

Desco
Centro de estudios y promoción del
desarrollo

Proyecto

“Fortalecimiento de las capacidades locales en la gestión, provisión y mejora de las infraestructuras de los servicios públicos de atención primaria en salud en el marco de la descentralización del sector salud en los distritos de Palca y Huando, departamento de Huancavelica”

Informe de Evaluación Final

Consultor: Iván Mendoza
Lima, mayo de 2016.

Lista de siglas y acrónimos

ACS:	Agentes comunitarios de salud
CS:	Centro de Salud
CPVC:	Centros de Promoción y Vigilancia Comunales
CVT:	Comités de vigilancia y transparencia
DESCO:	Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo
DIRESA:	Dirección Regional de Salud
EDA:	Enfermedad diarreica aguda
EESS:	Establecimientos de Salud
GL:	Gobierno Local
GR:	Gobierno Regional
IRA:	Infección respiratoria aguda
MINSA:	Ministerio de Salud
OGPP:	Oficina general de Presupuesto y Planeamiento
ONG:	Organismo no gubernamental
OPI:	Oficina de Planificación de Inversiones
PDC:	Planes de desarrollo concertado
PIP:	Proyecto de inversión pública
PNUD:	Programa Nacional de Naciones Unidas para el Desarrollo
PP:	Presupuesto Participativo
SISFAC:	Sistema de información para la salud individual, familiar y comunitaria
SNIP:	Sistema Nacional de Inversión Pública

Introducción

El presente documento contiene los resultados de la evaluación del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades locales en la gestión, provisión y mejora de las infraestructuras de los servicios públicos de atención primaria en salud en el marco de la descentralización del sector salud en los distritos de Palca y Huando, departamento de Huancavelica”. El objetivo de la misma fue verificar el logro de los resultados planteados por el proyecto, a partir de los indicadores formulados al inicio.

El proyecto fue ejecutado por el programa Sierra Centro de desco, Centro de estudios y promoción del desarrollo, entre marzo del 2014 y febrero del 2016. Para ello, se contó con el apoyo financiero de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y otros cofinanciadores españoles, a través de Farmamundi, recibándose también el aporte de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Huancavelica, de comunidades beneficiarias y del mismo desco.

La evaluación se hizo de acuerdo a los criterios establecidos en los términos de referencia: pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto y viabilidad, a los que ha tratado de ajustarse de manera razonable.

El trabajo tuvo una fase de revisión documental, seguida de un período de campo¹, luego de análisis de información, para finalmente redactar el informe final que aquí se presenta.

El documento está dividido en tres partes: la primera presenta una descripción detallada de la intervención, ordenada por resultados y componentes; la segunda presenta las principales conclusiones de la consultoría; y la tercera y última algunas enseñanzas y recomendaciones.

Cabe resaltar la importancia de iniciativas como esta, en la que el sector de ONG y el estado establecen una alianza que redunde en beneficio de la población de una zona de alta pobreza y ruralidad como las comunidades y distritos apoyados en Huancavelica. Debe destacarse también la capacidad de desco para concertar esfuerzos con el Gobierno Regional y las municipalidades locales, promover la organización y participación ciudadana, y procurar cumplir con las metas planteadas, cosa que, como se verá, se logró casi por completo.

El evaluador desea agradecer la disposición del equipo de desco centro por facilitar su labor, a pesar de las dificultades que se narran en el informe, así como a los distintos informantes locales.

¹ El trabajo de campo estuvo a cargo de Ze Everaldo Vicentelo.

1. Descripción de las intervenciones realizadas

1.1. Contexto general del proyecto

La iniciativa de desco se desarrolla en el departamento de Huancavelica, uno de los departamentos de mayor atraso relativo en el país. Al año 2012, Huancavelica figura en el último lugar de los departamentos del país (24) en cuanto al índice de desarrollo humano medido por el Programa Nacional de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La provincia de Huancavelica, por su parte, ocupa el puesto 105 sobre las 182 existentes.

Índice de Desarrollo Humano departamental, provincial y distrital 2012

País	Población		Índice de Desarrollo Humano		Esperanza de vida al nacer		Población con Educ. secundaria completa		Años de educación (Poblac. 25 y más)		Ingreso familiar per cápita	
Distrito	habitantes	ranking	IDH	ranking	años	ranking	%	ranking	años	ranking	N.S. mes	ranking
Perú	30,135,875		0.5058		74.31		67.87		9.00		696.9	
Departamento Huancavelica	483,580	16	0.2962	24	65.16	24	43.16	24	5.58	24	317.2	24
Provincia Huancavelica	153,773	36	0.3336	105	61.96	188	47.58	92	6.97	99	391.8	93
Distrito Huancavelica	39,557	145	0.5131	233	62.30	1742	73.73	252	10.48	102	833.2	124
Palca	3,355	1083	0.2493	1322	61.54	1767	54.02	664	5.40	1317	204.4	1369
Huando	7,789	633	0.1877	1679	64.80	1660	23.56	1467	4.77	1552	145.8	1636

Fuente: PNUD, Informe sobre desarrollo humano. Perú 2013: Cambio climático y territorio. Desafíos y respuestas para un futuro sostenible. Lima, noviembre 2013. Anexo estadístico, "Índice de Desarrollo Humano departamental, provincial y distrital 2012."

Los índices respectivos para los distritos de Huando y Palca expresan también unas bajas posiciones; sobre un total de algo más de 1800 distritos, Huando está en un lugar (1679) que lo coloca en el decil inferior, mientras que Palca en una posición relativamente mejor (1322), no ha escapado aún del tercio inferior.

La brecha se refleja con fuerza en el ingreso per cápita; el promedio de Huando para el 2012 es apenas un cuarto del promedio nacional y menos de la mitad del promedio departamental. Las cifras de Palca son algo mejores que las de Huando pero también están lejos y muy atrás de los promedios nacionales y departamentales. Todo esto da una idea de las condiciones de los distritos de intervención del proyecto.

En un país caracterizado por marcadas desigualdades entre regiones o departamentos, entre provincias y distritos y entre la costa y sierra andina, y por una tradición altamente centralista en el ejercicio del poder político y del gobierno, el proceso de descentralización constituye sin duda una política importante para consolidar la democracia pero también para reducir las seculares brechas sociales.

En tales circunstancias, lograr un exitoso proceso de descentralización supone, entre otras cosas, reforzar las capacidades de las entidades locales responsables de suministrar los servicios básicos a la población, siendo el de salud uno de los fundamentales. En la medida que el proyecto se focaliza en un espacio local caracterizado por altos niveles de ruralidad y pobreza (Huancavelica es, en efecto, uno de los tres departamentos más pobres del país), en el cual los servicios básicos provistos por el Estado son crónicamente deficitarios, tanto en cobertura como en calidad, su intervención tiene un alto potencial de aporte al esfuerzo de descentralización y democratización. La propuesta recoge además esta mirada desde una perspectiva estratégica: el trabajo en el seno mismo de la sociedad civil y la promoción de espacios de concertación Estado-sociedad. Reforzar capacidades de una micro red distrital como la de Huando, que incluye a distritos con altos niveles de pobreza, es sin duda muy pertinente.

El proyecto tiene un objetivo específico y resultados que se plantea alcanzar en un plazo de 2 años aunque, como ocurre inevitablemente cuando se trabaja en alianza o asociación al gobierno en cualquiera de sus niveles (nacional, regional o local), los planes deben ser flexibles y adaptarse a los cambios en la coyuntura social y política, sin abandonar desde luego las ideas rectoras.

1.2. La implementación del proyecto

La estrategia del proyecto se basó en una alianza con el sector salud de Huancavelica (la Dirección regional – DIRESA y la Microrred de salud de Huando), las municipalidades distritales de Huando y Palca, la asociación de agentes comunitarios de salud, las comunidades campesinas y la Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza de ambos distritos.

El proyecto intervino combinando la incidencia política, la promoción social, la asistencia técnica, formación/capacitación y equipamiento/construcción. Cabe destacar especialmente las labores de incidencia en el GR y sobre todo en los GL, actores decisivos para hacer avanzar la propuesta, en un contexto político muy complicado debido a las elecciones municipales y regionales y los consiguientes e inevitables cambios de las autoridades y funcionarios en ambos niveles.

Esas líneas de acción fueron transversales a los cuatro componentes del proyecto: el primero relacionado con el equipamiento/construcción de infraestructura; el segundo con la formación y capacitación del personal de salud y los agentes comunitarios de salud de la microrred distrital; el tercero con el fortalecimiento de capacidades de las municipalidades distritales de Huando y Palca; y el cuarto con la instalación de módulos de vivienda saludables, capacitación de la población y planes de salud comunitarios.

De acuerdo a lo planificado, el proyecto desplegó 26 actividades a lo largo de su ejecución, distribuidas en los cuatro resultados previstos. En esta sección, se presenta un apretado resumen de las citadas intervenciones, destacando algunas características y cifras significativas para entender el trabajo.

Resultado 1: *Mejoradas las condiciones de infraestructura, equipamiento y logística de los 9 establecimientos que conforman la Micro Red de salud de los distritos de Huando y Palca, garantizando una correcta y adecuada prestación de los servicios públicos de Atención Primaria en Salud.*

Este resultado se corresponde con el primer componente, e incluye la ejecución de 6 acciones a lo largo del proyecto todas ellas relacionadas con la dotación de equipos, materiales e infraestructura a los EESS de Huando.

La decisión de apoyar en este rubro converge con la política del Ministerio de Salud, que ha priorizado fortalecer la atención primaria y la mejora del acceso a servicios de salud, planteando ampliar la capacidad resolutive de 748 establecimientos de salud estratégicos, uno de ellos es el Centro de Salud de Huando. Por ello, la Oficina de Proyectos de Inversión (OPI) de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) del Gobierno Regional de Huancavelica priorizó la adquisición de equipos y la construcción de infraestructura.

El proyecto buscó alinearse con las necesidades del sector; por ello, en coordinación con la Red de salud Huancavelica y la Micro Red de salud de Huando, su actividad principal consistió en equipar los EESS y mejorar su infraestructura. Por esto, inicialmente se programó la adquisición de una ambulancia y un ecógrafo, que tras el diagnóstico de necesidades realizado al inicio del proyecto se cambiaron por otros equipos (mamógrafo, video colposcopio), con el fin de fortalecer la capacidad del CS para suministrar nuevos servicios. La decisión obligó a posponer un tiempo las adquisiciones.

Finalmente, de acuerdo con la solicitud del sector y tras la autorización del financiador de la reformulación del proyecto, se compraron 2 cuatrimotos y 4 motos lineales en vez de tales equipos; las primeras fueron asignadas a los 2 centros de salud, en tanto las 4 restantes a tres postas (Cachi Alta, Huallanay, y Putacca) así como al CS Huando. Al finalizar el proyecto, todos estos equipos estaban operativos, siendo las cuatrimotos las más utilizadas por la facilidad para trasladar carga en campañas y referencias.

De otro lado, y en cuanto a la dotación de materiales, a fines del primer año de ejecución del proyecto (2014), se tuvieron ya las nuevas prioridades, pero la Diresa se pronuncia en el sentido de esperar a hacer las adquisiciones con la nueva gestión que iba a asumir sus cargos a principios del 2015. De esta manera, hasta finales de septiembre se estuvo

esperando recibir de la DIRESA la lista oficial de materiales. Una vez recibida, se adquirió y entregó los materiales a los 10 establecimientos².

En cuanto a infraestructura, se acordó también con la DIRESA la construcción de un centro de madres. En el diseño original del proyecto estaba previsto construir una sala de rayos x, pero las urgencias de la microrred motivaron priorizar la Casa de Espera Materna (CEM), cambio que fue autorizado por el financiador.

A lo largo del primer año, se buscó un terreno, lográndose que a finales del 2014, la comunidad donara al gobierno local un lote adyacente al CS de Huando, el cual está saneándose legalmente para, a su vez, transferirlo al MINSA. La DIRESA se comprometió a elaborar el expediente técnico de la obra a precio subvencionado, la Municipalidad distrital a hacer la loza o base y desco a la construcción e implementación general. El expediente técnico estuvo listo en julio del 2014, pero hubo varios inconvenientes por problemas presupuestales del gobierno local, que originó retrasos y, finalmente, obligó a utilizar materiales de los saldos de otras obras municipales.

Finalmente, el proyecto apoyó el equipamiento del centro de salud de Huando para la conexión a internet aprovechando la instalación de banda ancha en Huancavelica, lo cual facilitaría la interconexión con especialistas que facilitarían la solución de eventuales problemas complejos que pudieran surgir.

Los cambios y postergaciones ocurridas son una expresión de los inevitables desfases entre el ritmo del proyecto y el del sector público. Este último, bastante más complejo y con rutinas y estilos inevitablemente más lentos, tiene otras velocidades y prioridades. Por ello es que desco ha debido adaptar y flexibilizar su intervención.

Resultado 2: *Mejoradas las capacidades técnicas, administrativas y socio-culturales para una adecuada gestión y provisión de los servicios públicos de Atención Primaria en Salud del personal técnico-sanitario y agentes comunitarios de salud pertenecientes a la red pública de salud de los distritos de Huando y Palca.*

Este resultado, que se corresponde con el segundo componente del proyecto, incluye 6 actividades relacionadas con la formación y capacitación del personal que labora en los EESS de la micro red de Huando y los agentes comunitarios de salud. Destacan, entre otros, un plan de formación y mejora de capacidades para los integrantes de la Red de salud Huancavelica y la Micro Red de Huando, un plan de formación en temas étnicos y socioculturales y en salud asistencial y promocional; un plan para formar en salud comunitaria a ACS y elaboración de planes comunitarios.

² Los materiales incluyeron: Kit de desarrollo psicomotor coche de curación, esfingomanómetro, sillas giratorias, escritorios metálicos, lámpara, anaquel.

Para la DIRESA, la propuesta del proyecto encajaba muy bien con lo que propone el MINSA para una formación del personal ajustada a las exigencias de un centro de salud de mayor nivel. Ello suponía formar al mismo ya no en talleres o eventos cortos sino a través de un diplomado acreditado por el Ministerio de Educación. Ello solo era posible si tal diplomado lo brindaba una universidad. Esto condujo a un cambio en los planteamientos iniciales para la formación/capacitación, concentrándose en esta modalidad (“Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad”). Se escogió para ello a la “Universidad Privada Franklin Roosevelt” de Huancayo, que en su Facultad de Ciencias de la Salud, contaba con una planta de docentes con experiencia en el tema.

Se diseñó así un diplomado de 6 módulos³ y 24 créditos académicos, el cual se desarrolló a lo largo de seis meses. Esto permitió capacitar a 40 profesionales y técnicos del sector (26 hombres y 14 mujeres). Siete de ellos han obtenido un nombramiento estable, en tanto que otros 4 han migrado a mejores puestos de trabajo fuera del departamento de Huancavelica.

El diplomado se constituyó en el eje de este resultado; casi todas las actividades formativas para el personal de salud inicialmente contempladas se adaptaron a los módulos de aquél. Una actividad complementaria e importante fue aquella relacionada con la enseñanza del uso del quechua y la medicina tradicional en el marco del módulo N° 5: Promoción de la salud en el entorno familiar y comunitario. Se trataba de una aproximación intercultural interesante, que no es aún frecuente en el sector salud.

El trabajo final del diplomado incluyó la elaboración de planes comunitarios de salud que deberían contener un diagnóstico comunal (SISFAC – Sistema de información para la salud individual familiar y comunitaria), un mapa de sectorización, objetivos y metas de intervención, estrategias, recursos a utilizarse, cronograma y otros elementos. Al final, los asistentes lograron elaborar 18 Planes Comunales de Salud.

En cuanto al trabajo con los agentes comunitarios de salud, cabe destacar la realización del VII Congreso Regional de Agentes Comunitarios de Salud, realizado del 04 al 06 de Junio del 2014, co-organizado por desco y la DIRESA. Este espacio sirvió para intercambiar experiencias entre asistentes de todo Huancavelica, capacitarlos en temas de salud materno-infantil, nutrición infantil y vigilancia comunitaria. Se acordó también pedir al MINSA la acreditación de los agentes y se oficializó el Estatuto Regional de los ACS para gestionar la actualización de su Asociación.

³ Los módulos fueron: 1) Análisis situacional y del financiamiento de la atención de salud familiar y comunitaria; 2) Introducción a la salud individual, familiar y comunitaria; 3) Salud familiar y comunitaria; 4) Atención integral e integrada en salud familiar y comunitaria por etapas de vida; 5) promoción de la salud en el entorno familiar y comunitario – uso del quechua y la medicina tradicional y; 6) Organización y gestión en salud familiar y comunitaria. Cada módulo se enlazaba en general con los objetivos y actividades del proyecto.

Se crearon también los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC), espacios de coordinación con el sector salud, promovidos en conjunto por las municipalidades locales, la Micro Red, y desco.

Al igual que en el primer resultado, el desarrollo de este experimentó algunos cambios derivados de la necesidad de recoger las demandas y prioridades del sector salud y de la misma población. En este caso, la inclusión de un diplomado dictado por una universidad fue una modificación importante al plan inicial, lo cual refleja la apertura y disposición del proyecto por adaptarse a las expectativas y demandas del sector.

Resultado 3: *Mejorada la capacidad de gestión y provisión de los servicios públicos de atención primaria en salud por parte de las Municipalidades distritales de Huando y Palca.*

Este resultado, al cual se alinea el tercer componente del proyecto, incluye ocho actividades, principalmente de formación, dirigidas a autoridades y funcionarios de las municipalidades distritales, líderes locales y miembros de la mesa de concertación. Se realizaron también labores de asesoría y acompañamiento para actividades como la formulación de planes operativos municipales y participación en los procesos de presupuesto participativo municipal a entidades como la MCLCP.

Entre las 8 actividades, pueden identificarse los dos ejes más importantes:

- 1) desarrollar capacidades de los dos gobiernos locales para abordar la problemática de la salud, promoviéndose la constitución y fortalecimiento de un área de salud al interior de las sub-gerencias de desarrollo social en ambos distritos y;
- 2) desarrollar capacidades en la sociedad civil para participar en el diseño y presentación de propuestas de salud a los GL, ejercer vigilancia sobre el desempeño de los programas sociales presentes en la zona y de los gobiernos locales.

En el primer eje, fue clave la elaboración y ejecución de un plan de formación y mejora de capacidades para autoridades, funcionarios y líderes/as locales sobre salud, descentralización, participación ciudadana y formulación de proyectos SNIP. Se sensibilizó también a funcionarios para crear y fortalecer una oficina de salud y nutrición en Palca (ya existía en Huando). Los productos más destacados incluyen un *Plan de trabajo de la Gerencia de Desarrollo Social* y *Plan de trabajo de la Defensoría Municipal del niño, niña y adolescente (DEMUNA)*, ambos del GL de Palca. Se capacitó en presupuestos participativos, Planes de Desarrollo Concertados (PDC) y formulación de proyectos de inversión pública bajo el SNIP. En el primer año se contribuyó también a implementar las dos oficinas con algunos equipos y muebles.

En el segundo eje, se trabajó con comunidades campesinas del entorno, debiendo destacarse la constitución de la Asociación Estratégica de Comunidades Campesinas (AECC) en cada uno de los distritos, integradas por autoridades comunales, las que fueron establecidas para la promoción de la salud en cada comunidad, buscándose homogenizar

criterios de la dirigencia comunal y de las Autoridades en la perspectiva de presentar propuestas en los Presupuestos Participativos distritales. El apoyo a las AECC fue una actividad no prevista pero necesaria

Se hicieron talleres para los miembros de las AECC a fin de desarrollar capacidades para la gestión asociada de proyectos entre comunidades. Un producto de estos talleres fue la elaboración de dos proyectos.

Se prepararon y fortalecieron también a los Comités de Vigilancia y Transparencia (CVT), integrados por comuneros, cuya función principal es la vigilancia de los programas sociales. Para ello, se desarrollaron capacidades entre sus miembros, con el fin de realizar el seguimiento a las diversas actividades de dichos programas en sus distritos. Este es también un espacio de concertación para viabilizar los proyectos del distrito.

De otro lado, se acompañó a la MCLCP y a organizaciones sociales de Huando en la elaboración del presupuesto participativo municipal, co-facilitando el proceso. En Palca el apoyo fue más limitado, debido a la poca voluntad del anterior gerente. Se llegaron a elaborar dos perfiles de proyecto en el marco del SNIP y se entregaron a las municipalidades: 1) Mejoramiento y ampliación del sistema de agua potable, instalación del sistema de alcantarillado y tratamiento de aguas residuales del anexo de Yanacollpa (Huando); 2) Ampliación y mejoramiento del sistema de agua potable del barrio La Unión (Palca).

En síntesis, en el marco de este resultado se encuentran dos elementos claves de la estrategia del proyecto: a) el trabajo de incidencia en municipalidades y, b) la promoción con sociedad civil, indispensable para garantizar el éxito del trabajo.

Por su ubicación estratégica en territorios tan alejados como los de Huando y Palca, los gobiernos locales juegan un rol importante en acercar el Estado a la sociedad, lo que incluye el suministro de servicios básicos como la salud (o su contribución a ello). Reforzar estas capacidades en distritos rurales y con altos niveles de pobreza es sin duda valioso y tiene mucho potencial; además, la normatividad vigente refuerza el sentido del trabajo.

Resultado 4: *Mejorada la situación socio-sanitaria de las familias a través de la instalación de condiciones de habitabilidad básica adecuadas, adquisición de hábitos saludables y participación activa en la elaboración y desarrollo de planes comunitarios de salud en concertación con 9 establecimientos de la red pública de salud en los distritos de Huando y Palca.*

Este último resultado contiene 6 actividades dedicadas a la capacitación de las familias, la instalación de módulos de viviendas saludables, campañas de salud, instalación de relleno sanitario y asistencia técnica.

La actividad más destacable de este grupo ha sido el acondicionamiento de las viviendas con módulos de ducha, letrina y cocina mejorada. Su instalación y uso regular es clave para el cambio en los hábitos de la población y la mejora de los niveles de salud, ya que, entre otras cosas, contribuyen a prevenir problemas sanitarios para los miembros del hogar, especialmente para los niños. En este plano, se utilizó el diseño de los módulos fue el establecido por la DIRESA.

Se desarrolló también un plan de capacitación en temas de salud, nutrición y otros, dirigidos a familias con hijos menores de 5 años y madres gestantes durante las atenciones integrales de salud mensuales que se realizan en los EESS. Los talleres dirigidos a las familias se hicieron en el Centros de Promoción y Vigilancia Comunales (CPVC)⁴ donde se dio un trabajo articulado entre la municipalidad, el EESS y desco.

En las actividades en comunidades, se trabajó con el personal de salud, organizándose talleres en horarios que faciliten una mayor afluencia de participantes, y tratando de hacerlos en quechua. Se hicieron talleres para mujeres en edad fértil, gestantes y con hijos, abordándose temas de año, alimentación, prevención de cáncer de cuello uterino, enfermedades ginecológicas, entre otros.

Pueden también mencionarse las labores conjuntas con la municipalidad de Huando para instalar un relleno sanitario y las campañas de salud preventivo-promocionales realizadas entre las comunidades campesinas de ambos distritos.

El acondicionamiento de las viviendas es un trabajo de gran potencial entre los emprendidos por el proyecto en su apoyo directo a la sociedad civil. Las familias beneficiarias fueron elegidas entre aquellas de mayor riesgo, en coordinación con los EESS⁵. En el primer año del proyecto, se beneficiaron a 65 familias (40 con cocinas, 12 con letrinas, 8 con duchas solares y 5 con refacciones de vivienda), 36 de Huando y 29 de Palca. En el segundo se beneficiaron a otras 95 familias (37 con mejoramiento de vivienda, 37 con cocina mejorada, 10 con letrina y 8 con ducha solar 8). Se espera que el personal de los EESS se encargue del seguimiento de las actividades.

En el 2015, el proyecto ha apoyado a las nuevas autoridades municipales de Huando en la elaboración de un perfil técnico para la implementación de un relleno sanitario (en fase culminante al finalizar el proyecto), así como el mejoramiento de otro actualmente en uso, que beneficiaría a 200 familias.

⁴Los CPVC son centros comunitarios de control nutricional desde los que se promueve la adopción de prácticas saludables con la finalidad de contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños de forma articulada y participativa entre agentes comunitarios de salud - ACS, actores locales, autoridades distritales y comunales, personal de salud. Las principales actividades que se desarrollan en estos centros son: Educación en prácticas saludables, Acciones de vigilancia en salud y desarrollo psicomotor dirigidas a menores de 5 años, madres y padres de niños menores de 5 años, mujeres gestantes y mujeres en edad fértil. La creación de estos centros son un objetivo de los municipios distritales al ser una acción priorizada que forma parte del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI); también es un objetivo contemplado en el Plan Bicentenario / El Perú hacia el 2021 (D.S. Nº 054-2011-PCM) y en el Plan Nacional de Acción por la infancia y la adolescencia 2012 - 2021 (DS Nº 001-2012-MIMP).

⁵ Los criterios de selección de las familias fueron: tener niños menores de 5 años, participación en actividades del EESS, carecer de medios para implementar individualmente los módulos.

Finalmente, hasta finales del proyecto, se han realizado 47 campañas de salud, en estrecha coordinación con los EESS. La atención se realizaba en comunidades y zonas rurales alejadas y con altos niveles de riesgo. Los contenidos incluían elementos asistenciales y preventivo-promocionales. Hasta septiembre del 2015, se habían atendido a 1,469 personas (743 mujeres y 726 hombres)⁶.

1.3. El equipo responsable del proyecto

Para la ejecución del proyecto, desco asignó a la/os siguientes profesionales, además de contar con otros recursos técnicos de forma puntual para realizar actividades concretas.

Nombre	Cargo	Tareas
Gissela Ottone Castañeda	Jefa de Programa desco centro	Monitorear bimensual de actividades meses, responsable del cumplimiento del POA y de la programación mensual, así como de administrar los gastos del proyecto.
Cesar Olivares Campos.	Coordinador del proyecto	Coordinar la ejecución de actividades en los cuatro componentes, responsable de elaborar los informes mensuales, semestrales y finales. Coordinación con las autoridades Regionales (Gobierno Regional, DIRESA, Red de salud) para realizar acciones en salud del proyecto.
Dyana Ramirez Huarcaya	Coordinadora de campo	Responsable de actividades en los distritos de Huando y Palca. Coordina con centros y puestos de salud, ACS y autoridades locales para realizar actividades planificadas.
Alejandro Arrieta Díaz	Responsable de Políticas	Responsable de coordinar con Gobiernos locales para actividades dirigidas a estos. Responsable de elaboración de proyectos SNIP, gestión de presupuestos participativos y elaboración de instrumentos de gestión dirigidos a salud.
Nadia Quispe Lujan	Responsable Administrativa	Elaboración de informes administrativos. Responsable de organizar los instrumentos administrativos para una correcta rendición de los gastos.

⁶ Sin información sobre población atendida para el período setiembre 2015-febrero 2016).

2. Conclusiones

1. El éxito de la propuesta se basa en el establecimiento de una relación constructiva y adecuada entre el sector público y una ONG privada con larga presencia en la zona. Las modalidades de alianza y concertación pueden revestir muchas variantes, pero en este caso se ha optado por reforzar a las entidades públicas mediante el equipamiento y la formación de sus recursos humanos. Esto es en principio positivo considerando que unos servicios de salud apropiados contribuyen a mejorar la calidad de vida en una zona de alta ruralidad y pobreza como Huancavelica. Aprovechar y optimizar las capacidades y ventajas comparativas de una institución como desco, mucho más apta y preparada para el trabajo de promoción con sociedad civil pasaría por asignar recursos a labores que pueden incidir en mayor medida sobre la dimensión preventivo-promocional, más efectiva y menos costosa que la atención.
2. De acuerdo a lo examinado, el proyecto ha logrado cumplir con la gran mayoría de las metas que se propuso al inicio. Varios retrasos y dilaciones se debieron a inevitables desfases entre el ritmo del proyecto y los ritmos del sector público (DIRESA y establecimientos de salud de un lado, municipalidades de otro). Por el tiempo transcurrido y los plazos de maduración que se requiere para producir los cambios deseados, estos podrán ser apreciados plenamente en algunos años.
3. Los principales logros del proyecto se relacionan con a) fortalecimiento de los establecimientos de salud distritales; b) fortalecimiento a los iniciales esfuerzos de las municipalidades para incursionar en esta misma problemática; c) fortalecimiento de organizaciones y capacidades locales para incidir en el proceso de presupuestos participativos integrando en estos iniciativas de salud; d) cambios en los hábitos de salud de la población local, que incidirán en la reducción de los niveles de morbilidad; e) impulso a espacios y personal locales para abordar temas relacionados con la atención primaria de salud.
4. El apoyo al sector salud local, concentrado en un apoyo a la atención y a la formación de su personal, ha sido transferido sin problemas aunque el desafío futuro, hacer sostenibles los logros en el equipamiento e infraestructura mediante la asignación de partidas en el presupuesto público y garantizando un mínimo de estabilidad del personal capacitado, depende más de políticas públicas que se definen a otros niveles.
5. El fortalecimiento de capacidades municipales es un segundo logro del proyecto, que contribuye a superar debilidades institucionales y a integrar la problemática de la salud en las preocupaciones de los gobiernos locales. Los ritmos de trabajo han sido desde luego distintos y el proyecto ha debido adaptarse a los de la municipalidad. Las principales dificultades creadoras de incertidumbre tienen que ver con la falta de

políticas claras a nivel local, la persistencia de precariedades orgánicas y la alta rotación de personal.

6. La promoción de viviendas saludables bajo los estándares establecidos por el sector salud constituye una intervención estratégica en la perspectiva de la prevención y la APS y, por tanto, en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Por ello, ha sido clave para el éxito del proyecto, pues su incidencia en cambiar los hábitos saludables de la gente es perdurable, sencilla y sin requerir grandes inversiones por beneficiario. Las dificultades, sin embargo, tienen que ver con una adecuada adaptación de estas tecnologías al perfil socioeconómico y cultural de las familias atendidas y las posibilidades de darles seguimiento a la experiencia una vez terminada la intervención.
7. La promoción y apoyo a espacios colectivos para coordinar y concertar medidas en torno a la salud, así como fortalecer los recursos humanos comunitarios son también claves para el empoderamiento de la población en la problemática, incluyendo sus capacidades para ejercer vigilancia sobre la gestión pública en la materia. Se recomienda en el futuro plantear estrategias para promover la sostenibilidad de estos espacios de modo que al menos algunos puedan persistir.

3. Algunas lecciones y enseñanzas

1. El trabajo coordinado y armonizado de una ONG con el sector público es clave para mejorar la calidad de vida de las personas y fomentar el desarrollo local, especialmente si en ello se usan adecuadamente las capacidades instaladas de aquella. En este sentido, un aprovechamiento óptimo de las ventajas comparativas de una institución como desco supone actuar a dos niveles: 1) promover la participación ciudadana en la problemática de la salud; 2) desarrollar iniciativas en el campo de la prevención y APS.
2. En un contexto de reducción de la pobreza, el aumento de los flujos de inversión pública en servicios básicos y la disminución de los aportes de la cooperación internacional del país, hay que plantearse nuevas estrategias, siendo una de ellas la incidencia en políticas públicas regionales y locales. Tal estrategia dependerá de las capacidades de incidencia de la ONG pero también del grado de institucionalidad y de la calidad de las políticas e instrumentos que tengan las diferentes entidades públicas.
3. La experiencia en el diseño y la evaluación del proyecto muestra la necesidad de una adecuada formulación de objetivos e indicadores, que faciliten la medición de los cambios que intenta inducir en la población objetivo.
4. En el trabajo con el sector público, es necesario aprender e incorporar en la planificación que los ritmos de este, sus plazos y mecanismos de toma de decisiones son diferentes que los de una ONG y de sus proyectos de corto plazo.
5. El éxito de los cambios sociales que promueve la introducción de nuevas tecnologías como los módulos de vivienda saludable, se relaciona estrechamente con las lógicas de reproducción social de las familias, los roles y prioridades de sus distintos integrantes, en especial las mujeres, así como de la existencia de condiciones básicas (infraestructura y acceso a agua a domicilio, por ejemplo). En este sentido, sería interesante sistematizar y evaluar cómo los estándares del MINSA para su instalación se adecúan realmente al contexto sociocultural concreto de las comunidades de Huancavelica.
6. El trabajo de promoción de la salud con agentes comunitarios locales es un asunto importante para abordar la problemática en las comunidades de Huancavelica. El desafío es mantenerlos organizados y participando regularmente en estas actividades; ello supone sin embargo considerar ciertos mecanismos de compensación (no necesariamente monetaria) que los estimule a continuar y reduzca las deserciones muchas veces causadas por necesidades económicas.

7. Los espacios de concertación y las organizaciones sociales son actores fundamentales para las estrategias participativas y democráticas de prevención y atención en salud; por ello, es decisivo asegurar hasta donde sea posible su continuidad y vigencia, lo que supone pensar en mecanismos que faciliten ese proceso (formación de líderes y cuadros intermedios, vincularlos a otro tipo de proyectos desde los cuales se pueda lograr cierta sostenibilidad, entre otros).
8. Aprovechando la experiencia de desco en el desarrollo rural de Huancavelica, el futuro diseño de iniciativas en salud deberían tener una mayor vinculación con proyectos productivos, lo que ayudaría no solo a sostener estas intervenciones sino también a incursionar en temas como la desnutrición infantil.
9. Considerando lo estratégico que resulta la instalación de sistemas de agua potable para reducir las EDA y la mortalidad infantil en el medio rural, es necesario impulsar este tipo de iniciativas a través de los gobiernos locales. La incidencia como los presupuestos participativos son caminos útiles para avanzar en ello.