento común a los distritos estudiados es que los GGLL involucran a la comunidad en este proceso; es decir, impulsan el desarrollo de capacidades en las organizaciones, promueven el fortalecimiento de las Juntas Directivas Comunales o CODECO y trabajan de la mano con las JASS y el sector Salud.

4.1 Enfoque y organización comunitaria

Tradicionalmente, las comunidades se han organizado para tomar decisiones sobre el uso de los recursos imprescindibles para satisfacer las principales necesidades (CARE Internacional-Avina 2012). La organización comunitaria en el departamento de Ayacucho se vio resquebrajada durante el conflicto armado interno; actualmente, este tejido social está siendo reconstruido con mayor o menor fortaleza en las distintas comunidades.

El enfoque comunitario busca nivelar —en forma dinámica, interrelacionada y armónica— los com-

16 Disponible en <http://definicion.mx/estrategia/#ixzz375dh7M8H>.

ponentes esenciales del desarrollo humano de los habitantes de las comunidades, a partir de rescatar y aprovechar los recursos locales (bienes, servicios y personas). Este modelo entiende a la comunidad como un territorio-organización; a las personas, como un potencial estratégico (sujeto y objeto) del desarrollo; y a la participación, integración, cooperación y evaluación, como aspectos clave del proceso.[17]

Durante el estudio, se pudo apreciar que cada comunidad tiene rasgos particulares y no responde de manera uniforme a las intervenciones del GL u otros actores externos, por lo que es necesario conocer la forma de organización, participación y necesidades sentidas como condición para diseñar las estrategias que mejor puedan adecuarse a las características socioculturales de esta. A continuación se describen las principales instancias comunales identificadas.

El Comité de Desarrollo Comunal. Una de las apuestas de las instituciones presentes en los distritos de estudio ha sido el fortalecimiento de las Juntas Directivas Comunales o Comités de Desarrollo Comunal, ya mencionados anteriormente, que son un referente central para la intervención comunitaria. Este espacio está conformado por el Presidente Comunal, quien lo preside, y por las diferentes autoridades comunales, representantes de OSB como la JASS, el Comité de Regantes, los clubes de madres, las madres consejeras y la Asociación de Padres de Familia (APAFA). Es usual que una misma persona asuma diferentes cargos en diversos períodos.[18]

El CODECO promueve la democracia participativa y el trabajo articulado de las organizaciones comunales para impulsar las estrategias de desarrollo, que se plasman en un Plan de Desarrollo Comunal que sirve como instrumento de diálogo y negociación con la Municipalidad (USAID Perú y PRODES 2006). Esta instancia permite a las comunidades priorizar sus necesidades y llegar al Presupuesto Participativo con propuestas previamente consensuadas, como en las comunidades de Chacarí (Concepción) y Marcaya (Los Morochucos), donde se discutió sobre la falta de cloración de agua y su impacto en la DCI, y se plantearon alternativas de solución como asumir los gastos de manera compartida, aportando recursos complementarios desde la comunidad. Al igual que en este caso, muchas autoridades comunales son conscientes de que el GL no puede asumir las intervenciones de manera exclusiva y por ello reconocen la necesidad de aportar con mano de obra y materiales locales.

En el marco de la lucha contra la DCI, muchos de los CODECO se han visto fortalecidos, particularmente en los distritos de Tambillo y Huamanguilla, mientras que en Los Morochucos y Concepción la experiencia de CODECO es relativamente nueva, desde los años 2010 y 2011.

La Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS). La JASS es una organización voluntaria elegida por las comunidades por un período de dos años. Su función es administrar, operar y mantener los servicios de saneamiento —servicios de agua potable y disposición sanitaria de excretas—[19] de uno o más centros poblados del ámbito rural. Las familias deben aportar entre 1 y 3 nuevos soles mensuales para el mantenimiento de los reservorios, compra de cloro y herramientas de trabajo, mientras que la JASS debe realizar una rendición de cuentas de los gastos efectuados. Junto con el Comité de Regantes, las JASS son las organizaciones con mayor antigüedad en la comunidad y tienen amplio poder de convocatoria; la comunidad sanciona la falta de participación en este espacio —durante la toma de decisiones o las faenas comunales— con el corte de agua.

Para funcionar adecuadamente, se señala que las JASS deben contar con una resolución del GL y con los instrumentos de gestión necesarios: estatuto, ROF, plan de trabajo, etcétera. Deben, asimismo,

17 Véase <http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_2/1/2.Terry_Gregorio.pdf>, consultado el 14/11/2014.

18 Por ejemplo, en Concepción el Presidente de la JASS lleva 10 años consecutivos en el cargo, mientras que en Rosaspata el Presidente de la Asociación de Agentes Comunitarios de Salud anteriormente fue Presidente Comunal y miembro de la JASS.

19 Decreto Ley 26338, texto único ordenado del Reglamento de la Ley General de Servicios de Saneamiento, disponible en <http://www.gestoresdeaguasegura.org/jass/>.

ser reconocidas por su comunidad, estar comprometidas con su trabajo y contar con la capacidad de liderar el proceso de mejora de la calidad del agua. Involucrar a nuevos líderes jóvenes es determinante para que se pueda continuar con este trabajo.

> *Yo vi siempre hacer de mi abuelo y mi papá. El líder no ejerce autoritarismo, tiene un objetivo en común con la comunidad. La comunidad reconoce el trabajo de la JASS. Lo primero para trabajar en la comunidad es sensibilizar y recién entrar con el objetivo, hacer pensar a la gente. Cuando se trabaja bien, la comunidad responde. Tengo ocho años en la Junta de Agua y a mí me gusta trabajar sin condiciones.*
>
> Mariano Quispe, Presidente de la Asociación Distrital de JASS en Huamanguilla

En Concepción, la JASS realiza ferias informativas en el ámbito del distrito y la provincia, donde se dialoga sobre el sistema de cloración en las comunidades, lo que permite intercambiar información, fortalecer competencias técnicas en las JASS y resaltar el papel de la organización en la comunidad.

Los agentes comunitarios de salud (ACS). Los y las ACS son actores clave en el objetivo de reducir la DCI. Son elegidos por la comunidad durante un período de dos años y reciben capacitación permanente del personal de salud, el GL u otra institución que interviene en el distrito. Su función consiste básicamente en vigilar el estado de salud de los niños, niñas y mujeres gestantes, e informar al puesto de salud de posibles riesgos.

En los ámbitos de estudio, los ACS suelen ser los responsables del funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC). Conocen y utilizan herramientas para brindar educación en prácticas saludables y realizar la vigilancia comunal del crecimiento y desarrollo de niños, niñas y gestantes; realizan visitas domiciliarias solos o acompañando al personal de salud.

En cuanto a su organización a nivel de distrito, algunos cuentan con una junta directiva de promotores de salud que se reúne mensualmente para recibir capacitaciones, socializar la problemática y discutir posibles soluciones para abordarla, como en Vinchos.

Mujeres líderes. Las organizaciones de mujeres —como clubes de madres, comités del Vaso de Leche y madres consejeras— tienen presencia en las comunidades. En Huamanguilla, algunas promotoras de salud asumieron luego el rol de madres consejeras atendiendo en el CPVC. Se resalta que algunas mujeres, después de haber pasado por un proceso de formación y ejercido un cargo comunal, ocupan cargos como facilitadoras en algunos programas sociales. Dado que en el medio rural aún se mantiene una rígida división de roles —las mujeres participan sobre todo en actividades que son extensión de su rol «materno»—, las autoridades comunales reconocen el valor de que ellas estén presentes en ciertos espacios; por ejemplo como promotoras de salud, pues facilitan el acceso a la familia y su principal interlocutora es una mujer. Sin embargo, más allá de estos su presencia en instancias de decisión comunal como los CODECO es aún limitada.

4.2 La intervención del gobierno local en el ámbito comunitario

Los GGLL lideran el proceso de lucha contra la DCI, sea por iniciativa propia o por el impulso de agentes externos. Con este fin, desarrollan estrategias para lograr un mayor acercamiento a las comunidades de manera articulada. Destaca la participación del GL, el sector Salud, ONG, y otras instituciones comprometidas con el tema; estos actores se reúnen previamente y conciertan con la comunidad para comprometerla a que apoye las acciones emprendidas.

4.2.1 Fortalecimiento de las organizaciones comunales

En los casos analizados, a través del mecanismo de participación la comunidad jugó un papel activo en el desarrollo de las acciones propuestas por la autoridad local, en particular la conformación y fortalecimiento de los CODECO, las JASS, los agentes comunitarios de salud y los CPVC. El caso de Huamanguilla resume bien la estrategia de intervención articulada: a partir de la línea de

base elaborada, se eligió a Chullcupampa por ser una de las comunidades con mayor índice de DCI. Se conformó un equipo multidisciplinario —GL, Salud y cooperación internacional— para sensibilizar a la población sobre la DCI y sus efectos en el crecimiento y desarrollo de niñas y niños. A medida que la comunidad reflexionaba sobre la magnitud del problema, fue posible conformar y fortalecer el CODECO y la JASS. Más adelante, Chullcupampa se convirtió en un centro de pasantía para autoridades y líderes de otras comunidades del distrito. En un segundo momento, estas instancias fueron institucionalizadas mediante resolución municipal, y desarrollan un trabajo de capacitación, monitoreo y seguimiento permanente.

Con relación a las JASS, el GL, a través de la Unidad de Agua y Saneamiento, llega directamente a las comunidades y realiza acciones de sensibilización, reconocimiento, fortalecimiento organizacional —capacitación, elaboración e implementación de documentos de gestión como reglamento, plan de trabajo, etcétera—, y seguimiento y monitoreo. El GL fortalece, asimismo, el enlace con el sector Salud para garantizar la calidad del agua mediante controles periódicos. Tres actores participan en este proceso: la JASS, representada por su presidente; Agua y Saneamiento de la Municipalidad, representada por su responsable; y el sector Salud, representado por un biólogo. Salud envía los resultados de calidad del agua a la Municipalidad, que los comparte con la JASS, y esta, a su vez, los transmite a la comunidad. Sobre esta base se buscan alternativas de solución. Por ejemplo, en Huamanguilla, Los Morochucos y Vinchos la comunidad incidió para que la Municipalidad cambie el sistema de cloración; mientras esta medida se va concretando, se promueve el consumo de agua hervida.

4.2.2 Acciones articuladas en las comunidades

El acercamiento de los GGLL a las comunidades y la implementación de estrategias en las que participa la población permiten que la intervención se oriente a atender las necesidades de esta. Este modelo de gestión participativa contribuye a garantizar la continuidad de los proyectos sociales formulados y ejecutados en el marco del Presupuesto Participativo, como sucedió en Huamanguilla, Los Morochucos, Tambillo y Vinchos, donde se realizaron acciones conjuntas con la comunidad.

Una estrategia asumida en la mayoría de distritos ha consistido en desarrollar acciones articuladas en las comunidades, con el fin de crear sinergias, optimizar esfuerzos y transmitir un solo mensaje. En Huamanguilla se diseñaron estrategias de intervención y sensibilización hacia la población, y se realizaron visitas domiciliarias con participación de las diversas autoridades.[20] En Tambillo, con la participación de la DEMUNA se impulsó una mayor articulación con las madres beneficiarias del PVL y del Programa Juntos, a quienes se capacitó y sensibilizó para que acudan a los Centros de Desarrollo Infantil.

En Concepción y Los Morocuchos, el GL y el sector Salud coordinan en temas de medioambiente, familia y entorno saludable, seguridad alimentaria y control de la calidad del agua. En Concepción, el GL apoya el traslado del personal de salud para que realice las visitas domiciliarias y las actividades de sensibilización; asimismo, Salud, en conjunto con la ONG TADEPA, ha organizado talleres y sesiones demostrativas para fortalecer las capacidades en las madres. En Los Morochucos resalta el trabajo articulado de Salud y el GL mediante la Subgerencia de Desarrollo Social, ya sea para actividades puntuales como el soporte logístico o actividades conjuntas como las visitas multidisciplinarias a las comunidades.

En la actualidad, el sector Salud tiene dificultades para realizar visitas domiciliarias por la escasez de tiempo y la alta demanda de atención en los servicios. Los representantes del sector identifican como una debilidad la rotación de personal, que perjudica su estrategia de intervención y recarga las labores. Este dato evidencia cuán susceptible a condiciones externas puede ser el proceso.

20 Inicialmente, el objetivo de las visitas fue seleccionar a las familias que iban a participar en un concurso de familias saludables, pero después estos encuentros se convirtieron en una práctica regular que continuó por determinado tiempo. En las visitas participaban un representante de Salud y un funcionario de la Subgerencia de Desarrollo Social, así como el Gobernador y el Juez de Paz.

4.2.3 Las pasantías como espacios de intercambio y aprendizaje

Las pasantías han sido una práctica de gestión clave, ya que los agentes locales aprenden mejor en un espacio horizontal, de experiencias concretas de intervención que no «vienen de arriba» como un mandato. A lo largo del proceso de lucha contra la DCI, los GGLL organizaron pasantías a distintos lugares-centros de aprendizaje, dentro o fuera del departamento, con el fin de fortalecer las capacidades del personal de salud, funcionarios y agentes comunitarios. Estas actividades fueron financiadas con recursos propios, de ONG o de cooperantes.

La experiencia de lucha contra la DCI desde las comunidades —en el marco de la estrategia de Comunidades Saludables, la seguridad alimentaria y los sistemas de agua y saneamiento— ha convertido a algunas de estas en destino de pasantías. Para los miembros de estas comunidades, el intercambio les permite reflexionar sobre el proceso, compartir sus logros y estimular el trabajo conjunto, lo que contribuye a intensificar la motivación y el empoderamiento.

Una experiencia relevante fue la pasantía a Chiccmo, Andahuaylas, impulsada por UNICEF como parte de su estrategia de fortalecimiento de las capacidades del personal de salud y de los líderes de la comunidad. Al retornar, los representantes de Rosaspata (Vinchos), con apoyo de la Red de Salud de Huamanga, establecieron una línea de base en temas de anemia y DCI en la jurisdicción del puesto de salud de ese centro poblado. Posteriormente, presentaron estos resultados a la población de manera gráfica, lo que llevó al acuerdo de implementar un CPVC desde el cual vigilar la situación de la DCI y las madres gestantes; esta responsabilidad fue compartida entre el GL, el establecimiento de salud y la comunidad. La experiencia de Rosaspata fue replicada dos años después en el centro poblado de Ñaupallaccta, del mismo distrito.

La comunidad de Guayacondo, en Tambillo, también es considerada una comunidad modelo y un destino de pasantía para otros gobiernos y actores locales.

Asimismo, se han promovido pasantías para fortalecer las capacidades de los miembros de las JASS de Huamanguilla y Concepción. Así, ellos aprendieron nuevas formas de cloración de los sistemas de agua, para luego promoverlas en sus distritos.

4.2.4 Fortalecimiento de la oferta del sector Salud con aporte del Gobierno Local

En el marco de la estrategia de lucha contra la DCI, los gobiernos locales orientaron recursos a fortalecer la oferta de salud: construcción o refacción de los EESS y contratación de personal de salud, por ejemplo en Juscaymarca, Los Morochucos. Con el objetivo de ampliar la cobertura de servicios, el GL de Concepción financia puestos satélite —infraestructura y personal— a cargo de determinado número de comunidades, lo que evita que la demanda de atención se concentre en un solo establecimiento de salud.

Asimismo, para fortalecer la estrategia de salud materna, en los distritos de Los Morochucos, Vinchos y Concepción, y la provincia de Vilcashuamán, se construyeron casas de espera donde la gestante puede permanecer el último mes de embarazo recibiendo todos los cuidados, con lo cual se reduce el riesgo de mortalidad materno-infantil en las comunidades más alejadas.

En diversos momentos, los GGLL estudiados han invertido para optimizar el trabajo de salud. Así, en Tambillo se contrató a Promotores de desarrollo que realizaron visitas domiciliarias, y acciones de vigilancia comunal y fortalecimiento de las autoridades comunales. Se contrató asimismo a un biólogo para realizar diagnósticos de anemia y parasitosis; desde el 2010, este profesional ha sido incorporado al sector como personal permanente.

Una estrategia relevante para favorecer el vínculo entre el sector Salud y la población es la sectorización, que implica dividir territorialmente la jurisdicción del establecimiento de salud en varios sectores, a fin de facilitar el desarrollo de planes de acción y elevar la eficiencia del personal. Según la definición del MINSA (2012: 15-16), un sector está compuesto por unidades geopoblaciona-

les históricamente delimitadas y cuya comunidad ha desarrollado algún nivel de organización (directiva) e identidad.

El sector Salud ha usado tradicionalmente esta estrategia para atender y monitorear a la población de su jurisdicción, con mayor o menor eficacia. Por ejemplo, en Huamanguilla el personal de salud logra cubrir los sectores cuando los responsables de estos se ausentan; y cuando se reincorporan, les informa qué tareas están pendientes. Pero en Los Morochucos, la ausencia —aun temporal— del personal de salud causó desequilibrios en la asignación de sectores y la provisión del servicio.

En algunos distritos —como Concepción y Huamanguillla—, los gobiernos locales han asumido esta estrategia para lograr un mayor acercamiento a la población. Las y los regidores asumen la responsabilidad de un sector: escuchan las demandas de la población, y brindan asesoría y apoyo al Presidente Comunal o del CODECO, fortaleciendo su liderazgo, para luego informar en las Mesas de Concertación Distritales sobre la situación de cada comunidad. Esta estrategia tiene un valor agregado para el seguimiento de las acciones implementadas, y permite construir un puente entre la población y las instituciones estatales.

4.3 El sector Salud en la comunidad

El sector Salud es la institución más cercana a la comunidad y, en muchos casos, el único representante del Estado en determinado territorio. Sin embargo, ello no garantiza una inmediata aceptación por parte de la comunidad: en la mayoría de los casos, se trata de un largo proceso de «familiarización».

> *El trabajo comunitario suele iniciarse con el proceso que se conoce como familiarización, en el cual los investigadores externos inician su conocimiento de la comunidad, a la vez que los miembros de esta comienzan a relacionarse con esas personas que vienen de afuera, ya sea de un centro académico o de una institución pública o privada. Es, pues, un proceso en dos sentidos: de afuera hacia adentro y desde la comunidad hacia afuera. Y es también un proceso imprescindible, sin el cual el trabajo comunitario corre el riesgo de confundir a los actores de la realidad que se pretende estudiar, de quedarse en la superficie o en los márgenes de esos problemas o, más aún, de determinar externamente qué se debe hacer, dónde y cómo, cayendo en el paternalismo.*
>
> (Montero 2006a: 77)

Una efectiva comunicación entre la población y los sectores es determinante para desarrollar una relación de confianza, capaz de aportar a la disminución de la DCI. Si se generan ciertas condiciones, una base común, se logra ingresar a las viviendas para realizar intervenciones que mejoran los estilos de vida de las familias. Así, el conocimiento de los profesionales se fusiona con las prácticas comunales, lo que agrega valor a los conocimientos comunitarios en la resolución de problemas.

Ello se sustenta en la aplicación del enfoque intercultural que viabiliza el diálogo entre diferentes culturas en un marco de horizontalidad, lo que contribuye, en la práctica, a contrarrestar las relaciones de dominación social, política y económica que han caracterizado y caracterizan las relaciones entre la cultura hegemónica y culturas consideradas subalternas, como la cultura andina en Ayacucho. La interculturalidad supone una progresiva permeabilidad entre culturas y sensibilidades distintas, donde el reconocimiento del «otro-radicalmente-distinto nos embarca en el juego de ser otros» y exige una mirada crítica a las propias habilidades para relacionarse de manera positiva y creativa con ese otro distinto (Proyecto Amares 2006: 27).

En las comunidades de Juscaymarca (Los Morochucos), y Ñaupallaccta y Rosaspata (Vinchos), el personal de salud se acerca a las familias y promueve el fortalecimiento de los lazos de confianza a través de las visitas domiciliarias, la participación en faenas y asambleas comunales o el desarrollo de actividades que no constituyen directamente su función, como redactar el acta de reuniones comunales. Este tipo de acciones facilita que el personal de salud se convierta en un referente dentro de la comunidad y se generen espacios de diálogo e intercambio para promover las mejoras.

La comunidad de Rosaspata se caracteriza por una intensa cohesión social: los valores que orientan la vida colectiva son reconocidos y aceptados por la población, existe un fuerte sentido de reciprocidad y solidaridad, y sus organizaciones comunitarias —CODECO, ACS, JASS— comparten un objetivo común. La condición para trabajar con la población es reconocer sus valores y crear un sentido de pertenencia a la comunidad; es vital la relación que se establece con ella, la participación en la vida cotidiana y la flexibilidad para adaptarse a formas distintas de ver el mundo. Asimismo, hablar la misma lengua facilita entender los mensajes explícitos e implícitos. Todo esto supone el desarrollo de competencias interculturales.

En las entrevistas a los actores locales destaca cómo el sector Salud ha buscado, en general, entender a la persona y respetarla dentro de la complejidad de su cultura, reconociendo que esta no puede ser un obstáculo para que goce de igualdad de derechos y oportunidades. Sin embargo, la relación puede ser también de tensión si la perspectiva del personal de salud es rígida y no responde a las necesidades de la población sino al cumplimiento de sus propias metas sectoriales, como en el caso de Tambillo.

4.3.1 Los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal

El Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) del cuidado integral de la madre y del niño es un «espacio en la comunidad donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir al adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación a través de tres principales actividades: a) educación en prácticas saludables, b) vigilancia comunal y c) toma de decisiones, las cuales están orientadas al desarrollo potencial, intelectual y económico en la primera infancia, con participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de los líderes comunales, de las autoridades locales y comunales, del personal de salud y otros actores sociales» (MINSA 2014: 6).

Los CPVC responden a una estrategia de trabajo con la comunidad, que debe propiciar una participación activa y articulada de los ACS y el personal de salud, en coordinación con las autoridades locales y comunitarias.

Los ACS organizan consejería y sesiones demostrativas sobre alimentación balanceada y otras prácticas saludables —lactancia materna, lavado de manos, etcétera—, estimulación prenatal y estimulación temprana. Realizan la vigilancia comunal a través de paneles o *banners* que consignan información sobre cada niño y niña: sexo, edad, peso, talla, vivienda saludable y otros indicadores asociados a la DCI.

Para el funcionamiento de los CPVC, algunos locales fueron adaptados[21] y otros construidos e implementados con presupuesto del Plan de Incentivos a partir del 2010 en la mayoría de distritos investigados, según el esquema planteado por el Ministerio de Economía y Finanzas, y el Ministerio de Salud.

No obstante, Rosaspata-Vinchos inició la implementación de los CPVC en el 2008 por iniciativa de la comunidad, luego de una sensibilización realizada por el personal de salud sobre el alto índice de DCI, sus causas y efectos en la población infantil. Para su construcción y funcionamiento, se gestionaron recursos provenientes de la Municipalidad, la Red de Salud Huamanga y UNICEF. El personal de salud fortaleció las capacidades de los ACS como operadores del CPVC a través de pasantías, y materiales gráficos y audiovisuales. Luego de esta experiencia, se replicó la conformación del CPVC en Ñaupallaccta, Occollo, Putacca y otras comunidades. La gestión actual ha continuado con un proyecto iniciado en el período anterior, «Prevención de la DCI en el binomio madre-niño», fortaleciendo a los ACS y equipando algunos CPVC con *banner* y material lúdico.

Existen casos como el de Marcaya-Los Morochucos en los que, de no encontrarse el personal que atiende en el CVPC, se ha previsto que los miembros del CODECO —que están capacitados en el tema de la DCI— presten apoyo en la vigilancia

21 Los CPVC en Huamanguilla (Chullcupampa) y Vinchos (Ñaupallaccta) fueron adaptados, ya que antes eran locales comunales, escuelas, centros de residencia u otros que no estaban en funcionamiento.

nutricional, ya que todos cuentan con el diagnóstico y conocen las actividades que se desarrollarán durante el año, que han sido incorporadas en su plan de trabajo.

En las entrevistas realizadas al personal de salud y los ACS, ambos coinciden en que para asegurar el buen funcionamiento de los CPVC, los y las ACS deben estar empoderados en el tema de la DCI. Esto se logra mediante la capacitación, el acompañamiento del personal de salud y el reconocimiento por parte de la comunidad y el GL; de este modo se genera compromiso y se da valor al trabajo que realizan. Los y las ACS generan vínculos de familiaridad y una relación de tipo horizontal con las familias.

> *Una Promotora de salud tiene que saber aconsejar, orientar a la familia sin criticar para que ellos puedan hacer caso, tiene que preguntarle cómo puede hacer, porque si uno le dice lo que tiene que hacer, no lo hacen. Tiene que entrar con respeto.*
>
> Sonia Yupanqui, Promotora de salud, Ñaupallaccta-Vinchos.

Los CPVC que cumplen con estas condiciones son actual destino de pasantías o centros de aprendizaje, como Guayacondo-Tambillo, Rosaspata y Ñaupallacta en Vinchos, y Chullcupampa en Huamanguilla.

Estas estrategias de trabajo con la comunidad se desarrollan considerando el enfoque comunitario, que identifica a la persona como sujeto de su propio cambio; el enfoque intercultural, que respeta e incorpora las prácticas comunales como parte de la intervención y aprende del otro en un proceso de retroalimentación recíproco; y el enfoque de desarrollo humano, en el que la persona, haciendo uso de sus derechos, participa y exige el cumplimiento de estos de manera organizada y participativa.

En el caso del CPVC Ñaupallaccta, por ejemplo, el personal de salud exigía una retroalimentación de la Red Huamanga durante las visitas de supervisión. Los cambios propuestos se aplicaban solo después de haber llegado a consensos con la comunidad; por ejemplo, a propuesta de esta última se incluyeron en un *banner* las necesidades y problemas de la comunidad (cloración de agua, abastecimiento de multimicronutrientes conocidos como *chispitas*, violencia familiar, etcétera).

4.3.2 La organización comunitaria en la lucha contra la DCI

En general, la DCI no es un concepto nuevo en las comunidades o distritos. Aunque puede haber dificultades para explicarlo en términos técnicos, el tema es percibido como algo que afecta negativamente al desarrollo del ser humano y debe ser enfrentado. Las autoridades comunales (CODECO, ACS, etcétera) se reconocen como directamente responsables en la lucha contra la DCI.

El sector Salud ha venido desarrollando un trabajo de sensibilización y acercamiento a la comunidad a través de la estrategia PROMSA. Las y los agentes comunitarios son un elemento central de la estrategia, pues cuentan con el reconocimiento de la comunidad y tienen mayor contacto y cercanía con ella. Las ONG y la cooperación internacional han contribuido al fortalecimiento de estos agentes.

Los talleres comunales evidencian que los y las ACS tienen un adecuado conocimiento de la DCI, sus determinantes, efectos e intervenciones necesarias para estimular el desarrollo de niños y niñas.

> *Hay que alimentar con alimentos balanceados, frutas, verduras, carne. Eso les ayuda a crecer sanos y no caer en desnutrición, llevar a sus controles puntualmente.*
>
> Simeona Berrocal de la Cruz, Promotora de salud, Los Morochucos

> *Hay que tener la casa limpia, el cuarto ordenado y los juguetes de los niños limpios. Los animales también tienen que estar en otro sitio porque todo eso hace daño a los niños y tienen gusano y caen a desnutrición.*
>
> Taller con Promotoras de salud, Rosaspata, Vinchos, Abril 2014.

Se les estimula desde cuando están en el vientre de su mamá. Ellos escuchan y se mueven, desde ahí están aprendiendo. [...] con los juguetes les hacemos jugar, nos han dicho que los niños desarrollan su cerebrito jugando y es cierto, vemos que están más despiertos que nuestros hijos mayores. Nosotras les enseñamos a las mamás cómo deben hacerles jugar a sus hijos.

Vincenta Huamán, Madre consejera,
Chullcupampa-Huamanguilla

En cada capacitación que reciben, los ACS fortalecen conocimientos y luego los comparten con las madres en los talleres en el CPVC y/o en las visitas que realizan. Estas informaciones son intercambiadas entre las madres; poco a poco, los padres también se están involucrando en la atención a niños y niñas. Algunos GGLL, como los de Huamanguilla y Los Morochucos, han desarrollado actividades para promover su involucramiento.

Estrategias de intercambio como las pasantías a otras comunidades y la organización de concursos han estimulado el interés por aprender. En muchas visitas, las OSB solicitan retroalimentación sobre la labor efectuada, lo que muestra que valoran una mirada externa.

5. Perspectivas y aprendizajes de los diferentes actores

Como se señaló en la parte inicial del documento, el análisis de los propios actores respecto a las experiencias seleccionadas ha sido un aspecto importante en la metodología de recojo de información. En este capítulo se sintetizan los logros, las dificultades y las lecciones aprendidas del sector Salud, las comunidades y los gobiernos locales.

5.1 Reflexiones desde los gobiernos locales

Los GGLL manifiestan que la experiencia ha sido rica en aprendizajes con relación a la institucionalidad del GL, el espacio de diálogo y el rol de otros actores como el sector Salud, la comunidad, los programas sociales y la cooperación.

- Un factor clave ha sido contar con un marco de política desde el gobierno nacional y regional —EN Crecer y Crecer Wari—, lo que ha orientado a los GGLL para desarrollar sus políticas locales y liderar la lucha contra la DCI en sus distritos. Todos los GGLL estudiados lograron avances en la reducción de la DCI durante el período considerado;[22] uno de los factores más relevantes para ello ha sido la voluntad política en los ámbitos nacional, regional y local.

- Una práctica eficaz para la generación de apertura y voluntad política en las municipalidades ha sido confrontar a decisores políticos con datos sobre la DCI en las comunidades y distritos —línea de base sobre el estado nutricional de niños y niñas por comunidad, entre otros—. La información facilita el desarrollo de un objetivo común entre la comunidad, el GL y los sectores, en particular Salud. Este precedente se torna aún más importante si se considera una peculiaridad del desarrollo social, que es el hecho de no ser tangible, al menos en el corto plazo.

22 Solo en el caso de Los Morochucos no existe información posterior a la línea de base; se había previsto una nueva medición para el año 2014.

- En términos de gestión, los GGLL reconocen que la reorganización de la estructura municipal con personal capacitado y empático, la articulación y el diálogo continuo con los actores con presencia local, así como la asignación de presupuesto, han sido componentes decisivos en su proceso de lucha contra la DCI. Sobre este último aspecto, el limitado presupuesto asignado por el Fondo de Compensación Municipal (FONCOMUN) ha movilizado a los alcaldes a gestionar recursos adicionales con bastante éxito. El Plan de Incentivos es una herramienta importante en este tema.

- Se reconoce la relevancia de contar con recursos humanos capacitados y en número suficiente. Frecuentemente, los funcionarios del GL no cuentan con suficiente capacitación, lo que se agudiza si se produce una rotación del personal técnico recién capacitado. Asimismo, existen limitaciones para llegar a todas las comunidades, algunas de las cuales no tienen acceso vial directo. Estos cuellos de botella afectan seriamente la gestión local, lo que perjudica el desarrollo del proceso de lucha contra la DCI. Gestionar desde el GL la participación de colaboradores —por ejemplo, de profesionales jóvenes, mediante alianzas con universidades— ha contribuido a llenar algunos vacíos respecto a personal calificado.

- La existencia de un espacio de diálogo y concertación en el ámbito local, en el que el GL ejerce un rol de liderazgo —en algunos casos, con participación directa del Alcalde, y en otros con la conducción de la Subgerencia de Desarrollo Social— ha permitido compartir información sobre la gestión edil, así como enfrentar y superar algunas dificultades para la coordinación, toma de decisiones e implementación de medidas. Se reconoce que la Mesa constituye una plataforma de diálogo que permite una confluencia de distintos intereses, e impulsa la comunicación y cercanía con la población; esto genera una predisposición de las autoridades comunales para acompañar e impulsar la experiencia.

- Se reconoce, asimismo, que aunque la articulación conlleva más tiempo y esfuerzos para desarrollar planes e implementar acciones, el trabajo articulado alcanza mejores resultados, recibe más aceptación por parte de las comunidades —porque permite desarrollar un lenguaje y un mensaje común—, y fortalece la institucionalidad. Dado el dinamismo que aporta la articulación, queda clara la necesidad de impulsarla continuamente.

- Los programas sociales, especialmente Juntos y Cuna Más, han sido aliados estratégicos para el involucramiento de las comunidades en fases particularmente sensibles, como la convocatoria y la sensibilización. Asimismo, se considera que el trabajo de sensibilización del sector Salud ha sido fundamental para lograr un mayor acceso a las familias a través de la estrategia PROMSA, que ofrece los componentes necesarios para la lucha contra la DCI.

- En todos los distritos estudiados han intervenido la cooperación internacional o las ONG, que han desarrollado estrategias y materiales de apoyo para el trabajo con las comunidades; por ejemplo, material de sensibilización e instrumentos de gestión comunitaria. Esta experiencia es muy valorada y ha sido capitalizada por los GGLL en temas como vigilancia comunitaria, agua segura y otros. En este marco, los GGLL reconocen que el intercambio con actores externos ha sido muy valioso y los ha fortalecido. Igualmente, consideran que la comunidad-familia es el centro de la intervención.

- Todos los actores han sido flexibles en sus intervenciones, ya que cada comunidad e institución tiene sus peculiaridades y estilo de trabajo, aun cuando sus realidades sean semejantes. Por ejemplo, en el distrito de Vinchos la población se adecúa a los horarios programados por el GL y Salud para realizar las reuniones, mientras que en otros distritos —Huamanguilla, Los Morochucos y Tambillo— la comunidad define en qué horario dispone de tiempo para trabajar con las instituciones.

- El involucramiento de las organizaciones comunitarias —CODECO, JASS— es un requisito para que la intervención sea sostenible, pues institucionaliza y fortalece los procesos en marcha, que son de largo aliento. Para ello, se requiere una asesoría, insumos y presupuesto permanente.

- En el ámbito comunitario, las pasantías han sido un instrumento fundamental para promover el aprendizaje entre pares y replicar experiencias exitosas. Tomar como ejemplo a comunidades similares y reflexionar sobre la experiencia con todos los comuneros ha sido motivador tanto para la población como para el GL. Además, el ser centro de pasantía es un reconocimiento del proceso desarrollado.

5.2 Reflexiones de las y los operadores de salud

Las y los operadores de salud, independientemente de que su experiencia sea larga o corta, reconocen algunas limitaciones para la atención que brindan; asimismo, son conscientes de que su intervención en las comunidades implica un permanente proceso de aprendizaje.

- Respecto a las limitaciones, consideran que tienen una excesiva carga de trabajo debido a la alta demanda del público usuario de los EESS y la elevada carga administrativa —llenado de fichas, entre otros—, que en muchos casos les demanda más tiempo que las propias tareas de atención. Como resultado de ello, el tiempo de espera en los establecimientos es muy prolongado, y las y los usuarios presionan al personal para que los atienda, puesto que les urge retomar las labores domésticas y agrícolas que han dejado pendientes.

- En los casos estudiados, la precariedad de la situación laboral del personal incide en la calidad de servicio que se brinda. En el caso del personal contratado, los contratos son anuales, pero cuando los trabajadores son destacados a lugares alejados y con muchas carencias, no se sienten motivados a cumplir con el período de trabajo establecido y más bien buscan mejores oportunidades. Esta situación genera estrés en el personal estable, que en el caso de la sectorización debe asumir sectores adicionales; y también es negativa para la población, que no logra establecer una relación de confianza con el personal de salud.

- Por otro lado, en las entrevistas se manifiesta que los bajos salarios terminan desmotivando al personal de los EESS, lo mismo que el escaso reconocimiento a la labor que realiza en el campo. Como comentó un trabajador de salud: «Cuando superamos las metas o tenemos algún logro, desde el sector Salud no nos dan ni una carta de agradecimiento; pero cuando hay algo negativo, muerte materna, ahí nos sancionan drásticamente».

- En cuanto a la relación con los GGLL, el personal de salud subraya que tanto para la reducción de la DCI como para otros temas, es clave desarrollar un trabajo articulado que llegue a toda la población, sensibilizar, capacitar y compartir recursos. Así, establecer relaciones estratégicas con el GL y a nivel comunitario mejora la eficacia de los resultados.

- En el ámbito local existen oportunidades de aprendizaje que el personal de salud replica para mejorar su desempeño. Un claro ejemplo de aprendizaje se está aplicando en Juscaymarca, Los Morochucos, donde el personal de salud que antes trabajaba en Vilcashuamán y vivió la experiencia impulsada en conjunto con ACH ahora la replica y toma iniciativas para desarrollar acciones en su establecimiento por ejemplo, se acerca al GL, ya que conoce sus funciones y sabe qué tipo de apoyo puede solicitar.

- El personal de salud de las comunidades visitadas considera imperativo establecer buenas relaciones con las autoridades comunales, lo que facilita el intercambio de opiniones y fortalece la intervención en las comunidades. Se considera que la comunicación abierta y el acercamiento a las personas en sus hogares son medios para ganarse la confianza de la población; el personal entra como observador y busca la manera adecuada de trasmitir mensajes orientados a mejorar actitudes personales.

En el campo se trabaja mejor [respecto a la ciudad] con las mamás y papás, ellos te brindan su tiempo, te invitan a sentarte.

Lizet Paula Hinostroza Chanca, exserumista. Ñaupallaccta, Vinchos

- Se constató que el personal de los puestos de salud tiene un fuerte vínculo con la comunidad, ya sea debido a las visitas domiciliarias o por su involucramiento en actividades culturales. Los trabajadores de salud son considerados actores importantes y pueden convertirse en líderes transformadores;[23] profundizar esta familiaridad es una condición para obtener una respuesta positiva por parte de la comunidad.

- El fortalecimiento de las OSB tiene que ser constante. Es necesario recordar a los líderes cuáles son sus funciones, pues en muchos casos no las cumplen por realizar otras actividades y asumir otros cargos en la comunidad. Las capacitaciones a la población deben abordar temas muy concretos, y desarrollarse con un lenguaje y una metodología apropiados. Es relevante continuar sensibilizando sobre el valor nutricional de los alimentos para mejorar la nutrición en la niñez y asegurar que el agua sea apta para el consumo humano.

- Se reconoce la importancia de una comunicación fluida con la población. Por ejemplo, en casos de emergencia o cuando tienen que realizar visitas domiciliarias, los trabajadores de salud deben dejar el establecimiento,[24] y por lo general se preocupan por informar esta ausencia al público usuario —mediante llamadas telefónicas o encargando a los vecinos— para evitar que acuda en vano a los controles.

- Aunque se ha recorrido un largo camino y los ACS tienen cierto nivel de conocimiento, los operadores de salud advierten que todavía existe la necesidad de enfocarse en las actividades de promoción de la salud, las cuales no tienen mucho reconocimiento.

5.3 La perspectiva de las comunidades sobre los servicios de salud

Respecto a las apreciaciones de las comunidades sobre el servicio brindado por los operadores de salud, encontramos una variedad de opiniones, tanto positivas como negativas.

- El uso de imágenes, audiovisuales, etcétera, en la consejería y las sesiones demostrativas se valora porque aclara las explicaciones brindadas por el personal de salud. También se valora el uso del quechua, pues facilita la comprensión de los mensajes, como ocurre en Ñaupallaccta, donde las sesiones de aprendizaje son mensuales y se adaptan a los diferentes tipos de público.[25] En la mayoría de los casos, la población valora que el personal se tome el tiempo necesario para atender a los niños, niñas y gestantes, y brindar consejería.

- Respecto a la calidad de atención, en algunos casos los comuneros manifestaron haber sido maltratados por el personal de salud. Estas quejas se agudizan cuando se refieren al personal de los centros de salud (niveles 1-2/3). Por ejemplo, uno de los casos se refiere a la rígida división de tareas del personal de salud, en el que cada trabajador asume un rol establecido y, si está ausente, los servicios que brinda —como las vacunas— no están disponibles. Esta forma de organización y la lejanía de este tipo de EESS desmotivan a las madres a asistir a sus controles regularmente.

- Las comunidades visitadas reclamaron fuertemente por la escasez de personal en los puestos de salud. En el mejor de los casos, se cuenta con dos profesionales que atienden entre 8 y 12 horas, preferentemente por la mañana. En los lugares más alejados, después del horario se atienden solo emergencias, lo que genera

23 Los líderes transformadores son motivadores, fomentan la participación y colocan el beneficio de la comunidad por encima del propio interés; sus palabras y obras sirven de modelo de inspiración, comparten información, delegan responsabilidades (Montero 2006b: 98-100).

24 En muchos puestos de salud se dispone solo de un trabajador, que tiene a su cargo entre cinco y siete comunidades.

25 Gestantes y madres de niños y niñas de hasta 12 meses de edad, madres de niños y niñas de entre 1 y 2 años, y madres de niños y niñas de entre 2 y 3 años.

serias dificultades a las familias debido a la recarga de labores y al hecho de que las niñas y niños asisten a la escuela por las mañanas. El personal de salud tampoco garantiza que realizará las visitas domiciliarias.

- Las autoridades comunales reconocen el papel proactivo que les corresponde en la mejora de su propia comunidad. Son conscientes de los esfuerzos del sector Salud y del GL en la lucha contra la DCI, y consideran necesario compartir las tareas y el aporte de recursos entre los actores.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

1. La DCI ha sido reconocida como problemática social y se ha convertido en una de las prioridades en los cinco distritos se considera necesario enfrentar este problema para lograr el bienestar de la primera infancia. Los actores locales destacan el avance y realizan un análisis crítico de su propio proceso. Este es el primer paso para construir la ruta de aprendizaje que ha permitido a los GGLL estudiados impulsar el desarrollo social en sus territorios.

2. Algunas características de la gestión local han hecho posible el proceso y los resultados de la lucha contra la DCI. Entre estas destacan la voluntad política, expresada tanto en la reorganización de la estructura interna de la Municipalidad como en la formación y continuo fortalecimiento de un equipo de gestión. Asimismo, la alianza con otros actores, que permite establecer un proceso de articulación de alcance distrital y comunal, aprovechando las capacidades y recursos disponibles en el territorio. El concepto de articulación se ha implementado —tanto a nivel horizontal como vertical, desde lo comunal hasta lo distrital— sin necesariamente utilizar un discurso concreto sobre este término. Se identifica un mismo objetivo, para luego planificar y emprender acciones en conjunto.

3. Reconocer y rescatar tanto los conocimientos como la experticia de los diferentes actores —líderes comunales, funcionarios y personal de salud— ha facilitado la implementación inicial y ha acelerado el proceso de lucha contra la DCI en el ámbito local. Actores con experiencia previa han podido aplicar su aprendizaje al desarrollo de nuevos procesos.

4. La Mesa de Concertación Distrital u otro espacio de diálogo similar ha facilitado la comunicación entre autoridades y población, y ha

permitido construir y fortalecer los enfoques apropiados en la estrategia de intervención tanto distrital como comunal. En esta plataforma se genera una demanda de información sobre la situación nutricional de los niños y niñas de las comunidades. Obtener y compartir dicha información entre los actores involucrados se traduce en que todos manejen un mismo nivel de conocimiento —por ejemplo, resultados de línea de base— y en que se genere una mayor conciencia sobre el problema; asimismo, impulsa acciones conjuntas para resolverlo.

5. Además, esta plataforma ha favorecido la creación de consensos y alianzas estratégicas entre diversos actores. El consenso y el diálogo se han promovido tanto al interior de la comunidad y con las autoridades como a nivel familiar, lo que ha permitido implementar la mayoría de las intervenciones que requerían entrar en el espacio privado del hogar. Para ello, ha sido preciso desarrollar no solo capacidades técnicas y habilidades personales entre los funcionarios del GGLL, el establecimiento de salud y los ACS, sino también una relación de confianza entre la población y las instituciones públicas.

6. Variables importantes en la implementación del proceso de desarrollo local son el contexto comunal y el distrital, cuya diferente respuesta a las intervenciones debe ser considerada por los distintos sectores y actores externos. Ellos deben adaptar sus estrategias y acciones a dicho contexto, y tomar en cuenta que la presión por el cumplimiento de metas puede afectar el logro de resultados.

6.2 Recomendaciones para las experiencias locales de lucha contra la DCI

1. En la medida en que todavía es una práctica institucionalizada priorizar las obras de infraestructura para satisfacer las necesidades de la población, en desmedro de otras intervenciones necesarias para impulsar el desarrollo social y humano, se recomienda continuar insistiendo en la relevancia de promover este último tanto en el ámbito del gobierno local como de la comunidad. Hay que rescatar la importancia del liderazgo activo del Alcalde y los funcionarios municipales para dichos fines.

2. Tanto los actores externos —la cooperación internacional, las ONG— como los sectores deben reconocer a los GGLL como gestores de su territorio, de manera que estos últimos se apropien de los procesos locales de lucha contra la DCI y les den continuidad. El empoderamiento del GL, el hecho de que cuente con personal capacitado y la institucionalización de determinadas herramientas —como el desarrollo de una línea de base sobre el estado nutricional del niño o niña, y las mediciones periódicas para evaluar los resultados y ajustar el enfoque y la ruta por seguir— inciden en la continuidad y sostenibilidad del proceso.

3. Todos los GGLL pueden emprender este camino con una organización y una inversión adecuada de recursos, aun si esta no es demasiado alta, siempre que esté orientada al logro de resultados. En primer lugar, se requiere asegurar la existencia de una unidad orgánica responsable del desarrollo social en el Municipio, que cuente con las capacidades de gestión necesarias. A la vez, se necesita que el Municipio asigne a esta unidad un presupuesto que le permita desarrollar acciones contra la desnutrición crónica en conjunto con el sector Salud y las comunidades.

4. A pesar de lo mencionado, cabe resaltar que una buena experiencia hoy puede convertirse en una menos buena mañana. Por ello, se sugiere planificar un proceso de largo aliento y cuantificar la inversión requerida. Esto pasa por analizar y evaluar las acciones, y buscar alternativas frente a nuevos desafíos, dado que las dificultades siguen presentándose en diferentes niveles; generar e intercambiar información periódica —situación nutricional de niños y niñas, brechas en el acceso a servicios, entre otros aspectos— para movilizar la toma de decisiones y la acción concertada; dinamizar el espacio de diálogo entre los actores locales alrededor de la situación del distrito y las posibles medidas que se deben tomar. Todo esto contri-

buye a una gestión transparente, y fortalece el proceso allí donde se presenten debilidades en el ámbito distrital y comunal.

5. Resulta fundamental seguir promoviendo los procesos iniciados, sobre todo cuando se producen cambios en la gestión gubernamental local. Se requiere una fase de sensibilización —en la que participe el equipo completo del GL— dirigida hacia algunos funcionarios y parte de la población, que no manifiesten un interés por priorizar a la primera infancia en el presupuesto.

6. Continuar fortaleciendo los recursos humanos es indispensable para reducir los niveles de DCI. Se debe reforzar las capacidades del personal de salud —antropometría, trabajo de equipo, consejería, etcétera— y el GL debe estar interesado en impulsar el desarrollo humano y contar con técnicos capacitados.

7. Desarrollar o continuar con la labor articulada alivia la carga de los diversos actores involucrados y los motiva a tomar acciones. No es necesario que se implemente un nivel complejo de articulación. Se ha reconocido que solo a través de un trabajo en conjunto —compartir un diagnóstico, planificar y tomar decisiones en torno a la problemática, implementar acciones, monitorear los avances— se pueden alcanzar ciertas metas.

8. Todos los actores que implementan acciones en la comunidad requieren tomar en cuenta la modalidad existente de organización comunitaria y los recursos disponibles (capital humano), evitando crear formas de liderazgo paralelo que causen conflictos de legitimidad y confusión en la misma comunidad. Las familias y las comunidades son sujetos activos de todo el proceso; involucrar a los actores comunales en todas las etapas, respetando su cotidianidad y sus formas de comunicación, es significativo para su empoderamiento.

9. Finalmente, priorizar en la agenda política la lucha contra la DCI significa valorar el desarrollo humano en las comunidades. Para ello, es necesario fortalecer a las OSB y trabajar con estas, y que las familias asuman un papel activo y participen de la búsqueda de soluciones.

Bibliografía

Azpur, Javier; Eduardo Ballón, Luis Chirinos, Epifanio Baca y Gerardo Távara
2006 *La descentralización en el Perú. Un balance de lo avanzado y una propuesta de agenda para la reforma imprescindible*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y Grupo Propuesta Ciudadana.

CARE Internacional-Avina
2012 *Programa Unificado de Fortalecimiento de Capacidades. Módulo 3: Organización comunitaria*. Cuenca: CARE Internacional-Avina.

Castañeda, V.
2014 *«La articulación y coordinación de las políticas multisectoriales. Aspectos para la mejora continua de la gestión gubernamental». Administración Pública & Control*. Año 1, número 2.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
2013 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.*

International Food Policy Research Institute (IFPRI)
2000 *Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries. Past Achievements and Future Choices. 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment*. Discussion Paper 30.

Ministerio de Salud (MINSA)
2014 *Criterios técnicos para la sostenibilidad en el funcionamiento del Centro de Promoción de Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño. Lima: MINSA*.
2012 *Guía metodológica de la estrategia de sectorización para promoción de la salud en cogestión con la comunidad. Lima: MINSA*.

Montero, Maritza
2006a *Hacer para transformar: el método de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.*
2006b *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.*

Proyecto AMARES
2006 *Salud Mental Comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones.*

USAID Perú y Programa ProDescentralización
2006 *Sistematización del proyecto Organización, Fortalecimiento y Continuidad de los Comités de Desarrollo Comunal (CODECO). Tambillo, Ayacucho.*

Anexos

A. Algunos hitos cronológicos a nivel distrital

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Concepción				Subgerencia de Desarrollo Social	Área Técnica Municipal de AyS (ATMASA)	Proyecto Comunidades Saludables
				Una ordenanza reconoce la MCLCP y la prioridad dada a la DCI	Acuerdos provinciales	Ordenanza para disminuir la DCI e incrementar la seguridad alimentaria
					Publicación del Plan de Desarrollo Concertado	
				Fortalecimiento de las capacidades de los ACS	Escuela de formación provincial de Agua y Saneamiento	
					Sectorización del GL	
				Campaña del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) 2011-2014		
Huamanguilla	Línea de base		Evaluación			Evaluación
	Pasantía a Tambillo	Implementación en Chullcupampa	AyS se amplia			
	Proyecto Comunidades Saludables					
	Subgerencia de Desarrollo Social	Reconocimiento de la DEMUNA				
	UNICEF empieza a brindar apoyo económico a Subgerencia de Desarrollo Social			Redacción de la *Guía metodológica para formación de madres líderes* (ACH, Asociación de Promotores de Salud)		
Los Morochucos	AyS a través de FONCODES y Servicios Educativos Rurales (SER)		Instalación de agua potable en centros poblados	Implementación del Proyecto de Seguridad Alimentaria para la Lucha Contra la DCI		
					LdB	
		Mesa de Concertación				
		Proyecto TADEPA para gestantes y niños de 0-3 años en 21 comunidades			Proyecto TADEPA para gestantes y niños de 0-3 años en 21 comunidades	

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tambillo	Proyecto Familia y Comunidades Saludables desde el 2007					
	Más presupuesto y personal para la Subgerencia de Desarrollo Social	La Subgerencia de Desarrollo Social cuenta con expediente técnico	PI trabaja el tema de nutrición y vigilancia		Continúa la clora-ción de agua a 18 comunidades	
			DEMUNA	Unidad de Agua y Saneamiento		
		Implementación del Centro de Desarrollo Infantil				
		LdB				
		Pasantía a Cusco para decisores políticos				
				Convenio con la Dirección Regional de Vivienda para brindar asistencia técnica y trabajar en comunidad modelo; se contemplan las pasantías.		
Vinchos	El GL contrata a personal para la lucha contra la DCI	Construcción del hogar materno				
	UNICEF empieza a participar con financiamiento	GL financia a personal de salud				
	Saneamiento en tres centros poblados					
	Tres postas médicas					
	PDC 2003-2015 con tema DCI					
	CPVC en Rosaspata		CPVC en Ñaupallaccta	CPVC en Arizona, Culluhuancca, Paqcha, Putacca y Yaruca	CPVC en Moyobamba 2	

Metodología

B. Selección de los gobiernos distritales

El primer abordaje para la selección de las experiencias locales se realizó sobre la base de las respuestas que dieron los representantes de ACH, CARE, el Centro de Desarrollo Agropecuario (CEDAP), el Centro de Promoción de Derechos de la Niñez y Adolescencia (CEPRODENA-UNICEF), el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES), el Gobierno Regional de Ayacucho, Juntos, Kallpa, la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza de Ayacucho (MCLCP-A), la Red de Municipalidades Rurales de Ayacucho (REMURAY), TADEPA y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) a las siguientes preguntas:

1. ¿En qué gobiernos locales existen «buenas prácticas» para la lucha contra la DCI?
2. ¿Por qué el caso X constituiría una buena práctica en la lucha contra la DCI?

Algunas de las respuestas fueron el compromiso del GL, la existencia de una línea de base, una tradición de participación, un cambio de actitud en las comunidades a partir de las intervenciones, la presencia de personas con iniciativa, la inversión en primera infancia.

En la segunda fase se seleccionaron GGLL según los siguientes criterios:

1. Estructura del Gobierno Municipal-Subgerencia de Desarrollo Social
2. Empoderamiento de diferentes actores locales y espacio de diálogo
3. Uso de algunas herramientas concretas (línea de base, ordenanzas, etcétera)
4. Accesibilidad
5. Interés por la propuesta de sistematización y el proceso de aprendizaje

C. Técnicas e instrumentos

Mapa de actores

A través de esta técnica se buscó identificar a los actores clave del sistema y analizar su importancia e influencia sobre los resultados de la intervención, así como las relaciones que establecen con su entorno. Su aplicación permitió determinar con quiénes se contaba para reconstruir la experiencia promovida e identificar las estrategias específicas que ayudaron a garantizar el éxito de esta en la reducción del DCI. Esta misma herramienta contribuyó a comprender el contexto socioeconómico y político en el cual se inserta la política de DCI, y por ende, cómo se establecieron las prioridades y tendencias.

Línea de tiempo

Esta metodología permitió identificar y representar gráficamente los sucesos históricos o hitos en el territorio de los distritos estudiados. Se identificaron las acciones y momentos clave en la lucha para reducir la DCI a lo largo del período estudiado.

Metodología para identificar los factores de éxito y las lecciones aprendidas

Contempló tres fases:

1. Trabajo en grupos: Se identificaron las dificultades y los resultados logrados en el distrito respecto a la reducción de la DCI.
2. Lecciones aprendidas y sostenibilidad: Se identificaron las prácticas que pueden ser replicables y cuya ejecución es sostenible.
3. Reflexión general: Se invitó a los y las participantes a reflexionar sobre sus experiencias y logros, a fin de retroalimentar y dar continuidad a las prácticas positivas para la lucha contra la DCI.

La aplicación de las herramientas metodológicas señaladas se realizó en un marco de respeto por las ideas y creencias de los participantes. Se promovió su participación activa y libertad de expresión a fin de recolectar toda la información que ayudara a reconstruir la experiencia analizada.

Guía de entrevista a actores clave

Para Alcaldes, Gerentes Generales, Subgerentes de Desarrollo Social y Coordinadores de proyectos, políticas, programas y planes

Prioridades

1. ¿Cómo se establecen las prioridades? ¿Por qué le interesa al GL disminuir la DCI? ¿Por qué es importante trabajar en DCI?
2. ¿El GL ha liderado la iniciativa de la lucha contra la DCI desde sus inicios? ¿Por cuánto tiempo?
3. ¿Cuáles son las intervenciones efectivas para reducir la DCI? ¿Qué políticas públicas locales/programas para reducir la DCI se han implementado en el distrito?
4. ¿Qué otros planes se han desarrollado en este marco? ¿Cómo evalúa el nivel de implementación de dichos planes? ¿Por qué?
5. Responda si durante el período 2007-2013 se han formulado los siguientes proyectos o intervenciones:
   - Proyectos de inversión para disminuir la DCI. ¿Cuáles?
   - Intervenciones en los procesos del Presupuesto Participativo. ¿Quiénes proponen las ideas de proyecto? ¿Cuál es la respuesta de la asamblea general en los ejercicios de priorización? ¿Qué actores organizados suelen participar en el PP?
6. ¿Los resultados alcanzados con los proyectos ejecutados corresponden a lo planificado y a los objetivos planteados? ¿Es posible imaginar cómo aplicar estos proyectos en otras comunidades de este distrito? ¿Dónde?
7. ¿Qué elementos podemos rescatar de estos proyectos? ¿Qué ha funcionado bien? ¿A qué soluciones se ha llegado?
8. ¿Cuál(es) ha(n) sido el/los elemento(s) nuevo(s) propuesto(s) en la intervención? ¿Cómo se diferencia de lo que se ejecutaba antes del 2007?
9. ¿Cuáles son las áreas de mayor riesgo? ¿Se invierte en estas áreas?
10. Sostenibilidad: ¿qué mecanismos han aplicado para dar continuidad a los procesos iniciados?

Presupuesto e inversión pública

1. ¿Cuáles y cuántos han sido los recursos orientados a disminuir la DCI en el distrito durante los años 2007-2013?
2. Asignación de presupuesto: ¿cómo se ha desarrollado el proceso de inversión con enfoque en DCI durante ese período y a qué otros sectores se involucró? ¿Cómo evalúa la ejecución del presupuesto orientado a la DCI durante ese período?
3. Señale qué dificultades han surgido en los siguientes procesos y cómo se están enfrentando:
   - Planificación presupuestaria, ejecución presupuestaria, rendición presupuestaria.
   - Formulación y ejecución de los proyectos de inversión.
4. ¿Por qué se prefirió usar una fuente de presupuesto y no otra? (Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI)/PAN...).
5. ¿Qué avances se han logrado en la aplicación del PI? ¿Qué dificultades han enfrentado?
6. ¿Se han propuesto proyectos de nutrición infantil en la Gerencia de Desarrollo Social o desde las redes de servicios de salud? ¿Cuál fue la respuesta del equipo de gestión regional/municipal?

Desarrollo institucional

1. Evolución de la institución/arreglos institucionales/medidas que se tomaron para la lucha contra la DCI. ¿Cómo se ha organizado el GL en el tiempo?
2. ¿Cuentan con un consejo o plataforma distrital para la lucha contra la pobreza y la DCI? ¿Desde cuándo? ¿Está en funcionamiento?
3. ¿Existe en la estructura orgánica del GL un área encargada de los planes de lucha contra la DCI? ¿Cómo está conformada? ¿Cuáles son sus tareas?
4. ¿Con qué otras oficinas se trabaja concretamente el tema de DCI, dentro y fuera del GL?
5. ¿Cuáles son las características de los proyectos anuales desarrollados? ¿Se aplica alguna tecnología informática como parte del monitoreo de intervenciones contra la DCI? ¿Cómo realizan la medición de los indicadores de la DCI para saber si están cumpliendo la meta? ¿Quiénes son responsables del proceso por niveles? ¿Han encontrado dificultades? ¿En qué etapa del proceso?

Estrategia comunitaria

1. ¿De qué manera afectó el conflicto armado interno el tejido comunitario y la relación con las instituciones?
2. ¿Existe organización comunitaria? ¿Es importante? ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades? ¿Cómo las comunidades están apoyando el proceso?
3. ¿Qué mecanismos de intercambio de información o rendición de cuentas existen? (padrón nominal, capacitaciones, sensibilizaciones, etcétera).

Para miembros del sector Salud, GL, JASS, ACS

Articulación

1. ¿Cuáles son los puntos de encuentro de las diferentes instituciones en el tema de DCI?
2. ¿Cómo se está trabajando en la articulación?
3. ¿Qué acciones se realizan en estos puntos de encuentro y cómo se desarrollan?
4. ¿Qué funciona y qué no en la articulación?
5. ¿Cómo ha evolucionado la articulación? (proceso). Representarlo en un gráfico.
6. ¿En qué temas se ha articulado?
7. ¿Qué valor tiene la articulación en la lucha contra la DCI?
8. ¿Qué estrategias de articulación con la comunidad han desarrollado?
9. ¿Salud informa al GL sobre su plan?

Para líderes comunales

1. ¿Cómo se trabaja con el GL? ¿En qué?
2. ¿Hay un cambio de actitud hacia las gestantes y recién nacidos? ¿De qué tipo?
3. ¿Qué apoyo brindan los promotores?
4. ¿Qué apoyo brindan los diferentes sectores (Salud, Agricultura, Educación, etcétera)?
5. ¿Cómo negocian si un servicio no se atiende de manera adecuada?

D. Relación de actores entrevistados

Nombre	Cargo	Institución-lugar
Abraham Mallquin Huyllahuamán	Subgerente de Desarrollo Social	Municipalidad de Huamanguilla
Adrián Fernández	Obstetra	Salud, Los Morochucos
Alfredo Huamaní Rodríguez	Responsable del puesto de salud	Salud (obstetra), Tambillo
Annie Sumacc	Responsable de la DEMUNA	Municipalidad de Tambillo
Bladimiro Pizarro Castro	Subgerente de Desarrollo Social	Municipalidad de Concepción
Carlos Juscamayta	Exresponsable de planificación, monitoreo y evaluación	UNICEF de Huamanga
Carlos Ramos Alarcona	Promotor de salud	Hualcchanca, Los Morochucos
Carlos Salazar	Consultor de Desarrollo Local	CEPRODENA-UNICEF, Huamanga
Carmen Vallejo	Coordinadora regional	USAID-Management Sciences for Health (MSH), Huamanga
Catalina Luz Galindo Rubio	Responsable del puesto de salud	Puesto de salud, Concepción
Celso Arostegui Melgar	Coordinador	Programa Mundial de Alimentos, Huamanga
Daniel Sulca	Regidor	Municipalidad de Huamanguilla
Donata Cerda	Regidora	Municipalidad de Huamanguilla
Donato Béjar Ramos	Gobernador	Gobernación de Concepción
Doris Mejía Palomino	Coordinadora del proyecto Comunidades Saludables	Municipalidad de Concepción
Edgar Lara	Subgerente de Desarrollo Social	Municipalidad de Tambillo
Edgar Oré	Exsubgerente de Desarrollo Social	Municipalidad de Huamanguilla
Edwin Cangana	Responsable del Área Materno-Niño	Salud, Los Morochucos
Elizabeth Bautista Vega	Obstetra	Putacca, Vinchos
Elizabeth Guzmán Vidalón	Consultora	USAID-MSH, Huamanga
Felio Chuchón Ataucusi	Subgerente de Desarrollo Social	Municipalidad de Vinchos
Francisca Layan	Líder	Sociedad civil, Concepción

Nombre	Cargo	Institución-lugar
Fredy Mejía Chinchai	Responsable del CLAS	Salud, Los Morochucos
Fredy Quispe Ataucusi	Responsable del Área de Agua y Saneamiento	Municipalidad de Vinchos
Freddy Carrera	Consultor de Supervivencia y Desarrollo Infantil	CEPRODENA-UNICEF
Gloria Álvarez	Jefa Territorial	FONCODES, Huamanga
Gregorio Castro	Responsable de la DEMUNA	Municipalidad de Los Morochucos
Héctor Cárdenas	Responsable del Área de Agua y Saneamiento	Municipalidad de Los Morochucos
Hugo Colos Oré	Subgerente de Desarrollo Social	Municipalidad de Los Morochucos
Jhorella García Sabrera	Nutricionista	Municipalidad de Tambillo
Jorge Bellido Quicaño	Presidente de JASS	Capillapata, Los Morochucos
José Coronel	Coordinador de CEPRODENA	CEPRODENA-UNICEF, Huamanga
Juan Pacheco	Alcalde	Municipalidad de Huamanguilla
Krupskaya Prado	Exconsultora de Desarrollo Infantil Temprano	CEPRODENA-UNICEF
Lía García	Coordinadora Regional	CARE, Huamanga
Lizet Paula Hinostroza Chanca	Exprofesional del Programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS)	Ñaupallaccta, Vinchos
Lorena Hermoza	Secretaria Ejecutiva	MCLCP de Ayacucho
Lourdes Callañaupa Pillaca	Exencargada del Área Social	Municipalidad de Tambillo
Lucha Isidora Calderón	Promotora de salud	Sociedad civil, Huamanguilla
Lucía Sayanas Huamán	Responsable del Área de Agua y Saneamiento	Municipalidad de Huamanguilla
Marcelino Cuti Qenta	Responsable del Área de Agua y Saneamiento	Municipalidad de Tambillo
Marcial Berrocal Areno	Responsable de la Unidad Local de Focalización	Municipalidad de Los Morochucos
Mariano Quispe	Presidente de JASS	Sociedad civil, Huamanguilla
Maribel Sauñe Pañagua	Responsable de la DEMUNA	Municipalidad de Huamanguilla
Marisol Marquina	Coordinadora técnica	Juntos, Huamanga

Nombre	Cargo	Institución-lugar
Maruja Palomino	Responsable del Área PROMSA	Red Huamanga
Maximiliano Flores Curi	Promotor de salud	Rosaspata, Vinchos
Máximo Cárdenas	Secretario	JASS, Concepción
Mercedes Tineo	Promotora de salud	Tambobamba, Tambillo
Miriam Morales Guillén	Facilitadora	Cuna Más, Huamanguilla
Nelly Pariona Arotinco	Responsable del puesto de salud	Ñaupallaccta, Vinchos
Néstor Ccoragua	Exalcalde	Municipalidad de Tambillo
Nora Betty Yacejanampa	Jefa de personal	Salud, Huamanguilla
Paul Salcedo Huamán	Responsable de PROMSA	Microrred de Vinchos
Paulino Oré Flores	Exalcalde	Municipalidad de Vinchos
Rafael Moisés Casas	Director	Asociación Kallpa, Huamanga
Ramón Salazar	Gerente Municipal	Municipalidad de Huamanguilla
Rogelia Lizana Rupay	Responsable de Técnicas Ancestrales	ACH, Huamanguilla
Rubén de la Cruz	Responsable del puesto de salud de Juscaymarca	Salud, Los Morochucos
Rubén Mendoza Hiyo	Responsable de PROMSA	Salud, Huamanguilla
Rubén Rivera Riveros	Coordinador del Proyecto de Seguridad Alimentaria	Municipalidad de Los Morochucos
Rufino Espinoza	Presidente	JASS, Concepción
Ruth Gonzales Espinoza	Coordinadora del Proyecto en Vilcashuamán	ACH, Concepción
Severo Tineo Morales	Coordinador	TADEPA, Huamanga
Simeona Berrocal de la Cruz	Promotora de salud	Hualcchanca, Los Morochucos
Sofía Oncebayasarote	Enfermera	Salud, Huamanguilla
Sonia Yupanqui Miranda	Agente comunitaria de salud	Ñaupallaccta, Vinchos
Tulia García	Directora	CEDAP, Huamanga
Vicenta Huamán	Madre consejera	Sociedad civil, Huamanguilla
Virgilio León	Exresponsable del puesto de salud	Rosaspata, Vinchos

cooperación
alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Implementada por

giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH