

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: GERENCIA SOCIAL

TESIS

CORRESPONSABILIDAD Y ARTICULACIÓN EN EL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL, META DE LOS INCENTIVOS MUNICIPALES. AMBATO TAMBORAPA – PERÚ

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

JULY AMELIA ROJAS CABRALES

Asesor:

Dra. ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS

CAJAMARCA, PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by
JULY AMELIA ROJAS CABRALES
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: GERENCIA SOCIAL

TESIS APROBADA

CORRESPONSABILIDAD Y ARTICULACIÓN EN EL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL, META DE LOS INCENTIVOS MUNICIPALES. AMBATO TAMBORAPA – PERÚ

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

JULY AMELIA ROJAS CABRALES

Comité Científico

Dra. Albila B. Dominguez Palacios
Asesor

Dra. Elena Vega Torres
Miembro del Comité Científico

Mg. Emiliano Vera Lara
Miembro del Comité Científico

Dr. Segundo Vaca Marquina
Miembro del Comité Científico

CAJAMARCA, PERÚ

2017



Universidad Nacional de Cajamarca

"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Escuela de Post Grado

CAJAMARCA - PERU

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Siendo las *4:00pm* de la tarde, del día 26 de junio del 2017, reunidos en el auditorium de la Universidad Nacional de Cajamarca Sede Jaén, los miembros del Jurado Evaluador, presidido por la **DRA. ELENA VEGA TORRES**, **Mg. EMILIANO VERA LARA** y **Dr. SEGUNDO VACA MARQUINA**, como integrantes del Jurado Titular, **Dra. ALBILA DOMÍNGUEZ PALACIOS**, como Asesora; actuando de conformidad con el Reglamento de la Escuela de Post Grado, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN** de la tesis titulada **CORRESPONSABILIDAD Y ARTICULACIÓN EN EL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL, META DE LOS INCENTIVOS MUNICIPALES – AMBATO TAMBORAPA - PERÚ**, presentada por la alumna **JULY AMELIA ROJAS CABRALES**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS, MENCIÓN: GERENCIA SOCIAL**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado, y luego de la deliberación, se acordó... *APROBAR*..... la mencionada Tesis con la calificación de *15 (QUINCE) Cum laude*.....; en tal virtud, que la alumna **JULY AMELIA ROJAS CABRALES**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS, Mención: GERENCIA SOCIAL**.

Siendo las *5:30pm* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

Elena Vega Torres
.....
Dra. Elena Vega Torres
JURADO

Emiliano Vera Lara
.....
Mg. Emiliano Vera Lara
JURADO

Segundo Vaca Marquina
.....
Dr. Segundo Vaca Marquina
JURADO

Albila Domínguez Palacios
.....
Dra. Albila Domínguez Palacios
ASESORA

CONTENIDO

Ítem	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	viii
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	ix
LISTA DE ABREVIACIONES.....	x
GLOSARIO.....	xi
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 Marco legal en relación con el tema.....	20
2.2 Antecedentes de la investigación.....	23
2.3 Bases teórica conceptuales.....	26
2.3.1 Corresponsabilidad.....	26
2.3.2 La articulación.....	30
2.3.3 Percepción de los actores acerca del CPVC.....	33
2.3.4 Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC).....	34
2.3.5 Plan de incentivos municipales.....	40
2.3.6 Teoría de la democracia y participación ciudadana.....	45
2.3.7 El enfoque de la intersectorialidad.....	50
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	54
3.1. Ubicación geográfica.....	54
3.2 Tipo y diseño de la investigación.....	54
3.3 Unidad de análisis.....	55

3.4. Población y muestra.....	55
3.5. Técnica y procedimiento de recolección de datos.....	56
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	58
3.7. Criterios éticos.....	59
CAPÍTULO IV RESULTADOS	60
3.1.Nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades de los actores que participaron en el fortalecimiento del CPVC.....	60
3.2. Aspectos que favorecen y limitan la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC.....	63
3.3. Percepción que tienen los actores acerca del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, y del plan de Incentivos Municipales.....	66
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	70
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
LISTAS DE REFERENCIAS.....	78
ANEXOS.....	81

A Dios, que con su bondad infinita, me ha permitido lograr mis metas trazadas

A mi hija y esposo por ser la razón de mi vida y motivo de superación.

A mis padres por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A la Municipalidad de Bellavista, Autoridades comunales, Dirección de salud Jaén, Centro de salud Ambato Tamborapa; por darme la oportunidad de realizar éste estudio, por hacer posible la recolección de datos.

A la Directora de Promoción de la Salud de la DISA, por ser el medio de enlace entre los miembros del CPVC y mi persona.

Al comité científico. Dra. Elena Vega Torres; Mg. Emiliano Vera Lara; MCs. Insolina Díaz Rivadeneira y Dr. Segundo Vaca Marquina, que con sus aportes hicieron posible éste trabajo.

A mi mentora, la Dra. Albila Domínguez Palacios, que con su asesoramiento y guía se pudo concluir la investigación

Al personal docente y administrativa de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por haber contribuido en mi formación académica.

Gracias a todos

July Amelia Rojas Cabrales

LISTA DE ILUSTRACIONES

ÍNDICE DE CUADROS

		Página
Cuadro 1	Cumplimiento de las corresponsabilidades en el fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa, distrito de Bellavista, Cajamarca, 2015.....	58
Cuadro 2.	Aspectos que favorecen la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa – Perú, 2015.....	88
Cuadro 3.	Aspectos que limitan la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa – Perú, 2015.....	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Aspectos que favorecen la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa, distrito de Bellavista, Cajamarca, 2015.....	61
Gráfico 2	Aspectos que limitan la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa, distrito de Bellavista, Cajamarca, 2015.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Factores técnicos que favorecen el fortalecimiento del CPVC.....	91
Tabla 2	Factores organizacionales que favorecen el fortalecimiento del CPVC.....	91
Tabla 3	Factores sociales que favorecen el fortalecimiento del CPVC	91
Tabla 4	Factores políticos que limitan el fortalecimiento del CPVC.....	92
Tabla 5	Factores técnico/organizacional que limitan el fortalecimiento del CPVC.	92

LISTA DE ABREVIATURAS Y TÉRMINOS

CPVC	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
CHW	Programa de Guardianes de Salud
DNC	Desnutrición Crónica Infantil
RAE	Real Academia Española
PIA	Presupuesto Inicial de Apertura
ACS	Agente Comunitario de Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
EESS	Establecimientos de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
CRED	Crecimiento y Desarrollo
DISA	Dirección de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
GERESA	Gerencia Regional de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
RED	Red de Servicios de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
PI	Plan de Incentivos
PpR	Presupuesto por Resultados
DGPP	Dirección General de Presupuesto Público

GLOSARIO

- Agente comunitario en salud.** Es la persona elegida en asamblea y/o reconocida por su comunidad, que realiza acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación del personal de salud y otras instituciones, locales y regionales, ejerciendo la representatividad de su comunidad a través del ejercicio de la participación ciudadana. Cumpliendo de esta manera el rol articulador entre la comunidad y las autoridades.
- Política Social** Acciones y normas que tiene que ver con el bienestar de los individuos y grupos, los niveles de vida, las oportunidades de desarrollo individual y colectivo, etc.
- Cuidado integral de la madre y el niño.** Bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero a los seis años. Son derechos impostergables de la primera infancia: la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y durante la gestación. (Viteri Díaz,200)
- Pobreza** La pobreza es una situación social y económica caracterizada por una carencia marcada en la satisfacción de las necesidades básicas. Las circunstancias para especificar la calidad de vida y determinar a si un grupo en particular se cataloga como empobrecido suelen ser el acceso a recursos como la educación, la vivienda, el agua potable, la asistencia médica, etc.
- Descentralización.** Cuando el poder de decisión se reparte entre los distintos mandos y los diferentes niveles de la organización.

Actores locales.	Son aquellas personas que cuentan con recursos de poder suficientes para impedir o perturbar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones y de solución de conflictos colectivos. Pueden ser individuos y organizaciones de los ámbitos gubernamentales o no gubernamentales, de carácter local o extra local, que desarrollan actividades de índole política partidaria o sectorial, o de índole social, lo que incluye también a los actores económicos o comunitarios.
Centro de Promoción y Vigilancia Comunal	Es un espacio en la comunidad donde se promueve la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación.
Corresponsabilidad	Responsabilidad compartida. Dicha responsabilidad compartida puede darse entre dos o más individuos o personas, bien sean naturales o jurídicas.

RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar la corresponsabilidad y articulación de los actores involucrados en el fortalecimiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño, en el marco de la ejecución del Plan de Incentivos Municipales en el Centro Poblado Ambato Tamborapa – Perú. Estudio no experimental, de tipo descriptivo, diseño retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 16 funcionarios de la municipalidad, red de salud y agentes comunales. Para la recolección de la información se utilizó, tres instrumentos: lista de cotejo, cuestionario estructurado, y guía de entrevista, validados por juicio de expertos y prueba piloto. La confiabilidad estadística del cuestionario fue de 0,832. Se Concluyó que el nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades de los actores es aceptable. El nivel de cumplimiento de las funciones fue mayor en el personal de salud. Los aspectos facilitadores de la articulación, son de índole técnica, social y organizacional, expresada en: el trabajo conjunto entre el sector salud y los agentes comunales, la supervisión periódica, identificación y capacitación. Los aspectos que limitan, son de carácter político, técnico organizacional y comunicacional. La red de salud no cumplió con su rol de asesoría, la municipalidad tampoco promovió el trabajo consensuado entre actores, su presencia fue rápida y esporádica, generando desconfianza y disconformidad. Los actores perciben el CPVC y el plan de incentivos municipales como positivos. Reconocen que hay procesos que mejorar.

Palabras Clave: Corresponsabilidad, articulación, centro de vigilancia comunal, incentivos municipales.

ABSTRACT

The objective of the research work was to analyze the co-responsibility and articulation of the actors involved in the strengthening of the Center for Promotion and Communal Surveillance of integral care of the mother and child, within the framework of the implementation of the Municipal Incentive Plan in the Center Poblado Ambato Tamborapa - Peru. Non-experimental study, descriptive type, retrospective design. The sample consisted of 16 municipal officials, health network and community agents. Three instruments were used to collect the information: checklist, structured questionnaire, and interview guide, validated by expert judgment and pilot test. The statistical reliability of the questionnaire was 0.832. It was concluded that the level of compliance of the co-responsibilities of the actors is acceptable. The level of fulfillment of the functions was greater in the health personnel. The facilitating aspects of the articulation are of a technical, social and organizational nature, expressed in: joint work between the health sector and community agents, periodic supervision, identification and training. The aspects that limit are of political, technical organizational and communicational. The health network did not fulfill its role of advising, the municipality did not promote the consensus work between actors, its presence was quick and sporadic, generating mistrust and disconformity. Actors perceive CPVC and municipal incentive plan as positive. They recognize that there are processes to improve.

Keywords: Stewardship, articulation, communal monitoring center, municipal incentives.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las formas tradicionales de gestión y administración pública predominantes en diversos países de América Latina han sido fuertemente criticadas por su excesivo burocratismo y por el ingrediente adicional de prácticas clientelares. Es por ello, que se ha ido dando paso a un enfoque de gobernanza que pone en relieve los procesos de asociación de actores sociales e institucionales; modalidad de gestión que promueve espacios de participación y cogestión para llevar adelante programas y proyectos en los ámbitos de las políticas sociales y del desarrollo económico (Marsiglia, 2010).

Hoy es posible hablar de una corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad civil, escenario en el cual los procesos de concertación de actores pueden adquirir diversas formas. Por lo tanto, la articulación de actores para el desarrollo local podría entenderse como un proceso por el cual se establecen relaciones permanentes entre los actores-agentes de desarrollo de un territorio, en función de la búsqueda de objetivos comunes que trascienden los intereses particulares o sectoriales.

A pesar de lo positivo que es la gestión compartida, es notable advertir que este proceso se ve obstaculizado por diversos factores. Un ejemplo fehaciente de esto se observa en Chile, país en el que se ha incorporado la corresponsabilidad en la mayoría de las políticas públicas; sin embargo, la evidencia científica muestra que sólo un 30% de los actores participan de la toma de decisiones, mientras que, un 40 por ciento sólo desempeña roles de apoyo (Fernández, 2008).

En el Perú, en el contexto de las políticas y programas de la primera infancia, la coordinación intersectorial e intergubernamental cobra especial relevancia ya que, el objetivo de la coordinación intersectorial es reunir a los diferentes sectores sociales y armonizar sus políticas de cuidado y educación, así como sus sistemas de prestación de servicios con el fin de evitar superposiciones, pero sin llegar al extremo de fusionar las estructuras. En la coordinación y articulación lamentablemente existen muchos cuellos de botella que afectan su operatividad tal como se señala en la Política de Modernización de la Gestión Pública:

“La coordinación intergubernamental e intersectorial dentro del Estado peruano es escasa, difícil, costosa y muy poco efectiva. El marco legal incluye diversos mecanismos de coordinación, sin embargo, varios de ellos muestran limitaciones de diseño, no han logrado consenso para su implementación o en la práctica, han resultado poco eficaces para conseguir una efectiva coordinación y articulación en los asuntos que les han sido encargados por sus normas de creación” (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013).

En ese contexto, los municipios están en proceso de construir una nueva institucionalidad, que habilite la participación ciudadana en la gestión pública y posibilite el ejercicio de accountability societal vertical.

Es así que, el plan de incentivos a la mejora de la gestión y modernización municipal es una iniciativa desarrollada por el Estado peruano, que implica una transferencia de recursos condicionada al cumplimiento de metas que deben alcanzar las municipalidades provinciales y distritales en un período de tiempo determinado. Para los municipios con más de 500 viviendas, una de las metas a lograr, es el fortalecimiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) del cuidado

integral de la madre y el niño; la que tiene como actores a los funcionarios del gobierno municipal, personal de salud y agentes comunitarios de salud; con el objetivo de contribuir a la reducción de la desnutrición crónica infantil. El CPVC, es considerado como la estrategia comunitaria donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de tres actividades: Educación en prácticas saludables, vigilancia comunal y toma de decisiones (Azaña y Rojo, 2015).

De acuerdo con Azaña y Rojo (2015) uno de los problemas identificados en la implantación de esta política, es la falta de articulación entre los funcionarios municipales y el personal de salud de los ámbitos locales. Los hallazgos evidencian baja articulación entre los actores responsables y la ausencia de un espacio o instancia de coordinación multisectorial formal donde la municipalidad y los sectores puedan coordinar, establecer acuerdos y tomar medidas relacionadas a la mejora de la salud en la zona de intervención.

También, se evidencia que los actores involucrados carecen de conocimiento acerca de la norma, actividades y metas para el funcionamiento del centro de promoción y vigilancia comunal, lo que impide una articulación eficiente entre los actores llamados a implementar esta iniciativa.

A demás la escasa disponibilidad de personal de salud en la zona de intervención obliga a desarrollar múltiples funciones y desatender las actividades de supervisión y monitoreo de las actividades del CPVC.

Por lo expuesto anteriormente, se planteó el siguiente *problema de investigación*:

¿Cómo es la corresponsabilidad y articulación de los actores involucrados en el fortalecimiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño, en el marco del Plan de Incentivos Municipales en el Centro Poblado Ambato Tamborapa, distrito de Bellavista, 2015?

El objetivo general de la investigación fue Analizar la corresponsabilidad y articulación de los actores involucrados en el fortalecimiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño, en el marco de la ejecución del Plan de Incentivos Municipales en el Centro Poblado Ambato Tamborapa, del distrito de Bellavista. Y los *objetivos específicos* estuvieron encaminados A: i) Identificar el nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades de los actores; ii) Describir los principales aspectos que favorecen o limitan la articulación y iii) Describir como los actores perciben el Centro de Promoción y Vigilancia Comunal y el plan de incentivos municipales.

La corresponsabilidad y articulación intersectorial e intergubernamental, sin duda, son dispositivos democráticos que mejoran la eficiencia y la eficacia de la gestión pública, abre el camino a la transparencia, crea las oportunidades para el ejercicio de la participación, facilita el diálogo entre administraciones y ciudadanos, favorece un cambio de visión en funcionarios, líderes y pobladores sobre su papel en el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades, mejora el rendimiento institucional, y fortalece las capacidades de las instituciones públicas para responder a las necesidades sociales de manera pertinente.

Desde la disciplina de la gerencia social, el estudio busca aportar conocimiento de como se lleva a cabo las corresponsabilidades y la articulación entre los actores

involucrados en el mejoramiento de las prácticas saludables y generación de entornos saludables para propiciar un adecuado crecimiento y desarrollo en los niños, del distrito de Bellavista; donde la prevalencia de desnutrición crónica es un grave problema de salud en los primeros años de vida, aspecto que repercute de manera trascendente en la vida futura de los niños.

Desde el punto de vista práctico, este estudio es de gran importancia para los funcionarios municipales, personal de salud, y comunidad del distrito de Bellavista; ya que aporta con evidencia empírica respecto a la intervención, lo que a su vez favorecerá a una mayor comprensión de la forma cómo se desarrollan los procesos operativos y las condiciones institucionales, a fin de facilitar el diálogo horizontal entre los miembros, coordinar mejor las acciones y evitar la segmentación de responsabilidades.

El contenido del estudio se ha organizado de la siguiente manera: Capítulo I. *Introducción*; la misma que describe el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación, la justificación del estudio; *Capítulo II: Marco teórico*. Recoge los antecedentes de la investigación, la base teórica que pone énfasis en las variables del estudio. *Capítulo III*: Incluye el marco metodológico; donde se señala, el tipo y diseño del estudio, hipótesis, variables, la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, técnicas y procedimientos de recolección de datos, y el procesamiento y análisis de la información; Capítulo IV: Exhibe los resultados y el Capítulo V: Presenta la discusión de los resultados; finalmente se muestra las conclusiones y recomendaciones, lista de referencias y anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco legal relacionado con el tema

- Decreto Supremo N° 015-2014 – EF. Procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del plan de incentivos a la mejora de la gestión y modernización municipal del año 2014. 16 de enero de 2015. Diario Oficial “El Peruano”.

- Decreto Supremo N° 033-2015 – EF. Procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del plan de incentivos a la mejora de la gestión y modernización municipal del año 2015. 21 de febrero de 2015. Diario Oficial “El Peruano”.

- Resolución Directoral N° 22 – 2015 – EF. Plan de incentivos a la mejora de la gestión y modernización municipal 2015. Resultados complementarios a la evaluación del cumplimiento de metas al 31 de Julio del 2015 y el Ranking de cumplimiento de metas del año 2015. 29 octubre de 2015. Diario Oficial “El Peruano”.

- Decreto Supremo N° 400-2015-EF. Procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Programa de Incentivos a la mejora de la Gestión Municipal del año 2016 26 de diciembre de 2015. Diario Oficial “El Peruano”.

- Ley N° 29332, Ley que crea el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal, 19 de marzo del 2009 Diario Oficial “El Peruano”.
- Ley N° 27972, Ley Órganica de Municipalidades, 27 de mayo del 2003, Diario Oficial “El Peruano”.
- Decreto Supremo N° 190-2010-EF. Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Programa de Modernización Municipal del Año Fiscal 2011, 11 de setiembre del 2010, Diario Oficial “El Peruano”.
- Decreto Supremo N° 183-2010-EF Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (FONCOMUN CONDICIONADO II), 04 de setiembre del 2010, Diario Oficial “El Peruano”.
- Ley N° 30281: Ley de presupuestos del sector público para el año 2015, 04 de diciembre del 2014, Diario Oficial “El Peruano”.
- El Acuerdo Nacional (2007). Que en su Objetivo II. Equidad y justicia social, contempla tres políticas de estado, referidas con el objeto de estudio de la investigación:

Décima política de Estado: *Reducción de la pobreza*

El Estado, asume el compromiso de dar prioridad efectiva a la lucha contra la pobreza y a la reducción de la desigualdad social, aplicando políticas integrales

y mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas.

Incisos: (e) referido a fomentar el pleno ejercicio de la ciudadanía y la participación de los ciudadanos en situación de pobreza en la identificación de necesidades, el diseño de soluciones y la gestión de los programas; (g) encaminado a fomentar el desarrollo institucional, la eficacia, la equidad y la transparencia del Estado en el uso de los recursos en general y, especialmente, en aquellos orientados a programas de reducción de la pobreza, propiciando el concurso y la vigilancia de la sociedad civil.

Décimo quinta política de Estado. *Promoción de la seguridad alimentaria y nutrición*

Referido a los siguientes incisos:

(k) asegurar el acceso de alimentos y una adecuada nutrición, especialmente a los niños menores de cinco años y lactantes, mujeres gestantes y niños en etapa escolar, pobres, pobres extremos y vulnerables, así como familias en situación de pobreza o riesgo, promoviendo una amplia participación, vigilancia y autogestión de la sociedad civil organizada y de las familias beneficiarias; (m) estimular y promover la lactancia materna en el primer año de vida; (n) otorgará complementos y suplementos alimentarios y nutricionales a los pobres extremos y vulnerables, (o) capacitar y educar a la población en temas de nutrición, salud, higiene, vigilancia nutricional y derechos ciudadanos, para lograr una alimentación adecuada; q) recuperar y valorar los saludables saberes y hábitos nutricionales originales;

Décimo sexta política de Estado. *Fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud.*

Fortalecer la familia como espacio fundamental del desarrollo integral de las personas. Promover espacios institucionales y entornos barriales que permitan la convivencia pacífica y la seguridad personal, así como una cultura de respeto a los valores morales, culturales y sociales, para tal efecto deberá (k) fortalecer sistemas de cuidado infantil diurno desde una perspectiva multisectorial [...].

2.2. Antecedentes de la investigación

Se han identificado escasos estudios relacionados con el tema, de allí que se han referenciando investigaciones similares, los que sirvieron de sustento empírico.

En Indonesia, se realizó un estudio acerca de la Participación comunitaria en la reducción de residuos sólidos domésticos, con el objetivo de identificar en el discurso de los miembros del comité la comprensión de las funciones de los consejos escolares de la nutrición, los resultados mostraron que:

Existe limitada capacidad para intervenir en los consejos de nutrición escolar. Los resultados corroboran que el exceso de burocracia obstaculiza o impide las acciones de los miembros del consejo, el control social, la falta de compromiso y representatividad de los miembros involucrados. Concluyeron que hay la necesidad de perfeccionar el programa como una política de seguridad alimentaria y nutricional, y fomentar la participación democrática con el objetivo de una mayor representación social

contribuyendo así a mejorar su capacidad para intervenir en la implementación de políticas públicas (Dhokhikah, Trihadningrum & Suaryo, 2015)

Flores & Ruano (2013) al estudiar el papel de la participación social en un sistema de salud a nivel municipal en Guatemala, señaló que en el municipio de Palencia, hay tres espacios diferentes para la participación en salud: la Comisión de salud del nivel municipal, en los consejos comunitarios de desarrollo social y en el Programa de Guardianes de Salud (CHW). Cada uno de estos espacios cuenta con participantes con roles específicos y procesos. Concluye: Una verdadera participación y colaboración pueden ser logrados a través de la promoción y creación de asociaciones significativas entre los actores institucionales y líderes comunitarios, así como con otras partes interesadas que trabajan a nivel comunitario. Para que eso suceda, es necesaria estructurar el apoyo para que el proceso de participación se dé con políticas claras, financiación y creación de capacidad.

Azaña & Rojo (2015) en su investigación sobre Factores que favorecen o limitan la implementación del plan de incentivos municipales para la reducción de la desnutrición crónica infantil en el distrito de Masisea de Ucayali- Perú, exponen los siguientes hallazgos:

Existe baja articulación entre los actores responsables de la implementación y la ausencia de un espacio o instancia de coordinación multisectorial formal donde la municipalidad y los sectores puedan coordinar, establecer acuerdos y tomar medidas relacionadas a la mejora de la salud en la zona de intervención. Este hecho debilita la coordinación permanente y sostenible

entre los sectores locales en el tema de salud en general y sobre la desnutrición crónica infantil (DCI) en particular.

Asimismo, se evidencia la necesidad de mejorar el conocimiento de los actores involucrados, especialmente de los funcionarios municipales, en relación a la normativa, actividades y metas para el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal. Por otro lado se ha constatado que un factor favorable para el logro de las metas de la estrategia ha sido el compromiso del personal de salud, quienes trabajan con recursos humanos, equipamiento y presupuesto limitado (Azaña & Rojo, 2015).

Vargas Machuca (2014) en el estudio sobre Corresponsabilidad y articulación: Una mirada a los pilares de la gestión del programa Juntos, en la región Apurímac; señala que la articulación es sostenible en el tiempo cuando se cumplen dos condiciones: contar con objetivos comunes de desarrollo y el fortalecimiento de los liderazgos; las iniciativas de articulación realizadas para el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud ha significado un reto para la construcción de sinergias. Factor que se constituye en una fortaleza para la acción desplegada.

2.3. Bases teórica conceptuales

2.3.1. Corresponsabilidad

La Real Academia Española (RAE), define corresponsabilidad como la responsabilidad compartida. Dicha responsabilidad compartida puede darse entre dos o más individuos o personas, bien sean naturales o jurídicas.

La corresponsabilidad de los distintos actores es un elemento clave para la puesta en marcha de diversos proyectos o programas comunitarios. De allí que los Consejos Comunales “Instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadanos, las diversas organizaciones comunitarias, movimientos sociales, populares y distintas instancias de gobierno, permitirá a la comunidad organizada ejercer el gobierno comunitario y la gestión directa de las políticas públicas y proyectos orientados a las necesidades, potencialidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad basada en principios de equidad y justicia social.

Generar espacios de participación, permite la corresponsabilidad en la toma de decisiones de manera consciente, organizada y permanente. La corresponsabilidad favorece la igualdad de participación dentro de los valores del respeto y cooperación donde todos tienen una integración e interacción protagónica para dar cumplimiento a la misión y visión que se puede tener en una organización.

El acto de la corresponsabilidad en definitiva es un proceso estricto y lleno de retos, pero muy satisfactorio, permite que la integración genere oportunidad de aprender, crecer, descubrir, conocer, palpar realidades, donde se dan procesos de

retroalimentación de los diversos saberes; todos aprenden y desaprenden, es por ello, que llevar a la realidad este tipo de acción enriquece el conocimiento el cual libera y dignifica (Glorimar & Romero, 2012).

La corresponsabilidad atañe a la creación de mecanismos para la participación de la sociedad civil tanto en la formulación de políticas y decisiones públicas como en la gestión de servicios o programas públicos y la participación ciudadana como “el involucramiento e incidencia de la ciudadanía (y población en general) en los procesos de toma de decisiones, en temas y actividades que se relacionan al desarrollo económico, social y político, así como el involucramiento en la ejecución de dichas decisiones, para promover, en conjunto con actores sociales e institucionales, acciones, planificaciones y decisiones hacia el Estado.

Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumenta la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas (Gobierno de Chile).

El Ministerio de Salud (2015) en un documento normativo señala las funciones o corresponsabilidades que los actores involucrados en el fortalecimiento del CPVC deben asumirlo:

De la Municipalidad:

- Gestiona la conformación o ratificación y la formalización del equipo de trabajo.
- Participa en las reuniones mensuales de reflexión sobre el avance de las acciones descritas en el plan de trabajo.

- Conjuntamente con el personal de salud y representante de la comunidad elabora el reporte periódico y reporte anual.
- Promueve la articulación y participación activa de todos los actores sociales presentes en el distrito vinculado a la salud de la madre gestante y la primera infancia, con la finalidad de planificar acciones conjuntas.
- Garantiza la programación de recursos en el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) 2016 y el registro de la inversión realizada en el año 2015 para el funcionamiento del CPVC.

De la Comunidad:

- Participa activamente en el fortalecimiento del CPVC, a través de la ratificación y/o elección de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), y participa en reuniones de análisis y toma de decisiones.
- Promueve iniciativas comunales a favor del ACS (exoneración de faenas, exoneración de multas, apoyo en la chacra, etc.).
- Motiva e incentiva a las familias con gestantes y con niñas y niños menores de 36 meses a acudir a sus controles de salud y al CPVC.
- Participa activamente en el funcionamiento del CPVC, a través de acciones educativas, vigilancia, reuniones de análisis y toma de decisiones.
- Conjuntamente con la municipalidad y personal de salud elabora el reporte periódico y reporte anual.

De Salud:

- Orienta, asesora al alcalde, funcionarios municipales, autoridades y líderes comunales acerca de los aspectos técnicos para el cumplimiento de la meta.
- Propicia la organización, reuniones y seguimiento del equipo de trabajo durante el año.
- Capacita a los ACS.
- Asesora, monitorea, supervisa y acompaña el adecuado fortalecimiento y sostenibilidad del CPVC.
- Conjuntamente con la municipalidad y comunidad elabora el reporte periódico y reporte anual.

Existen básicamente 3 niveles de cumplimiento en las que se puede pensar al definir los umbrales de corresponsabilidad:

Valores óptimos: aquellos a los que debe aspirar la institución en condiciones de excelencia técnica. Constituyen la meta que se espera lograr.

Valores aceptables: aquellos que no siendo los ideales, reflejan un grado de cumplimiento o un grado de seguridad razonables, estándares comúnmente aceptados. Se asume que estos valores son, de toda forma, inferiores a los óptimos, y por lo tanto deberían plantearse estrategias de mejora para superarlos.

Valores insuficientes o críticos: los que reflejan un estado de calidad (de resultados o de adherencia a los procesos) que no es aceptable y amerita medidas de corrección efectiva y oportuna.

EL MEF consideró para el 2015 dos niveles de cumplimiento de las corresponsabilidades:

Cumple: > a 75 puntos (Nivel mínimo).

No cumple < a 75 puntos (Nivel máximo de cumplimiento).

2.3.2. La articulación

Moreno (2009), define articulación como las diferentes maneras en las que, las instituciones y la comunidad se asocian y actúan de manera conjunta para la consecución de un objetivo de desarrollo. En este caso definimos la articulación como “esfuerzos sectoriales y comunitarios que se integran para el fortalecimiento del CPVC dirigido al cuidado de la madre y el niño.

La articulación se presenta cuando dos o más organismos acuerdan llevar adelante políticas que se traducen en acciones concretas y en donde, cada uno realiza una o más tareas específicas en relación de cooperación horizontal con los otros organismos participantes. Esta horizontalidad no hace referencia a lo cuantitativo de las acciones (siempre unos harán más que otros) sino a lo cualitativo (todos hacen algo con otros y no necesariamente bajo su subordinación).

La articulación es una herramienta utilizada en las políticas, planes, programas y proyectos, a través de la generación de redes y alianzas. La sinergia que resulta de la articulación institucional o interinstitucional genera un mayor grado de información, racionalización, eficacia y eficiencia al compartir los recursos disponibles, así como un acrecentamiento de los niveles de legitimidad, y un alto grado de confiabilidad por parte de la ciudadanía.

En los últimos años se ha presentado a las organizaciones de la sociedad civil como un actor privilegiado para articular o descentralizar la implementación de políticas a nivel local.

A continuación se presenta los principales obstáculos para la articulación de actores en el territorio a partir de experiencias que pueden ser comunes a diversos contextos:

- a) Intereses particulares o sectoriales que emergen en la interacción con fuerza y limitan la búsqueda del interés común. Esto es producto de que la lógica de acciones predominantes en los actores tienden a priorizar lo individual sobre lo colectivo. Aspecto poco propicio para la articulación.
- b) No se visualizan con claridad espacios públicos de encuentro y de negociación entre los diferentes actores. Son escasos los agentes de desarrollo que pueden operar como mediadores, tendiendo puentes entre posiciones que aparecen enfrentadas. Esto nos coloca ante el desafío de revisar el rol de los actores estratégicos en el territorio, pero también de los técnicos y profesionales, fortaleciendo su rol de mediadores.
- c) Existe capacidad de iniciativa en los distintos subsistemas de acción, con mayor o menor intensidad, pero éstas son generalmente coyunturales, ligadas mayoritariamente a los intereses de los grupos de mayor poder local.
- d) El rol de los gobiernos locales, más allá de su legitimidad y potencial de liderazgo, es evaluado mayoritariamente como una presencia discontinua y poco comprometida con las iniciativas que van surgiendo. Las razones tienen que ver con la desconfianza y el descrédito en sus capacidades políticas y de

gestión. Las modalidades de gestión predominantes, reproducen estilos verticales y asistencialistas, propios del modelo estado céntrico en la relación con la sociedad civil, lo que no contribuye a generar diálogos potentes desde el reconocimiento del otro y habilitantes de una participación genuina y con incidencia real en la toma de decisiones colectivas.

- e) La diversidad de las organizaciones en la sociedad civil, en general no genera entramado tejido social. Hay debilidades organizativas internas y para el funcionamiento en redes. No existe una masa crítica de iniciativas y de propuestas que permitan diálogos sostenidos entre los diferentes actores. Si aplicamos la matriz de análisis sobre vínculos, redes y capital social, tenemos las iniciativas mayoritariamente ubicadas en el capital “de unión” y muy pocas en el “de puente” y menos aún en el “de escalera”. Esto nos desafía a revisar los programas y proyectos y a generar políticas de capacitación y fortalecimiento de los actores territoriales, a través de mecanismos concertados entre el Estado y las propias Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).
- f) El grado de reconocimiento de los actores entre si es restringido. Esto limita la participación e impide avanzar en pactos ciudadanos que permitan mejorar los niveles de distribución e integración social. Sin embargo, aparecen liderazgos innovadores, tanto en el Estado como en la sociedad civil, preocupados por el territorio y por las condiciones de bienestar e integración social de las poblaciones.

g) La identidad cultural, el sentido de pertenencia. La fuerza de la identidad como motor de desarrollo, e inspiradora de visiones comunes de futuro, aparece limitada por diversas fracturas y vulnerabilidades, esto desafía a emprender acciones tanto desde el Estado como de la sociedad civil orientada a reforzar los factores de unidad que reposan en las raíces históricas, las expresiones culturales, las trayectorias y los aprendizajes compartidos.

Aspectos que para el estudio se agruparon en factores de índole técnica (capacitación, supervisión, acompañamiento), política (grado de reconocimiento de los actores, rol de los gobiernos locales), organizacional (Trabajo conjunto, consenso, convocatoria a la población) y personales (identificación y compromiso con el centro y su comunidad), entre otros.

2.3.3. Percepción de los actores acerca del CPVC

Se puede definir percepción como: “el proceso mediante el cual un individuo recibe, selecciona, organiza e interpreta información para crearse una imagen significativa del mundo.

Allport (1974) apunta que la percepción es:

[...] algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Si bien, algunos psicólogos se inclinan por asignar esta última consideración a la cognición más que a la percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro.

En lo concerniente a la percepción de los actores involucrados en el fortalecimiento del CPVC, se define percepción como el grado de valoración de los actores respecto al presupuesto asignado para el funcionamiento del CPCV, bajo la administración del gobierno municipal, dirigido a la generación de prácticas y hábitos saludables que beneficie a la madre y al niño; cómo es su funcionamiento y si se cumplen los metas y objetivos con los recursos disponibles en un tiempo determinado.

En la implantación de políticas donde hay participación comunitaria, es importante conocer que percepción tienen los ACS de los incentivos que se les brinda en reconocimiento a las funciones que desarrollan en el cuidado a la madre y al niño, y si estos satisfacen o no sus expectativas.

2.3.4. Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC)

Es un espacio en la comunidad donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de educación en prácticas saludables, acciones de vigilancia y toma de decisiones, orientado 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.

Se considera que un CPVC está funcionando cuando se desarrollan mensualmente las siguientes acciones: a) educación en prácticas saludables, b) vigilancia comunal y c) toma de decisiones.

a) Educación en prácticas saludables

Consiste en la interacción e intercambio de experiencias entre las familias, los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y el personal de salud, a través de sesiones demostrativas, sesiones educativas y sesiones para el desarrollo de la niña y niño, para la adopción de prácticas saludables desde los primeros días del embarazo.

b) Vigilancia comunal

Consiste en vigilar; es decir, cuidar, observar, estar alerta a lo que está pasando en la comunidad, referida a todas las condiciones que conlleven para un buen crecimiento y desarrollo desde la gestación y los primeros tres años de vida, en los diferentes escenarios de la comunidad; tales como la vivienda, los lugares de trabajo, de educación, de reuniones sociales, recreativas, etc.

Por tanto, se vigilará desde la comunidad algunas prácticas básicas favorables para el cuidado de la salud de la gestante y de los menores de 36 meses, tales como:

La madre gestante recibe: Atención del embarazo en los Establecimientos de salud (EESS), administración de sulfato ferroso, vacuna antitetánica, el paquete educativo programado.

Los niños deben recibir: Documento Nacional de Identidad-DNI, Control de Crecimiento y Desarrollo-CRED, vacunas, micronutrientes, visita domiciliaria a los 15 y 30 días de nacido, evaluación del crecimiento y estado nutricional, así como el paquete educativo programado.

La vigilancia comunal será realizada por los agentes comunitarios de salud, con la participación activa de las autoridades y líderes comunales, con la asistencia técnica y acompañamiento del personal de salud del establecimiento de salud.

Esta vigilancia permite conocer si todos los niños están creciendo, madurando, desarrollándose bien y cuentan con potencialidades para su vida futura.

c) Toma de decisiones

Consiste en reuniones mensuales entre los representantes de la comunidad, salud y municipalidad con el propósito de revisar y analizar la información de la vigilancia comunitaria y asumir responsabilidades en acciones concretas para la retroalimentación y la mejora de la intervención de prácticas y generación de entornos saludables. Es necesario realizar dos tipos de reuniones:

- *Reuniones de análisis y reflexión*

Participan los agentes comunitarios de salud, el personal de salud y las familias para conocer los resultados de la vigilancia realizada durante el mes.

A las familias que mejoran las prácticas saludables se les felicitará y motivará, a fin de fortalecer este proceso.

En aquellas familias que aún no mejoran las prácticas saludables, se identificará las causas y motivos del incumplimiento. Esta información servirá de base para la siguiente reunión.

- *Reuniones para asumir responsabilidades para el desarrollo comunal.*
- Participan autoridades de la junta vecinal comunal, líderes comunales, personal de salud, agentes comunitarios de salud, autoridades locales, y otros actores sociales para determinar de manera conjunta y previo análisis de las causas y motivos identificados en la reunión anterior para plantear las acciones correctivas que sean necesarias. (Ministerio de salud [MINSA], 2015).

Capacitación al ACS para funcionamiento del CPVC

La capacitación permite fortalecer las capacidades y competencias de los ACS para el funcionamiento del CPVC, de ahí la necesidad de contar con un plan de capacitación anual para los ACS, considerando el enfoque intercultural (tipo de material educativo comunicacional con lenguaje de la zona, entre otros).

Los agentes comunitarios de salud serán:

Capacitados en temas básicos para el cuidado de la madre y los menores.

Equipados con material básico para las actividades de promoción y vigilancia a las familias.

Se capacitará a los agentes comunitarios de salud para promover el cuidado de la salud de las gestantes y de los menores de 36 meses de la su comunidad, a través de acciones educativas buscando la adopción de prácticas y comportamientos saludables, su vigilancia, y de promover la toma de decisiones a favor de la salud de las gestantes, niñas y niños en el marco del cumplimiento de la meta del centro de promoción y vigilancia comunal.

Para el cumplimiento de la capacitación de los agentes comunitarios de salud, el personal de salud remitirá un plan a la municipalidad solicitando los requerimientos logísticos (fotocopias del manual, refrigerios para los agentes comunitarios, plumones, entre otros) para la realización de la misma en el marco del cumplimiento de la Meta del Plan de Incentivos de acuerdo a lo descrito en el instructivo.

Recibirán reconocimientos o estímulos (no monetarios) de manera periódica por parte de la municipalidad para hacer sostenible la labor del voluntariado, por su contribución a las acciones de promoción y prevención, en beneficio de su comunidad.

Reconocimiento público y social acerca de la labor voluntaria de los Agentes Comunitarios de Salud:

- Colocación de una placa movable en la puerta de la vivienda del agente comunitario de salud, para su reconocimiento como tal por parte de la municipalidad y como punto de ubicación del Agente Comunitario de Salud dentro de la comunidad.
- Equipamiento del agente comunitario de salud: gorra, chaleco, botas, poncho impermeable, linterna, mochila y otros según amerite la realidad de cada localidad.
- Reconocimiento e incentivo para la labor voluntaria de los agentes comunitarios de salud:
- Dotación de materiales educativos comunicacionales básicos para la educación a las familias: rotafolios, trípticos, papelotes u otros.

- Pasantías a experiencias de trabajo a localidades con intervenciones similares.
- Atención preferencial a los agentes comunitarios en los trámites que realiza en la municipalidad.
- Reconocimiento público y social acerca de la labor voluntaria de los agentes comunitarios de salud.
- Entrega de diploma/resolución o constancia a cargo de la autoridad municipal (cada seis meses o anual).
- Entrega de canastas de víveres con productos básicos de la zona.

Monitoreo del funcionamiento de los CPVC y cumplimiento de la meta al 31 de diciembre

Es importante realizar un seguimiento periódico a las actividades que se desarrollarán durante el año en el CPVC; para lo cual el equipo debe incluir en su plan de trabajo, las siguientes acciones:

- Visitas y reuniones conjuntas de monitoreo para ver el adecuado funcionamiento de los CPVC.
- Reuniones para ver el avance de las actividades para el cumplimiento de la meta.
- Se hará un reporte periódico y anual a la Dirección de Salud (DISA), Dirección Regional de Salud (DIRESA) o a la Gerencia Regional de Salud (GERESA), con copia a la Red de Servicios de Salud (RED) del ámbito al que pertenezca la municipalidad. (Ministerio de Salud [MINSA], 2015).

2.3.5. Plan de incentivos municipales

Los Incentivos Municipales son recursos adicionales a los que pueden acceder las municipalidades que cumplan oportunamente con ciertas metas que han sido definidas por el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (MEF).

Las metas buscan impulsar reformas que permitan lograr el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local, en el marco del proceso de descentralización y mejora de la competitividad. Las metas abarcan diversos ámbitos de la gestión municipal.

Cada año, por Decreto Supremo se establecen las metas que deberán cumplir las municipalidades que desean acceder a los incentivos municipales, así como los procedimientos para la asignación de recursos.

Los Incentivos Municipales se organizan mediante dos instrumentos:

- a) Programa de Modernización Municipal (PMM).
- b) Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI).

El Plan de Incentivos (PI) a la mejora de la Gestión y Modernización Municipal fue creado mediante Ley N° 29332 y modificatorias e implica una transferencia de recursos a las municipalidades por el cumplimiento de metas en un periodo determinado. Dichas metas son formuladas por diversas entidades públicas del Gobierno Central y tienen como objetivo impulsar determinados resultados cuyo logro requiere un trabajo articulado con las municipalidades. El PI es un instrumento del Presupuesto por Resultados (PpR), orientado a promover las condiciones que

contribuyan con el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local, incentivando a las municipalidades a la mejora continua y sostenible de la gestión local, cuyos objetivos son:

1. Mejorar los niveles de recaudación y la gestión de los tributos municipales, fortaleciendo la estabilidad y eficiencia en la percepción de los mismos.
2. Mejorar la ejecución de proyectos de inversión pública, considerando los lineamientos de política de mejora en la calidad del gasto.
3. Reducir la desnutrición crónica infantil en el país.
4. Simplificar trámites generando condiciones favorables para el clima de negocios y promoviendo la competitividad local.
5. Mejorar la provisión de servicios públicos locales prestados por los gobiernos locales en el marco de la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
6. Prevenir riesgos de desastres.

El PI promueve el trabajo articulado entre las entidades públicas responsables de meta, las municipalidades y el Ministerio de Economía y Finanzas.

A continuación se detallan los principales roles de cada uno de ellos:

Ministerio de Economía y Finanzas.

- Establecer y regular el marco normativo del PI.
- Monitorear y promover la participación de cada uno de los actores involucrados en el PI.

- Autorizar la transferencia de recursos a favor de las municipalidades por el cumplimiento de metas.

Entidades públicas responsables de meta.

- Diseñar la propuesta de meta y elaborar los instructivos.
- Garantizar la asistencia técnica a las municipalidades para el cumplimiento de metas.
- Informar al MEF los resultados de la evaluación realizada a cada municipalidad.

Municipalidades.

- Gestionar los recursos necesarios para el cumplimiento de metas.
- Dar cumplimiento a las metas de acuerdo a lo establecido en los instructivos y guías.
- Luego de recibir la transferencia de recursos del PI, cumplir con la normativa aplicable para su utilización.

Los Incentivos Municipales funcionan de la siguiente manera:

Para el establecimiento de las metas, la distribución y asignación de los recursos del Plan de Incentivos se tendrá en cuenta la siguiente clasificación de municipalidades:

- a) Municipalidades de ciudades principales tipo “A”.
- b) Municipalidades de ciudades principales tipo “B”.

c) Municipalidades de ciudades no principales, con 500 ó más viviendas urbanas.

d) Municipalidades de ciudades no principales, con menos de 500 viviendas urbanas.

Las municipalidades deben cumplir con las metas establecidas para acceder a los recursos de los Incentivos Municipales.

Las municipalidades informan a la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP) del MEF sobre el cumplimiento de las metas, según los procedimientos establecidos en los Decretos Supremos N° 190-2010-EF y N° 183-2010-EF.

El MEF elabora un Informe de Evaluación del cumplimiento de las metas, según el cual se determina el monto de los recursos a transferir. Estos se incorporan en el presupuesto de la municipalidad, en la fuente de financiamiento “Recursos Determinados”.

La evaluación de las metas del PI 2015, implica la determinación de una calificación cuantitativa del nivel de cumplimiento por municipalidad. El puntaje final se obtendrá de la sumatoria de puntos de los indicadores establecidos en el cuadro de actividades y especificaciones.

Los recursos que correspondían a las municipalidades que no han alcanzado la totalidad de sus metas pasan a formar una bolsa de recursos que se distribuye entre las municipalidades que cumplieron el 100 % de sus metas. Es decir, el MEF transfiere la totalidad de los recursos destinados a los Incentivos Municipales. Como resultado, las municipalidades que cumplen sus metas al 100 % reciben un “bono adicional” como premio a su excelente desempeño.

Cada año se determina mediante Resolución Ministerial el monto máximo que cada municipalidad puede obtener si cumple con sus metas.

En caso que el cumplimiento de las metas sea parcial, el monto a transferir será proporcional a las metas alcanzadas, según el Informe de Evaluación que elaborará el MEF.

Aplicando la normativa que regula la programación y ejecución del presupuesto público, las municipalidades pueden destinar los recursos transferidos como incentivos al cumplimiento de los seis objetivos, en el caso de la reducción de la desnutrición crónica y fortalecimiento del capital humano está dirigido a las siguientes acciones:

- Emitir las actas de nacimiento que permitan el acceso de la población a la identidad.
- Facilitar y promover el acceso de la población a los servicios de salud.
- Promover prácticas saludables en la comunidad, como el lavado de manos y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Facilitar y promover el acceso de la población a los servicios de educación inicial y primaria (Ministerio de Economía y Finanzas, 2015).

De acuerdo al Ministerio de Economía y Finanzas la META 38 para el año 2015, está referida al Fortalecimiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño, planificación y programación en el Programa Articulado Nutricional (PAN), que corresponde a las municipalidades de ciudades no principales, con 500 ó más

viviendas urbanas, como es el caso de la municipalidad de Bellavista: Centro Ambato Tamborapa.

2.3.6. Teoría de la democracia y participación ciudadana

De acuerdo con Espinosa (2009), la participación ciudadana es un concepto circunscrito a un campo de la Ciencia Política. Los enfoques prescriptivos y descriptivos permiten abordar la participación ciudadana.

Dentro del enfoque prescriptivo, la democracia se concibe como un proyecto político de autogobierno (como una *forma de vida*), la función de la participación ciudadana consiste en la resolución de los conflictos políticos a través de la creación y apropiación de espacios de discusión públicos que permitan el debate racional, la interacción comunicativa y la incidencia directa de los ciudadanos en la toma de decisiones.

En la teoría prescriptiva, se cuestiona fuertemente el funcionamiento de los mecanismos formales de representación, no sólo porque exhiben un sesgo "anti-participativo" y tutelar, sino también porque al ponderar los procedimientos normativos e instrumentales en la conformación de cualquier proyecto de orden político, se presupone con facilidad que los ciudadanos son incapaces de participar activamente en la toma de decisiones, ya por la complejidad de los asuntos públicos, ya por su escaso interés o apatía política, y, por tanto, los representantes políticos o los gobernantes, son los únicos sujetos interesados y capacitados para defender el interés de sus representados.

De acuerdo con el enfoque prescriptivo, la participación ciudadana, estaría dirigida a cumplir los siguientes objetivos:

1) Promover el desarrollo de mecanismos *dialogantes* entre gobernantes y gobernados que permitan la inclusión amplia de cualquier manifestación política en la construcción y toma de decisiones de carácter público y que garantizas en la visibilidad de las acciones de los representantes políticos;

2) Constituirse en una actividad cotidiana y en un criterio central para la resolución de los conflictos políticos, o sea, para la toma de decisiones sobre asuntos de carácter público y crear espacios autolegislativos y autogestivos para enfatizar el carácter público de lo político;

3) Fomentar el desarrollo de comunidades políticas capaces de transformar a individuos privados dependientes en ciudadanos libres y a los intereses parciales y privados en bienes públicos;

4) Por último, la participación ciudadana, enmarcada en un modelo de deliberación argumentativa, sería una forma de expresión cívica dirigida a debatir las decisiones tomadas por la autoridad política, presentar y formular una serie de demandas en relación con el Estado y exigir, en términos generales, la *publicidad* de los actos del Estado.

Por el contrario, *desde un enfoque realista*, donde la democracia se define, básicamente, *como una forma de norma*, como un método institucional para la toma de decisiones políticas, la participación ciudadana, al igual que cualquier otro tipo de participación, es una actividad que queda circunscrita a los procesos de elección y

decisión delimitados por las instituciones políticas, en el modelo de la democracia representativa se eligen representantes que los gobiernan.

Según los planteamientos del enfoque descriptivo, la participación ciudadana podría contemplar los siguientes objetivos:

- 1) Facilitar los procesos interdecisionales mediante un involucramiento medurado en los problemas de orden público;
- 2) Permitir la convivencia entre los representantes y los representados y optimizar los esfuerzos de la participación ciudadana de forma tal que puedan contribuir a garantizar el bien común;
- 3) Fomentar la confianza hacia las normas e instituciones como mecanismos vitales de la estabilidad y desarrollo de la democracia y como dispositivos eficaces para las diversas expresiones ciudadanas.

Ambas condiciones, llevadas al extremo o planteadas como premisas fundamentales, acaban por socavar los principios de todo tipo de democracia.

Por otro lado, desde la perspectiva de los actores sociales, la participación ciudadana se plantea como: 1) una forma de expresión privilegiada mediante la cual es posible canalizar y conciliar la diversidad y la complejidad de los intereses de los habitantes de una región determinada; 2) un medio de comunicación más directo entre gobernantes y gobernados; 3) una herramienta ciudadana para influir en la planeación, vigilancia y evaluación de la función pública; 4) un nuevo instrumento de contrapeso en torno al funcionamiento de las instituciones gubernamentales y políticas; 5) un

mecanismo de interacción entre funcionarios y ciudadanos orientado hacia la generación de formas de gobierno, legítimas, eficientes y representativas; 6) un derecho y una obligación ciudadana garantizada jurídicamente por el Estado; 7) una fórmula de representación ciudadana orientada hacia el desarrollo de estrategias de cogestión y autogestión en el desarrollo de políticas públicas; finalmente, 8) un novedoso proceso participativo que permitirá superar los viejos esquemas de gobierno basados en relaciones clientelares y corporativas.

De otra parte, la noción de ciudadanía posee tres componentes: 1) la adquisición, adjudicación, posesión o conquista de un conjunto de derechos y deberes por parte del individuo en una sociedad-política determinada; 2) la pertenencia a una comunidad política determinada: Estado-Nación; 3) la oportunidad y capacidad de participación en la definición de la vida pública de la comunidad a la cual se pertenece.

La cualidad del ciudadano no está mediada únicamente por la adscripción a una determinada comunidad política, ni por el conjunto de derechos y responsabilidades que dicha comunidad reconozca; el ser ciudadano nos remite a una actitud consciente y responsable para intervenir en la vida pública y el buen funcionamiento de las instituciones que amparan dicha membresía.

Conforme con lo anterior, la participación activa, es decir, la incorporación deliberada y consciente de los individuos en los asuntos correspondientes al escenario público es endógena a la acepción de ciudadanía. Para comprender por qué algunos individuos participan y otros no, precisa considerar a los individuos como "personas": como sujetos que intervienen reflexivamente en los procesos sociales desde una racionalidad de tipo vital. La explicación de los procesos participativos mediante los

cuales el ciudadano tomaba parte y se involucraba en los asuntos públicos, estribaba tanto en un conjunto de circunstancias personales y sociales, tanto en las motivaciones externas que empujan o desalientan el deseo de formar parte de una acción colectiva, como en el entramado que forman las instituciones políticas de cada nación.

Desde esta perspectiva, los ciudadanos ya no sólo distinguen un tipo de participación que tiene lugar entre las esferas social y estatal, sino también sustantiviza a dicha participación como un conjunto de acciones y prácticas mediante las cuales los individuos recrean su pertenencia a una comunidad política a través del libre ejercicio de derechos y deberes.

De acuerdo con lo anterior, la participación ciudadana es, entonces, tanto un componente para el buen gobierno, "governabilidad", como un espacio social para expresión, organización y ejercicio de aquel conjunto de derechos y deberes que nos definen como ciudadanos. La noción de ciudadanía, en consecuencia, no sólo brinda la fundamentación legítima de la participación ciudadana, sino también delimita los espacios y sentidos de estas prácticas y acciones cívico-político-sociales.

La participación ciudadana es, ante todo, un derecho y un compromiso colectivo, es decir, la participación *amplia y autónoma* de los ciudadanos se concibe como una pieza fundamental para la regulación, vigilancia de las instituciones políticas, así como una estrategia básica para incidir e intervenir en el diseño, planeación y desarrollo de las decisiones públicas

2.3.7. El enfoque de la Intersectorialidad

Para Cunill (2005) el concepto de intersectorialidad remite, en principio, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales. Sin embargo, el término tiene diversas acepciones según las premisas que se adopten e, incluso, según lo que se entienda por “sector”.

Existen dos premisas que explican la noción de intersectorialidad: La primera señala que la integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. Esta premisa le asigna un fundamento expresamente político a la intersectorialidad y se traduce en la asunción de que todas las políticas públicas que persigan estrategias globales de desarrollo, tales como la modificación de la calidad de vida de la población, deben ser planificadas y ejecutadas intersectorialmente.

La segunda premisa, sustenta que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales. Esta premisa remite a un fundamento técnico de la intersectorialidad consistente con la idea de que crea mejores soluciones (que la sectorialidad) porque permite compartir los recursos que son propios de cada sector.

En la primera premisa los sectores se corresponden con especialidades del conocimiento que, a su vez, remiten al criterio convencional de organización gubernamental (sector educación, sector salud, etc.). En la segunda premisa, en cambio, los sectores pueden referir también a las grandes lógicas de acción colectiva y mecanismos de coordinación social y, por tanto, la intersectorialidad, eventualmente, puede significar la articulación entre el sector público, el sector social, y el sector mercantil.

Elementos básicos que hacen posible la intersectorialidad:

- a) *La integración*, presente en todas las definiciones de intersectorialidad. la UNESCO por ejemplo habla de políticas sociales integradas para referirse a la intersectorialidad La sectorización, afirma, es un reordenamiento necesario de la realidad para actuar sobre ella con un criterio de división técnica del trabajo, pero “sólo una visión integradora, asociativa, intersectorial permite controlar las exigencias de una estrategia global para el desarrollo”. Así entendida, el reto de la intersectorialidad supone la integración conceptual de objetivos, la integración administrativa de algunos procesos.
- b) *La inclusividad*, en el sentido de que la intersectorialidad afecta desde el diseño hasta la evaluación de las acciones, la Organización Panamericana de la Salud considera que los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de cada sector se consideran según sus repercusiones y efectos en los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de los demás sectores.
- c) *La mancomunidad*, dado que la intersectorialidad supone compartir recursos, responsabilidades y acciones y, por lo tanto, necesariamente interpela a la solidaridad o al poder. Como proceso político envuelve el enfrentamiento de contradicciones, restricciones y resistencias, más aun habida cuenta de que se erige como alternativa y, por ende, como crítica a lo sectorial. La intersectorialidad puede cuestionar, de hecho, a lo menos dos postulados de la gestión social - La estructura de la administración pública caracterizada por los ministerios que atienden a una especialización sectorial. - Los mecanismos de asignación de recursos según partidas sectoriales. Por otra parte, la predominancia de un estos corporativo profesional convierte a la intersectorialidad también en un problema cultural.

Para superar una de las expresiones de esta limitante “es necesario «pensar» intersectorialmente para llevar a cabo políticas de ese contenido”. Puesta en práctica, sin embargo, la intersectorialidad puede allanar el camino para la interdisciplinariedad y la transectorialidad. En efecto, la intersectorialidad puede conducir a la interdisciplinariedad al facilitar la negociación entre diferentes puntos de vista, para deducir sobre la representación considerada adecuada teniendo en vista la acción.

La autora citada, sostiene que para conducir a la transectorialidad se debe crear una nueva mirada e instaurar nuevos valores, mediante el respeto de las diferencias y la incorporación de contribuciones de cada política social en la comprensión y en la superación de problemas sociales. La intersectorialidad se presenta como una estrategia para la solución de problemas

Por otra parte, en un estudio sobre La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social, Cunill (2014) hace referencia, que la intersectorialidad no es un sinónimo de la coordinación interinstitucional. Sin duda, la coordinación siempre se requiere para asegurar que las diversas organizaciones y sectores encargados de implementar una política no produzcan redundancias o inconsistencias. La coordinación en sí misma no se traduce en integración, de allí que la coordinación, aunque es necesaria para lograr la integración no siempre la aseguraría.

En este sentido, se cree, que la intersectorialidad, radica en su fundamento político, así también, implica un grado de intensidad más alto de relación entre sectores que la coordinación.

Algunos autores distinguen cinco tipos de colaboración, a saber: comunicación, cooperación, coordinación, coalición e integración. Se señala que estos tipos de relación ocurren en programas y agencias que tienden a trabajar con familias o comunidades enteras y que están diseñados para cambiar la forma en que las personas se relacionan entre sí y con la sociedad en general. Estos programas tienden menos a la entrega de beneficios específicos y más al cambio de comportamiento. A menudo tienden a centrarse en las familias con múltiples cuestiones que deben abordarse, (Cunill, 2014).

2.4. Hipótesis:

Las hipótesis que guiaron el estudio fueron:

H1: El nivel de cumplimiento de la corresponsabilidad de los actores involucrados en el fortalecimiento del centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño es aceptable y la articulación entre actores se ve limitada por razones políticas, organizativas y de comunicación.

H2: Los actores perciben al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal y al plan de incentivos municipales como positivo.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ubicación geográfica

EL distrito de Bellavista tiene una población total de 2341 habitantes, 147 niños menores de tres años, el perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades infecciosas de las vías respiratorias, enfermedades infecciosas intestinales, anemia nutricional y desnutrición, entre las primeras causas de morbilidad. Más del 50 % de niños entre los seis a 36 meses presentaron desnutrición, el año 2015 se reportaron 98 casos. Del total de gestantes esperadas, el cien por ciento acudió a recibir atención en el centro de salud, lo que refleja el trabajo realizado por el CPVC.

3.2. Tipo y diseño de la investigación

La investigación es no experimental, tipo descriptiva, de diseño retrospectivo.

Es no experimental, porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables. En esta investigación se observaron los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural, para después describirlos y analizarlos. (Hernández & Fernández, 2010:80).

Es descriptiva, porque el estudio está dirigido a determinar la presencia o ausencia de algo; la frecuencia con la que ocurre un fenómeno. Usualmente se caracteriza el fenómeno de estudio para un determinado tiempo, y se utiliza cuando se conoce poco sobre un fenómeno particular, lo cual es coherente con el objeto de estudio de la investigación.

Es retrospectivo, porque el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado. (Pinedo & Alvarado, 2008:80), en esta investigación son sucesos ocurrieron en el año 2015.

3.3. Unidad de análisis

La Unidad de análisis, lo constituyeron los funcionarios públicos de la municipalidad de Bellavista y de la Red de Salud Jaén, autoridades comunales, y agentes comunitarios de salud, involucrados en el fortalecimiento del centro de promoción y vigilancia comunal. Los actores que fueron unidad de análisis del estudio, en su mayoría son mujeres y tienen una edad que oscila entre los 27 a 54 años.

3.4. Población y muestra

La población, estuvo constituida por 18 personas implicadas directamente con el fortalecimiento del CPVC del cuidado integral de la madre y el niño, distribuidas de la siguiente manera: municipalidad (04), red de Salud Jaén (04) y comunidad (10). El cálculo y tamaño de la muestra se ha determinado en base a un muestreo no probabilístico y el método de conveniencia, el cual se caracteriza porque utiliza los elementos disponibles y accesibles a ser estudiados, donde no todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados (Hernández & Fernández, 2010:80).

En ese sentido, la población de estudio lo conformaron la totalidad de los actores involucrados. Se excluyeron a dos agentes comunitarios que no tuvieron continuidad en el trabajo, quedando constituida por 16 personas (Anexo 1).

3.5. Técnica y procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una triangulación de técnicas (cualitativas y cuantitativas): La revisión documental, encuesta y entrevista. Y como instrumentos la guía de revisión documental o lista de cotejos, un cuestionario estructurado y dos guías de entrevista. Para Hernández & Fernández (Ibid), una técnica es la forma en que una investigación puede llevarse a cabo y el instrumento, sirve para registrar los datos.

Lista de cotejos, de 16 ítems, diseñada para levantar datos sobre el cumplimiento de corresponsabilidades o funciones asignada por parte de los actores municipales, de la red de salud y de la comunidad. Los enunciados tuvieron respuestas dicotómicas cumple, no cumple. (Anexo 2)

El cuestionario estructurado, compuesto también por 16 ítems, dirigido a obtener información sobre aspectos que limitan y favorecen la articulación entre actores, los resultados se han formulado de tal manera que los encuestados respondieron eligiendo entre tres alternativas, de acuerdo, en desacuerdo e indeciso. (Anexo 3)

La guía de entrevista, estuvo dirigida a obtener información de los agentes comunitarios, funcionarios de salud y de la municipalidad. Esta guía estuvo organizada en dos partes. La primera contiene datos generales como edad, sexo, institución a la representan, la segunda parte estuvo constituida por preguntas abiertas, que permitieron obtener de los entrevistados sus percepciones respecto al CPVC e incentivos municipales, y otras preguntas que permitieron enriquecer los resultados. (Anexos 4a y 4b)

Las percepciones fueron catalogadas como positivas o negativas, de acuerdo a las categorías que surgieron de los discursos obtenidas en las entrevistas abiertas a los actores.

Con la finalidad de detectar posibles conflictos de estructura, redacción, ambigüedad, u otros, cada uno de los instrumentos mencionados anteriormente para el recojo de información han pasado por un previo proceso de validación, primero se los sometió a la opinión de tres jueces expertos en el tema (Especialistas en gestión pública, promoción de la salud, gerente de establecimiento), quienes analizaron y evaluaron la estructura de los instrumentos teniendo en cuenta la pertinencia, la coherencia y claridad de las preguntas de acuerdo a los objetivos y al objeto de estudio. (Anexo 4) Rediseñados los instrumentos fueron aplicados a una muestra piloto conformada por 16 personas con características similares a la población en estudio perteneciente al distrito de Pomahuaca, que también participaron del plan de incentivos municipales en la meta reducción de la desnutrición crónica; el objetivo de la prueba piloto fue evaluar el grado de dificultad en la comprensión de los ítems de los instrumentos, las observaciones fueron mínimas y ayudaron a mejorar los instrumentos.

Se realizó el análisis de confiabilidad del cuestionario, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0,832 lo que indica un alto grado de confiabilidad. Éste estadístico, es un coeficiente que examina la consistencia interna del instrumento. Se considera que los valores de alfa cuando más se aproximen a su valor máximo de 1, mayor es la fiabilidad de la escala (0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total). (Anexo 5) [Hernández & Fernández (Ibid)]

Cabe resaltar que la lista de cotejo no fue validada por cuanto los ítems fueron establecidos por el MEF y aplicados para la evaluación institucional.

Para la ejecución del estudio se solicitó el permiso de las autoridades tanto institucionales como comunales, con el fin de obtener la autorización correspondiente, para aplicar la entrevista se dispuso de un ambiente adecuado que permitió la privacidad. Además se siguió el proceso de persuasión al personal según el marco muestral confeccionado por la investigadora, inicialmente algunas personas de las instituciones mostraron resistencia; sin embargo, este aspecto fue superado, luego de conocer que los datos serán anónimos y que servirían solo para fines de la investigación. La autorización de los encuestados se hizo a través del consentimiento informado verbal.

Las entrevistas fueron grabadas en un medio magnético previa autorización, luego fueron transcritos, para su posterior análisis.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información cuantitativa se hizo en forma electrónica utilizando el programa Excel.

-El nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC, se operacionalizó en dos categorías:

Cumple: Óptimo: mayor a 72 puntos

Aceptable: 55 a 80 puntos

No cumple: Crítico: < de 55 puntos

-Aspectos que favorecieron y limitaron la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC, incluyeron cuatro dimensiones: Técnicas, organizacionales, sociales y políticos; además de los discursos se extrajo una dimensión adicional de índole comunicacional.

Los datos son presentados en tablas de frecuencia, distribuciones y estadísticos descriptivos, y en gráficos. Finalmente se organizaron los datos de acuerdo a los objetivos, realizándose un análisis descriptivo de las variables.

3.7. Criterios éticos

En todo momento se tuvo en cuenta los siguientes criterios éticos:

Principio de respeto: Comprende el derecho a la autodeterminación y el derecho irrestricto a la información. Las personas del estudio decidieron libremente su participación en la investigación.

Consentimiento Informado: Tanto para el investigador como para el informante fue esencial dar a conocer los objetivos, la metodología, los instrumentos que se iban a utilizar y se aclararon algunas dudas que se presentaron durante la aplicación del mismo; además de asegurarles preservar la confidencialidad

Principio de justicia: Las personas fueron tratados con amabilidad y respeto.

Principio de beneficencia: En todo momento se tuvo presente el bienestar de las participantes, es decir, el cuidado de su salud física y mental (Gonzales, 2002).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

3.1. Nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades de los actores que participaron en el fortalecimiento del CPVC

Cuadro 1. Cumplimiento de las corresponsabilidades en el fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa – Perú, 2015

N°	Ítems	SI	NO
La Municipalidad:			
1	Emitió la Resolución de alcaldía para la formalización del equipo de trabajo para el año 2015	X	
2	Participó en las reuniones mensuales de reflexión sobre el avance de las acciones descritas en el plan de trabajo	X	
3	Conjuntamente con el personal de salud y representante de la comunidad elaboró el reporte periódico y reporte anual	X	
4	Promovió la articulación y participación activa de todos los actores sociales presentes en el distrito, con la finalidad de planificar acciones conjuntas		X
5	Garantizó la programación de recursos en el PIA 2016	X	
	SUB TOTAL	4 (80,0)	1(20,0)
La comunidad:			
6	Participó activamente en el fortalecimiento del CPVC, a través de la ratificación y/o elección de ACS, y participa en reuniones de análisis y toma de decisiones	X	
7	Promovió iniciativas comunales a favor del ACS (exoneración de faenas, exoneración de multas, apoyo en la chacra, etc.)		X
8	Motivó e incentivó a las familias con gestantes y con niños menores de 36 meses a acudir a sus controles de salud y al CPVC	X	
9	Participó activamente en el funcionamiento del CPVC, a través de acciones educativas, vigilancia, reuniones de análisis.	X	
10	Conjuntamente con la municipalidad y personal de salud elaboró el reporte periódico y reporte anual	X	
11	Realizó vigilancia comunal, con participación activa de las autoridades, líderes comunales y el acompañamiento del personal de salud de su jurisdicción.		X
	SUB TOTAL	4 (57,1)	2 (42,9)
Ministerio de Salud			
12	Orientó, asesoró al alcalde, funcionarios municipales, autoridades y líderes comunales acerca de los aspectos técnicos para el cumplimiento de la meta.		X
13	Propició la organización, reuniones y seguimiento del equipo de trabajo durante el año	X	
14	Capacitó a los ACS.	X	
15	Asesoró, monitoreó, supervisó y acompañó el fortalecimiento y sostenibilidad del CPVC.	X	
16	Conjuntamente con la municipalidad y comunidad elaboró el reporte periódico y reporte anual.	X	
	SUB TOTAL	4 (80,0)	1 (20,0)
	TOTAL	12 (75,0)	4 (25,0)

El primer objetivo del estudio estuvo dirigido a identificar el nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC (municipalidad, salud y comunidad), en el marco de la ejecución del Plan de Incentivos Municipales en el Centro Poblado Ambato Tamborapa, del distrito de Bellavista.

Según se observa en el cuadro 1, para el año 2015 se establecieron 16 corresponsabilidades. La Municipalidad alcanzó un nivel de cumplimiento de 80 %, el Ministerio de Salud 80%, en cambio la comunidad a través de los agentes comunitarios lograron un nivel de cumplimiento de 57,1 %.

La municipalidad emitió la resolución para formalizar al equipo de trabajo, garantizó la programación de los recursos en el PIA 2016; sin embargo, no promovió la articulación y participación activa de todos los actores sociales presentes en el distrito, Este hecho fue ratificado por los agentes comunitarios durante la entrevista, quienes manifestaron:

“...La municipalidad no demostró compromiso y responsabilidad con el trabajo, su presencia en la comunidad fue rápida, solamente asistían para obtener la firma de las autoridades. Citaban a reuniones pero no concurrían; delegaban a otras personas en su representación, que para nosotros eran desconocidos, es como iniciar de nuevo....” (AC3)

Por su parte el MINSA, estuvo más cerca, que la municipalidad a los líderes comunales. Los responsables de La Red Salud organizaron el equipo de trabajo y supervisaron las actividades del plan a través de la Dirección de Promoción de la Salud, los trabajadores del Centro de Salud Ambato Tamborapa capacitaron a los ACS y motivaron de manera permanente a las familias para su autocuidado y

vigilancia de su salud, monitorearon las actividades del CPVC, y no proporcionaron la asesoría a los funcionarios de la municipalidad, alcanzando un 80 % en su nivel de cumplimiento, hecho que fue ratificado durante la entrevista por los actores de la municipalidad y salud, quienes manifestaron que participaron en la elaboración de los reportes pero el MINSA no cumplió con su rol de orientación y asesoría al alcalde, funcionarios municipales y autoridades acerca de los aspectos técnicos para el cumplimiento de la metas.

El trabajo realizado por el Ministerio de Salud fue destacado tanto por los agentes comunitarios como por los responsables de la municipalidad, en un discurso se destaca:

“El Ministerio de Salud demostró compromiso y tuvo una participación activa en el fortalecimiento del PCVC en alianza con los agentes comunitarios....” (FM2)

La comunidad, al igual que los otros actores participó en las reuniones de análisis de cumplimiento de metas, de capacitación, motivó a las madres gestantes y familias de niños menores de tres años para que asistan a sus controles y al centro de vigilancia, intervino en la elaboración de reportes, pero no cumplió con dos responsabilidades: estuvo ausente, en las iniciativas comunales a favor de los agentes comunitarios de salud, en compensación, por el trabajo desarrollado a favor del CPVC. En Ambato Tamborapa, no se realiza faenas comunales con participación de los pobladores, por lo tanto tampoco imponen multas a los pobladores que no lo hacen, nunca apoyaron en la chacra del ACS, como lo propone el MEF, estas prácticas solidarias de trabajo colectivo no forma parte de la cultura de los pobladores en esta zona del país.

Un ACS refiere al respecto:

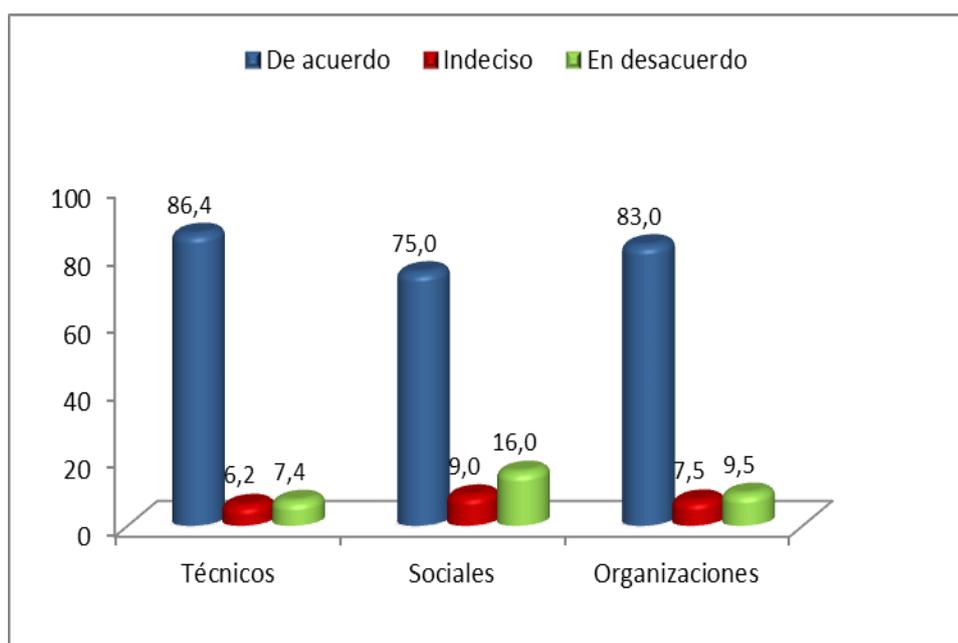
“Las metas las define el MEF, pero no siempre corresponden a nuestra realidad, en algunos casos faltó adaptarlo para el nivel local. (AC4)

Si bien es cierto, los ACS con el acompañamiento del personal del establecimiento de salud realizaron una vigilancia activa de la salud de la madre y el niño; las autoridades y líderes comunales, participaron muy poco en las actividades del centro, tal como lo requiere la norma, siendo valuada como no se cumplió.

En general el nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades alcanzó un 75 %, lo que significa que se cumplió con las funciones establecidas en el plan de trabajo.

3.2. Aspectos que favorecen y limitan la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC.

Gráfico 1. Aspectos que favorecen la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa – Perú, 2015



Fuente (Cuadro 2, Anexo 7)

El gráfico 1, muestra los factores que favorecieron la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC, estos son de carácter técnicos (86,4 %), organizacionales (83,0 %) y sociales (75,0 %), destacando los primeros.

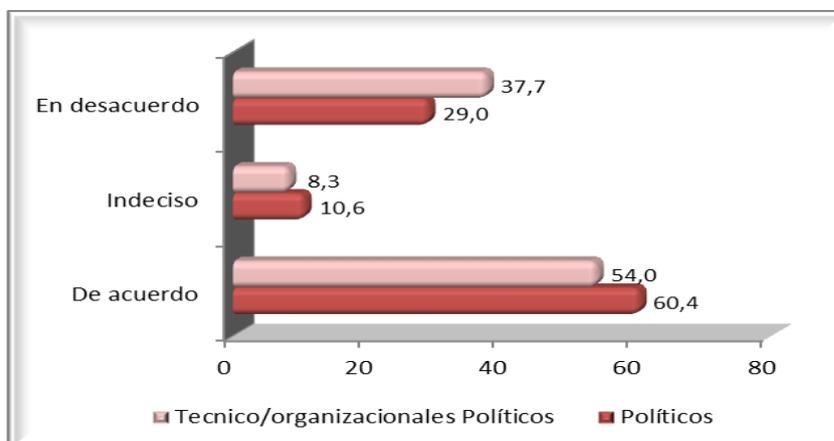
Entre los factores técnicos: El trabajo conjunto entre salud y los agentes comunales, el empoderamiento de los últimos, el cumplimiento a cabalidad de la función de vigilancia de la salud de la madre y el niño, y la supervisión periódica por parte de los trabajadores de salud, permitieron una mayor articulación entre el establecimiento de salud y los agentes comunitarios, según se evidencia en la tabla 1, anexo 7

Factores organizacionales: En este aspecto se destaca, la importancia que cada actor tenga definido sus roles y funciones, aunque hace falta mayor compromiso y coordinación, sobre todo de parte de la municipalidad, tal como se muestra en la tabla 2, anexo 7

Factores sociales: Destaca la identificación y sentido de pertenencia de los agentes comunitarios con su comunidad y en menor medida, la implicación de la población con las acciones que desarrolla el centro de vigilancia, según se evidencia en la tabla 3, anexo 7

Finalmente favoreció la articulación entre actores, la capacitación, identificación y sentido de pertenencia de algunos agentes comunitarios con su comunidad, lo que facilitó el cumplimiento de su rol asignado.

Gráfico 2. Aspectos que limitan la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa – Perú, 2015



Fuente (Cuadro 3, Anexo 7)

En el gráfico 2, se observa los factores que limitan la articulación de los actores involucrados en el fortalecimiento del Centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño. A diferencia de los aspectos favorecedores, los factores restrictivos son de índole política (60,4 %) y técnico/organizativo (54,0 %), datos que se ponen en evidencia desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Entre los aspectos políticos se menciona:

1. Las instituciones involucradas tienden a priorizar sus intereses.
2. Los acuerdos no se toman en consenso entre todos los involucrados (Tabla 4, anexo 7)

Respecto a los aspectos técnico/organizacional, se sostiene:

1. El personal de salud es insuficiente para atender al CPVC.
3. Cada una de las instituciones trabaja por su lado, (Tabla 5, anexo 7)

Los hechos evidencian importantes limitaciones que se constituyen en barreras para el trabajo articulado entre actores, según se observa en la siguiente narrativa:

“Si bien es cierto hay un mayor acercamiento entre salud y los agentes comunitarios, las decisiones no son producto del consenso”. (FS1)

De las entrevistas también emergieron algunos aspectos que limitaron la vinculación entre actores, y está relacionado con el aspecto comunicativo, y con ciertos principios valorativos, como el respeto y la confianza. Según se observa en los siguientes extractos:

“El personal de salud participa activamente y tiene mayor contacto con los agentes comunitarios; sin embargo, existen problemas de comunicación con la población. “En ocasiones se citan a sesiones educativas y el personal de salud no asiste. Así mismo, el pago de las remuneraciones por la municipalidad al personal contratado se hace con retardo y cuando convoca a una reunión no asisten”, por eso la población ha perdido la confianza. (AC2)

3.3. Percepción que tienen los actores acerca del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, y del Plan de Incentivos Municipales.

El Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, es percibido por las personas entrevistadas “como un espacio donde el establecimiento de salud y los promotores a través de un esfuerzo conjunto promueven prácticas saludables y vigilan la salud de la madre y los niños menores de tres años”, a cambio reciben fondos desde el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de las municipalidades. Algunos actores como el MINSA, preferirían que la transferencia de los fondos debiera hacerse directamente a salud. Según se observa en las siguientes narrativas:

“El CPVC, permite la coordinación intersectorial. Cada se realizan planes de trabajo, y a cambio se designa un presupuesto para cumplir metas” (FM1)

“El CPVC, es un esfuerzo conjunto, donde se ejecuta un plan de trabajo, con fondos que designa el MEF, y la municipalidad lo distribuye. Sería mejor que se asignaran los fondos directamente a salud” (FS3)

“A través del CPVC se promueven prácticas saludables y se vigila la salud de las madres y niños, se brinda consejería sobre alimentación saludable, vacunas y lavado de manos. El centro de salud, capacita y supervisa a los agentes comunitarios para que ejecuten las actividades, enmarcados en los criterios establecidos por el MEF” (ACS4)

El funcionamiento del CPVC, es visto como positivo, porque brinda orientación para mejorar la calidad de vida de la madre y el niño; sin embargo, se señala aspectos que deben mejorar. Por ejemplo, todos los actores involucrados, consideran que el problema principal que exhibe el CPVC, es que no se cuenta con infraestructura propia para su funcionamiento. Opera en ambiente alquilado y las instalaciones no son las adecuadas.

Los promotores de salud reconocen que existen logros del trabajo realizado a través del centro de promoción, entre ellos citan los conocimientos adquiridos por las madres sobre alimentación y nutrición, la importancia de las vacunas y el control de crecimiento y desarrollo; sin embargo, también reconocen que la población se siente escasamente implicada con las acciones que desarrolla el CPVC; hecho que emerge de los discursos en las entrevistas a los agentes comunitarios quienes refieren:

“Hay poca conciencia en la población acerca del trabajo que realiza el CPVC, les falta aportar y unirse para mejorar”. (AC5)

“Es una estrategia muy buena, pero no bien implementada, falta difusión hacia la comunidad. Deben capacitarnos sobre otros temas, siempre se desarrollan los mismos temas”. (AC1)

Las evidencias, no solamente muestran que hay problemas en el involucramiento de la población, también los hay, en lado de los promotores, se reconoce que no todos se comprometen con el CPVC, veamos las narrativas:

“Somos 12 agentes comunitarios, seis, participamos de forma activa, los otros vienen a las reuniones esporádicamente”. (AC1)

“[...] solo nos capacitan, sería bueno que la municipalidad otorgue un incentivo monetario, así tendríamos mayor compromiso”. (AC3)

En cuanto a los incentivos municipales, los actores opinan:

“Los incentivos municipales son positivos, porque ayudan a trabajar por la salud de la población, promoviendo prácticas saludables, pero falta un mayor compromiso de la municipalidad”. (FS1)

“Considero que el presupuesto debe asignarse directamente a Salud, hay mucha burocracia”. (FS2)

“Yo creo que debe existir personal especializado para gestionar las políticas, no hay una visión a largo plazo” (FS2)

De los discursos, se extraen diversos aspectos que a su juicio de los actores se desprenden de esta experiencia de participativo:

- El *Trabajo intersectorial*. Labor coordinada entre Municipalidad, Comunidad y Salud, que debe mejorarse.
- *Educación a la población*. Busca mejorar las prácticas de alimentación, nutrición, salud de la familia, haciendo uso de los recursos disponibles en la comunidad, pero poniendo énfasis en la importancia del cuidado de la madre y niño menor de tres años.
- *Formación de los promotores*. En temas relacionados a inmunizaciones, lavado de manos, alimentación saludable control de la gestante, atención temprana del niño; para que los promotores estén en capacidad de transferir los contenidos a las familias.
- *Supervisión continúa*. Control de cómo hacen los promotores las actividades, y cómo se da la consejería a las madres para que se puedan tomar medidas correctivas.
- *Vigilancia en Salud*. Referido a la vigilancia de la salud y alimentación de la madre y el niño.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Del análisis de los resultados referidos al objetivo: Nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades, se deriva que los actores que trabajan en alianza para el fortalecimiento del CPVC, representados en la triada: Municipio - instituciones de salud y comunidad, realizan funciones diferentes que han logrado desplegar capacidades diversas; pero todos apuntan a un objetivo común “la reducción de la desnutrición crónica infantil”. El municipio aporta con el recurso económico transferidos por el MEF para el financiamiento de las actividades y da el apoyo político; el Ministerio de salud, brinda el apoyo institucional con recursos humanos para la gestión e implementación de las metas y actividades, y la comunidad, que contribuye principalmente con recursos humanos (agentes comunitarios de salud) para la operatividad del plan comunal, además de ser el nexo entre la comunidad y los actores públicos, tendiendo los puentes hacia la base social.

En general el nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades fue de 75%, nivel considerado aceptable; cifra superior a lo estipulado en el marco normativo donde se establece un nivel mínimo de cumplimiento de las atribuciones: 72 puntos y óptimo de 100 (MEF, 2015). El resultado corrobora la hipótesis planteada “Los actores involucrados en el fortalecimiento del CPVC, tienen un nivel de cumplimiento aceptable”. Si se compara el nivel de cumplimiento de las funciones o corresponsabilidades de los actores con el puntaje máximo obtenido en el cumplimiento de las metas de acuerdo a los procedimientos aplicables en el Plan de incentivos municipales, el ranking de cumplimiento de las metas por la municipalidad

de Bellavista para el año 2015, fue de 100 puntos (MEF, 2015), igual a lo mostrado por las municipalidades de Pomahuaca, Pucará y Santa Rosa de la provincia de Jaén (MEF, 2016).

Sin embargo, los hallazgos del estudio resultan incoherentes, porque por un lado se tiene un nivel de cumplimiento aceptable de las funciones y por otro un puntaje máximo alcanzado en las metas; lo ideal sería que se alcance un nivel de cumplimiento óptimo tanto en el cumplimiento de las funciones como en las metas trazadas. El valor inferior a lo óptimo en el cumplimiento de las funciones, indica que debiera implementarse acciones estratégicas de mejora para superarlos.

Vargas Machado (2014), quien estudió, la corresponsabilidad en el Programa Juntos, precisa que es necesario establecer acciones de mejora, para la cooperación y responsabilidades específicas en cada institución por nivel de competencia; por ejemplo, el gobierno nacional será el responsable de la orientación política, los gobiernos regionales, de la calidad del servicio y control de las prestaciones en tanto el programa evidenciará el cumplimiento asumido por las familias y la transferencia.

De acuerdo a Fernández (2008) atendiendo a los roles que desarrollan los actores en la estrategia referida al fortalecimiento del CPVC, se estaría reforzando los modelos de relaciones verticales y consultivos, modelos que desarrollan relaciones cercanas a la gestión tradicional entre actores públicos y de sociedad civil. Parte de las funciones públicas son delegadas al escalón administrativo local que cumple roles y funciones de ejecución de los planes basados en las normas y reglas formales existentes. Las alianzas son de naturaleza vertical toda vez que comportan procesos de interacciones puntuales y orientadas al intercambio de información, a la ejecución de acciones

específicas, pero no hay toma de decisiones conjuntas o acuerdos sustantivos, a pesar que el marco normativo muestra el deseo de avanzar hacia el modelo de gobernanza.

En esa misma línea y siguiendo a Cunill (2014) los ACS, están ejerciendo un tipo de participación consultiva, pasiva y conducida por las instituciones públicas. El solo hecho de realizar actividades vinculadas al desarrollo de su comunidad, no significa que exista una auténtica participación.

Al margen de las debilidades que aún se debe superar y tomado como sustento teórico, la tesis de Romero & Glorimar (2012), se puede decir que el acto de la corresponsabilidad es un proceso lleno de retos, que permite aprender, crecer, descubrir, conocer y retroalimentar los diversos saberes; todos aprenden y desaprenden, es por ello, que llevar a la realidad este tipo de acción enriquece el conocimiento el cual libera y dignifica.

Siguiendo al autor, se puede decir que lo importante es, aprender a trabajar en conjunto realizando una gestión basada en el “tú haces - yo hago”, con acciones específicas pero sobre la construcción de visiones comunes, como lo es la salud de la población; consolidando alianzas de largo plazo con una auténtica participación en la toma de decisiones de todos los actores.

En cuanto al segundo objetivo, dirigido a describir los principales factores que favorecen o limitan la articulación entre actores, los resultados muestran que existen elementos técnicos, organizacionales y sociales que favorecen la articulación para la implementación del plan de trabajo en la meta 35 (fortalecimiento del CPVC para la atención de la madre y el niño < de 36 meses), se destaca el trabajo conjunto entre salud y los agentes comunales, la supervisión periódica por parte de los trabajadores

de salud, la capacitación, identificación y sentido de pertenencia de algunos agentes comunitarios con su comunidad. Resultados coincidentes son los mostrados por Vargas Machuca (2014) quién en su estudio llevado a cabo en Ayacucho - Perú, expuso hallazgos vinculados a los factores que favorecen la articulación como el contar con objetivos comunes de desarrollo y el fortalecimiento de los liderazgos.

La estrategia logró potenciar a los agentes comunitarios, producto de la combinación de acciones de capacitación y supervisión permanente realizada por los funcionarios de salud, expresada en un comportamiento de auto-eficacia para el cumplimiento de sus funciones. Ramos (2014) dice que la potenciación comunitaria es un valor que orienta la intervención social. También es un modelo teórico sobre “el proceso y las consecuencias de los esfuerzos personales y colectivos para ejercer control e influencia sobre las decisiones que afectan a la propia vida, y la salud”. Las oportunidades para la socialización, proporcionar información y apoyo afectivo promueven el sentido de comunidad.

El compromiso e identificación demostrado por los agentes comunitarios de salud, encuentra sustento en los aportes teóricos de Olsen y Downs (2013), quienes sostienen que las personas se sienten más atraídas por los grupos en los que pueden ejercer influencia. Es frecuente encontrar en las comunidades, individuos con sentimientos fuertes de comunidad, de allí que su participación es muy activa y dinámica y se constituyen en un referente para el resto de pobladores.

También, los actores reconocen la existencia de un vínculo entre trabajadores de salud y agentes comunales, como resultado de tener un contacto positivo prolongado, estableciendo lo que Ramos Vidal (2014:61) denomina conexión emocional compartida.

En cuanto a los aspectos que limitan la articulación entre actores, destacaron los de índole político y técnico-organizacional con el enfoque cuantitativo y, el comunicacional y valorativo con el cualitativo; por ejemplo la entidad responsable de la meta no cumplió con su rol de asesoría, la municipalidad no promovió el trabajo consensuado entre actores, porque su presencia en la comunidad fue rápida y esporádica, lo que afectó significativamente el proceso de diálogo. Los resultados son coincidentes con el estudio de Dhokhikah, Trihadningrum, & Suaryo,(2015) realizado en Indonesia, donde se señaló que existe falta de compromiso y representatividad de los miembros involucrados. Azaña y Rojo (2015) también corroboran los resultados, al sostener en su investigación ejecutada en Ucayali-Perú, que existe baja articulación entre los actores responsables de la implementación del plan de incentivos municipales, porque no existe un espacio o instancia de coordinación multisectorial formal.

El estudio evidencia que en Bellavista, aún existe una escasa visión intersectorial; los mecanismos de diálogo y concertación han sido escasas entre Municipio–Minsa, y municipio – comunidad, si se destaca, una mayor interacción entre el sector salud y la comunidad, entre ellos los vínculos de trabajo han sido más cercanos.

El último objetivo da a conocer que los actores perciben al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, y al Plan de Incentivos Municipales como positivos; rescatan la importancia del trabajo intersectorial, la educación a los promotores de salud, y el compromiso de los agentes comunales, aunque reconocen que hay procesos que son plausibles de mejorar. Los promotores de salud expresan el cambio en la percepción de las madres acerca de la alimentación adecuada como elemento fundamental para una vida saludable.

También, ponen en relieve que es necesario evaluar el estímulo que se brinda a los promotores por el trabajo que realizan, este debería estar basado en un incentivo monetario. Los resultados de Azaña & Rojo (2015), al estudiar los factores que favorecen o limitan el plan de incentivos municipales en Ucayali, afirman que el grado de valoración de los actores respecto al funcionamiento del CPVC es bajo. La mayoría de las personas perciben que el funcionamiento del CPVC sí favorece a la población y a la niñez y ayuda a la reducción de la DCI, siempre y cuando esté bien implementado.

Los problemas percibidos para la implementación del CPVC son: escasa participación del gobierno municipal, financiamiento insuficiente, falta de personal de salud y de ACS para implementar las actividades, falta de capacidades, falta de seguimiento y supervisión por parte del sector salud en todos los niveles; percepción que son divergentes con los del estudio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El trabajo de investigación obtuvo las siguientes conclusiones:

1. El nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades de los actores que participan en el fortalecimiento del CPVC es aceptable. Es mayor el nivel de cumplimiento de las funciones por el personal de salud que por la municipalidad y comunidad.
2. Los aspectos *facilitadores* de la articulación entre actores involucrados en el fortalecimiento del CPVC, son de índole técnica, social y organizacional, expresada en el trabajo conjunto entre el sector salud y los agentes comunales, la supervisión periódica por parte de los trabajadores de salud, la capacitación, identificación y sentido de pertenencia de algunos agentes comunitarios.

Los aspectos *que limitan*, son de carácter político, técnico organizacional y comunicacional, enunciada en los siguientes términos: La red de salud, no cumplió con su rol de asesoría, la municipalidad no promovió el trabajo consensuado entre actores, su presencia en la comunidad fue rápida y esporádica, convocó a reuniones y en la mayoría de las veces no asistía, generando desconfianza y disconformidad.

3. Los actores perciben el CPVC y el plan de incentivos municipales como positivos, porque valoran el trabajo intersectorial, la educación en salud dirigido a la población y la formación de los agentes comunitarios para la vigilancia de la salud de los niños y gestantes. Además se reconoce que hay procesos que deben mejorarse.

De las conclusiones obtenidas en el trabajo de investigación, surgen las siguientes recomendaciones:

1. La investigación sobre corresponsabilidad y articulación entre actores debe constituirse en una línea de investigación en Gerencia Social por su importancia y su reciente incorporación como tema objeto de estudio en el ámbito local.
2. Para una gestión efectiva de la política pública, las estrategias que buscan la participación comunitaria deben avanzar desde un enfoque vertical en la toma de decisiones hacia un proceso compartido basado en la gobernanza.
3. Difundir los resultados del estudio en los sectores involucrados para su conocimiento e implementación de los desafíos señalados de acuerdo su nivel de competencia.

LISTAS DE REFERENCIAS

- Allport, FH (1974). El problema de la percepción, Buenos Aires, Nueva Visión, p.81
- Azaña, P & Rojo, M. (2015). Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito de Masisea de Ucayali. Bases para propuesta de estrategias. [Tesis de maestría].Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú
- Cunill, N. (2014) La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest. polít. Pública* [online]. 2014, vol.23(1), pp.5-46. ISSN 1405-1079.
- Cunill, N. (2005) La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile.
- Dhokhikah, Y.; Trihadningrum, Y. & Suaryo, S. 2015: Participación comunitaria en la reducción de residuos sólidos doméstica. Universitas Jember, Indonesia.
- Espinosa, M. (2009). La participación ciudadana como una relación socio-estatal acotada por la concepción de democracia y ciudadanía. *Andamios* [online].Vol.5 (10), pp.71-109. ISSN 1870-0063.
- Fernández, M. (2010) Claves y Límites de la Articulación de Actores: Análisis Exploratorio de las Experiencias de Desarrollo Territorial Identificados por Territorio. Chile Universidad de Los Lagos. Pag.16
- González, M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación* 2002;(29):85-103.

- Hernández, R & Fernández, C. (2010). Metodología de la Investigación. 5ta Edición. Mc.Graw Hill. México, p.80
- Marsiglia, J. (2010) ¿Cómo gestionar las diferencias?: la articulación de actores para el desarrollo local. Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-15 de setiembre de 2010.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Calidad del Gasto (Hernández & Fernández, 2010) Público-DGPP. Perú (2015). (Consultado junio de 2014). Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/capacita/enero2011/PM_M_Incentivos_Municipales_TIPOB.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección General de Presupuesto Público. (2015). Programa de Modernización Municipal. Decreto de Urgencia N° 119-2009, la Ley N° 29812, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012 y la Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015. Perú
- Ministerio de Salud (2015). Meta de salud 38 y 44: fortalecimiento del centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño, planificación y programación en el programa articulado nutricional (PAN). Perú
- Moreno, JB (2009). Articulación política en el campo popular argentino. Una aproximación desde los discursos de sus organizaciones [en línea]. Tesis de maestría. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en; <http://www.fahce.unlp.edu.ar/te343/343.pdf>.
- Olsen, M. & Downs, A. (2013). Teoría de la elección racional. México. [Consultado 12 de agosto de 2014]. Disponible desde: <http://es.scribd.com/doc/145789365/>

- Olsen-downs-teoria-de-La-Eleccion-Racional.
- Pinedo, E. Alvarado EL. Metodología de la Investigación. 3ra. Edición. Washington. D: C: OPS. 2008
- Ramos, I. (2014). La experiencia de múltiples sentidos de comunidad. *Psicología Política*. No. 48.
- Romero, & Glorimar. (2012) La corresponsabilidad como estrategia vinculante en la gestión del programa educativo no convencional “comunidad y familia”. Tesis de Maestría. Universidad de Carabobo. Valencia.
- Ruano, A. (2013). El papel de la participación social en los sistemas de salud del nivel municipal: el caso de Palencia, Guatemala. *Global HealthAction*. 6(1), 2078. Disponible en: (revisión)
Ruano, A.L.
Departamento de salud pública y medicina clínica, epidemiología y Salud Global, Universidad de Ume, Suecia.
- Vargas Machado, M.: (2014). Corresponsabilidad y articulación: Una mirada a los pilares de Gestión del Programa Juntos [Tesis de Maestría]. Pontificia Universidad católica del Perú- Lima. Perú-

ANEXOS

ANEXO 1

MARCO MUESTRAL DE ACTORES INVOLUCRADOS

N	INSTITUCIÓN	CARGO QUE DESEMPEÑA	N° DE PERSONAS
1	Municipalidad	Subgerente de Desarrollo Social y Servicios Públicos	01
		Responsable de planificación y presupuesto	01
		Regidor de participación comunitaria	01
		Coordinador de la Municipalidad del Plan de incentivos	01
2	Red de Salud Jaén	Dirección de Promoción de la Salud	01
		Jefe del establecimiento de salud	01
		Responsable del área niño	01
		Responsable del área materna	01
3	Comunidad	Agente comunitario de salud	06
		Presidente comunal	01
		Representante de la comunidad	01
TOTAL			16

ANEXO 2

LISTA DE COTEJO SOBRE CUMPLIMIENTO DE LAS CORRESPONSABILIDADES O FUNCIONES EN EL FORTALECIMIENTO DEL CPVC.

N°	Ítems	CUMPLE	NO CUMPLE
La Municipalidad:			
1	Emitió la Resolución de alcaldía para la formalización del equipo de trabajo para el año 2015		
2	Participó en las reuniones mensuales de reflexión sobre el avance de las acciones descritas en el plan de trabajo		
3	Conjuntamente con el personal de salud y representante de la comunidad elaboró el reporte periódico y reporte anual		
4	Promovió la articulación y participación activa de todos los actores sociales presentes en el distrito, con la finalidad de planificar acciones conjuntas		
5	Garantizó la programación de recursos en el PIA 2016		
La comunidad:			
6	Participó activamente en el fortalecimiento del CPVC, a través de la ratificación y/o elección de ACS, y participa en reuniones de análisis y toma de decisiones		
7	Promovió iniciativas comunales a favor del ACS (exoneración de faenas, exoneración de multas, apoyo en la chacra, etc.)		
8	Motivó e incentivó a las familias con gestantes y con niños menores de 36 meses a acudir a sus controles de salud y al CPVC		
9	Participó activamente en el funcionamiento del CPVC, a través de acciones educativas, vigilancia, reuniones de análisis.		
10	Conjuntamente con la municipalidad y personal de salud elaboró el reporte periódico y reporte anual		
11	Realizó vigilancia comunal, con participación activa de las autoridades, líderes comunales y el acompañamiento del personal de salud de su jurisdicción.		
Ministerio de Salud			
12	Orientó, asesoró al alcalde, funcionarios municipales, autoridades y líderes comunales acerca de los aspectos técnicos para el cumplimiento de la meta .		
13	Propició la organización, reuniones y seguimiento del equipo de trabajo durante el año		
14	Capacitó a los ACS.		
15	Asesoró, monitoreó, supervisó y acompañó el fortalecimiento y sostenibilidad del CPVC.		
16	Conjuntamente con la municipalidad y comunidad elaboró el reporte periódico y reporte anual.		

Obtenida Marco Normativo 2015- Diario oficial el Peruano- Perú- 2015

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE LOS FACTORES QUE FAVORECIERON O LIMITARON EL FORTALECIMIENTO DEL CPVC.

INSTRUCCIONES: Buenos días/ tardes, mi nombre es YULI CABRALES, de la Escuela de Post Grado de la UNC. En este momento estoy realizando un estudio sobre **LOS ASPECTOS QUE FAVORECIERON O LIMITARON** el fortalecimiento del **Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, en el marco de la ejecución del Plan de Incentivos Municipales**, resultados que se pueden tomar como referencia para establecer algunas estrategias de mejora. Por esa razón les solicito acepte participar en este estudio y responda a las preguntas que se le hará. Le agradezco de antemano su valiosa opinión.

N°	Ítems	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1.	El CPVC funciona bien pero falta mejorar			
2.	Las instituciones involucradas tienden a priorizar sus intereses.			
3.	El personal de salud es insuficiente para atender al CPVC			
4.	Se promueve el trabajo conjunto entre la municipalidad, el centro salud y los agentes comunitarios.			
5.	Los acuerdos son tomados en consenso con todos los involucrados (Municipalidad, CS, Comunidad).			
6.	Cada una de las instituciones trabaja por su lado			
7.	El presupuesto es insuficiente para realizar todas las actividades relacionados con el CPVC			
8.	Los representantes de las instituciones se mostraron comprometidos con el CPVC.			
9.	El personal de salud supervisa el CPVC de manera permanente			
10.	Casi siempre se implementan los acuerdos asumidos en consenso.			
11.	El Red de salud cumple con su rol asesor a la municipalidad y autoridades comunales			
12.	Escaso rol de liderazgo de la municipalidad			
13.	La capacitación permanente a los promotores de salud que facilita el cumplimiento de sus funciones			
14.	Los agentes comunitarios cumplen a cabalidad su función de vigilancia comunal de la salud de la madre y el niño			
15.	La identificación y sentido de pertenencia de los agentes comunitarios con su comunidad hace que cumplan a cabalidad su rol asignado.			
16.	La población se siente implicada con las acciones que desarrolla el CPVC.			

Gracias por su colaboración.

ANEXO 4a

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURA DIRIGIDA A ACTORES INVOLUCRADOS EN EL CENTRO DE PROMOCION Y VIGILANCA COMUNAL (Funcionarios municipales y del Ministerio de Salud)

INSTRUCCIONES: Buenos días/ tardes, mi nombre es JULY ROJAS CABRALES, maestriza de la Escuela de Post Grado de la UNC. En este momento estoy realizando un estudio sobre el **Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, en el marco de la ejecución del Plan de Incentivos Municipales**, resultados que se pueden tomar como referencia para establecer algunas estrategias de mejora. Por esa razón les solicito acepte participar en este estudio y responda a las preguntas que se le hará.
Le agradezco de antemano su valiosa opinión.

DATOS GENERALES

Cargo que ocupa:Sexo.....

Tiempo en el cargo:

Institución donde labora: Municipalidad () Ministerio de Salud ()

Preguntas:

1. Qué opinión tiene acerca del CPVC y Plan de incentivos municipales?
2. Cómo ve que parte de los fondos asignados a la municipalidad estén dirigidos a desarrollar acciones dirigidos a promover prácticas saludables a través de los CPVC?
3. Cómo se determina el presupuesto que se destinará al CPVC.? ¿Qué criterios utilizan para definir el presupuesto?
4. Existió una instancia específica para coordinar el cumplimiento de la normatividad respecto al fortalecimiento del CPVC?
5. ¿Qué mecanismos y canales de coordinación se han establecido para desarrollar las actividades vinculadas al funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño? Cómo calificaría el nivel de coordinación? Por qué?
6. Quien supervisa o monitorea el cumplimiento de la normatividad?
7. En su opinión que limitaciones y fortalezas encuentra en la implementación del CPVC.
8. Considera que esta forma de asignación de presupuesto es el más acertado? En todo caso cuál sería su sugerencia.
9. Qué aspectos han facilitado el cumplimiento de las metas?

Desea agregar algo más.

Gracias por su colaboración

ANEXO 4b

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURA DIRIGIDA A AGENTES COMUNITARIOS QUE PARTICIPAN EN EL CENTRO DE PROMOCION Y VIGILANCA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL A LA MADRE Y AL NIÑO

INSTRUCCIONES: Buenos días/ tardes, mi nombre es YULI CABRALES, maestriza de la Escuela de Post Grado de la UNC. En este momento estoy realizando un estudio sobre el **Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, en el marco de la ejecución del Plan de Incentivos Municipales**, resultados que se pueden tomar como referencia para establecer algunas estrategias de mejora. Por esa razón les solicito acepte participar en este estudio y responda a las preguntas que se le hará. Le agradezco de antemano su valiosa opinión.

DATOS GENERALES

Actividad que realizaba:

Tiempo en el cargo: Sexo.....

Preguntas:

1. ¿Cuántos agentes comunitarios de salud participan en el Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño durante el año 2015?.
2. ¿Recibió capacitación para desarrollar acciones en su Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño?. Considera que la capacitación recibida le ayudó a realizar mejor las actividades en el CPVC?
3. Toman decisiones conjuntas entre la municipalidad, trabajadores de salud y agentes comunitarios para el funcionamiento del CPVC
4. El personal de salud coordina con las autoridades comunales, organizaciones de base o programas sociales acciones de promoción de la salud
5. ¿Cómo y porqué cree que participa la población en las actividades desarrolladas en el CPVC? De qué manera cree que podría mejorar?
6. ¿Qué dificultades identifica en la participación de los agentes comunitarios de salud para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podría superarse?
7. ¿Qué dificultades identifica en la participación del personal de salud para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podría superarse?
8. ¿Qué dificultades identifica en la participación del personal de la municipalidad para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?
9. Qué opinión tiene del plan de incentivos municipales?
10. Está satisfecho con el incentivo que recibe por la labor que realiza en el CPVC? Que sugeriría.

ANEXO 5a

PRUEBA BINOMIAL DE JUICIOS DE EXPERTOS

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				pVALOR DE SIGNIFICANCIA
	ADECUADO		INADECUADO		
	Nº	%	Nº	%	
1	3	100,0			0,01
2	3	100,0			0,01
3	3	100,0			0,01
4	3	100,0			0,01
5	2	80,0	1	20,0	0,05*
6	3	100,0			0,01
7	3	100,0			0,01
8	3	100,0			0,01
9	3	100,0			0,01
10	3	100,0			0,01
11	3	100,0			0,01
12	3	80,0	1	20,0	0,05*
13	3	100,0			0,01
14	3	100,0			0,01
15	3	100,0			0,01
16	3	100,0			0,01
TOTAL					

* : Significativa (P<0.05)

** : Altamente significativa (P<0.01)

ANEXO 5b

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

ALFA-CRONBACH

PROCEDIMIENTO

Sobre la base de la varianza de los ítems, aplicando la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{1 - \sum s^2_i}{s^2_T} \right)$$

Dónde:

k es el número de ítems de la escala

$\sum s^2_i$ es la sumatoria de las varianzas de los ítems

s^2_T es la varianza de toda la escala

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{1 - \sum s^2_i}{s^2_T} \right)$$

$\alpha = 0,832$ instrumento confiable

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del siguiente documento acepto participar en el estudio de investigación: **“Corresponsabilidad y articulación en el fortalecimiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal en el marco del plan de Incentivos municipales. Ambato Tamborapa- Perú”**, habiendo recibido la información pertinente y el propósito del estudio, me comprometo a responder todas las preguntas voluntariamente.

Toda la información que proporcione será confidencial y solo podrá ser utilizada para fines de la investigación.

Jaén..... de 2016

Participante

Investigador

ANEXO 7

Cuadro 2. Aspectos que favorecen la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa - Perú 2015

Aspectos	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
Técnicos	86,4	6,0	7,4
Sociales	75,0	9,0	16,0
Organizaciones	83,0	75,0	9,5

Cuadro 3. Aspectos que limitan la articulación entre actores vinculados al fortalecimiento del CPVC. Centro Poblado Ambato Tamborapa – Perú, 2015

Aspectos	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
Técnico/organizacionales	37,7	8,3	54,0
Políticos	29,0	10,6	60,4

Tabla 1. Factores técnicos que favorecen el fortalecimiento del CPVC.

N	Ítems	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1	Se promueve el trabajo conjunto entre la municipalidad, el centro salud y los agentes comunitarios.	91,7	8,3	0,0
2	Casi siempre se implementan los acuerdos asumidos en consenso.	58,3	25,0	16,7
3	Los agentes comunitarios cumplen a cabalidad su función de vigilancia comunal.	75,0	0,0	25,0
4	Los agentes comunitarios están capacitados para el cumplimiento de su función.	100,0	0,0	0,0

Tabla 2. Factores organizacionales que favorecen el fortalecimiento del CPVC.

N	Ítems	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1	Los representantes de las instituciones se muestran comprometidos con el CPVC.	91,7	8,3	0,0
2	Se promueve el trabajo conjunto entre la municipalidad, el centro salud y los agentes comunitarios.	91,7	8,3	0,0

Tabla 3. Factores sociales que favorecen el fortalecimiento del CPVC

N	Ítems	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1	Los representantes de las instituciones se mostraron comprometidos con el CPVC.	91,7	8,3	0,0
2	La identificación y sentido de pertenencia de los agentes comunitarios con su comunidad hace que cumplan a cabalidad su rol asignado.	75,0	25,0	25,0
3	La población se siente implicada con las acciones que desarrolla el CPVC	100,0	0,0	0,0

Tabla 4. Factores políticos que limitan el fortalecimiento del CPVC.

N	Ítems	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1	Las instituciones involucradas tienden a priorizar sus intereses.	41,7	16,7	41,7
2	Los acuerdos son tomados en consenso con todos los involucrados (Municipalidad, CS, Comunidad).	40,0	25,0	35,0
3	El presupuesto es insuficiente para realizar todas las actividades relacionados con el CPVC	75,0	0,0	25,0

Tabla 5. Factores técnico/organizacional que limitan el fortalecimiento del CPVC

N	Ítems	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1	El personal de salud es insuficiente para atender al CPVC	50,0	0,0	50,0
2	Cada una de las instituciones trabaja por su lado	0,0	16,7	83,3
3	El CPVC funciona bien pero falta mejorar	100,0	0,0	0,0

REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





