



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
**SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN**

**EXPERIENCIAS DE LOS ACTORES SOCIALES EN LA IMPLEMENTACIÓN
DEL PROGRAMA META 4 PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE
ANEMIA EN NIÑOS DE 04 A 11 MESES EN EL DISTRITO DE SAN BORJA
EN EL AÑO 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN SALUD PÚBLICA Y SALUD GLOBAL**

AUTORA:

KAREN JANETH MEZA AGUILAR

ASESORA:

DRA. IRMA ESPERANZA REYES SOLARI

LIMA - PERÚ

2023

JURADOS

DRA. RUTH ANUNCIACIÓN IGUIÑIZ ROMERO

PRESIDENTA

MAG. OSCAR SAMUEL AQUINO VIVANCO

SECRETARIO

MAG. JULIO ANDER MAYCA PEREZ

VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres, Pedro y Jesús, por siempre creer en mí y respetar cada decisión que he tomado. Su apoyo incondicional me ha permitido alcanzar todos mis logros y por eso siempre estaré agradecida.

A mis hermanas, Hellen y Kelly, por ser un ejemplo de perseverancia y compromiso para mí, por acompañarme en cada meta alcanzada y por apoyarme ante cualquier dificultad.

A mi sobrina, Lita Sofía, por tus actos de cariño a través de tus bailes, cantos y dibujos que me animaron en los momentos que más los necesitaba.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora y maestra, Esperanza Reyes, por sus sabios consejos para seguir avanzando adecuadamente con mi investigación y sobre todo por su preocupación y palabras de aliento que me motivaron a conseguir este gran logro.

A mis colegas y compañeras de vida, Forlly, Milagros, Pierina y Silvia, por el cariño infinito y por estar siempre juntas motivándonos en cada sueño y celebrando cada meta.

A mi mejor amiga, Alexandra, quién vio en mí todo el potencial necesario para desenvolverme en mi profesión y me apoyó a no rendirme en seguir mis sueños.

EXPERIENCIAS DE LOS ACTORES SOCIALES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA META 4 PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE ANEMIA EN NIÑOS DE 04 A 11 MESES EN EL DISTRITO DE SAN BORJA EN EL AÑO 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%	12%	4%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	www.mef.gob.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.unicef.org Fuente de Internet	1%
6	vsip.info Fuente de Internet	< 1%
7	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	< 1%
8	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru	< 1%

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2.1 Descripción de la situación problemática.....	3
2.2 Antecedentes de la investigación.....	4
2.3 Formulación del problema.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1 Sobre el concepto de Actores Sociales.....	7
3.2 Sobre la Participación en Salud	11
3.3 Sobre los programas con Agentes comunitarios de salud	13
3.3.1 Efectividad de los programas con ACS	14
3.3.2 Experiencias de ACS en programas de salud materno-infantil y prevención y reducción de anemia.....	17
3.4 Programas en Perú: CUNA MÁS	18
3.5 Marco Contextual.....	19
3.5.1 Perú: Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal - Meta 4 “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de anemia”	20
3.5.2 Caracterización del lugar de estudio	27
4. OBJETIVOS	31
4.1 Objetivo General:.....	31
4.2 Objetivos Específicos:.....	31
5. JUSTIFICACIÓN	31
6. METODOLOGÍA	32
6.1 Tipo y diseño de estudio.....	32
6.2 Población	34
6.3 Muestra.....	34
6.4 Dimensiones de Análisis	36
6.5 Técnicas de recolección de información	36
6.6 Procedimiento de recolección de datos	36
6.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	37
6.8 Aspectos éticos	38

7. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE HALLAZGOS	38
Objetivo 1. Describir las percepciones de los actores sociales sobre elementos relacionados a la Meta 4 del distrito de San Borja.....	39
7.1 Elementos Contextuales	39
7.1.1 Perfil del actor social entrevistado.....	39
7.1.2 Sobre las características del programa Meta 4	41
Objetivo 2. Describir los procesos de implementación y componentes que influyen en el desarrollo de las actividades de los actores sociales de la Meta 4 en San Borja.....	46
7.2 Experiencias en la implementación de la Meta 4	46
7.2.1 Experiencias en la convocatoria y selección de los actores sociales	46
7.2.2 Experiencias en el proceso de capacitación.....	51
7.2.3 Experiencias en la ejecución de las visitas	53
7.2.4 Experiencias en la supervisión	77
7.2.5 Percepción del incentivo económico.....	80
7.3 Reflexiones del Actor Social:	84
7.3.1 Auto comprensión de su rol como actor social.....	84
7.3.2 Recomendaciones de los actores sociales	88
8. CONCLUSIONES	99
Limitaciones del estudio	102
9. RECOMENDACIONES	103
10. REFERENCIAS.....	106
11. ANEXOS.....	118

RESUMEN

Introducción: La anemia en niños de 6 a 35 meses es considerada como un problema de Salud Pública grave en el Perú. En el año 2019 se implementó el programa Meta 4 con acciones de los municipios para la prevención y reducción de anemia que resalta la participación de miembros de la comunidad denominados actores sociales. Sin embargo, el desempeño de estos actores ha sido estudiado principalmente en el ámbito rural teniendo poca información en contextos urbanos. **Objetivos:** El propósito de este estudio es explorar las experiencias de los actores sociales sobre la implementación de la Meta 4 en un distrito urbano de Lima Metropolitana, distrito de San Borja, en el año 2019. **Materiales y Métodos:** El estudio es cualitativo, descriptivo y de carácter fenomenológico. Se aplicaron 10 entrevistas semi-estructuradas a actores sociales de San Borja que tuvieron como mínimo dos meses de experiencia. **Resultados:** Los actores sociales manifestaron que trabajar en la Meta 4 fue una buena experiencia y que sus acciones tuvieron un impacto positivo en la comunidad. Sin embargo, su motivación fue disminuyendo por la percepción de una inadecuada remuneración y las dificultades presentadas durante la ejecución de visitas domiciliarias como problemas para ubicar a las familias y falta de interés de los padres. **Conclusiones:** Para mejorar la implementación del programa y asegurar una mayor motivación y retención de los actores sociales de San Borja, es necesario considerar las características de la población y del distrito; y definir el incentivo económico en base a las actividades y el tiempo que les ocupa realizarlas.

Palabras clave: anemia, actores sociales, agente comunitario de salud, urbano.

ABSTRACT

Introduction: Anemia in children from 6 to 35 months is considered a Severe Public Health Problem in Peru. In 2019, the program “Meta 4” established actions to prevent and reduce anemia implemented by municipalities that highlights the participation of community members called “actores sociales”. However, the performance of these actors has been studied mainly in rural areas with less evidence in urban contexts.

Objectives: The aim of this study is to explore the experiences of the “actores sociales” about the implementation of the program in San Borja, an urban district of Lima, in 2019.

Methods: This is a qualitative, descriptive and phenomenological study. Individual semi-structured interviews were conducted with 10 “actores sociales” of San

Borja that had a minimum of two months of experience. **Results:** The “actores sociales” stated that working on the program was a good experience and they perceived their actions had a positive impact on the community. However, their motivation was

diminishing due to the perception of inadequate remuneration and the difficulties presented during home visits such as problems in locating families and lack of interest

from parents. **Conclusions:** To improve the implementation of the program and ensure greater motivation and retention of the “actores sociales” of San Borja, it is necessary to

consider the characteristics of the population and the district; and define the monetary incentive based on the activities they do and the time it takes them to carry them out.

Keywords: anemia, community health workers, urban.

1. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2022) reportó al año 2022 que el 42.4% de niños de 6 a 35 meses tiene anemia en Perú. Esta prevalencia se ha mantenido casi constante en los últimos años por lo que la enfermedad es aún considerada como un problema de salud pública grave por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011). La población más afectada dentro de este grupo son los niños de 6 a 11 meses (MIDIS, 2018). La causa más frecuente de anemia, según el Ministerio de Salud, es la deficiencia de hierro en la sangre que puede ocasionar efectos negativos en la salud de los niños como bajo desarrollo psicomotor, disminución de la capacidad intelectual y bajo rendimiento escolar (MINSA 2017).

Para reducir y prevenir la anemia en el Perú, se han desarrollado intervenciones bajo la coordinación y supervisión de distintos sectores, actores e instituciones. En el 2017, el MINSA, aprobó el “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021”. El plan prioriza 15 intervenciones estratégicas para reducir y controlar la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil. Las acciones del plan principalmente se enfocan en la suplementación de hierro y vitaminas, Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y la ejecución de visitas domiciliarias con el apoyo de agentes comunitarios de salud para fortalecer prácticas de prevención y control de anemia.

En el 2018, se aprobó el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia desarrollado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y

suscrito por 15 ministerios más. El objetivo de este plan es prevenir y reducir la prevalencia de anemia en tres grupos poblacionales priorizados: niños menores de 36 meses, gestantes y adolescentes. Así mismo, el plan se centra en la articulación de sectores y niveles de gobierno para la implementación de intervenciones de las cuales se resalta la suplementación de hierro desde los 4 meses, tamizaje y tratamiento desde los 6 meses, promoción y disponibilidad de alimentos ricos en hierro, y la ejecución de visitas domiciliarias de seguimiento de la suplementación con hierro por el personal de salud y agentes comunitarios de salud.

Los planes implementados hasta el momento proponen estrategias complementarias, como la ejecución de visitas domiciliarias para el fortalecimiento de capacidades de las familias y el seguimiento de la suplementación con hierro. Del mismo modo, resaltan la articulación con otros sectores y niveles de gobierno, para mejorar condiciones del entorno como facilitar el acceso a agua potable y garantizar mayor promoción, disponibilidad y acceso a alimentos ricos en hierro.

En el 2019, el MINSA y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en el marco del “Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal” desarrollaron la denominada Meta 4: “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de anemia” en articulación con municipios de todo el país. Una de las actividades principales ¹de la Meta 4 es la ejecución de visitas domiciliarias a niños de 04 a 11 meses realizadas por

¹ El programa Meta 4 del año 2019 estableció la “Conformación de una Instancia de Articulación Local (IAL) y registro de actores sociales” como otra de las actividades principales que debían ser implementadas por todos los municipios participantes.

actores sociales, miembros de la comunidad capacitados para realizar consejerías a madres, padres u otros cuidadores (MINSA 2019c).

La Meta 4, siguiendo lo establecido en las intervenciones de los planes nacionales, resalta en su diseño la participación de miembros de la comunidad, denominados actores sociales, para contribuir a la lucha contra la anemia. El presente estudio se centra en explorar la experiencia y percepciones de estos actores sociales acerca de la Meta 4, puesto que son los que implementan de manera directa las actividades centrales del programa, como las visitas domiciliarias.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción de la situación problemática

La anemia en el Perú se ha mantenido como un problema de salud pública en los últimos años con una prevalencia actual del 42,4% en niños menores de 36 meses, siendo los más afectados los niños de 6 a 11 meses (INEI, 2023). El Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal - Meta 4 es el programa más recientemente implementado a nivel nacional para prevenir y reducir la anemia en niños de 04 a 11 meses y cuenta con la participación de actores sociales para el desarrollo de una de sus actividades centrales: las visitas domiciliarias. En el marco del programa, los actores sociales son nominados como miembros de la comunidad (agentes comunitarios de salud, promotores de salud, estudiantes universitarios, autoridades o líderes comunales) capacitados permanentemente en temas de salud y desarrollo del

niño que realizan consejerías sobre el manejo adecuado de la suplementación de hierro a madres o cuidadores incluidos en el programa (MINSA 2019c).

Desde su implementación, a nivel nacional se han realizado pocos estudios sobre el desarrollo del programa. En relación con el período del año 2019 se cuenta con un informe realizado por la Mesa de Concertación Para La Lucha Contra La Pobreza (MCLCP 2019), y dos evaluaciones realizadas por un equipo consultor para UNICEF (Unicef, 2020) y por el Consorcio de Investigación Económica y Social – CIES (Guerrero & Oré, 2019) respectivamente. En estos estudios se identificaron dificultades en el diseño e implementación del programa como la falta de personal con perfil de agente comunitario de salud local, débil capacitación y escaso seguimiento a los actores sociales. Así mismo, el CIES identificó un impacto positivo en el aumento de hemoglobina en los niños que reciben visitas domiciliarias por la Meta 4.

2.2 Antecedentes de la investigación

El concepto de actor social en la teoría incluye enfoques donde principalmente se toma en cuenta su participación en la toma de decisiones. Sin embargo, en el discurso oficial del programa, el concepto se ha delimitado al equivalente de un actor que implementa acciones de programas o como lo define Rifkin (1996), un actor colaborativo que realiza acciones predeterminadas por el gobierno y el sistema de salud. Dentro de este tipo de participación, los actores más conocidos en el campo de la salud son los agentes comunitarios de salud (ACS).

Experiencias internacionales referidas por el Banco Mundial y otras publicaciones han demostrado que las intervenciones donde participan agentes comunitarios de salud contribuyen a la mejora de algunas condiciones relacionadas a la salud materno-infantil como la cobertura de vacunación, tasas de lactancia materna y suplementación con hierro, sobre todo en países de ingresos bajos y medios. Además, muchas de estas estrategias incluyen a las visitas domiciliarias como sus actividades principales (Black et al., 2016; Kok, Kane, et al., 2015). Algunas revisiones sistemáticas han podido identificar factores que han influido en el éxito y en la falla de programas con ACS, sobre todo en los aspectos que afectan negativamente su desempeño. Los estudios incluidos en las revisiones han basado sus resultados en la perspectiva de „stakeholders“ o partes interesadas, personal de salud, beneficiarios y de los mismos ACS. Las dimensiones de estudio más utilizadas se centran en aspectos individuales o internos del ACS como el nivel de conocimiento y habilidades de comunicación, y aspectos externos como su relación con el sistema de salud y el beneficiario, el diseño de la intervención y el contexto de la comunidad (Glenton et al., 2013; Kane et al., 2016; Long et al., 2018). Es importante resaltar que la mayor evidencia proviene de estudios sobre programas realizados en el ámbito rural, por lo que la información sobre el rol y desempeño de los ACS en ámbitos urbanos aun es escasa (Ludwick et al., 2020).

A nivel nacional se han realizado pocos estudios en relación a la experiencia y percepciones de agentes comunitarios que participen en programas de salud materno infantil, y específicamente de prevención y reducción de anemia. Las referencias más cercanas están relacionadas al programa nacional Cuna Más,

sobre todo de su componente de Servicio de Acompañamiento Familiar (SAF) que incluye la ejecución de visitas domiciliarias por facilitadoras, quienes son miembros de la comunidad. Estas investigaciones se han centrado en analizar la contribución y sostenibilidad de las visitas domiciliarias a través de las percepciones de desafíos y oportunidades de las facilitadoras y otros miembros de la comunidad. Los resultados identificaron componentes que influyen en la implementación de acciones por parte de las facilitadoras como la carga laboral, la disponibilidad de recursos y materiales, la formación, capacitación, oportunidad de crecimiento, y la presencia de incentivos (Josephson & Coddington, 2017; Muñoz, 2018).

2.3 Formulación del problema

Hasta el momento la evidencia nacional sobre la participación de agentes comunitarios u otros miembros de la comunidad en estos programas es escasa, sobre todo estudios en el ámbito urbano. La recolección de la experiencias de los agentes comunitarios es importante para poder evaluar posteriormente mejoras del programa y así asegurar su sostenibilidad (Oliver et al., 2015; Ramukumba, 2020). Por tal motivo, resulta necesario conocer la experiencia y percepciones de los actores que implementan las intervenciones, tomando en cuenta la singularidad de su contexto.

¿Cuál es la experiencia de los actores sociales en la implementación del programa Meta 4 para la prevención y reducción de anemia en niños de 04 a 11 meses en un distrito de Lima Metropolitana en el año 2019?

3. MARCO TEÓRICO

Para poder delimitar los objetivos de la investigación, se plantean referencias sobre los conceptos utilizados. En primer lugar, se presenta un análisis sobre los conceptos teóricos y prácticos del término “actor social”. En segundo lugar, se describe las formas de participación de los actores sociales en el campo de la salud. En tercer lugar, se presenta una breve descripción sobre la evidencia existente de los componentes que influyen en la efectividad de los programas con actores sociales que implementan acciones en salud como son los agentes comunitarios de salud. Así mismo, se resaltan estudios sobre la experiencia de estos actores en programas internacionales y nacionales orientados a la mejora de la salud materno infantil y de prevención y reducción de anemia. Por último, se presenta una sección del marco contextual con referencias generales sobre el programa Meta 4 y caracterización del lugar de estudio.

3.1 Sobre el concepto de Actores Sociales

El foco del presente estudio está centrado en un programa nacional que establece la participación de “actores sociales”. Por tal motivo, es necesario conocer los antecedentes teóricos y prácticos del concepto para posteriormente analizar el discurso oficial del programa sobre la definición y funciones de estos actores.

En primer lugar, se toma como referencia el enfoque de la teoría de la acción social donde los actores sociales son sujetos creadores individuales y también colectivos que otorgan sentido a sus acciones y determinan sus metas, medios y relaciones para poder alcanzarlas (Bolos, 1999). Sin embargo, es importante describir brevemente las diferencias que existen entre algunos conceptos del

actor social dentro de este enfoque. Se propone la conceptualización de dos autores: Alain Touraine y Ervin Goffman, ambos representantes de distintas teorías de la acción social.

Para Touraine, el actor social es el sujeto que busca cumplir objetivos ya sean individuales o colectivos dentro del entorno social del que forma parte. Así mismo, él resalta al sujeto, como también a la colectividad organizada como ciudadanos libres que pueden lograr de forma conjunta la transformación social (Roux, 1997). Para Goffman, el encuentro entre los actores sociales se realiza a nivel micro en la vida cotidiana de los sujetos (encuentro cara a cara). Goffman propone que los actores son portadores de múltiples identidades y roles y establecen estrategias para presentar una imagen idealizada de sí mismos en base a la situación en la que se encuentren. Por ende, estos tienen la capacidad de aprender y se preparan para mantener una identidad en determinada situación (Herrera Gómez & Soriano Miras, 2004; Ribes, 2020).

En este estudio, la referencia hacia el actor social colectivo de Touraine permite introducir posteriormente los conceptos de participación social en el desarrollo local. Así mismo, se toma de base la visión de Goffman, en cuanto a que los sujetos de estudio son actores de la sociedad que interactúan cara a cara con otros actores a nivel local para establecer relaciones sociales concretas.

En segundo lugar, resulta necesario conocer cómo se desempeñan estos actores sociales en la práctica. En el campo del desarrollo social, sobre todo en el ámbito local, los actores sociales se presentan como agentes, individuales o colectivos, tomadores y ejecutores de iniciativas que pueden lograr cambios a

nivel local (Pírez, 1995). Para Oakley (1991), la participación de los actores puede desarrollarse como medio o fin. Como medio, la participación de los actores es pasiva. Muchos gobiernos tienden a tener esta visión para mejorar el diseño e implementación de sus programas ya que la participación se desarrolla a corto plazo y está centrada en la movilización temporal de la comunidad para determinadas tareas. Como fin, la participación de los actores es activa y dinámica, ya que se comprende como un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo y que busca fortalecer capacidades de la comunidad para que puedan intervenir directamente en su desarrollo y toma de decisiones. Además, Oakley manifiesta que la participación será efectiva siempre y cuando los actores estén involucrados en las decisiones y soluciones.

Finalmente, el programa nacional Meta 4 en el que se basa este estudio, establece la siguiente definición de actores sociales en su discurso oficial:

“Un actor social es aquel poblador que dentro de una localidad se desempeña como promotor del servicio de salud de atención familiar, promotor de programas sociales, o es un estudiante voluntario, líder de una organización de base, rondero, líder religioso, entre otros; que está dispuesto a llevar a cabo acciones para contribuir en la lucha contra la anemia”.

“Los Actores Sociales, somos ciudadanos de una localidad con conciencia e identidad propia involucrados con el desarrollo del distrito” (MINSa 2019b).

Este concepto, estaría alineado con los antecedentes teóricos ya que resalta la autonomía del actor social así como su trabajo en conjunto para lograr cambios

en la sociedad. Sin embargo, es importante conocer el perfil y las funciones que les son asignadas a estos actores sociales para poder comprender el grado de participación que pueden tener a nivel local.

El rol central del actor social es realizar visitas domiciliarias a niños y niñas de 4 a 11 meses para la prevención y reducción de anemia y constituyen un enlace entre la comunidad y el establecimiento de salud. Es decir, el actor social cumple el rol de implementador de acciones y su participación se visualiza como un medio, donde se puede deducir que su involucramiento en la toma de decisiones para otros procesos de planificación del programa es bajo. Por otro lado, el documento oficial resalta que son los agentes comunitarios de salud los primeros en ser reclutados para el cumplimiento de las actividades, y posteriormente se convocarán a los demás actores según necesidad (MINSA 2019a). Con este agregado, el perfil del actor social se delimita aún más. Sin embargo, con este análisis no se busca minimizar el rol de estos actores sociales, sino poner en discusión lo que la teoría ha propuesto a lo largo de los años sobre este concepto y la forma en que está siendo utilizada en el programa.

Es importante resaltar que dentro de las disposiciones del programa se encuentra la formación de una Instancia de Articulación Local conformada por actores locales que representan a organizaciones que trabajan en el desarrollo infantil dentro de la localidad. Sus funciones están centradas en la coordinación y seguimiento de las visitas domiciliarias (MINSA, 2019a). Sin embargo, estos actores locales no forman parte de la población objetivo del estudio.

3.2 Sobre la Participación en Salud

Bajo el análisis previo de la denominación y rol del actor social del programa Meta 04, relacionado a un actor implementador de acciones en el campo de la salud, resulta importante conocer como se ha estado desarrollando la participación en salud de los actores de la comunidad, y de forma específica de aquellos encargados de la implementación como los agentes comunitarios de salud.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá (1978), organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) declaró la importancia de la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia central para lograr la “Salud para Todos en el año 2000”. La APS resaltó la formación de equipos de salud locales que integren miembros de la comunidad (parteras, agentes comunitarios, médicos tradicionales) que deberán ser capacitados para trabajar junto al personal de salud para resolver los principales problemas de salud de su comunidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2012). A partir de esta declaración, muchos países comenzaron a integrar la APS sobre todo en intervenciones que incluyan la participación comunitaria. Sin embargo, el concepto de participación no estaba muy claro, más aún las formas de participación comunitaria en el sistema de salud (Rifkin & Draper, 2007).

Rifkin (1996) estableció una tipología de participación comunitaria que permitió evidenciar cómo los planificadores incluían este concepto en sus programas de salud, los cuales pueden ser resumidos en tres: movilización,

colaboración y empoderamiento. Por un lado, la participación como movilización de la comunidad se presenta cuando los planificadores de programas buscan convencer a la población en la aceptación de intervenciones de salud siguiendo instrucciones del personal de salud. Ejemplos de este tipo de participación son las campañas de vacunación masiva y la promoción del uso de la rehidratación oral. Por otro lado, la participación como colaboración espera alguna contribución de la comunidad ya sea en recursos, tiempo, materiales o personas y es el personal de salud quien define las necesidades a cubrir. Dentro de este tipo de participación se encuentran los programas con agentes comunitarios de salud, quienes actúan como implementadores de acciones. Ambos enfoques dirigen la participación comunitaria en base a las decisiones de agentes externos como planificadores de programas o personal de salud. Por último, la participación comunitaria como desarrollo o empoderamiento comprende la creación de oportunidades para que la población pueda ganar conocimiento y habilidades que lleven a tomar sus propias decisiones. En este tipo de participación, las necesidades son definidas por la misma comunidad que también busca formas de mantener los programas bajo sus propios recursos a largo plazo. Del mismo modo, los miembros de la comunidad participan activamente en el monitoreo de la implementación del programa y sus resultados. La investigación de acción participativa es una forma de involucrar a la comunidad en todos los procesos de la investigación, desde el diagnóstico o definición del problema hasta el análisis de resultados y conclusiones. Con este tipo de participación, se busca obtener mejores resultados, más cercanos a la realidad de las comunidades, y mejorar la

capacidad de los beneficiarios para gestionar las intervenciones (Rifkin, 2016a).

Comprender estos conceptos permite clasificar al actor social del programa Meta 4 en el marco de una participación colaborativa. Con esta diferenciación, se puede crear una equivalencia entre actor social de la Meta 4 como agente comunitario que implementa acciones dentro de un programa. Bajo esta premisa, se resalta la importancia de conocer cómo se están desarrollando este tipo de programas a nivel internacional y nacional.

3.3 Sobre los programas con Agentes comunitarios de salud

El concepto de “Agentes Comunitarios de Salud - ACS”, según la OMS (1989), engloba a una variedad de actores seleccionados y entrenados que trabajan para su comunidad de procedencia. Así mismo, los ACS usualmente tienen soporte del sistema de salud sin pertenecer necesariamente a su organización. Lehmann y Sanders (2007), describen que el rol del ACS puede estar comprendido desde ser solo un “proveedor de salud” hasta ser un “agente de cambio social” dentro de su comunidad. A pesar de la amplia cantidad de tareas que cumplen, los ACS podrían clasificarse en generalistas, encargados de múltiples tareas que van desde lo preventivo hasta lo curativo, y en especialistas, enfocados en acciones sobre un problema específico o intervención determinada. Sin embargo, tanto la definición y el rol varían entre países puesto que cada uno establece su propio modelo de implementación (Niang, 2020). Según el tipo de capacitación o formación, los ACS pueden clasificarse en voluntarios o remunerados. Los voluntarios son aquellos ACS que tienen menor tiempo de capacitación y cumplen actividades de promoción

de la salud y movilización de la comunidad. No obstante, los ACS voluntarios trabajan menos horas a la semana, usualmente residen en la misma comunidad y reciben poca o casi nula remuneración económica. En contraste, los ACS remunerados reciben mayor cantidad de capacitaciones, cumplen funciones de promoción de la salud y de seguimiento clínico. Del mismo modo, éstos trabajan a tiempo completo o más horas a la semana que los voluntarios y no necesariamente provienen de la misma comunidad (H. Perry, 2013).

En el caso del programa Meta 4, los actores sociales serían ACS especialistas, ya que se enfocan en la enfermedad de la anemia, dedicados a realizar actividades de promoción de la salud como las consejerías y referencias a centros de salud. Del mismo modo, según la guía, los actores sociales son remunerados y reciben capacitaciones mensuales, lo que coincide con el perfil de ACS remunerados a nivel internacional. Las formas de remuneración y capacitación se detallan más adelante en el desarrollo de las características del programa.

Actualmente, la falta de recursos humanos en salud es uno de los principales problemas que enfrentan muchos países y por tal motivo la OMS resalta la necesidad de fortalecer los programas con ACS no solo como un recurso humano más, sino como un puente de conexión entre el sistema de salud y la comunidad (Rifkin, 2016b).

3.3.1 Efectividad de los programas con ACS

Múltiples fuentes de información han coincidido en que las intervenciones con ACS han mostrado efectividad en mejorar la salud materno infantil. Las

estrategias comunitarias con ACS han contribuido principalmente en el cambio de comportamientos de las madres para la mejora de su salud y la de sus niños. Ejemplos de estos cambios se observan en la mayor prevalencia de lactancia materna, mayor cobertura y aceptabilidad de la vacunación y suplementación con hierro y ácido fólico, mejora de hábitos en la alimentación infantil y mayor asistencia a los servicios de salud para atenciones prenatales (Black et al., 2016; Kavle & Landry, 2018). Sin embargo, para que las intervenciones con ACS tengan éxito, estas deben ser bien implementadas considerando como mínimo una adecuada selección, capacitación y supervisión de los ACS, así como condiciones laborales justas (Perry et al., 2014; Singh, 2010). Así mismo, cuando se cuenta con el respeto y apoyo de los gobernantes, trabajadores de salud y de la comunidad, las intervenciones tienen mejores resultados (Afzal et al., 2021).

A pesar de la efectividad de las intervenciones, muchas han presentado debilidades. La evidencia existente sobre las dificultades de los programas ha sido estudiada mayormente desde la perspectiva de los ACS, profesionales de salud y beneficiarios. Sin embargo, existe mayor evidencia de las dificultades experimentadas por los ACS. Algunos estudios han identificado aspectos internos y externos del ACS que influyen en su desempeño durante la implementación de estos programas. Dentro de los aspectos internos se resaltan las percepciones sobre su rol, nivel de conocimiento y habilidades de comunicación dentro de las intervenciones (Scott et al., 2018; Wilford et al., 2018). Por otro lado, los aspectos externos comprenden el contexto (económico y sociocultural), su relación con el beneficiario (manejo emocional, influencia de la familia en toma de decisiones), su relación con el

sistema de salud (soporte y respeto por parte del personal de salud, integración al sistema de salud), y elementos del diseño de las intervenciones (asignación de tareas, carga laboral, procesos de selección, capacitación y supervisión, distribución de incentivos). De éstos elementos, los que más han influido negativamente en el desempeño y motivación de los ACS son la falta de apoyo externo (gobierno, personal de salud y comunidad), e inadecuados procesos de selección, capacitación, supervisión; así como inadecuada o injusta distribución de incentivos y carga laboral (Kok, Kane, et al., 2015; Scott et al., 2018). Estas limitaciones han sido identificadas en programas con ACS desde los años 80 (Perry et al., 2014).

Si bien la mayoría de estudios resaltan las dificultades y necesidades que percibieron los ACS, también estos han mostrado algunos elementos presentes desde el diseño que han facilitado su desempeño durante la implementación de sus acciones como el acceso a información médica en las capacitaciones y el rol asignado, ya sea curativo o de actividades preventivas, que generan sentimientos de oportunidad de crecimiento, aprendizaje continuo y actualización. Así mismo, los incentivos no monetarios como el respeto, la confianza y la gratitud recibida por la comunidad y el personal de salud son primordiales para poder asegurar relaciones duraderas y la sostenibilidad de los programas (Kane et al., 2016; Scott et al., 2018).

La presencia de estos componentes permite evidenciar que es el ACS quien experimenta de manera directa las consecuencias del inadecuado diseño de los programas, lo cual afecta negativamente en la prestación adecuada de los servicios que se ofrecen a los principales beneficiarios. Aunque las

intervenciones tengan distintos objetivos y diseños, existen puntos en común que deben ser considerados al momento de estudiar los programas con ACS, sobre todo los relacionados a las percepciones de los ACS puesto que son los que conocen de primera mano las fortalezas y debilidades de la implementación de las actividades.

3.3.2 Experiencias de ACS en programas de salud materno-infantil y prevención y reducción de anemia

Las intervenciones efectivas a escala local con ACS para la prevención y reducción de anemia en niños o gestantes se han basado en la educación y consejería a madres sobre la enfermedad, suplementación con hierro y nutrición. Dos estudios realizados en Kenia e India han explorado las experiencias de los ACS en la implementación de este tipo de programas.

En Kenia se implementó un programa comunitario para el fortalecimiento de la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes. En el grupo de intervención, los ACS, elegidos por la comunidad, fueron entrenados para realizar entrega de suplementos, consejerías y seguimiento a gestantes a través de visitas domiciliarias. Posterior a la implementación, Kamau (2020) entrevistó a los ACS, enfermeras y algunas madres participantes de la intervención para conocer su experiencia en el programa. Las dimensiones estudiadas en los ACS fueron percepciones de los beneficios del programa, fallas, desafíos y recomendaciones de los ACS hacia la intervención. En otro estudio realizado en Karnataka, India se exploró la experiencia de los ACS que formaron parte de una intervención centrada en educar a madres sobre anemia en niños y nutrición y monitorear la adherencia a suplementos de

hierro. A través de grupos focales se buscó identificar las percepciones de los ACS sobre sus tareas, barreras y facilitadores, relación con madres y sobre la implementación general de la intervención (Shet et al., 2017).

Los resultados de los estudios presentados muestran que estos programas trabajan principalmente en la consejería y suplementación con hierro. Así mismo, la evidencia presenta características similares en los componentes de influencia en el desempeño de los ACS en los programas. Estos componentes fueron la presencia de algún tipo de remuneración, principalmente monetaria, la accesibilidad a materiales o herramientas educativas y la claridad de su rol.

3.4 Programas en Perú: CUNA MÁS

En Perú, el programa nacional Cuna Más, que promueve el desarrollo de la primera infancia en zonas de pobreza y pobreza extrema, incluye en su implementación el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF). El SAF consiste en la realización de visitas domiciliarias semanales y sesiones de grupo mensuales a cuidadores de niños menores de 3 años y a madres gestantes. Las visitas son realizadas por miembros de la comunidad capacitados denominados facilitadores que a menudo son mujeres voluntarias. Un estudio realizado por investigadores de Washington D.C y Lima, buscó analizar la sostenibilidad del programa basándose en las percepciones de los desafíos y oportunidades de las facilitadoras, así como de otros miembros de la comunidad. Los hallazgos de la investigación resaltan aspectos relacionados a la carga laboral o disponibilidad de recursos como fuente de frustración y que no aseguran la retención de las facilitadoras en el programa (Josephson & Coddington, 2017).

Así mismo Muñoz (2018) estudió la contribución de las visitas domiciliarias del SAF en el desarrollo infantil de un distrito de Ayacucho. A través de las percepciones de las facilitadoras y beneficiarios, encontró que las mujeres que se convirtieron en facilitadoras posteriormente encontraron dificultades en sus labores por la falta de capacitación, falta de monitoreo y vigilancia de sus acciones, y la disponibilidad inadecuada de instrumentos de trabajo.

En resumen, los estudios de programas con agentes comunitarios de salud incluyendo los enfocados en salud materno-infantil y prevención y reducción de anemia, muestran aspectos claves de interés para el presente estudio. Estos componentes en común engloban las percepciones de los agentes comunitarios sobre los programas a los que pertenecen en los siguientes aspectos: el diseño de la intervención (reclutamiento y selección, capacitación, remuneración, carga laboral, asignación de tareas, supervisión y monitoreo), las relaciones establecidas en la implementación con los beneficiarios y el personal de salud, y aspectos individuales como la percepción de su rol.

3.5 Marco Contextual

En esta sección se describe el contexto necesario para centrar los objetivos y las dimensiones de estudio en el marco del desarrollo de la Meta 4 y en justificar la selección del lugar de estudio. En primer lugar, se presentan las disposiciones generales de la Meta 4. Así mismo se hará énfasis en el proceso de ejecución de visitas domiciliarias y todos los aspectos relacionados al actor social. En segundo lugar, se describe las características más relevantes del lugar de estudio como la división territorial, indicadores de anemia y desempeño en la Meta 4.

3.5.1 Perú: Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal - Meta 4 “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de anemia”

La Meta 4 fue implementada por primera vez en el año 2019 por la acción conjunta del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas con la articulación de municipios de todo el país. El objetivo principal del programa es mejorar el estado nutricional de los niños menores de 1 año y su enfoque está dirigido al desarrollo de capacidades de las municipalidades para poder promover y mejorar una adecuada alimentación y prevenir y reducir la anemia en sus localidades. El MINSa por medio de la Dirección de Promoción de la Salud, se encarga del diseño, asistencia técnica y evaluación del programa.

La Meta 4 forma parte del Programa de Incentivos (PI) a la Mejora de la Gestión Municipal, por el cual las municipalidades participantes reciben un incentivo monetario por el cumplimiento de metas en un periodo determinado. Para el año 2019 el PI clasificó a las municipalidades en siete grupos según jurisdicción y características específicas. En la Meta 4 del 2019 participaron las municipalidades de Tipo A, C, D y G.

Cuadro 1. Clasificación de Municipalidades del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal de la Meta 4 para el año 2019

Clasificación de Municipalidades del PI-Meta 4	Tipo	Nº de Municipalidades
Municipalidades pertenecientes a ciudades	A	74

principales		
Municipalidades de Lima Metropolitana	C	42
Municipalidades pertenecientes a otras ciudades principales	D	129
Municipalidades no pertenecientes a ciudades principales, con menos de 35 % de población urbana	G	620

Fuente: Guía de Implementación de la Meta 04, MINSA, 2019

La Meta 4 implementada en el 2019 estableció dos actividades centrales: la conformación de la instancia de articulación local y registro de actores sociales potenciales, y la ejecución de visitas domiciliarias a niños de 04 a 11 meses, sin seguro o con SIS, por los actores sociales. Las municipalidades deben implementar estas acciones y lograr el puntaje mínimo (80 puntos) establecido en el cuadro de actividades de la guía para el cumplimiento de la Meta 4 y así están habilitadas para recibir el incentivo económico establecido en el PI.

Cuadro 2. Cuadro de Actividades de la Meta 4 del año 2019

Actividad	Valla Mínima				Fecha de Cumplimiento	Puntaje			
	A	C	D	G		A	C	D	G
Actividad 1: Conformación de la Instancia de Articulación Local (IAL) y registro de actores sociales	1 Resolución de Alcaldía publicada y 1 padrón sectorizado de actores sociales potenciales				29 de Marzo	10			
Actividad 2: Ejecución de Visitas Domiciliarias a niños de 04 a 05 meses	40%	40%	40%	50%	28 de junio	10			
	50%	50%	50%	60%	30 de setiembre	15			
	60%	60%	60%	70%	31 de diciembre	20			
Actividad 2: Ejecución de Visitas Domiciliarias a niños de 06 a 11 meses con anemia	50%	50%	50%	60%	28 de junio	10			
	60%	60%	60%	70%	30 de setiembre	15			
	70%	70%	70%	80%	31 de diciembre	20			
Puntaje Mínimo para cumplir la Meta						80 puntos			
Puntaje Máximo						100 puntos			

Fuente: Guía de implementación de la Meta 04, MINSA, 2019.

Actividad 1: Conformación de la Instancia de Articulación Local y registro de actores sociales potenciales

La Instancia de Articulación Local (IAL) es un espacio integrado por distintos actores locales públicos o privados del distrito y liderado por el Gobierno Local. Para su conformación se deben mapear y convocar a las organizaciones locales (de apoyo alimentario, programas sociales, ONG"s y autoridades locales o comunales) que trabajan en acciones de la primera infancia en el distrito. La IAL debe estar conformada como mínimo por el alcalde, la oficina responsable de la Meta 4 de la municipalidad, los coordinadores de visitas domiciliarias y representantes de los establecimientos de salud. La IAL debe reunirse mensualmente para compartir los indicadores priorizados de salud de los niños del distrito donde se identifican limitaciones y se plantean soluciones para mejorar el desarrollo de las visitas domiciliarias. Así mismo, las funciones principales de la IAL en el programa son apoyar en el mapeo y registro del padrón de actores sociales y monitorear el cumplimiento adecuado de las visitas domiciliarias.

El proceso de convocatoria y selección de los actores sociales se inicia con los centros de salud compartiendo con la municipalidad la lista de Agentes

Comunitarios de Salud del distrito para ser registrados en el padrón del programa. Si fuera necesario convocar a más actores, la municipalidad se encarga de realizarlo tomando en cuenta el número de niños a visitar. Para la correcta selección del actor social, se considera el perfil dispuesto en la guía que indica que este debe saber leer y escribir, conocer el ámbito distrital y tener actitud idónea para realizar visitas domiciliarias e interactuar con familias. Así mismo, se recomienda que el actor social tenga habilidades en el manejo de equipos móviles. De igual manera, los actores sociales son capacitados por primera vez donde se les toma un examen o se les da un certificado de aprobación para ser seleccionados. Si los actores sociales no son aprobados, deben volver a pasar por la capacitación.

Actividad 2: Ejecución de visitas a niños de 04 a a 11 meses por actores sociales

Las visitas domiciliarias permiten la interacción entre la familia y el actor social para promover prácticas de prevención y reducción de anemia en niños de 04 a 11 meses de edad. Los actores sociales podrán informar y persuadir sobre el consumo de suplementos de hierro y lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y sobre el consumo de hierro en la alimentación complementaria. Así mismo, a través de las visitas, los niños de 04 a 05 meses que no hayan recibido suplementación o los niños de 06 a 11 meses que no tienen tamizaje de anemia, pueden ser referidos al establecimiento de salud más cercano. En estos casos, los actores sociales entregan una tarjeta de referencia (figura 1) a los cuidadores y coordinan con el personal de salud para que se les brinde atención preferencial.

Figura 1. Tarjeta de Referencia Comunal hacia los establecimientos de salud entregados por los actores sociales



Tarjeta de referencia comunal / Atención preferencial para la reducción de la anemia

Nombres y apellidos de la niña o el niño: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Establecimiento de salud: _____

Nombres y apellidos del actor social: _____

Nombres y apellidos del cuidador: _____

Recuerde acudir al establecimiento de salud en un plazo máximo de 7 días a partir de esta notificación.

Acudir urgente al establecimiento de salud 

Para que:

1	LE ENTREGUEN HIERRO EN GOTAS PARA PREVENIR LA ANEMIA EN SU NIÑO (niño de 4 y 5 meses).	
2	INICIE O CONTINÚE EL TRATAMIENTO CON HIERRO EN GOTAS O JARABE YA QUE SU NIÑO TIENE ANEMIA (niño de 6 a 11 meses con anemia).	
3	LE REALICEN EL CONTROL DEL DOSAJE DE HEMOGLOBINA A SU NIÑO AL MES DE INICIAR SU TRATAMIENTO DE ANEMIA (niño de 6 a 11 meses con anemia).	
4	OBSERVACIONES:	

Fuente: Guía de implementación de la Meta 04, MINSA, 2019.

Para la implementación adecuada de las visitas, los actores sociales deben ser capacitados. Las capacitaciones deben ser mensuales y son requisito para que los actores sociales inicien la realización de las visitas. La municipalidad coordina con los establecimientos de salud la programación, ejecución y

evaluación de las capacitaciones. Cada actor social nuevo que sea registrado, debe ser capacitado. Así mismo, si se actualizan los contenidos de las guías, los actores sociales deben ser nuevamente capacitados. El MINSA se encarga de brindar apoyo técnico y metodológico, mientras que el personal de salud actúa como facilitador. El actor social es evaluado en cada sesión de capacitación. Si este desapueba, debe ser capacitado y evaluado nuevamente.

El MINSA (2019b) ha elaborado un protocolo de visita domiciliaria con pautas para la adecuada realización de las visitas dirigido a los actores sociales. En primer lugar, el coordinador de visitas domiciliarias asigna al actor social máximo 15 niños a visitar. En total, el actor social puede realizar 45 visitas (máximo 3 visitas mensuales por cada niño, según corresponda). En segundo lugar, para poder comenzar con las visitas, el actor social debe verificar las direcciones de los niños a visitar y programar sus visitas durante los 7 días de la semana. Si fuera posible, el actor social debe comunicar la fecha de visita a las familias para asegurar su realización. Así mismo, el actor social debe preparar los materiales necesarios para el desarrollo de la visita como ficha con mensajes de refuerzo, tarjeta de referencia y cuaderno de campo. Finalmente, el actor social debe verificar la instalación del aplicativo móvil en su celular ya que con este se registra la visita domiciliaria. El aplicativo funciona en zonas con y sin cobertura de internet al momento de realizar la visita. Cuando los datos registrados en el aplicativo móvil deban ser sincronizados al aplicativo web, manejado por la municipalidad, sí se necesita conectividad a internet. Solo en zonas donde existan restricciones de

conexión o de competencias tecnológicas por parte del actor social, el registro de las visitas se realizan a través de formatos escritos.

La duración mínima de la visita domiciliaria es de 20 minutos y durante su realización el actor social debe considerar tres momentos clave (cuadro 3).

Cuadro 3. Momentos de la visita domiciliaria de la Meta 4

PRIMER MOMENTO: Inicio de la visita	
El actor social: 1) Se presenta con sus nombres completos y con alguna identificación brindada por la municipalidad. 2) Pregunta en general sobre la salud del niño 3) Solicita permiso para ingresar al domicilio (no insistir si familia se niega)	
SEGUNDO MOMENTO: Desarrollo de la visita	
Niños de 04 a 05 meses de edad (Prevención de anemia)	Niños de 06 a 11 meses de edad (Tratamiento de anemia)
4) El actor social indaga sobre el consumo de hierro en gotas. 5) Según las respuestas se brindan mensajes de refuerzo de: -Consumo de gotas de hierro -Lactancia Materna Exclusiva -Controles y Vacunas	4) El actor social indaga sobre el consumo de hierro en jarabe. 5) Según las respuestas se brindan mensajes de refuerzo de: -Consumo de jarabe de hierro -Alimentación complementaria -Controles y Vacunas
6) El actor social entrega tarjeta de referencia cuando: -El niño no ha recibido o se le agotaron las gotas o jarabe de hierro. -El niño de 06 a 11 meses con anemia no cuenta con segundo tamizaje 7) El registro de las visitas se realiza por aplicativo móvil (las preguntas y opciones de respuesta están disponibles en el aplicativo). Solo en casos específicos se hace el uso de formatos de registro físicos.	
TERCER MOMENTO: Cierre de la visita	
8) El actor social establece compromisos con la madre o cuidador recordando los puntos más importantes discutidos en las visitas. 9) El actor social coordina fecha y hora de la siguiente visita (7 a 10 días después).	

Fuente: Elaboración propia en base a Protocolo de Visita Domiciliaria por Actor Social, MINSA, 2019

El personal de salud evalúa el desempeño del actor social verificando las visitas realizadas. Este procedimiento se realiza a través de una visita personal o llamada telefónica a una muestra aleatoria (10%) de niños que han

sido registrados como visitados por el actor social. Si el personal de salud identifica que alguna de las visitas registradas no ha sido realmente cumplida, el actor social es desaprobado y sus visitas no son consideradas en el registro del aplicativo web del mes.

Si la municipalidad lo considera pertinente, el actor social puede recibir algún tipo de reconocimiento monetario y no monetario. De elegir la opción de retribución económica, la municipalidad asume y programa la ejecución de recursos tomando en cuenta la conformidad técnica presentada en la guía. Así mismo, el pago sugerido en la guía se encuentra entre 5 a 7 soles por visita realizada en ámbitos urbanos y entre 4 a 6 soles en ámbitos rurales. Sin embargo, estos rangos pueden ser mayores cuando existan criterios objetivos y justificables dentro del distrito (dificultades de acceso o dispersión de la población).

Los medios de verificación para el cumplimiento de la meta 4 se basan en la firma de una resolución de la creación de la IAL para la actividad 1 y en el registro de las visitas en el aplicativo web para la actividad 2. Al finalizar el periodo 2019, el 88.1% (n=762) de los distritos participantes logró el puntaje necesario (80 puntos a más) para cumplir la Meta 4 (MINSa 2019d).

3.5.2 Caracterización del lugar de estudio

El distrito de San Borja pertenece al departamento de Lima y limita con los distritos de San Luis, La Victoria, Ate, Santiago de Surco, Surquillo y San Isidro. El distrito se divide en 12 sectores (figura 2). Cada sector cuenta con organizaciones de la comunidad denominadas juntas vecinales.

Figura 2. Mapa de sectores del distrito de San Borja



Fuente: Página web de la Municipalidad de San Borja

En el distrito está ubicado el Instituto Nacional de Salud del Niño y pertenecen a su jurisdicción dos establecimientos de salud de primer nivel del MINSA, el P.S San Juan Masías (I-2) que se encuentra ubicado en el sector 1 y el C.S Todos los Santos (I-3), en el sector 9 (DIRIS Lima Centro, n.d.; Municipalidad de San Borja, n.d.). Así mismo, el distrito cuenta con 265 establecimientos de salud privados (RENIPRESS, 2023).

Según el Censo Nacional del 2017 (INEI), el distrito de San Borja tenía una población de 113,247 habitantes (51,704 hombres y 61,543 mujeres). El 94% de hogares de San Borja pertenece a un estrato socioeconómico alto con ingresos mayores a los 2400 soles. Además, el 100% de la población cuenta con servicios básicos de agua, saneamiento y electricidad así como acceso a internet. En relación a la afiliación a algún seguro de salud, la mayoría de habitantes de San Borja está afiliada sólo a EsSalud (33.72%) y sólo a seguro privado (25.54%) con una menor cantidad afiliada al Seguro Integral de

Salud (5.24%). Por otro lado, aún el 14.63% de la población de San Borja no cuenta con ningún seguro de salud.

Según los indicadores nutricionales disponibles en el Sistema de Información del Estado Nutricional (CENAN, 2023), el distrito de San Borja presenta una prevalencia de anemia del 19,7% (73 niños) de un total de 370 niños de 6 a 35 meses evaluados que accedieron a los establecimientos de salud del MINSA entre los meses enero y marzo del 2023. Durante el 2019, primer año de implementación de la Meta 4, San Borja presentó una prevalencia de anemia del 27.7% (73 niños) de un total de 296 niños evaluados (CENAN, 2019). Según el Tablero de Indicadores Multisectoriales de Anemia Priorizados, que utiliza datos recogidos por el MINSA a través del sistema HIS, se elaboró la tabla 1 que muestra algunos indicadores priorizados del distrito de San Borja en el año 2019 (MINSA, 2019d).

Tabla 1. Indicadores Multisectoriales de Anemia Priorizados del distrito de San Borja, 2019.

Meses	Niños de 4 meses que consumen gotas de hierro		Niños de 6 a 8 meses con tamizaje de anemia		Niños de 6 a 11 meses con anemia que inician tratamiento con gotas o jarabe de hierro	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Enero	8	26,7%	45	32,1%	9	56,3%
Febrero	13	31,0%	48	34,0%	7	87,5%
Marzo	9	23,7%	53	36,1%	11	84,6%
Abril	9	23,7%	52	34,7%	13	92,9%
Mayo	5	33,3%	47	30,1%	7	100,0%
Junio	12	36,4%	48	31,6%	8	66,7%
Julio	9	39,1%	39	28,9%	8	100,0%
Agosto	9	39,1%	50	42,4%	4	57,1%
Setiembre	10	52,6%	51	51,0%	7	100,0%
Octubre	10	47,6%	54	54,0%	14	93,3%
Noviembre	6	33,3%	57	58,8%	11	91,7%
Diciembre	8	38,1%	54	65,9%	7	77,8%

Fuente: Tablero de Indicadores Multisectoriales de Anemia Priorizado, REUNIS, MINSA, 2019.

Durante el año 2019, se observa que en San Borja menos del 50% de niños evaluados ha consumido gotas de hierro a los 4 meses. Por otro lado, el porcentaje de niños de 6 a 8 meses con tamizaje de anemia ha ido mejorando desde mitad de año, probablemente por el aumento del número de niños evaluados. Por último, se observa que más del 50% de niños de 6 a 11 meses con anemia iniciaron su tratamiento durante el 2019. Sin embargo, esta información no se puede generalizar a todo el distrito ya que los datos provienen de la evaluación a niños que han sido atendidos sólo en establecimientos de salud del MINSA y el distrito presenta una mayor población que tiene seguro EsSalud o privado por lo que se podría deducir que se atienden mayormente en otros establecimientos de salud.

En relación con la Meta 4, la Municipalidad de San Borja se encuentra dentro de la clasificación de las Municipalidades del Tipo C – Municipalidades de Lima Metropolitana. Según los resultados de cumplimiento de la Meta 4 el distrito de San Borja obtuvo el puntaje máximo (100 puntos) dispuesto en el cuadro de actividades lo que significa que cumplió satisfactoriamente ambas actividades. El distrito de San Borja, en relación a todos los distritos de Lima Centro, ocupó el primer y segundo lugar en la ejecución de visitas domiciliarias de 04 a 05 meses y de 06 a 11 meses respectivamente para el año 2019 visitando a más del 90% de niños asignados (MINSA, 2019e).

Se propone a San Borja como lugar de estudio puesto que es un distrito de Lima Metropolitana, situado en el ámbito urbano, que logró visitar a la mayoría de niños asignados en el marco de la Meta 4. Así mismo, se elige

estudiar la implementación del programa en el año 2019 por ser el primer año de ejecución de las actividades

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

- Explorar la experiencia de los actores sociales sobre la implementación del programa Meta 4 para la prevención y reducción de anemia en niños de 04 a 11 meses en el distrito de San Borja en el año 2019.

4.2 Objetivos Específicos:

- Describir las percepciones de los actores sociales sobre elementos relacionados a la Meta 4 del distrito de San Borja.
- Describir los procesos de implementación y componentes que influyen en el desarrollo de las actividades de los actores sociales de la Meta 4 en San Borja

5. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la extensa evidencia sobre la implementación de programas que cuentan con la participación de la comunidad, en la práctica, este tipo de intervenciones siguen presentando las mismas debilidades identificadas hace más de 30 años como la insuficiente capacitación, inadecuados procesos de selección y supervisión, falta de apoyo externo y condiciones laborales injustas. Si bien muchos estudios se han enfocado en la percepción de los ejecutores de las actividades como los agentes comunitarios de salud, la información aún no

es suficiente para mejorar la calidad de los programas, debido a la particularidad de los diseños utilizados y del contexto presentado en cada escenario. Las intervenciones de desarrollo de la salud infantil con agentes de la comunidad son usualmente implementadas de forma exitosa a nivel local, y al ser ampliadas a nivel nacional se presentan dificultades en su ejecución. Por tal motivo, resulta importante el estudio de estas intervenciones desde la mirada de los que se enfrentan directamente en los procesos de la implementación.

El programa Meta 4 para la prevención y reducción de anemia está centrado en combatir uno de los problemas de salud pública más importantes del Perú. Las evaluaciones de resultados del programa se realizan en base a la ejecución de las actividades por lo que resulta necesario comprender la experiencia de los actores sociales en la implementación de estas. El presente estudio producirá evidencia muy importante sobre el programa Meta 4 que está siendo implementado a nivel nacional y que cuenta con la participación de actores sociales. Así mismo, los resultados permitirán conocer, desde la perspectiva de los actores sociales, cómo se está desarrollando y los factores que influyen en el desarrollo del programa. Esta información puede ser fuente de base para continuar estudiando los aspectos relacionados a la implementación del programa en el lugar de estudio.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo y diseño de estudio

Este estudio tiene el propósito de explorar la experiencia de los actores sociales sobre la implementación del programa Meta 4 para la prevención y

reducción de anemia en niños y niñas de 04 a 11 meses. Por tal motivo, se considera que el diseño más adecuado para su abordaje es un estudio cualitativo, descriptivo y de carácter fenomenológico del mundo social.

El enfoque cualitativo permite a los investigadores en salud estudiar con mayor profundidad el significado de prácticas y procesos institucionales, así como identificar los factores que contribuyeron al éxito o fracaso de las intervenciones (Starks, 2007). Desde una perspectiva de la fenomenología social los sociólogos Berger y Luckman, comprenden la realidad social como una serie de fenómenos que son reales y que existen fuera de nuestra voluntad con características particulares que es necesario esclarecer (Berger & Luckmann, 2003). Van así a asumir los estudios de Alfred Schutz, alumno de Edmund Husserl, que postula que los sujetos viven e intercambian sentidos de las realidades que viven (Husserl, 1990; Schutz, 1993).

El objetivo central de los estudios fenomenológicos es profundizar en la experiencia vivida por las personas. Es decir, conocer cómo las personas construyen el mundo a su alrededor en base a sus experiencias y a los significados que les atribuyen. Siendo la experiencia vivida el enfoque de la fenomenología, los participantes deben ser rigurosamente seleccionados por su experiencia real del evento. Los investigadores, entonces, separan sus prejuicios e ideas previas con respecto al fenómeno experimentado por los participantes ya que éste será comprendido a través de las percepciones de estos últimos. La información se recoge en forma de narrativas que posteriormente se transforman en grupos de significados. Finalmente, a través de este método, se obtiene una descripción general sobre lo que se vivió y

cómo fue experimentado por los participantes (John W. Creswell, 2018). Este enfoque permitirá conocer y comprender desde la experiencia de los actores sociales las percepciones que tienen sobre la implementación y características del programa Meta 4.

6.2 Población

La población del estudio estuvo conformada por los actores sociales que formaron parte del programa Meta 4 en el distrito de San Borja en el año 2019. Se solicitó a la Municipalidad de San Borja el padrón de actores sociales del año 2019 como fuente de información.

6.3 Muestra

El muestreo fue de tipo intencional hasta alcanzar la saturación basándose en la noción teórica descrita por Morse (1995) que implica la valoración de la riqueza del contenido antes que la frecuencia de este. Es decir, la saturación ocurre cuando la información recolectada es suficiente para construir categorías teóricas comprensibles. Así mismo, cuando se busca la saturación no se eliminan datos contradictorios o poco frecuentes. La implicancia de estos será analizada conforme se construye la interpretación de las narrativas. En términos metodológicos, el estudio utilizó lo propuesta por Guest (2006) para lograr la saturación que se realiza durante el momento de la recolección y el análisis de información y cuando la nueva data no genera cambios significativos en el libro de códigos formulado en base a las respuestas de los participantes.

Criterios de selección muestral:

- Actores sociales que formaron parte del programa Meta 4 exclusivamente en el distrito de San Borja en el año 2019. Este criterio implica que la experiencia del participante como actor social está basada únicamente en las características de la implementación de la Meta 4 en el distrito de San Borja. Es decir, el participante no debe haber trabajado como actor social en otro distrito.
- Actores sociales que hayan trabajado por un período mínimo de 2 meses continuos en la Meta 4 en el año 2019. Se establece un tiempo mínimo de 2 meses puesto que se asume que los actores sociales han recibido por lo menos dos sesiones de capacitación, lo cual permite tener mayor información sobre su experiencia en ese contexto. Así mismo, el actor social ha visitado mayor cantidad de niños y tiene más posibilidades de describir distintas experiencias.
- Actores sociales que hayan trabajado en el distrito de San Borja sólo en el año 2019 debido a que el programa presentó cambios en su diseño para años posteriores. Contando con actores sociales que sólo trabajaron en el año 2019 se evita la confusión de experiencias relacionadas a otros años de implementación.

La selección de la muestra tomó en cuenta la disponibilidad de los actores sociales para participar en la investigación. Del total de actores sociales del padrón (n=28), 12 cumplían con los requisitos para participar y se logró entrevistar a 10.

6.4 Dimensiones de Análisis

El razonamiento inductivo emplea dimensiones de análisis cualitativas para recoger datos de los fenómenos de la realidad que se estudian en un contexto específico e indaga la complejidad de los hechos. De acuerdo a los objetivos del estudio, se han considerado dimensiones iniciales provenientes de la revisión bibliográfica identificada en el marco teórico, las cuales se han organizado en una matriz de dimensiones de análisis. (Ver Anexo N°.1) Esta matriz provee de una estructura que propone temas para la entrevista y la formulación de preguntas guía. Una vez recogida la data de los participantes en el estudio ésta se analizará y podrá complementarse con otras dimensiones de análisis que surgen de las narrativas de los actores y que no han sido contempladas en la matriz, las cuales se convertirán en categorías de análisis según su riqueza y densidad.

6.5 Técnicas de recolección de información

Para el desarrollo del estudio, se aplicaron entrevistas semi estructuradas utilizando una guía de preguntas (Ver Anexo N°. 2) que involucran contenidos de los objetivos específicos. Las preguntas estuvieron dirigidas a recoger la experiencia del actor social en cuanto a sus percepciones sobre la implementación y características de la Meta 4, así como los aspectos que estos consideran que influyen en el desarrollo de sus actividades.

6.6 Procedimiento de recolección de datos

En primer lugar, usando de base el padrón de actores sociales del año 2019, se contactó a los actores sociales por correo electrónico para invitarlos a participar en el estudio, previa coordinación y aprobación de la Gerencia de

Salud Pública de la Municipalidad de San Borja. Se les pidió a los actores sociales interesados que especifiquen a través de qué medio (llamada o videollamada) quisieran ser contactados para explicar detalles de la investigación con los aspectos señalados en el consentimiento informado verbal. En segundo lugar, se coordinó un día y hora establecida para realizar la entrevista a los actores sociales que aceptaron participar. En consideración al contexto de la pandemia de COVID-19, las entrevistas se realizaron a través de llamadas o videollamadas por Zoom o Whatsapp según la preferencia del participante, previa verificación de que el actor social cuente con un aparato móvil con el que pueda conectarse.

Las entrevistas se realizaron entre julio y agosto del 2022 y tuvieron una duración aproximada de 30 a 45 minutos. El día de la entrevista se les envió y leyó nuevamente el consentimiento informado verbal para asegurar la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de la información. Todas las entrevistas fueron grabadas con permiso de los participantes.

6.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de los datos, se transcribieron de manera literal todas las entrevistas grabadas y se desarrolló un libro de códigos inicial con base en las respuestas de los participantes, los cuales serán distribuidos teniendo como base los contenidos de la matriz de dimensiones de análisis. Se utilizó el software Dedoose para realizar la codificación inicial. Se descargó la información en hojas de cálculo de Excel para revisar los códigos y agregar subcódigos según sea necesario. Luego, se organizaron los códigos finales en categorías de análisis según su densidad y consistencia. Así mismo, se

agregaron nuevas categorías que no se encontraban contempladas en la matriz inicial. La matriz de categorías final y el libro de códigos con sus definiciones se presentan en los anexos 3 y 4 respectivamente.

6.8 Aspectos éticos

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Por un lado, respetando el principio de autonomía y voluntariedad de los participantes, se les leyó el consentimiento informado verbal explicando las características principales del estudio previo a la realización de las entrevistas y se les solicitó autorización para grabar las entrevistas. De la misma manera, se aclaró a los participantes que el estudio es realizado por una investigadora graduada de la carrera de Salud Pública y Salud Global, y no forma parte de ninguna evaluación realizada por la municipalidad. Por tal motivo, se aseguró que su participación es voluntaria y que si deseaban retirarse del estudio, lo podrían hacer en el momento que ellos decidan. Por otro lado, asegurando la confidencialidad de los participantes, su identidad y las entrevistas sólo fueron visualizadas por la investigadora principal y para la redacción de la información se utilizó codificación de numeración # para asegurar el anonimato.

7. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE HALLAZGOS

De acuerdo con la información recogida de los actores sociales entrevistados se presentan los principales hallazgos y análisis. Esta sección está dividida en función a los objetivos específicos del estudio y los elementos propuestos en la matriz de dimensión de análisis. Entonces, para cada objetivo se presentan los

principales resultados y discusión de éstos, incluyendo el contraste con otros estudios relacionados a nivel nacional e internacional. A nivel nacional se toma como principal referencia la evaluación de la Meta 4 realizada por UNICEF en seis regiones del país.

Objetivo 1. Describir las percepciones de los actores sociales sobre elementos relacionados a la Meta 4 del distrito de San Borja.

De acuerdo con el objetivo 1 se presentan los factores contextuales de la implementación del programa enfocados principalmente en la descripción del perfil del actor social y de elementos de la Meta 4 sobre conceptos que los actores sociales atribuyen a términos como “Meta 4”, “actor social” y las funciones que cumplen los actores involucrados en el programa desde su experiencia.

7.1 Elementos Contextuales

7.1.1 Perfil del actor social entrevistado

En primer lugar, se presentan las características del perfil de los actores sociales entrevistados en el distrito de San Borja que sirven de base para comprender sus percepciones y experiencias definidas en ambos objetivos del estudio. Se entrevistaron a 10 participantes de los cuales 8 fueron mujeres (80%), por lo que en adelante se utilizará el término “las participantes” para la descripción de los resultados. La edad promedio de las participantes fue de 27 años. El 40% (n=4) de entrevistadas inició sus actividades desde el mes de mayo que corresponde al primer mes de implementación de la Meta 4 en el año 2019. A pesar de que no todas las participantes iniciaron en mayo sus actividades, la mayoría cuenta con

una experiencia mayor de tres meses dentro del programa y dos tenían hasta 6 meses de experiencia. Del total de participantes, sólo tres vivían en San Borja.

En relación con su profesión o estudios, el 80% (n=8) de entrevistadas se encontraba estudiando alguna carrera de salud al momento de participar en la Meta 4. De éstas, siete realizaron sus prácticas preprofesionales en la municipalidad de San Borja. La práctica preprofesional consiste en una modalidad de formación de las instituciones de educación superior donde el estudiante de último año tiene la oportunidad de aplicar sus conocimientos, habilidades y aptitudes en una situación real de trabajo en una empresa del sector público o privado (Congreso de la República, 2005). En este caso, las practicantes fueron estudiantes de nutrición de último año de dos universidades de Lima Metropolitana. Las estudiantes realizaban sus prácticas en dos sedes diferentes de la municipalidad de San Borja: un grupo de cuatro practicantes se encontraba en la sede central de la municipalidad y otro grupo de tres practicantes, en los preventorios o establecimientos de salud preventiva ubicados en otras zonas del distrito. En el cuadro 4 se muestran las características individuales de cada participante.

Cuadro 4. Perfil de los actores sociales entrevistados

ID	Sexo	Edad durante la Meta 4	Mes de inicio	Meses como actor social	Profesión o Estudios	Distrito de origen
A1	Femenino	20	Julio	6	Practicante de la municipalidad	Otro
A2	Femenino	40	Agosto	5	Practicante de la municipalidad	Otro
A3	Femenino	21	Mayo	6	Practicante de la municipalidad	Otro
A4	Femenino	42	Agosto	3	Practicante de la	San Borja

					municipalidad	
A5	Masculino	23	Julio	3	Practicante de la municipalidad	Otro
A6	Femenino	21	Agosto	4	Practicante de la municipalidad	Otro
A7	Masculino	19	Mayo	5	Otros estudios	San Borja
A8	Femenino	48	Mayo	5	Otros estudios	San Borja
A9	Femenino	22	Julio	3	Practicante de la municipalidad	Otro
A10	Femenino	23	Mayo	4	Estudiante de carrera de salud	Otro

Fuente: Elaboración propia

7.1.2 Sobre las características del programa Meta 4

Las características del programa indagadas estuvieron enfocadas principalmente en dos aspectos: la definición del programa Meta 4 y actor social; y el reconocimiento de las funciones del actor social, de la municipalidad, de los centros de salud y de otros actores involucrados.

En primer lugar, todas las entrevistadas describieron a la Meta 4 de manera similar. La descripción del programa estuvo centrada en el objetivo de prevenir y disminuir la prevalencia de anemia a través de la suplementación con hierro. La mayoría de participantes resaltó que el programa estaba dirigido a niños menores de 1 año. Así mismo, algunas incluyeron en su discurso la participación de los actores sociales y también reconocieron que el programa fue planificado por el Ministerio de Salud y ejecutado por otras municipalidades a nivel nacional. Algunas participantes resaltaron la acción de derivar a los menores a los centros de salud si no habían recibido tratamiento. En relación con el contenido de la descripción, aquellas participantes que fueron

practicantes de la municipalidad pudieron explicar características de la Meta 4 con más detalle, que aquellos que no lo eran.

Cuadro 5. Definición de Meta 4
<i>La Meta 4 era un programa con la finalidad de disminuir la prevalencia de anemia en los niños, en los pequeños menores de 36 meses, menores de 1 año mayormente para poder reducir los niveles de anemia mediante la suplementación con hierro en forma de gotas. Se instauró en todas las municipalidades del Perú, utilizando actores sociales para que vayan a hablar con las mamás de acuerdo a una base de datos que se tenía en la Municipalidad. (A1, F, practicante)</i>
<i>Meta 4 era un programa del Ministerio de Salud que era liderado en cada distrito por las municipalidades y que consistía en que un grupo de personas capacitadas, como nosotros los actores sociales, visitamos las casas de las mamás de niños que tenían más de 4 meses. (A4, F, practicante)</i>
<i>La Meta 4 consistía en poder capacitar a las familias de San Borja a poder tener a su hijo bien y prevenir la anemia ya que había algunos suplementos en este caso el sulfato ferroso que se daba. La municipalidad tenía el proyecto con unas etapas para que el niño pueda pasar por la suplementación gratuitamente y evite la anemia ya que a nivel nacional se está viendo la anemia. (A7, M, otros estudios)</i>

En segundo lugar, la mayoría de participantes define el concepto de “actor social” en base a las funciones que cumplía dentro del programa, ser una persona capacitada para recolectar información y realizar acompañamiento a

madres para la reducción y prevención de anemia, sobre todo mencionaron el acompañamiento de las madres y no a otros miembros de la familia. Sin embargo, a lo largo de sus narraciones varían los discursos entre madres, familias y otros cuidadores como padres o abuelos. A pesar de que la mayoría se centró en describir sus funciones y actividades, dos participantes manifestaron que el actor social era el puente entre la municipalidad y/o el MINSA con las madres del programa, como lo menciona A5 en el cuadro 6.

Cuadro 6. Definición de Actor Social
<i>Un actor social, yo creo que era personal capacitado para poder enseñar sobre anemia y trabajar en la reducción de ésta en el país. Esto lo hacíamos a través de las municipalidades. Pertenecemos a diferentes municipalidades y trabajamos para reducir la anemia en el Perú. (A4, F, practicante)</i>
<i>Un actor social es una persona que se encarga de transmitir la información. Es prácticamente ser como enlace entre el MINSA, que es el encargado de lo que es la planificación de la Meta 4, con la misma persona a la que se le hace la consejería. (A5, M, practicante)</i>
<i>El actor social es la persona que se encargaba de darle a conocer a la madre el consumo de hierro del niño, la forma de alimentarlo y observar su crecimiento. El actor social era una persona que realizaba esas visitas para poder realizar esa evaluación. (A8, F, otros estudios)</i>

Si bien las participantes reconocían los elementos básicos del programa, ninguna de ellas describió al actor social en función de su pertenencia a la

comunidad en la que trabajan, tal como lo define el protocolo de visita domiciliaria dirigido a los actores sociales. Esto podría ser resultado de que la mayoría de actores sociales entrevistados provenía de otro distrito. Sin embargo, esta característica no fue impedimento para convertirse en actor social ya que según la guía para el cumplimiento de la Meta 4, el requisito sólo es conocer el distrito y no necesariamente ser parte de éste.

En relación con las funciones del actor social, todos los participantes mencionaron como su principal actividad las visitas domiciliarias. Estas consistían en realizar consejerías nutricionales a las familias y referencias a los centros de salud según sea necesario. Las consejerías se centraban en temas de suplementación con hierro, lactancia materna, vacunación y adecuada alimentación complementaria. Las referencias a los centros de salud se realizaban, principalmente, para dosaje de hemoglobina o para recibir suplementación con hierro. Además de las visitas, otra función que los actores sociales cumplían era el llenado de formatos donde se recopila toda la información de las visitas. Algunos actores sociales también participaron en la organización y el filtrado de la base de datos de la municipalidad que contenía información de contacto de las familias del programa. Sin embargo, estas funciones estaban limitadas solo a las participantes que realizaban sus prácticas en la municipalidad.

Por un lado, todas las participantes manifestaron que el equipo de la municipalidad, conformado por nutricionistas y médicos, se encargaba de la organización general del programa. Sus funciones se centraban principalmente en realizar y organizar la base de datos, brindar la lista de niños por actor social,

organizar las capacitaciones y supervisar las actividades de cada actor social. Para el desarrollo de la Meta 4 se designaron coordinadores para dirigir diferentes grupos de actores sociales. De igual manera, la municipalidad coordinaba con los centros de salud y personal del MINSA las acciones a implementar. Por otro lado, el personal de los centros de salud se encargaba de la evaluación y atención de los niños referidos a través de las visitas. Así mismo, el centro de salud era el encargado de brindar la suplementación preventiva y de tratamiento de manera gratuita a los niños del programa. Algunas entrevistadas mencionaron también la participación del personal de los centros de salud en las capacitaciones. Sin embargo, esta función estuvo más atribuida a la municipalidad. Además de la municipalidad y los centros de salud, algunos actores sociales recordaron la participación de los representantes de los sectores del distrito o juntas vecinales, cuya función principal era informar a los vecinos del distrito sobre el desarrollo de las visitas.

Los elementos que los actores sociales describen acerca de las características generales del programa mostraron que éstos reconocen el propósito de la Meta 4. Si bien el concepto de actor social no estuvo muy desarrollado por todas las participantes, éstas identificaron sus principales funciones y actividades dentro del programa como lo señalan las guías. Del mismo modo, a través de las entrevistas se ha podido identificar a los principales actores involucrados y sus funciones en la implementación de la Meta 4 que son la municipalidad, los centros de salud y en menor medida, las juntas vecinales.

Objetivo 2. Describir los procesos de implementación y componentes que influyen en el desarrollo de las actividades de los actores sociales de la Meta 4 en San Borja.

De acuerdo con el objetivo 2 se presentan los procesos de la implementación de la Meta 4 reconocidos por los actores sociales y se relatan sus principales experiencias contrastando con los procesos establecidos en las guías. De igual manera, se describen las principales dificultades vivenciadas por las participantes. Toda esta información sirve de base para identificar algunos componentes o aspectos de su experiencia que han influido en el desempeño de sus actividades y motivación.

7.2 Experiencias en la implementación de la Meta 4

Las vivencias de los actores sociales corresponden a algunos procesos identificados en la guía de implementación de la Meta 4: convocatoria y selección, capacitación, ejecución de las visitas domiciliarias y supervisión del actor social.

7.2.1 Experiencias en la convocatoria y selección de los actores sociales

En relación con las características de la convocatoria y selección, las experiencias de las participantes fueron variadas. Las practicantes de la municipalidad fueron invitadas a participar en la Meta 4 por el mismo personal de la municipalidad mientras que las demás se enteraron de la convocatoria a través de familiares o vecinos. En uno de los casos, el actor social conoció el programa a través de un familiar que era trabajador del centro de salud. En

relación con la selección, la mayoría de participantes resalta que ésta fue liderada por la municipalidad. Así mismo, la describen como un proceso simple que implicó la presentación de su Curriculum Vitae (CV), una entrevista sobre su experiencia y posterior aviso de que formarían parte del programa. En relación con lo establecido en la guía, ninguna manifestó haber realizado un examen que definiera su participación en el programa. De igual manera, como ninguna de las participantes fue ACS del distrito de San Borja, no relataron el primer paso de la guía sobre la lista de ACS proveniente del centro de salud.

A nivel internacional se ha reconocido que una convocatoria y selección adecuada son elementos clave que influyen en mantener la motivación de los ACS y asegurar su retención en los programas. En algunos países la selección es liderada por los centros de salud, los gobiernos locales, instituciones privadas, la comunidad o conjuntamente por todos los involucrados (Perry et al., 2013). Sin embargo, se resalta que la participación comunitaria en la selección es importante para poder asegurar la aceptación de los ACS y así facilitar la comunicación entre todos los miembros de la comunidad y el sistema de salud. De igual forma, para éstos programas es mejor contar con ACS que provienen de la misma comunidad o que tengan características similares a ésta para aumentar su aceptación (Schleiff et al., 2021). En el caso de San Borja, según el padrón de actores sociales del año 2019, dos eran ACS del distrito. Sin embargo, no cumplían con los requisitos para pertenecer al estudio por lo que no se tiene conocimiento de sus experiencias. Por otro lado, sólo tres participantes entrevistadas vivían en el distrito y ninguna fue elegida con respaldo de la comunidad debido a que fueron seleccionadas por la municipalidad. No obstante, como todas cumplían con los requisitos dispuestos en la guía de

implementación no hubo inconvenientes en su selección. Además, las participantes que vivían en otros distritos no manifestaron que esto haya sido una dificultad para que las familias acepten las visitas.

Los criterios de selección pueden variar en cuanto al sexo, edad y nivel de educación de los ACS según lo que necesite el programa. En algunos programas se ha encontrado que la comunidad prefiere ACS mujeres para tratar temas de salud materno infantil. No obstante, muchas veces la selección de mujeres se ve limitada por requisitos a nivel educativo principalmente en zonas rurales. (Schleiff et al., 2021). Por otro lado, aunque la educación no es un factor determinante en la selección, algunas comunidades consideran importante contar con un nivel de educación básico de al menos diez años de estudios o primaria completa debido a la variedad de actividades que deben cumplir y para comunicarse mejor con el personal de salud (Lankester, 2019). La guía de la Meta 4 establecía tres requisitos los cuales basaron la selección principalmente en habilidades y capacidades básicas de los actores sociales como saber leer y escribir, por lo que el nivel educativo alcanzado o el sexo no influían en el proceso. A pesar de eso, si se toma en consideración el padrón de actores sociales del distrito de San Borja del año 2019, de los 28 actores que trabajaron, sólo 6 fueron hombres. Por lo que tanto a nivel del estudio como a nivel del programa, se presentó una mayor cantidad de actores sociales mujeres. Sin embargo, se desconoce si este escenario ocurrió por motivos de selección de la municipalidad o porque fueron en su mayoría mujeres quienes se motivaron a participar en el programa.

En otras regiones del país se encontró un perfil variado de actores sociales cuya diferencia más notoria fue el nivel educativo según zona de procedencia. Para

algunos distritos como Carabayllo en Lima, los actores sociales tenían mayor formación técnica, a diferencia de los actores sociales de Cajaruero en Amazonas o Paimas en Piura donde el nivel educativo fue menor (UNICEF, 2020). En San Borja, las participantes entrevistadas contaban con formación universitaria y en su mayoría sobre carreras de salud. Tanto San Borja como Carabayllo, distritos de Lima Metropolitana, contaron con actores sociales con mayor nivel educativo. A pesar de que no todas las participantes vivían en San Borja, todas pertenecen a distritos de Lima Metropolitana, que es capital y zona urbana, caracterizada por tener mayor acceso a la educación.

A nivel internacional, ya sea en zonas urbanas o rurales, la evidencia muestra que los ACS eligen participar en los programas por factores intrínsecos como altruismo y ocupación del tiempo libre, y factores extrínsecos no monetarios y monetarios. Los factores no monetarios están relacionados a ganar reconocimiento de la comunidad, ganar conocimiento y ayudar a las familias a mejorar su salud. Los factores monetarios están centrados en la recepción de algún tipo de remuneración o incentivo económico (Greenspan et al., 2013). En relación a las motivaciones para convertirse en actores sociales en San Borja, las participantes que estudiaban alguna carrera de salud mencionaron que el principal motivo fue la afinidad que el programa tenía con sus profesiones. Así mismo, algunas consideraron que a través de la Meta 4 podrían ayudar a las madres a mejorar la alimentación de sus hijos, entender el problema de la anemia en el país y lograr un cambio en la comunidad. Los actores sociales que no estaban relacionados a carreras de salud reportaron que se sentían motivados en participar porque contaban con disponibilidad de tiempo y además contarían con ingreso monetario. A pesar de que ninguna de las participantes había

realizado actividades similares anteriormente, algunos pudieron describir experiencias previas que les ayudaron a poder desempeñar mejor su rol como actor social. Estas experiencias incluyen haber trabajado como profesor, como entrevistador y haber realizado charlas sobre anemia en ferias universitarias.

Cuadro 7. Motivos para convertirse en actor social
<i>Ser actor social formó parte de nuestras prácticas pre profesionales. Era un compromiso adicional porque a veces teníamos diferentes horarios pero era interesante porque es prácticamente para lo que estudiamos... mejorar la salud alimentaria de las personas, entonces nos ofrecieron eso como parte de las prácticas y la verdad si nos sumó bastante. (A2, F, Practicante)</i>
<i>A mí me avisaron que iba a haber un proyecto y decidí postular porque en esa época no tenía mucho tiempo tampoco, pero tenía el suficiente tiempo para ir a las casas e ir a preguntar. El horario era bien rotativo y en esa época necesitaba una fuente de ingresos aparte para movilizarme para la universidad. Me facilitó de cierta manera poder trabajar ahí. (A7, M, otros estudios)</i>
<i>Porque en mi rama, nos tenemos que vincular mucho con la población. En mi universidad no nos estaban vinculando con la población, más que todo porque estaba en tercer ciclo y ahí no tenía un buen avance. Quería experimentar eso en mi vida. Tener mucha empatía con las mamás y con las personas. (A10, F, estudiante de carrera de salud, no practicante)</i>

7.2.2 Experiencias en el proceso de capacitación

Las características de las capacitaciones manifestadas por las participantes fueron similares. Todas refieren haber sido capacitados principalmente por el personal de la municipalidad. Algunas sesiones también fueron realizadas por el personal de los centros de salud, en contraste con lo que refiere la guía de implementación, donde el personal de salud actúa como facilitador en todas las capacitaciones. En relación con la frecuencia de las capacitaciones, algunas mencionaron que se realizaron de manera mensual y otros semanales. A pesar de no recordar exactamente la frecuencia, sí detallaron que se realizaba de manera continua.

Según las participantes, las capacitaciones eran dinámicas ya que realizaban diferentes actividades y utilizaban herramientas como juego de roles y presentaciones gráficas respectivamente. Así mismo, se les entregaba material informativo que luego se tenía que compartir con las familias. Los talleres se centraron en temas específicos de anemia, suplementación con hierro, lactancia materna y alimentación complementaria que las participantes consideraron necesarios y suficiente para poder realizar las visitas ya que no todos los actores sociales provenían del sector salud. Además de información teórica también recibieron capacitación sobre el protocolo de visita domiciliaria. Principalmente, se les capacitó en cómo presentarse ante las familias y completar los formularios y realizar la consejería.

Cuadro 8. Características de las capacitaciones
--

<i>Las capacitaciones eran para dar los mensajes claves porque a veces hay</i>
--

*mitos en esa etapa del niño. Por ejemplo, había mitos sobre la leche materna; que si tomas mucha leche materna es malo. Nos enseñaban esos mensajes clave, porque no todos eran nutricionistas. Entonces es por eso que nos daban mensajes clave para responder a estos mitos y creencias sobre la lactancia materna o sobre la suplementación de hierro. Porque también los padres te dicen: “el hierro estriñe”, entonces tenías que responder con mensajes clave para que puedas romper ese mito y la mamá siga dando el hierro a su bebé y no por el mito deje de darle. (A3, F, **practicante**)*

*La municipalidad nos capacitaba para poder saber cómo vamos a abordar a cada padre. Por ejemplo, para mi caso era la primera vez, entonces era saber cómo presentarnos. Nos presentaban como era el proceso de las cosas que teníamos que hacer y eso nos ayudaba para saber qué decir para cada padre. (A6, F, **practicante**)*

*Las capacitaciones eran referente a todos los métodos de alimentación para el bebé aparte de los micronutrientes de hierro. Nos enseñaban qué debería hacer una madre, cuántas veces debería de darle de lactar al bebé, qué debía tener su alimentación, cómo agarrar al bebé. Entonces, todo eso nos enseñaban y nos capacitaban mediante proyecciones de video, películas, diapositivas y conversaban bastante con nosotros. (A8, F, **otros estudios**)*

En la experiencia a nivel internacional, la constancia de las capacitaciones puede ser variada, pero se debe garantizar al menos un paquete de entrenamiento inicial y continuo durante el desarrollo de los programas. Del mismo modo, los talleres deben enfocarse en conocimientos técnicos y habilidades sociales (Schleiff et al., 2021). Con la experiencia de las participantes se observa que en San Borja se

lograron cubrir los requerimientos necesarios para la implementación de una capacitación adecuada. Esto se evidenció puesto que las capacitaciones se realizaban de manera constante e incluían temas técnicos como los temas de consejerías y de habilidades sociales sobre cómo presentarse y conversar con las familias. El desarrollo de los talleres de capacitación de la Meta 4 es coordinado por los centros de salud y la municipalidad de cada distrito, por lo que su implementación puede ser diferente. En otras regiones del país, se encontraron dificultades en la coordinación de las capacitaciones. Sin embargo, la mayoría de actores sociales se sintió a gusto con las capacitaciones recibidas (UNICEF, 2020). En San Borja, a pesar de que el personal de salud no estuvo presente en todas las capacitaciones, los actores sociales no se quedaron sin formación técnica debido a que el personal de la municipalidad estaba conformado también por profesionales de salud. Las experiencias positivas de las participantes hacia las capacitaciones son importantes para una adecuada implementación del programa ya que éstas son identificadas como fuente de motivación de los actores sociales así como medios para mejorar su desempeño por la ganancia de conocimiento y habilidades para desenvolverse adecuadamente en el campo (Kok et al., 2015).

7.2.3 Experiencias en la ejecución de las visitas

La narración de la experiencia de las participantes en relación con la ejecución de las visitas domiciliarias fue la más extensa. A inicios de cada mes, los actores sociales recibían la lista de niños a visitar. Esta lista era entregada por los coordinadores de la municipalidad e incluía información de la familia, específicamente de la madre y el niño como los nombres completos, DNI,

dirección y teléfono. A las participantes se les asignaba aproximadamente 15 niños, a los cuales tenían que visitar tres veces durante un mes.

En relación con la preparación de los actores sociales para realizar sus visitas, la mayoría refiere que debían repasar toda la información brindada en las capacitaciones utilizando los folletos e información de internet. Un aspecto importante antes de realizar las visitas era ubicar el domicilio de todos los niños. Para evitar confusiones, utilizaban un mapa físico que les dio la municipalidad para encontrar previamente las direcciones, puesto que usando los mapas de internet algunos nombres de las calles no se encontraban actualizados.

Cuadro 9. Características de las visitas: Preparación

Nos daban folletos y de ahí leía un poco y me empapaba un poco más del tema y buscaba en un libro que tengo. Entonces leía para saber un poco más en caso las mamás me pregunten y un poco leí también de internet sobre nutrición porque muchas mamás me preguntaban qué comidas podían comer sus hijos. (A10, F, estudiante de carrera de salud, No practicante)

Ellos nos daban un mapa porque era un distrito nuevo para mí ya que yo no vivía ahí. Entonces en el mapa ya tenía la dirección de los niños e iba marcando, y en relación a eso formaba una ruta y me iba a las casas para terminar en tiempo récord y también hacer mis otras actividades en la municipalidad que tenía como prácticas. Entonces lo que hacía anteriormente, ya me iba preparando y que tenía que tener en cuenta que cada padre de familia, dependiendo los datos que tenía, que tema iba a tocar dependiendo de cada caso. (A6, F, practicante)

El proceso de la visita domiciliaria descrito por los actores sociales incluye los momentos establecidos en el protocolo oficial. En relación con el momento de “inicio de la visita”, luego de haber encontrado el domicilio, el primer paso consistía en la presentación del participante ante la familia. El actor social debía identificarse con el uso del chaleco de la municipalidad y su fotocheck. Después debían solicitar permiso para realizar la visita. Los participantes manifiestan haber sentido miedo a que la familia no les abriera la puerta o no los atiende.

Cuadro 10. Experiencias en el inicio de la visita
<i>Estaba muy nerviosa porque pensé que me iban a tirar la puerta en la cara o también pensaba que tal vez no me iban a recibir, pero recuerdo que en las primeras visitas que tuve estaba muy nerviosa y emocionada también por poder ayudar... Es una experiencia en la que no sabes que va a pasar, cómo te va a tratar, si te va a prestar atención o no. Entonces, están todas esas dudas y miedos (A1, F, practicante)</i>
<i>Yo pensé que nadie me iba a abrir la puerta, que iba a estar rogando, tocando la puerta. (A8, F, otros estudios)</i>

En relación con el segundo momento “desarrollo de la visita”, la mayoría de veces los participantes habían sido recibidos por la madre del niño y en menor ocasión otro familiar como el padre, abuelos o incluso niñeras. Como en el caso del participante A8 (cuadro 11), que fue recibido por el abuelo en una primera instancia y posteriormente continuó el seguimiento con la madre. Durante la visita, los actores sociales primero hacían las preguntas de los formularios para

indagar el consumo de hierro, asistencia a CRED, vacunación o si el niño recibe lactancia materna exclusivo o alimentación complementaria según sea el caso. Luego del llenado del cuestionario, se realizaba la consejería programa y, si era necesario, derivaban al niño al centro de salud más cercano para ser evaluado.

En algunas ocasiones las familias atendían a los actores sociales en la puerta mientras que en otras sí los dejaron ingresar a sus hogares para la realizar las visitas. Las participantes manifiestan sentirse emocionadas cuando esto sucedía ya que percibían que había más confianza con los padres principalmente porque notaban su interés en escuchar las consejerías y en realizar preguntas sobre el cuidado de su niño o niña.

En el cuadro 11 se resumen algunas experiencias de los participantes en el desarrollo de las visitas. Las narraciones seleccionadas describen principalmente vivencias positivas para los actores sociales, puesto que los casos difíciles serán presentados más adelante en la sección de dificultades de las visitas.

Cuadro 11. Experiencias en el desarrollo de visita
<i>Tuve un padre que me recibió muy bien también y que justo había salido la madre y él era el abuelo. Él me recibió y me dijo: “ya debe estar por llegar la mamá, si usted gusta la espera, pero mientras yo le puedo decir porque yo me quedo todo el tiempo con el bebé”. Entonces ya ahí tuve la oportunidad de conversar con un abuelo que cuidaba bastante al bebé. (A8, F, otros estudios)</i>
<i>Fue bonito, porque me hicieron pasar a su casa. Era un niño con anemia y</i>

sus papás eran jóvenes y el bebé vivía ahí con sus abuelos también. La mamá había comenzado a estudiar y los únicos que se quedaban en su casa eran los abuelos. Le daba folletos a la abuelita porque ella le hacía la comida al nieto porque la mamá estudiaba. Le decía que en caso de que la mamá no pudiera darle leche, le explicaba cómo podía hacer la reserva de la leche. Eso fue muy bonito porque la familia era muy acogedora. Me invitaban vasitos de agua. Fue una de las mejores visitas que he tenido.
(A10, F, estudiante de carrera de salud, No practicante)

Me acuerdo de al menos una visita que me gustó bastante donde me invitaron a pasar a la casa para hacer la consejería. Pude estar presente mientras le daban de comer al bebé, la mamá me hizo preguntas, le pude dar mayor consejería porque también había bastante recepción de información por parte de ella. La madre también estaba preocupada porque esa niña estaba con tratamiento también (de anemia), entonces hubo bastantes preguntas.
(A5, M, practicante)

Había mamitas que sí estaban motivadas. Por ejemplo, había un caso de una mamita que era venezolana. Allá en Venezuela les dan lactancia materna hasta los 4 o 5 meses y antes del 6to mes ya les dan de comer. Entonces, cuando yo le expliqué que acá no era así, la mamita tenía bastante interés y estaba feliz de que vayan hasta su casa a explicarle lo que tenía que hacer. Entonces era tranquilo y ameno hacer las visitas porque ella me recibía feliz, me abría la puerta, nos sentábamos. Incluso hasta me invitó café. Muy tranquila porque ella precisamente se sentía a gusto de que le puedan enseñar.
(A9, F, practicante)

En relación con el tercer momento, “cierre de la visita”, la persona que recibió la visita debía firmar el formulario y el actor social pedía los datos de contacto para poder coordinar la siguiente visita. En los casos que el participante fuera recibido por otro cuidador que no sea la madre, se pedía su firma y se buscaba coordinar posteriormente con la madre. En las siguientes visitas, los participantes reportaban que debían realizar seguimiento llenando el mismo cuestionario.

Dificultades en la ejecución de las visitas

Durante la ejecución de las visitas, los participantes describieron dificultades como problemas para ubicar a las familias, fallas del aplicativo móvil, falta de atención preferencial en el C.S y dificultades en la relación con el beneficiario.

Ubicación de las familias

Las participantes manifiestan que pudieron encontrar a la mayoría de niños asignados en su periodo de visitas. Sin embargo, cada mes tenían dificultades en encontrar entre tres a cuatro niños de la lista. Las principales razones por las cuales no los encontraban fueron por contar las direcciones erróneas y/o mudanza de las familias. Los actores sociales mencionan que en muchas ocasiones la lista de niños asignados contaba con direcciones inexactas donde no se especificaron los números de casa o departamento o direcciones que no existían. En algunos casos, los actores sociales tenían que preguntar casa por casa o a los vecinos sobre las familias. Esta situación era frustrante para ellas ya que no se encontraba a los niños asignados y empleaban más tiempo del

planificado. En cuanto a la mudanza de las familias, algunas participantes manifiestan que visitaban casas que pertenecían a los abuelos del niño asignado y los padres y el niño se habían mudado. En algunos casos se movilizaban dentro del distrito, pero la mayoría se mudaba a otro distrito y no cambiaba el registro de su dirección.

Cuadro 12. Dificultades en la Ubicación de las familias

Una vez cuando tenía que hacer una visita, en la dirección salía el número de la calle y la avenida pero en esa casa había como 5 pisos y como 20 cuartos en los cuales podía estar ubicado el niño y su mamá; y esa especificación no me la daban en la lista. Mi solución fue ir uno por uno de abajo hacia arriba, tocando y preguntando y mientras subía veía gente que pasaba y me sentía un poco incómoda, asustada también. Cuando encontré donde era el lugar, me dijeron que ahí iban a veces pero no siempre y en ese momento no estaban. Y otra vez volví y tampoco estaban, entonces era difícil eso. No tenían la dirección exacta y también lo difícil era que no iban o no viven ahí, era casa de sus tíos o familiar de la madre o padre. Esas situaciones me han tocado bastante. (A1, F, practicante)

Por ejemplo, hubo una casa donde no vivía nadie ahí, recién estaba en construcción y era un edificio, y nos decían “pregunta a los vecinos, a ver si conocían a la familia” y nada, nadie nos decía porque también era preguntar a los vecinos “¿conoces a tal persona?” y es un poco difícil. No es tan fácil como suena. (A7, M, otros estudios)

En otros países, una barrera presentada para los ACS también fue la alta movilización de la población principalmente en el ámbito urbano. Esta movilización usualmente causa que los ACS pierdan el seguimiento de los beneficiarios reduciendo así el impacto de sus acciones (Wahl et al., 2020). En San Borja esta dificultad se presentaba incluso antes de contactar a las familias, por lo que ni siquiera podían iniciar el seguimiento. Entonces, los actores sociales de San Borja no sólo ocupaban más tiempo ubicando a las familias (por las direcciones inexactas) sino que también perdían visitas (por la mudanza de las familias) lo que les causaba frustración porque el monto final que recibían era menor al que ellas esperaban inicialmente (si es que encontraban a los 15 niños asignados).

Fallas del aplicativo móvil

Múltiples estudios han demostrado que el uso de teléfonos para la recolección de información reduce errores y el tiempo utilizado para el análisis en programas con ACS (Singh, 2013). Además, cuando están capacitados, los ACS prefieren el uso de los celulares y aplicativos por ser más fáciles de usar y más práctico que el uso de papel (Schleiff et al., 2021). Sin embargo, para poder obtener los beneficios de su uso, se debe implementar adecuadamente, capacitar a los ACS y evaluar la aceptación de los aplicativos por los mismo ACS. Según la guía de implementación de la Meta 4, durante las visitas domiciliarias el actor social debía hacer uso del aplicativo móvil. Sólo en zonas con restricción tecnológica se podía omitir este proceso y en su reemplazo usar los formularios físicos. En el caso del distrito de San Borja, los actores sociales usaron el aplicativo móvil como prueba y sólo una persona llegó a utilizarlo por unos

meses. Las participantes señalan que en ese momento el aplicativo móvil presentaba múltiples fallas. Por un lado, algunas direcciones o números telefónicos disponibles en el aplicativo no coincidían con los datos de la municipalidad, siendo los datos del aplicativo erróneos. Por otro lado, la información no se guardaba adecuadamente en el sistema. Al ser un aplicativo que almacena los datos con georreferencia, cuando ocurría un error debían volver al domicilio para guardar nuevamente la información. Además, el actor social que hizo uso del aplicativo por más tiempo mencionó que le parecía peligroso usar su teléfono en las visitas cuando las familias lo recibían en la puerta. Por estos inconvenientes, se reporta que la municipalidad decidió continuar trabajando con los formularios físicos.

Cuadro 13. Uso del aplicativo móvil
<i>Solo una vez lo usamos y tenía lo mismo que las hojas impresas del formulario. Se nos complicó su uso por el tema de la ubicación o porque a veces no se guardaba la información. Por eso luego se dejó de usar el aplicativo (A3, F, practicante)</i>
<i>Supuestamente en la dirección que nos daban ahí se iba a poder encontrar a los niños, pero hubieron muchos problemas con esa aplicación y al final se dejó de usar porque no podíamos seleccionar al niño que íbamos a visitar o muchas veces el lugar que decía no era el lugar. Las direcciones que nos ponían en la hoja impresa no concordaban con las que salían en la aplicación. (A7, M, otros estudios)</i>
<i>Respecto al aplicativo, era lo mismo, eran las mismas preguntas y era un</i>

poco más sencillo no cargar con tantas hojas aunque igual teníamos que hacerlo en hojas ahora que recuerdo por la firma. A veces también se colgaba la aplicación o a veces se trababa, se guardaba y no se guardaba bien y tenía que editarlo. Y después el tema de la seguridad, andar con el celular, había unas zonas peligrosas, todo sitio tiene zonas peligrosas entonces me daba un poco de miedo sacarlo. (A1, F, practicante)

Las fallas del aplicativo de la Meta 4 también se presentaron en otras regiones del país. No obstante, cuando las fallas eran reparadas, se continuaba con su uso. En algunos casos, los actores sociales que no comprendían o no contaban con un celular adecuado para el uso del aplicativo tuvieron que registrar su información en los formatos físicos (UNICEF, 2020). En San Borja todas las participantes tenían habilidades tecnológicas adecuadas para el uso del aplicativo móvil pero la municipalidad en coordinación con los centros de salud decidió que los actores sociales utilicen los formatos físicos por las fallas en el guardado de la información. A pesar de que el uso del aplicativo móvil fue mínimo en San Borja, las participantes consideran que se debería continuar con su uso cuando mejoren su programación debido a que es una herramienta muy útil que facilita el desarrollo de las visitas.

Falta de atención preferencial en los Centros de Salud

Dos participantes manifestaron sus experiencias sobre la atención preferencial que se ofrecía a las familias a través de las tarjetas de referencia. Cada participante pudo experimentar diferentes situaciones en relación a este aspecto lo que llevó a tener opiniones contrastantes. La participante A9 manifestó que las madres que visitó no lograron ser atendidas de forma preferencial como se

había establecido en las guías. Esta complicación generaba incomodidad en las madres ya que no podían evaluar a su niño de forma temprana ni recibir la suplementación. Además se atrasaba el avance del seguimiento realizado por el actor social ya que no se observan mejoras o cambios en los niños visitados principalmente en la suplementación con hierro. Al contrario, la participante A10 hizo referencia de que sí se cumplía con la atención preferencial, pero ésta se realizaba en horarios con menor cantidad de pacientes en los centros de salud. Sin embargo, también manifestó que si las madres no iban en esos horarios es posible que no sean atendidas de forma preferencial.

Cuadro 14. Falta de atención preferencial

Pero había una dificultad y es que a veces no se les daba prioridad. Lo que las mamitas querían, al menos en San Borja, era que se les diera prioridad. Ellas querían ir y que se les atiende rápido. Pero a veces eso era un problema. No se les atendía rápido. Se les hacía esperar muchas horas. Entonces obviamente las mamás se desanimaron y se fueron... Esa era la dificultad. Me acuerdo que varias mamás iban y me llamaban molestas porque no las atendían rápido y tenían que esperar como cualquier otra persona que fuera a la posta. Ellas por el mismo estrato social que tenían, no tenían necesidad de ir a la posta, solo iban porque nosotros les recomendamos. Entonces, ahí estaba el problema. (A9, F, practicante)

Nosotros dábamos las órdenes y las mamás iban y el centro de salud ayudaba a las mamás. Aparte de eso nos daban la facilidad de que las mamás no hagan cola y puedan pasar de frente gracias a las órdenes que

nosotros les dábamos... porque yo llamé a mi tía (trabaja en el centro de salud) y justo le dije: “he hecho unas órdenes” y le pregunté: “¿de verdad no hacen cola o si hacen cola?” y creo que también le pregunté a la encargada de la municipalidad. Porque para qué voy a estar engañando a la mamá y le digo: “no, no vas a hacer cola, no te preocupes” cuando en realidad van a hacer cola. Me dijeron: “no, no hace cola pero es necesario que no vengan a la hora donde hay mucha gente porque no se va a poder pasar de manera preferencial solo por tener la orden. Que venga en un horario de 12 a 2 si no me equivoco donde no hay mucha gente”. Aparte esa posta es bien chiquita, solo se llena en las mañanas. Entonces yo ya estaba más informada y les decía a las mamás que vaya de 12 a 2 para que pueda pasar directo. Porque si vas en las mañanitas si está full y no te van a dar ese trato de pasar directo. (A10, F, estudiante de carrera de salud, No practicante)

LeBan (2021) manifiesta que contar un buen sistema de referencias a los establecimientos de salud es una forma de demostrar el soporte que brinda el sistema de salud a los programas con ACS. Por ende, las referencias de la Meta 4 no sólo dependen de los actores sociales sino también del personal de salud. Sólo en uno de los casos se mencionó la coordinación con el personal de salud, quien era un familiar de la participante, para las referencias. En San Borja no se puede afirmar que no existió apoyo o soporte por parte del personal de salud, sin embargo, para la atención preferencial se visualiza una falta de coordinación con los actores sociales. Aunque directamente esta situación no pareciera afectar

la ejecución de las visitas, sí genera un atraso en el seguimiento y baja percepción de logros con el niño visitado por parte del actor social.

Algunos estudios han identificado que cuando una persona referida por los ACS recibe un servicio de calidad en los establecimientos de salud aumenta su credibilidad y respeto por parte de la comunidad (LeBan et al., 2021). Por otro lado, el retraso en las atenciones y malas experiencias resulta en que los beneficiarios no deseen volver a atenderse causando efectos negativos en su seguimiento. Del mismo modo, en el caso de que esta situación sea repetitiva, esto podría afectar la legitimidad de los actores sociales por parte de los beneficiarios (Khalid et al., 2022). Si bien la información no se puede generalizar a las demás participantes, en un caso del distrito se reconoce la incomodidad de la madre por la falta de atención preferencial. Esta situación representa una mala experiencia para ella, y si ocurriera lo mismo para otras madres sí podría debilitar la credibilidad de los actores sociales ya que no se cumple lo que ellos proponen con la tarjeta de referencia.

En segundo lugar, los actores sociales percibieron dificultades relacionadas a los beneficiarios. Las principales dificultades presentadas fueron la falta de tiempo, desconocimiento del programa y falta de interés de los padres por las visitas domiciliarias.

Falta de tiempo de madres

Las participantes manifestaron que la falta de tiempo, sobre todo de madres que trabajaban, fue una limitación para mantener el seguimiento adecuado de los niños. La mayoría de actores sociales buscaba a todos los niños asignados el primer día que les entregaban las listas porque tenían que visitar cada niño tres

veces al mes y querían asegurarse de encontrarlos en los primeros días, para así no perder visitas posteriores. Sin embargo, en muchas ocasiones visitaban los domicilios más de tres veces cuando nadie los recibía y tenían que seguir intentando los días siguientes hasta obtener respuesta.

En algunos casos, madres o familiares pedían que los actores sociales regresaran en otro horario o día, ya sea por las noches o domingos. Para ellos esta fue una situación complicada ya que sentían que esos horarios no eran adecuados para su seguridad. Además que el cambio de horarios les causaba frustración debido a que tenían que reprogramar constantemente sus visitas y ocupar más tiempo al tener que regresar por segunda vez. En otros pocos casos, las madres pedían que el seguimiento se realice por teléfono porque no tenían tiempo para recibir al actor social. En este tipo de situaciones, los actores sociales se comunicaban con sus coordinadores para que se autorice el seguimiento telefónico y se le pedía a la madre que firmara el formulario físico por tres visitas. Las participantes también manifestaron que algunas madres les respondían las preguntas por intercomunicador ya que no tenían tiempo para atenderlos directamente. La falta de tiempo de las madres no permitía a los actores sociales realizar de manera adecuada el seguimiento a los niños, y en algunos casos se limitaban sólo a realizar las preguntas de los formularios porque no había tiempo suficiente de hacer las consejerías correspondientes.

Cuadro 15. Falta de tiempo de las madres
<i>Había otros casos donde no tenía respuesta. No contestaban el celular o decían que iban a estar ocupados. Entonces en ese caso si hacíamos las</i>

preguntas por llamadas. Las hacíamos por llamadas si la madre estaba dispuesta a responder las preguntas o si no, nos decía que la llamemos a tal hora y así se realizaban. Igual a veces no podía haber una segunda o una tercera porque no teníamos respuesta. Pero siempre se buscaba la forma. Pero si había casos también que ya no podíamos hacer otras visitas. (A1, F, practicante)

Lo que sucede es que también hay que tener en cuenta que los padres de familia trabajan, estudian, tienen otras actividades, entonces a veces se les dificulta el poder atendernos. Entonces, recuerdo que iba en varias ocasiones a un mismo padre de familia y no estaba. Creo que eso también frustra. Porque uno quiere ver mejoras en los niños y a través del programa ayudarlos. (A6, F, practicante)

Porque muchas veces tú les decías: “el programa consta de tres visitas y yo voy a regresar en 1 mes para ver cómo va”. Y me responden: “Ahhh, ¿va a regresar?, ¿no me puede llamar? Porque yo no estoy, no tengo tiempo”. Y para no perder el seguimiento de esa familia: “ya está bien señor, entonces yo lo llamo”. Luego ellos te decían: “Ya señorita, llámame nomas, y yo le cuento si mi niño sigue bien o sigue mal”. Entonces ya era como parte de seguir el protocolo pero en realidad no era eficiente como programa con lo que querías de hacer un seguimiento real. Como programa creo que ahí estaba empezando a fallar. (A4, F, practicante)

La falta de tiempo de los beneficiarios ha sido una dificultad que se ha presentado también en otros países. Esta barrera causa la frustración de los ACS

principalmente porque apresuran el desarrollo de las visitas (Shet et al., 2017). Tanto en San Borja como en otras regiones los actores sociales tuvieron que adecuarse al tiempo disponible de las madres. Por un lado, tuvieron que reprogramar sus visitas, cambiar su planificación previa y ocupar más tiempo en las nuevas visitas. Para aquellos actores sociales que vivían en otro distrito resultó aún más frustrante porque una visita reprogramada les tomaba más tiempo y dinero por el traslado. Por otro lado, los actores sociales tuvieron que aceptar ser atendidos en las puertas de las casas o por el intercomunicador, limitando el tiempo de las consejerías y disminuyendo así la calidad de las visitas domiciliarias. Ante estas circunstancias se deduce que los actores sociales continuaban con estas visitas para cumplir con sus metas personales más que lograr mejoras en la salud del niño.

Falta de interés de padres

La falta de interés de los padres fue una barrera percibida por las participantes sobre todo en familias que no consideraban necesarias las visitas porque sus hijos se encontraban bien de salud o se atendían en clínicas privadas.

Por un lado, las participantes observaron menor interés en las familias donde no había ningún problema visible en sus niños, sobre todo en los asignados a la suplementación preventiva, a diferencia de aquellas familias que tenían niños con diagnóstico de anemia o donde las madres tenían problemas durante la lactancia. El interés de los padres se mostraba a través de las preguntas que hacían durante las consejerías y que sí llevaban a sus hijos a los centros de salud para ser evaluado. En los casos de suplementación preventiva usualmente los padres percibían que sus niños estaban sanos y no necesitaban ni el suplemento

ni las consejerías por lo que no los llevaban a los centros de salud. Estos casos pueden suceder cuando los beneficiarios no están informados sobre la suplementación preventiva y lo atribuyen solo al tratamiento de la enfermedad.

Por otro lado, según la guía de la Meta 4, el programa estaba dirigido a niños que contaban con SIS (seguro integral de salud) o no tenían ningún tipo de seguro de salud. Sin embargo, en la experiencia de los actores sociales, al visitar a las familias que les asignaron, encontraron niños que contaban con seguro privado y se atendían en clínicas o con médicos particulares. En algunos casos, la falta de interés se observaba desde la primera visita porque los padres consideraban que su hijo/a no necesitaba el seguimiento ya que su había sido evaluado y no necesitaba ningún tipo de atención adicional.

A nivel internacional, la aceptación de las visitas también se ha visto afectada cuando los beneficiarios no consideran necesario los servicios de los ACS (Glenton et al., 2013). En el ámbito urbano, Wahl (2020) ha identificado que los beneficiarios prefieren ser atendidos por personal de salud o con experiencia más clínica y por eso no desean las visitas de los ACS. El distrito de San Borja se caracteriza por tener una proporción alta de población con seguro privado, por lo cual es comprensible la preferencia por atención en establecimientos privados o con médicos particulares. Esto también genera desmotivación en los actores sociales puesto que sienten que no pueden competir con los conocimientos de los médicos particulares y que por eso las familias no los reciben. En la mayoría de estos casos, los padres rechazaban las visitas lo cual afectaba la remuneración final de los actores sociales.

La posición del sector privado en los programas con ACS ha estado usualmente relacionado al aporte de ONG's o empresas privadas con acciones de responsabilidad social para el financiamiento de los programas o pagos a los ACS (Perry, 2013). Sin embargo, en relación al sistema privado de salud no se ha encontrado evidencia sobre las relaciones que los programas mantienen con los proveedores de salud privados como las clínicas sobre todo en el ámbito urbano (Wahl et al., 2020). La Meta 4 ha sido implementada a nivel nacional y cuenta con la participación de municipalidades pertenecientes al ámbito urbano como las de Lima Metropolitana. En las zonas urbanas como San Borja, con una alta proporción de establecimientos de salud privados, población con seguros privados, y con médicos del sector privado que no comparten los mensajes claves sobre el programa, se refleja que la Meta 4 también necesita de la coordinación con sector privado de salud para lograr un adecuado seguimiento a los niños.

Cuadro 16. Desinterés de los padres que no consideran necesarias las visitas domiciliarias

Cuando es prevención creo que se le iba el interés en la primera o segunda visita porque ya más o menos sabían que estaba yendo la municipalidad. Pero cuando ya el niño tenía anemia, ahí sí estaban un poco más interesados porque no tenían tiempo para ir al centro de salud todas las semanas para tener el seguimiento. Ahí sí había interés pero cuando era prevención era difícil llegar a la tercera visita. (A10, F, estudiante de otra carrera de salud)

Nos respondió uno de los padres y nos dijo que no deseaban ser visitados, que ellos veían por su cuenta que tenían seguro de salud, iban a la clínica, no querían ningún tipo de visita ni consejería de la municipalidad. Y en un caso los mismos padres eran médicos entonces me decían que ya no necesitaban. (A5, M, practicante)

Algo que me pasaba era que yo iba y les hablaba del tema del hierro, que a partir de tal mes y me decían: “pero mi pediatra me ha dicho que no necesita eso porque yo le doy fórmula que tiene hierro y sus exámenes de hemoglobina están ok, entonces no lo necesita”. Entonces uno queda como que: “yo no voy a saber más que un pediatra, porque el pediatra sabe más” y a quien obviamente la mamá le cree más es al pediatra. Si esto es algo del MINSA, es un decreto o tiene un sustento legal de gobierno... Porque no sirve de nada hablarle a alguien que ya tiene otra información y la cree. A nosotros no nos va a prestar mayor atención sobre lo que decimos. (A1, F, practicante)

Desconocimiento del programa

Otra dificultad encontrada fue el desconocimiento de los padres sobre la implementación de la Meta 4. Por un lado, 7 de los 10 participantes mencionaron que la mayoría de padres no conocía sobre el desarrollo de las visitas, ni tampoco que estaba organizado por la municipalidad y centros de salud de su distrito. Así mismo, el presentarse como actor social no era muy comprendido por los padres porque tampoco conocían a quiénes se referían con mención de esta función.

El desconocimiento de los padres sobre la implementación del programa está relacionado con la falta de difusión de éste según las participantes. Del mismo modo, en una búsqueda realizada en la página de Facebook de la municipalidad con las palabras claves “visitas”, “anemia” y “Meta 4” para el año 2019 se encontraron sólo dos publicaciones relacionadas al programa. Dichas publicaciones se realizaron a inicios de mayo del 2019 que corresponde también al inicio del programa. Ambas noticias describen que se contaba con el equipo para realizar las visitas y que próximamente se estarían llevando a cabo. Cabe resaltar que en ninguna de las publicaciones se menciona el nombre de “actor social” o de “Meta 4”, palabras utilizadas por los actores sociales al presentar el programa ante las familias. Así mismo, en la página web oficial de la municipalidad se encontró sólo una noticia publicada en mayo del 2019 sobre la capacitación de los actores sociales y el inicio de las visitas domiciliarias de la Meta 4. Posterior al mes de mayo, no se identificó ninguna otra noticia del año 2019 relacionada al programa en las redes sociales de la municipalidad.

El desconocimiento del programa hizo que algunos padres no deseen aceptar las visitas domiciliarias. Además, los padres sentían desconfianza porque el actor social se presentaba con los datos personales de los padres y del niño, lo que llevaba a la familia a cuestionarse cómo habían obtenido esa información. En otras regiones, la desconfianza se visualizó porque los actores sociales no contaban con identificaciones que acreditaran su trabajo por lo que las familias sentían temor relacionándolos a la delincuencia (UNICEF, 2020). En San Borja los actores sociales sí contaban con medios de identificación (fotocheck, chaleco de la municipalidad). No obstante, se presentó el caso del participante A7, donde una madre insinuó que la identificación puede ser falsificada

fácilmente. Por lo que contar con estas herramientas puede no ser suficiente para que los padres crean en los actores sociales, conozcan de donde provienen y acepten las visitas. En estos casos, los coordinadores de la municipalidad acompañaban a los actores sociales para poder persuadir a los padres en aceptar la visita. Sin embargo, aunque se les explicara a las familias que la municipalidad y el MINSA estaban coordinando las acciones del programa, muchos decidieron no aceptar las visitas. En los casos que sí llegaban a aceptar, a veces no firmaban los formularios o no daban su número telefónico lo que complicaba que el actor social realice un adecuado seguimiento. En el caso de no querer ser visitado, el actor social perdía esas tres visitas y el monto final de su pago sería menor a lo que tenía pensado recibir con las visitas a los niños que logró ubicar.

Cuadro 17. Desconocimiento del programa

Además que las personas ni siquiera salgan a veces a atenderte creo que también esa es una cosa que al principio me costaba mucho. “Señor, buenos días, somos de la municipalidad, somos actores sociales”. “No señorita, no tengo tiempo, no sé qué es eso”. Y esas eran las cosas que no me gustaban mucho. (A4, F, practicante)

La desconfianza también era bastante notoria. Porque de hecho uno iba y lo visitaba y esa persona no te conocía. Y tú llegabas con sus datos preguntándole si aquí vive tal persona o tal niño y obviamente desconfiaban porque se preguntarían “cómo saben ellos mis datos, que tengo a mi hijo” entonces por esa parte sí había bastante desconfianza y ahí era mayor la

dificultad. (A5, M, practicante)

Decían “no, ¿cómo sé que eres tú, tienes tu fotocheck pero como sé”. Incluso hubo una señora que se molestó bastante conmigo que me dijo que mi fotocheck y chaleco lo podían hacer en gamarra. Cosas así. (A7, M, otros estudios)

Al principio yo me sentía súper frustrada porque iba y no me abrían la puerta. No tenían conocimiento sobre el programa y yo también entiendo que es un tema de seguridad. ¿Cómo le vas a abrir la puerta a alguien que no conoces? A pesar de que la municipalidad nos daba a nosotras todo para identificarnos: un chaleco y fotocheck pero igual había mucha desconfianza. (A2, F, practicante)

En San Borja se logró la ejecución de las visitas necesarias para cumplir la Meta 4, pero las dificultades relacionadas al beneficiario (falta de tiempo, desinterés de los padres y desconocimiento del programa) muestran que se necesita evaluar el contexto de la comunidad y las características del distrito para mejorar la aceptación de las visitas. En las diferentes experiencias a nivel mundial, los ACS suelen ser mayormente bien recibidos por la comunidad y son respetados por su labor lo que ha sido fuente de motivación para ellos (Greenspan et al., 2013). El soporte de la comunidad hacia los ACS también influye en una adecuada implementación y sostenibilidad de los programas porque hay mayor aceptación de los servicios ofrecidos (Long et al., 2018). Sin embargo, esta relación de la comunidad con los ACS ha sido mayormente estudiada en el

ámbito rural y no en las zonas urbanas donde las características geográficas, demográficas y sociales de la población son diferentes.

En diferentes investigaciones se ha identificado que el apoyo de la comunidad aumenta cuando ésta ha estado involucrada en el proceso de selección o conoce y acepta a los ACS (Schleiff et al., 2021). Para que esto sea posible la comunidad debería ser cercana y conocerse entre sí lo cual es más complejo de lograr en el ámbito urbano donde existe mayor densidad poblacional y movilización de las familias (Wahl, 2020). En el distrito de San Borja, la selección de los actores sociales fue realizada por la municipalidad y no por la comunidad. Además, la mayoría de los actores sociales no vivía en el distrito, por lo que sería aún más complicado que la comunidad los conozca y acepte. Estas características del distrito sumado a una alta población con seguro privado son importantes de evaluar para mejorar la aceptación de las visitas domiciliarias San Borja.

En resumen, las dificultades experimentadas por las participantes tuvieron como principal consecuencia la pérdida o rechazo de visitas domiciliarias. Esta situación puede tener un impacto negativo a nivel personal de los actores sociales porque causa desmotivación al no poder cumplir sus visitas y al disminuir el pago por su trabajo. De igual manera, el rechazo de las visitas afecta el desarrollo del programa porque dificulta el logro de las metas planteadas sobre todo del cumplimiento de las visitas domiciliarias. Finalmente, a nivel de beneficiario, éste perdería la facilidad de acceder a la suplementación con hierro a través de las visitas domiciliarias o de la evaluación de su niño si fuera necesario.

Soluciones a las dificultades

En todos los casos difíciles presentados, las participantes manifiestan que buscaban apoyo de los coordinadores de la municipalidad para encontrar soluciones. Cuando las direcciones eran erróneas, el personal de la municipalidad buscaba otras bases de datos para utilizar en las visitas. Así mismo, los coordinadores acompañaban a los actores sociales cuando los padres se negaban a participar o cuando tenían que brindar información más especializada sobre todo en temas de nutrición.

De igual forma, los participantes reportan que se buscó el apoyo de las juntas vecinales para informar a los vecinos sobre las visitas. Tres actores sociales manifestaron que las juntas vecinales ayudaron a que las familias estén informadas sobre el programa y otras campañas que realizaba la municipalidad. Sin embargo, ninguna relató algún caso específico donde las familias manifiestan conocer el programa gracias al aviso de los representantes de las juntas vecinales.

Cuadro 18. Solución a Dificultades
<i>Y la Municipalidad nos ayudaba, cuando no encontrábamos la dirección, ellos buscaban porque tiene un sistema para poder ubicarlas. Entonces con esos casos nos ayudaban pero igual había direcciones que no encontrábamos (A2, F, practicante)</i>
<i>La Municipalidad a través de los coordinadores y del personal que trabaja en la municipalidad llegaba hacia nosotros para poder realizar la</i>

consejería, inclusive a veces nos llevaban hacia las casas. Además, a veces, nos acompañaban a las visitas domiciliarias cuando las familias no estaban como que muy en confianza o como que no querían aceptarnos por desconfianza. Además tenían que realizar coordinaciones con personas estratégicas como juntas vecinales o con personas que representan ciertos sectores. El distrito de San Borja está sectorizado y hay personas que se encargan de realizar ciertas coordinaciones para que haya mayor aceptabilidad y para que los padres tengan más confianza y sepan que se están acercando personas de la misma municipalidad y no piensen que son desconocidos. (A5, M, practicante)

Fui, me presenté y dio la casualidad que era una de las representantes del sector. Me invitó a pasar y es la única persona que me dijo: “yo si estoy informada de esto, pasa”. Me hizo pasar, tomé asiento, me invitó un poco de agua porque íbamos a estar conversando bastante. Le hice las preguntas. Ella también me estuvo comentando después otras cosas, como cualquier madre, que me comentaba cosas de su hijo y que se sentía bien, como se iba desarrollando desde que había nacido. Esa fue mi primera experiencia. (A7, M, otros estudios)

7.2.4 Experiencias en la supervisión

En San Borja, las participantes manifestaron que el monitoreo de sus actividades estaba a cargo de la municipalidad. El proceso consistía principalmente en reportar de manera continua el estado de sus visitas y las razones por las cuales no lograban encontrar a alguna familia. Los reportes de sus visitas eran

entregados a sus coordinadores de manera diaria y semanal. Al finalizar el mes, debían entregar los formularios completos y los coordinadores verificaban que estén correctamente llenados y cuenten con la firma de los padres. Posterior a la entrega de sus reportes finales, el personal de la municipalidad contabilizaba las visitas realizadas y estimaba el pago mensual de cada actor social.

En la guía de la Meta 4 se establece que la supervisión del desempeño del actor social es realizada por el centro de salud. Por las características del proceso, éste no es visible para los actores sociales por lo que no pudieron relatar su experiencia al respecto. Sin embargo, que los actores sociales no conozcan sobre el proceso no afectó en sus visitas ni tampoco en su desempeño porque el acompañamiento lo recibían desde la municipalidad.

A nivel internacional, usualmente en programas con ACS del sector público, la supervisión está liderada por el personal de salud. El rol del supervisor incluye el monitoreo de la información recolectada y soporte para la búsqueda de soluciones ante cualquier problema que se presente (Perry, 2013). Además, una supervisión adecuada que sea constante y se centre en el acompañamiento y resolución de problemas influye positivamente en el desempeño de los ACS (Scott et al., 2018). En San Borja, según la experiencia de las participantes, la retroalimentación y apoyo era constante y fue demostrado en cada etapa de implementación del programa (capacitación, ejecución de las visitas y supervisión). La buena comunicación y coordinación que tienen los actores sociales con el personal de la municipalidad es importante para buscar soluciones ante las limitaciones encontradas durante el monitoreo de sus actividades. No obstante, también es necesaria la participación del personal de

salud para establecer mejores estrategias de acción dentro del distrito y en San Borja esta sólo ha sido visible en algunos casos como en capacitaciones o pocas coordinaciones sobre niños referidos.

Cuadro 19. Características de la supervisión

Mis actividades las monitorea la municipalidad. Lo hacían de manera semanal e incluso diario también porque de hecho siempre se conversaba con la persona responsable, en este caso, una nutricionista que estaba a cargo también. No sólo había personal de nutrición sino otras áreas también y se encargaban de monitorear nuestras visitas, ver la aceptabilidad que había, incluso en las llamadas para poder realizarlas las hacíamos del mismo celular del personal. Entonces, todas esas cosas se hacían de manera diaria y semanal también porque se hacía un reporte e inclusive de manera mensual ya para poder finalizar el mes de las visitas domiciliarias. (A5, M, practicante)

Nosotros llenábamos unas fichas con cada una de las personas que habíamos visitado con cada firma y que es lo que habías hecho con esa familia. Teníamos que reportar si es que el niño tenía anemia o no. Todo eso se reportaba y luego también se llenaba como un Excel donde se contabilizaba la cantidad de visitas que tú habías tenido y luego basándose en eso había un pago que te asignaban dependiendo del número de hogares que habías llegado a visitar. En base de eso te pagaban por esas visitas. (A4, F, practicante)

7.2.5 Percepción del incentivo económico

Según la guía de implementación, el pago se realizaba por visita efectiva realizada, es decir, aquella visita donde se logró encontrar al niño y dar consejería a los padres. El monto a pagar sugerido por la guía es de 5 a 7 soles por visita en ámbitos urbanos. El participante A7 que estuvo desde el inicio de la Meta 4 en San Borja, reportó que los primeros meses recibieron un monto fijo que consideraba suficiente para solventar los gastos de transporte y del tiempo que empleaban. Sin embargo, meses después se cambió de monto fijo a pago por visita, como lo establecía la guía. Como se describió en su experiencia de ejecución de visitas, los actores sociales no siempre encontraban a todos los niños de su lista, lo que disminuye el monto mensual a pagar. Esto generó frustración en el participante A7 e indicó que otros participantes se retiraron por el cambio en la modalidad de pago.

Del mismo modo, algunos actores sociales que se unieron al programa después de la variación consideraban que el incentivo era muy bajo. Como en el caso anterior, algunos participantes se desmotivaron por el monto a pagar y no sentían que éste compensaba realmente el tiempo empleado. Muchos de ellos tenían que visitar hasta más de una vez a aquellas familias donde no obtenían respuesta para confirmar si los niños vivían o no en la dirección o cuando los padres les pedían regresar en otros horarios y esas visitas no se contabilizaban en la retribución final.

A nivel mundial se han presentado debates acerca de sí los ACS deberían recibir o no remuneración económica dependiendo del diseño de los programas y sí estos son considerados sólo como voluntarios por el tiempo de trabajo que realizan. No

obstante, se evidencia que establecer algún tipo de incentivo, incluyendo el económico, influye en un mayor rendimiento y retención de los ACS en los programas (Scott et al., 2018). La definición de los incentivos económicos varía entre países y programas. Por ejemplo, en Brasil, los ACS se encuentran integrados al sistema de salud y reciben un salario mensual (Mbugua et al., 2018). En otros programas los ACS reciben propinas o pagos basados en desempeño, donde se priorizan algunas actividades que serán pagadas (Colvin et al., 2021). La OMS (2018) recomienda que los ACS reciban incentivos monetarios considerando la carga laboral, complejidad de sus tareas, el tiempo de trabajo y el número de actividades que realizan. No obstante, resalta que los programas deberían evitar el pago por desempeño puesto que ocasiona que los ACS se enfoquen sólo en las actividades que serán pagadas y no cumplen con el resto de sus funciones.

Según los formuladores de la Meta 4, el estipendio económico que reciben los actores sociales no debe ser considerado como una remuneración sino como un recurso para que puedan desplazarse durante las visitas. En otras regiones del país se ha identificado una variación en los montos recibidos que oscilan entre los 5 a 17 soles por visitas. Sin embargo, todos los actores sociales, sin diferenciar si pertenecen a zonas rurales o urbanas, concuerdan que los montos son muy bajos para el trabajo que realizan. Según la evaluación de UNICEF (2020), esta mala percepción de los incentivos recibidos se presenta porque los actores sociales piensan en el estipendio como una remuneración o salario más que un monto para cubrir sus necesidades de desplazamiento. Bajo este escenario se visualiza que los actores sociales no se encontraban informados adecuadamente del pago que recibieron. Del mismo modo, se resalta que para establecer el estipendio de los

actores sociales, el programa no ha considerado el tiempo ni la carga laboral que implican las visitas domiciliarias como lo recomienda la OMS. Por tal motivo, esta diferencia de enfoques del incentivo económico ha generado desmotivación en los actores sociales y además refleja que ellos valoran su trabajo en medida de las actividades totales que realizan, las cuales incluyen las visitas efectivas, las visitas a familias que rechazan un posterior seguimiento, las múltiples visitas a los hogares donde no encuentran a las madres por falta de tiempo.

En el caso de la Meta 4, donde los actores sociales cumplen específicamente funciones para el programa, la definición del estipendio que reciben debe ser clara y específica desde el inicio de su trabajo. Debido a que el monto a pagar es establecido por cada municipio, el personal responsable, en este caso, los municipios, deberían analizar las características del distrito y de las limitaciones que presentan los actores sociales durante las visitas para poder definir una cantidad monetaria adecuada. En el caso de San Borja se debe considerar principalmente la falta de tiempo de los padres, la movilización de las familias y el rechazo de los padres que no estaban interesados en el programa que causaban mayor trabajo o pérdidas de visitas para los actores sociales.

Es importante recordar que no sólo se necesitan de incentivos económicos para garantizar una mayor retención de los actores sociales, sino también se deben presentar otros tipos de incentivos no monetarios como adecuada capacitación y supervisión, respeto de la comunidad, apoyo del sistema de salud, y en el caso de la Meta 4, apoyo de la municipalidad.

Cuadro 20. Percepción del incentivo económico
--

Hubo un tema también de que supuestamente al inicio había un pago de la municipalidad que era de 450 soles. Pero después pasaron al tema de que no, que era un monto ya por cada niño entrevistado y luego lo redujeron a un monto básico. Eso también a los actores sociales les molestó bastante, porque habían entrado con una idea, ellos habían gastado todo su tiempo y al final lo redujeron hasta ese momento que ya se habían previsto tenerlo. Por ejemplo, en mi caso ya lo había previsto para tenerlo para mis gastos de la universidad. Era un poco frustrante, porque ya había gastado bastante tiempo en las entrevistas que se hicieron y no se llegaron a hacer. Muchos se fueron del proyecto también por este tema. Algunos decían que era por el trabajo, porque tenían otras cosas que hacer pero muchas veces fue por el tema del pago porque estaban dando su tiempo también (A7, M, otros estudios)

Yo creo que el actor social termina invirtiendo mucho su tiempo y también a veces su dinero en un trabajo que a veces es como un trabajo gratis que haces como parte del programa de ayuda comunitaria. O sea creo que así lo tienes que tomar. Además que las personas ni siquiera salgan a veces a atenderte creo que también esa es una cosa que al principio me costaba mucho. (A4, F, practicante)

Fue bonito pero lo único malo es que nos pagaban muy poquito. Creo que era la cuarta parte del sueldo mínimo. Porque llega un punto, por ejemplo, en un mes, te pagaban dos soles y si en caso encontrabas al niño te pagaban más, pero entonces yo no iba a caminar durante horas buscando niños y que no me quieran abrir la puerta para que me paguen eso porque yo venía desde otro distrito. Nosotros dábamos mucho aporte porque las charlas eran en horas

donde no teníamos que ir a visitar a los niños, entonces dábamos mucho aporte para que nos paguen y no teníamos estimulación para poder seguir adelante. Muchos se salieron por esta razón. Yo no me quise salir porque me gustó la experiencia pero prácticamente era hacerlo gratis porque esa plata encima te la pagan después. Entonces yo sacaba dinero de mis ahorros para poder pagar mis pasajes. Porque las casas no están cerquitas porque San Borja es gigante, entonces tenía que tomar carro. (A10, F, estudiante de carrera de salud, no practicante)

7.3 Reflexiones del Actor Social:

A través de las narrativas de los participantes sobre su experiencia en la implementación de la Meta 4 en todas sus etapas, se identificó también su opinión en relación con dos aspectos importantes: la auto comprensión de su rol como actor social y sus recomendaciones para fortalecer el programa.

7.3.1 Auto comprensión de su rol como actor social

El significado y valor que los actores sociales atribuyen a su rol y funciones se ha identificado como una fuente de empoderamiento a nivel mundial. Esta valoración depende de la naturaleza de su trabajo, de las tareas que cumplen y de la congruencia que éstas tienen con sus creencias y preferencias (Kane et al., 2016). Para los actores sociales de San Borja, la valoración de su rol está relacionada al impacto percibido de sus acciones a nivel del beneficiario y a nivel personal.

Todas las participantes manifestaron que participar en el programa ha sido una buena experiencia y consideran que sus acciones han tenido un impacto positivo

en la comunidad. En primer lugar, su labor ha permitido ayudar a las familias sobre todo a las madres a conocer sobre la prevención y tratamiento de anemia. En su experiencia, a través de las visitas han logrado guiar a las familias a mejorar sus hábitos en relación con suplementación, lactancia materna y alimentación complementaria. Asimismo, consideran que el actor social también ha sido fuente de apoyo emocional para que las madres no se sientan solas durante los primeros meses de edad de sus hijos. En segundo lugar, sus salidas a la comunidad les permitieron visualizar que hay familias que no acuden a los centros de salud y tampoco se atendían en el ámbito privado. Por tal motivo, las referencias a los centros de salud públicos hizo que algunas familias visitadas puedan acceder a servicios de salud, que desconocían, como era la suplementación con hierro gratuita.

Aunque las razones para convertirse en actores sociales hayan sido diferentes para los que estudiaban carreras de salud y los que no, la percepción de su rol y del impacto de sus acciones ha sido muy similar y son consideradas como fuentes de motivación en su experiencia. Así como en otros estudios, los actores sociales también reconocen que su rol no sólo se limita a mejorar indicadores de anemia, sino también tiene un impacto a nivel social como el brindar soporte emocional sobre todo a las madres quienes los recibieron con mayor constancia (Claire Glenton et al., 2021; Mhlongo et al., 2020).

Cuadro 21. Logros percibidos en las familias y en los actores sociales
<i>Mi experiencia ha sido excelente porque pude lograr un mayor porcentaje de visitas aceptables para que yo como actor social le pueda orientar e</i>

indicarles la situación en la que una madre tiene que tener importancia. Orientarla diciéndole que hay un centro de salud cercano al que pueden asistir en cualquier momento. Darles a conocer que no estaban solas, de que había alguien siempre que podía reforzar los temas, porque había madres un poco nerviosas, un poco tristes como las madres que no tenían leche. Entonces, tuve la oportunidad de tener una experiencia bonita (A8, F, otros estudios)

Si, son necesarios (los actores sociales). Porque es más personalizado. Si no están los actores sociales están los hospitales o centros de salud, que casi no siempre pueden ir a cada hogar a dar esta información. Llevar un mensaje a cada hogar es muy importante. (A3, F, practicante)

Mi experiencia sí fue muy bonita en el sentido de que me permitió aprender sobre un programa que yo no sabía que existía. Me permitió también entender un poco la realidad de que mucha gente puede ser que no está muy enterada y que no conoce a nivel comunitario todavía el tema de la anemia. A nivel comunitario es muy poco difundida la información de la anemia, más que tal vez en algunos noticieros. Igual fue bueno. (A4, F, practicante)

Por último, su participación en la Meta 4 ha logrado que los actores sociales puedan reconocer la realidad de la enfermedad en el país, más aún cuando es considerada como un problema de salud pública. Los diferentes casos que han podido vivenciar en cada visita han permitido que ellos puedan darle más importancia al problema. Del mismo modo, han podido identificar lo relevante que es el rol del actor social en un programa como la Meta 4 para cubrir la brecha de personal de salud que debe llegar a la comunidad. Esta percepción del

rol del actor social, como el de los ACS, de ser conectores entre el sistema de salud y la comunidad, es fundamental para el desempeño de sus acciones puesto que refleja su motivación para continuar con sus actividades y generar impacto positivo en la comunidad. No obstante, esta valoración de su rol se ve afectada si no ven el apoyo externo de la comunidad, como los beneficiarios, y de los gestores encargados del manejo de los incentivos económicos.

En la experiencia de las participantes, los principales motivos de su desmotivación fueron el desinterés de las familias y la inadecuada remuneración. Como se evidenció anteriormente, los participantes se enfrentaron a diferentes dificultades donde el desinterés y la desconfianza produjeron un rechazo de las visitas por las familias. Del mismo modo, el tiempo empleado para sus tareas no estaba completamente cubierto con el incentivo económico que recibían. Por tal motivo, Kane (2016) recomienda que los formuladores de programas consideren aspectos de desarrollo y empoderamiento al momento de diseñar las intervenciones, y estos se visualizan a través de las experiencias de los ACS. La identificación de elementos que desmotivan a los ACS y la búsqueda de soluciones mejorarán su desempeño y a su vez influirá en el reconocimiento de su rol como agentes de cambio dentro de su comunidad y no sólo como un recurso humano más. En San Borja ha sido muy claro que las participantes conocen sus funciones y reconocen la importancia de su rol. Además, sin diferencias con su perfil, las participantes han descrito las limitaciones del programa las cuales han estado relacionadas a aspectos externos (beneficiario, organización de las referencias, características sociodemográficas del distrito, remuneración). Considerando el valor que ellas atribuyen a su rol, resulta importante tomar en cuenta entonces los factores que

las desmotivaron a lo largo de su experiencia y así plantear soluciones más acordes a su contexto y a las características del distrito.

Cuadro 22. Desmotivación del actor social

Al comienzo sentía que mi labor era importante. Yo me di cuenta que era importante porque es el futuro de todo el país por así decirlo. No sabemos dónde van a terminar esos niños. Trabajar ahí con la gente, las familias y la municipalidad es muy bonito. Las veces que había estas reuniones grandes en el auditorio con los representantes de cada sector de San Borja, representantes del MINSA, donde también estuvo el alcalde de San Borja, se sentía diferente en esos momentos. Pero luego adaptarme a la realidad fue difícil. Muchas veces la gente no sabía qué era lo que pasaba. Se fue bajando mi motivación. Fue más complicado realizar el trabajo más ameno. Hubo un momento en que ibas, hacías las preguntas, firmabas y te ibas con tal de no perder tiempo y lograr la meta. Ya no era como en un principio. Cambiaron muchas cosas. En parte también, no te sentías como si estuvieras aportando a algo importante. Es como que ibas y dejabas información y te ibas y recibes tu pago. Y era como que no llegabas por lo que ibas en un comienzo. Antes decías: “ah, voy a estar en la municipalidad, voy a estar ayudando a la gente”. (A7, M, otros estudios)

7.3.2 Recomendaciones de los actores sociales

Los actores sociales tuvieron opiniones similares en relación con la descripción de recomendaciones para fortalecer el programa Meta 4 según su experiencia. Estas recomendaciones se han centrado en la organización del programa. Los

aspectos considerados fueron principalmente la difusión del programa, visitas, y otros aspectos relacionados a la logística del programa.

En primer lugar, todos los participantes manifestaron la necesidad de difundir el programa para que las familias conozcan su objetivo y el rol de los actores sociales con las visitas domiciliarias. La difusión de la Meta 4 se puede realizar utilizando diferentes estrategias y medios de comunicación. Para la mayoría de entrevistados el uso de redes sociales de la municipalidad con la presentación de videos o anuncios sobre las actividades del programa es la principal fuente de difusión. Así mismo, los participantes también sugieren que se muestre fotografías de los actores sociales que realizan visitas cada mes para que las familias puedan corroborar los datos y así aumentar su confianza. Del mismo modo, también se podría mandar un mensaje de texto o realizar una llamada telefónica desde la central de la municipalidad informando previamente a las familias que serán visitadas. Otra estrategia propuesta por los participantes es propagar información en las actividades que realiza regularmente la municipalidad como ferias o campañas de salud ya que en éstas hay mayor concurrencia de vecinos del distrito. Un aspecto importante a tomar en cuenta es que la difusión no sólo se limite a las familias sino también al sector privado de salud. Ante la gran cantidad de rechazos porque los niños se atendían en clínicas y sus pediatras les realizaban el seguimiento respectivo, los participantes consideran que el propósito del programa y de la suplementación debe ser también conocido por el sector privado. De esta manera, la Meta 4 tendría mayor alcance.

Cuadro 23. Recomendaciones sobre difusión del programa

Yo creo que lo más importante es que se publicite el programa. Es importante que la gente sepa que existe un programa que se llama Meta 4 que tiene representantes de la municipalidad que pueden llegar a visitarte para brindarte información.. El tema de la anemia causa desigualdad permanente en la población, porque las consecuencias a largo plazo en su desarrollo son muy graves. Entonces yo siento que al Estado le está faltando acá el pedazo de: “oye, te digo qué es (la meta 4) y para qué es y por qué es importante”. O sea si vengo yo a la puerta y te toco, se pregunta: “¿quién es?” Pero si el Estado lo dice, “estoy mandando gente de la municipalidad preparada”, es diferente, me parece que por ahí podría ser. (A2, F, practicante)

En segundo lugar, los participantes manifiestan diferentes características que se podrían modificar sobre las visitas domiciliarias para que éstas sean más aceptadas por las familias en el distrito de San Borja. Por un lado, consideran que el seguimiento debería combinar visitas con llamadas telefónicas ya que en muchos casos las madres no tenían el tiempo suficiente para atender a los actores sociales. Así mismo, muchas madres aceptaban continuar siempre y cuando las entrevistas se realicen por teléfono. Por tal motivo, ellos creen que sería más conveniente realizar los primeros seguimientos a través de visitas y los siguientes por llamada telefónica. Por otro lado, un participante manifiesta que la primera visita debería realizarse con un equipo de médicos o enfermeros. Esta propuesta es resaltada debido a que muchas madres no acuden a los centros de salud por falta de tiempo y algunas no recibieron la atención preferencial que

se les había mencionado. Por lo cual, acudiendo con profesionales de salud en la primera visita se aseguraría que la madre reciba el suplemento y el actor social pueda realizar un adecuado seguimiento posterior.

Cuadro 24. Recomendaciones sobre manejo de visitas

Me parece que seguir con el monitoreo del celular. Que se le llame. De repente no es necesario visitar a la madre pero sí llamarla. A veces la persona está en su casa tranquila con su familia y que llegues inesperadamente también es un poco fastidioso. Entonces yo creo que mejor podría hacerse un zoom donde se hace una capacitación directa a todas las madres y hacerles cada fin de semana o cada sábado o domingo. Me parece que eso sería mejor también. (A8, F, otros estudios)

A mí me gustaría que el actor social o un equipo que puede ser el actor social y una enfermera o un médico sean los que visiten a la familia y puedan en ese momento entregarle el hierro a la mamá. Además le pueden explicar porque muchas veces el actor social regresaba y te decían: “ah, es que no he tenido tiempo” “creo que no necesita”. A veces no es que no les interese sino que puede ser que los papás realmente no tengan tiempo o que el doctor te diga que no necesita el hierro, entonces ya ni siquiera van porque trabajan. De repente me gustaría que el papá sienta que no solo vas con la información y regresas con la misma información. De repente la primera vez ya le diste toda la información y la segunda vez solo le vas a ir a preguntar y la tercera vez a seguir preguntando: “sí señorita, todo bien, ya fui”. Entonces, cuál es el valor agregado que le puedes dar a esa familia

más que preguntarle “¿señor, y fue? ¿Usted pudo ir a la posta? ¿Ya está tomando hierro? ¿le dijeron si ya le pueden sacar los exámenes?”

Algunas familias como ya sabían que sus niños tenían anemia podrían interesarse y te podían agradecer. Pero después la gran mayoría creo que siente que la primera visita puede ser útil pero de ahí no mucho. De repente no es necesario hacer tantas visitas, tal vez 1 o 2 pero con más llegada y listo. Ya llegaste, ya le explicaste, ya le entregaste el hierro, ya saben que tienen que ir a la posta con algo más de información. (A4, F, practicante)

En tercer lugar, los actores sociales manifiestan elementos logísticos del programa que podrían fortalecerse. Dentro de estos se incluyen recomendaciones sobre el manejo de información, espacios de trabajo, aplicativo móvil, incentivo económico entre otros. En relación con el manejo de información, los participantes sugieren que las bases de datos de las madres y niños se encuentren actualizadas para evitar tener direcciones erróneas o inexactas. Estas funciones según la guía de la Meta 4 pertenecen a los municipios y centros de salud a través de la actualización del padrón nominal. Sin embargo, en los casos de mudanza de las familias donde se cuente con la nueva dirección se necesitaría la coordinación con otros municipios para ubicar a las familias y visitarlos para que conozcan el centro de salud de su jurisdicción y se actualice su dirección en el padrón nominal.

Así mismo, sugieren que la municipalidad brinde espacios adecuados para el desarrollo de la Meta 4, tanto para el personal de la municipalidad como para las capacitaciones y reuniones de los actores sociales. Según A7, el personal de la

municipalidad responsable de la Meta 4 no contaba con una oficina fija y se les había asignado un espacio pequeño de trabajo donde no se podía realizar adecuadamente sus actividades. Además, las capacitaciones tampoco se desarrollaban en espacios adecuados y fijos. Durante su experiencia los talleres se llevaron a cabo en diferentes espacios como el auditorio, salas de reuniones o capilla de la municipalidad. Si bien los actores sociales realizan trabajo de campo y no trabajan dentro del establecimiento municipal, su interacción continua con el personal de la municipalidad evidencia que las limitaciones de la Meta 4 no sólo se presentan a nivel de organización del programa o de la comunidad, sino también a nivel de preparación previa de los municipios. Además, contar un espacio adecuado tanto para el personal de la municipalidad como para los actores sociales aumentaría la valoración del rol de cada uno de ellos por el soporte que se le da a su trabajo.

Cuadro 25. Recomendaciones sobre manejo de la información y espacio de trabajo

Creo que cosas que ya salen de las manos del distrito como la información que les llega a ellos. No sé si pueden hacer algo más sobre la información de cantidad de niños que se tiene que visitar a través de Meta 4 ya que muchas veces esa información no está del todo actualizada. De seguro, lo que puede hacer la municipalidad es exigir que esa información se actualice y que va a servir finalmente para la municipalidad. (A4, F, practicante)

A veces teníamos que hacer una fila afuera de ese cuartito, no era una oficina. Y ahí teníamos que entregar nuestras cosas nomás. Había muchas

cosas donde trataban de hacer lo mejor posible pero no se lograba y se notaba en los rostros de los participantes. Como te dije, el cuarto que tenían como oficina no apoyaba en nada. Era muy complicado... (para las capacitaciones) a veces nos reuníamos en el auditorio. O incluso a veces tenían que ir a una capilla que estaba detrás de la municipalidad. Ni siquiera tenían un lugar establecido. Estábamos de un lugar para otro. Tener un lugar fijo y ordenado. (A7, M, otros estudios)

En relación con el aplicativo móvil, los participantes consideraron que se debe ajustar el funcionamiento de éste ya que para ellos resulta necesario su uso. Con el manejo del aplicativo se podría disminuir el número de formularios que el actor social debe cargar en cada visita, así como evitar incomodar a algunas familias que no deseaban firmar.

Cuadro 27. Recomendaciones sobre el aplicativo móvil

Yo creo que deberían mejorar el aplicativo móvil porque estar llenando los formularios nos tomaba un poco más de tiempo ya que teníamos muchos papeles. A veces esos papeles también se perdían y teníamos que volver a llenarlos y conseguir nuevamente la firma de la misma mamá. Así que sería bueno tener un mejor sistema para poder hacer el llenado. (A3, F, practicante)

Entonces para poder darles una mejor calidad de ayuda a las mamás, es necesario dar un mejor sueldo para los actores sociales. Creo que fue una buena experiencia pero necesita un poco más de apoyo porque

prácticamente nos pagaban por niño como cinco soles. Sería bueno que nos subieran un poco los sueldos para también poder tener más interés nosotros.
(A10, F, estudiante de carrera de salud, no practicante)

Otro aspecto importante que los participantes consideran se debe mejorar es el incentivo económico. Entre las opciones se encuentran establecer un monto fijo como en el inicio del programa o aumentar el monto de pago por visita. Esto ayudaría a mantener la motivación de algunos actores sociales y sería un medio para que se sientan más apoyados por la labor que hacen.

Otras recomendaciones que manifestaron menos entrevistados se relacionaron con las capacitaciones y el perfil del actor social. Por un lado, el participante A5 sugiere que sería importante incluir temas de liderazgo y empoderamiento en las sesiones de capacitación para que los actores sociales puedan desenvolverse mejor en el campo. Por otro lado, la participante A10 recomienda que el perfil del actor social debiera estar dirigido a estudiantes de diferentes áreas de salud. Ella considera que es más fácil capacitar a los estudiantes que a vecinos de la comunidad ya que los primeros cuentan con conocimientos previos en salud y se encontrarán mejor preparados para realizar el seguimiento a las familias. Esta percepción podría ser más adecuada cuando se buscan voluntarios, principalmente por el tiempo que cuentan los estudiantes para realizar otras actividades. En el caso de San Borja, las participantes estaban realizando sus prácticas comunitarias en el distrito, por lo que tenían el tiempo para realizar las visitas.

Cuadro 28. Otras recomendaciones

Por parte de los actores sociales, había de diferentes edades, sería bueno capacitarlos constantemente. No solamente capacitarlos en temas de salud sino también en el tema de poder hablar correctamente, temas de coaching para que puedan empoderarse ellos mismos y empoderar a otras personas a que puedan ser más conscientes y responsables del problema y que ellos mismos puedan motivarse. Entonces creo que esas cosas fuera de lo que es tema de salud también podrían ayudar como parte de la capacitación a los actores sociales. (A5, M, practicante)

Una de mis recomendaciones es que si esta meta habla de salud, en este caso la anemia, entonces hay que influir más en los jóvenes que están estudiando medicina o nutrición. Porque si nosotros llamamos a gente que no sabe sobre el tema, será muy difícil explicarle. Yo creo que hay que llamar más la atención de los jóvenes que estudiamos porque ya sabemos sobre el tema y ya no necesitamos mucho el tema de las charlas porque ya sabemos sobre eso. Entonces, creo que debe ser del área de salud sobre todo a los jóvenes porque todos los estudiantes queremos una experiencia nueva y poder ayudar. La mayoría de las personas que estudian carreras de salud lo hacen para ayudar a la gente o para que las personas tengan buena salud. Entonces, yo creo que sería mejor que llamemos la atención a jóvenes que estudian carreras de salud como enfermería, medicina, obstetricia, nutrición. (A10, F, estudiante de carrera de salud, no practicante)

Finalmente, se les consultó a las participantes, sus opiniones sobre cómo debía desarrollarse el programa durante la pandemia de COVID que afectó a todo el país en los últimos años. A pesar de que ninguna de las participantes trabajó como actor social durante la pandemia, porque estaba fuera de los criterios del estudio, su experiencia con las limitaciones encontradas en las visitas pueden contribuir a pensar en nuevas estrategias para implementar el programa y afrontar las barreras que podría presentar la pandemia en el contexto del distrito de San Borja. Entonces, bajo esta premisa, la mayoría de participantes considera que la virtualidad es el principal recurso para continuar con la Meta 4. Por un lado, tomando en cuenta las características del distrito, los participantes consideran que la mayoría de familias tiene acceso a la tecnología. Por ende, para disminuir el contacto entre familia y actor social, el seguimiento debe ser virtual a través de llamadas telefónicas o del uso de plataformas como Zoom o Google Meet. Así mismo, la entrega de folletos informativos se podría realizar a través de Whatsapp o correo electrónico. Sin embargo, también es importante considerar que no todas las personas saben usar estas aplicaciones por lo que se debe prever que hacer en esos casos. Por otro lado, las capacitaciones a los actores sociales también deberían realizarse por medio virtual a través de las mismas plataformas. Del mismo modo, los participantes consideran que la municipalidad puede ampliar los beneficios del programa brindando clases o cursos virtuales para las familias sobre temas de anemia y suplementación con hierro.

Cuadro 29. Recomendaciones en contexto de pandemia

<i>Para poder llevar a cabo la Meta 4 yo creo que se haga vía zoom porque</i>

con esta situación de la pandemia ya las personas se han vuelto menos asequibles a una visita. Entonces, yo creo que el seguimiento podría ser más fácil porque ya por una reunión por zoom, hasta saliendo de su casa, ella puede estar escuchando lo que uno le dice. Entonces que se sigan haciendo esas reuniones vía zoom con las madres, que se envíe por whatsapp notificaciones recordando siempre las medidas del uso del hierro, de la alimentación. Que sea por whatsapp más que todo porque me di cuenta que también los folletos uno puede repartir pero a veces muchas personas no lo leen. A nadie le gusta leer. Entonces creo que lo más útil sería una publicidad por whatsapp o por el correo. Una llamada por teléfono y conversar con la madre. (A8, F, otros estudios)

El hecho de que permitir que un actor pase a tu casa o esté nomas en la puerta y esté a cierta distancia también va a ser bastante difícil entonces lo que se está haciendo ahora son lo que son videollamadas por zoom o plataformas o quizás vías telefónicas. Pero al hacer ese tipo de cosas debe existir un mayor compromiso por parte de los familiares porque el poder conectarse implica más tiempo, entonces se tendría que en primera instancia llegar de manera asertiva ante los familiares y cuidadores para que se puedan comprometer en ser parte de la Meta 4. Entonces es un reto que me parece más difícil ahora en la pandemia. Pero es lo que se tiene que hacer. (A5, M, practicante)

Las recomendaciones manifestadas por los actores sociales se encuentran relacionadas principalmente a las dificultades presentadas durante su

experiencia en la implementación del programa. Las expectativas del cumplimiento de estas mejoras son aumentar la aceptabilidad del programa por parte de las familias del distrito así como mantener la motivación del actor social durante la ejecución de sus funciones. En relación con la continuación del programa en la pandemia y pos pandemia de COVID, los participantes señalan que la virtualidad es la mejor opción para su desarrollo.

8. CONCLUSIONES

Los programas con ACS actualmente están siendo cada vez más reconocidos como potenciales medios para fortalecer la atención primaria en salud y los recursos humanos en salud. De igual manera, los ACS pueden contribuir al logro del acceso universal a los servicios de salud y los objetivos del desarrollo sostenible relacionados a la salud como la prevención y reducción de las muertes materno infantil para el año 2030 (Musoke et al., 2020). El estudio de los programas con ACS en su propio contexto y la comprensión de los aspectos que influyen en su implementación resulta esencial para poder asegurar su efectividad y sostenibilidad (Kok, Kane, et al., 2015). Por tal motivo, los resultados de este estudio contribuyen a la actual literatura de agentes comunitarios, sobre todo de la experiencia vivida en un ámbito urbano, que ha sido muy poco estudiado para continuar evaluando mejoras de este tipo de programas. A continuación, se describen algunas conclusiones con referencia a cada objetivo del estudio.

Objetivo 1. Describir las percepciones de los actores sociales sobre elementos relacionados a la Meta 4 del distrito de San Borja.

Las descripciones de las características de la Meta 4 demuestran que las participantes de San Borja conocen claramente los objetivos del programa, población objetivo y reconocen sus principales funciones y las de los actores involucrados como la municipalidad y los establecimientos de salud. Las participantes que realizaron sus prácticas en la municipalidad presentaron mayor dominio del conocimiento de las características del programa describiendo más detalles de los conceptos relacionados en comparación con el resto de los actores sociales. La conceptualización de “actor social” para las participantes está relacionada a las actividades que realizan y no han considerado la característica de pertenencia o conocimiento de la comunidad a la que trabajan como plantea la guía del programa o cómo define la OMS a los agentes comunitarios de salud. No obstante, el desconocimiento o falta de especificación de esas características no mostraron impedimento para realizar sus funciones adecuadamente según lo identificado en sus experiencias.

Objetivo 2. Describir los procesos de implementación y componentes que influyen en el desarrollo de las actividades de los actores sociales de la Meta 4 en San Borja.

En relación con los procesos de implementación se observaron diferencias en la implementación del programa con lo establecido en la guía principalmente en los procesos de selección, capacitación y supervisión. En estos tres procesos se identificó una menor participación del personal de salud. No obstante, las actividades fueron lideradas por personal de la municipalidad y se desarrollaron de manera regular con buena aceptación por los actores sociales.

Las experiencias relatadas por los actores sociales muestran que las características del contexto del distrito y de la población son elementos a considerar durante la implementación de la Meta 4. En San Borja se lograron identificar algunas características que influyeron en el desarrollo de las actividades de los actores sociales como la movilización de las familias, la población con seguro privado y la alta densidad poblacional, que son más comunes de encontrar en el ámbito urbano. La movilización de las familias, es decir, los constantes casos de mudanza encontrados por los actores sociales, dificulta la ubicación de las familias a visitar. La alta densidad poblacional limita la interacción que puede existir entre miembros de la comunidad, por ende, dificulta que las familias conozcan y acepten a los actores sociales que las visitan, sobre todo si la mayoría de ellos no vive en el distrito, como sucedió en San Borja. La alta proporción de población con seguro privado reflejó la preferencia por la atención privada y el desinterés por las visitas domiciliarias y atención en establecimientos de salud públicos. Las principales consecuencias identificadas de estas dificultades fueron el rechazo o pérdida de visitas para los actores sociales. Esto finalmente influye en la desmotivación de los actores sociales porque no logran cumplir sus metas planificadas y disminuye el pago que esperan recibir cada mes.

Además de las características del distrito y de su población, elementos del diseño de la Meta 4 como la definición del incentivo económico también influyen en la implementación del programa y principalmente en el desempeño de los actores sociales. En contraste a lo que definen los formuladores del programa, donde el incentivo es un monto de referencia para su traslado a las casas, en San Borja y en otras regiones, la percepción del incentivo está

relacionada a las visitas totales que realizan y el tiempo que les toma. Por tal motivo, el pago que reciben no corresponde al trabajo que realizan ocasionando desmotivación e incluso la salida de actores sociales que no sentían valorada su labor.

Por otro lado, contar con capacitaciones adecuadas y supervisión constante basada en el acompañamiento y retroalimentación ayudó a los actores sociales de San Borja a poder solucionar algunas situaciones complicadas como posibles rechazos.

A nivel personal, el reconocimiento del impacto de su rol ha sido un elemento que ha influido positivamente en los actores sociales de San Borja. Tanto la percepción de su contribución al bienestar de los niños y el apoyo emocional que pudieron brindar a las madres que aceptaron sus visitas fueron fuente de motivación para continuar con su labor a pesar de las limitaciones que se les presentaban. Además, a pesar de las diferencias en el perfil de las participantes entrevistadas, las experiencias han sido similares al igual que las dificultades vivenciadas por lo que se considera aún más relevante analizar los otros aspectos que influyen en la implementación, sobre todo de manera negativa, para mejorar la retención y motivación de los actores sociales y asegurar una mejor implementación del programa.

Limitaciones del estudio

Si bien se pudieron identificar muchos aspectos de las experiencias de los actores sociales para ser analizadas, también se han identificado algunas limitaciones del estudio que deben tomarse en cuenta al momento de

compararlo con otros resultados. En primer lugar, al ser un estudio cualitativo en un municipio específico, se obtienen enseñanzas para determinadas características de población, incentivos y aspectos del diseño implementados en el distrito. Por tal motivo, no se puede generalizar la información recogida a otros municipios. En segundo lugar, la muestra contó con la mayoría de entrevistados con una formación en salud y más familiarizados al tema de anemia. Este escenario limita el conocer más experiencias que pudieron haber vivido actores sociales sin este perfil. Por último, al ser un programa ejecutado en el año 2019, los actores sociales han utilizado sus recuerdos para poder transmitir sus experiencias. No obstante, algunos actores sociales no recordaban claramente ciertos eventos. En estos casos, se usó la información que la mayoría de entrevistados reportaban para presentar los resultados y las relaciones que evidenciaban sus narrativas.

9. RECOMENDACIONES

En relación con este diseño de investigación, se recomienda continuar con estudios que exploren las experiencias y perspectivas de los actores sociales sobre la implementación de la Meta 4 en otros municipios para conocer las formas de llegar efectivamente a las familias en las distintas realidades de nuestro país. Del mismo modo, es importante considerar la evaluación posterior de las experiencias que permitan visualizar los cambios realizados y cómo éstos mejoran o siguen afectando el esfuerzo de los actores sociales para llegar a las familias. Bajo la misma línea, estudios sobre las percepciones de los diferentes actores involucrados como son los beneficiarios, personal de la municipalidad y

los centros de salud, sumaría en realizar una sistematización que recoja los procesos de organización en la implementación del programa.

En relación con la implementación del programa en San Borja, a través del análisis y las propias recomendaciones de los actores sociales se establece lo siguiente:

- Fortalecer el involucramiento de los centros de salud en la implementación del programa. De esta manera, no solo se cumpliría con lo establecido en las guías de implementación, sino que también se aumentaría la legitimidad de los actores sociales al encontrarse más validados y reconocidos por el personal de salud.
- Establecer estrategias de coordinación con el sector privado, específicamente con clínicas privadas para que conozcan los lineamientos del programa, puedan promover los mensajes clave como la suplementación con hierro y difundir las actividades de la Meta 4. A través de las Instancias de Articulación Local, principalmente por medio del rol del alcalde, se podría iniciar el diálogo con los establecimientos privados para trabajar de manera conjunta para la lucha contra la anemia en el distrito. -.
- Establecer mecanismos de difusión del programa para que sea reconocido por la comunidad y otros actores involucrados. Considerando que el 100% de la población de San Borja tiene acceso a internet, el uso de las redes sociales, principalmente de la municipalidad, resultan necesarios para que la comunidad conozca sobre la ejecución de las

visitas domiciliarias. De esta forma se esperaría disminuir la desconfianza de las familias.

- Mejorar el aplicativo móvil, en el guardado de información y actualización de direcciones, puesto que es una herramienta útil que ayuda a recoger la información y evitar la carga excesiva de registro manual durante las visitas domiciliarias.
- Considerar la percepción de los actores sociales sobre el incentivo económico y gestionar la posibilidad del aumento del pago a los actores sociales tomando de referencia la cantidad de visitas que realizan en total bajo la competencia y regulación de los municipios.
- Evaluar el uso de la virtualidad, principalmente el seguimiento telefónico a familias y capacitaciones virtuales a los actores sociales. Para los actores sociales de San Borja, el seguimiento telefónico facilitaría el monitoreo de los casos donde las madres no contaban con tiempo necesario para atenderlos. Del mismo modo, en escenarios donde existan casos de COVID-19 en las familias a visitar, se debería priorizar el seguimiento telefónico. Por otro lado, las capacitaciones virtuales, podrían asegurar una mayor participación de actores sociales sobre todo de aquellos que no viven en el distrito.

10. REFERENCIAS

- Afzal, M. M., Pariyo, G. W., Lassi, Z. S., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 2. Planning, coordination, and partnerships. *Health Research Policy and Systems, 19*(3), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00753-7>
- Black, R. E., Laxminarayan, R., Temmerman, M., & Walker, N. (2016). Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. *Disease Control Priorities. Third Edition*, 2, 163–166. <http://hdl.handle.net/10986/23833>
- Bolos, S. (1999). *La constitución de actores sociales y la política*. Universidad Iberoamericana. https://www.ses.unam.mx/docencia/2015II/Bolos1999_LasConfrontacionesTeoricas.pdf
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (2019). *Perú. Indicadores Nutricionales en Niños menores de 3 y 5 años. Periodo Enero-Diciembre 2019*. [Conjunto de Datos].
- Congreso de la República. (2005). *Ley 28518, Ley sobre modalidades formativas laborales*. <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/28518.pdf>
- Colvin, C.J., Hodgins, S. & Perry, H.B. (2021) Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration. *Health Res Policy Sys, 19* (3), 106. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w>
- Escobar, A. (2004). Participación Ciudadana y Políticas Públicas: Una problematización acerca de la relación Estado y Sociedad Civil en América Latina en la última década. *Revista Austral de Ciencias Sociales, 8*, 97–108.

<https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2004.n8-07>

- Gilmore, B., & McAuliffe, E. (2013). Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, *13*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-847>
- Glenton, C, Colvin, C., Carlsen, B., Swartz, A., Lewin, S., Noyes, J., & Rashidian, A. (2013). Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2013*(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010414.pub2>
- Glenton, Claire, Javadi, D., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00748-4>
- Greenspan, J.A., McMahon, S.A., Chebet, J.J. et al. Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania. *Hum Resour Health* *11*, 52 (2013). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-52>
- Guerrero, E., & Oré, S. (2019). El impacto de las visitas domiciliarias realizadas por actores sociales en la prevención y reducción de la anemia. En *Consortio de investigación económica y social*.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, *18*(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Herrera, M., & Soriano, R. M. (2004). La teoría de la acción social en Erving Goffman.

Papers. Revista de Sociología, 73, 59-79.

<https://doi.org/10.5565/rev/papers/v73n0.1106>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda, 22 de octubre del 2017, Perú*. Sistema de Consulta de Base de Datos <https://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). *Perú: Indicadores de Resultados de los Programas presupuestales 2022*
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6154.pdf>.

Creswell, J., & Poth, N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches (Fourth edition)*. Sage Publication.

Josephson, K., G. Guerrero., & Coddington, C. (2017). *Cómo apoyar al personal que trabaja en programas a gran escala dirigidos a la primera infancia: El caso del Servicio de Acompañamiento a Familias de Cuna Más en Perú*. Washington, D.C.: Results for Development.

Kamau, M. W. (2020). Time for change is now: Experiences of participants in a community-based approach for iron and folic acid supplementation in a rural county in Kenya, a qualitative study. *PLoS ONE*, 15(1), 1–21.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227332>

Kane, S., Kok, M., Ormel, H., Otiso, L., Sidat, M., Namakhoma, I., Nasir, S., Gemechu, D., Rashid, S., Taegtmeier, M., Theobald, S., & de Koning, K. (2016). Limits and opportunities to community health worker empowerment: A multi-country comparative study. *Social Science and Medicine*, 164, 27–34.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.019>

- Kavle, J. A., & Landry, M. (2018). Community-based distribution of iron-folic acid supplementation in low- and middle-income countries: A review of evidence and programme implications. *Public Health Nutrition*, *21*(2), 346–354.
<https://doi.org/10.1017/S1368980017002828>
- Khalid, A., Adamjee, R., Sattar, S., & Hoodbhoy, Z. (2022). Maternal and child surveillance in peri-urban communities: Perceptions of women and community health workers from Pakistan. *PLOS Global Public Health*, *2*(4), e0000295.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000295>
- Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. W., Kane, S. S., Ormel, H., Tijm, M. M., & De Koning, K. A. M. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and Planning*, *30*(9), 1207–1227.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czu126>
- Kok, M. C., Kane, S. S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. W., & de Koning, K. A. M. (2015). How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health Research Policy and Systems*, *13*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12961-015-0001-3>
- Lankester, T., Grills, N. (2019) 'The community health worker (CHW)', in Ted Lankester, and Nathan J. Grills (eds), *Setting up Community Health and Development Programmes in Low and Middle Income Settings* (4 ed). Oxford Academic <https://doi.org/10.1093/med/9780198806653.003.0008>
- LeBan, K., Kok, M., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a

new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00756-4>

Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). Policy Brief: Community Health Workers: What Do We Know About Them? The State of the Evidence on Programmes, Activities, Costs and Impact on Health Outcomes of Using Community Health Workers. *Evidence and Information for Policy*. 2. <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Community-Health-Workers-What-do-we-know-about-them.pdf>

Lewin, S., Munabi-Bagimura, S., Claire, G., Karen, D., Xavier, B.C., van Wyk, B. E., Odgaard-Jensen, J., Johansen, M., Aja, G. N., Zwarenstein, M., & Scheel, I. B. (2011). Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases: A review synopsis. In *Public Health Nursing* (Vol. 28, Issue 3, pp. 243–245). <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2011.00950.x>

Long, H., Huang, W., Zheng, P., Li, J., Tao, S., Tang, S., & Abdullah, A. S. (2018). Barriers and facilitators of engaging community health workers in non-communicable disease (Ncd) prevention and control in china: A systematic review (2006–2016). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112378>

Ludwick, T., Morgan, A., Kane, S., Kelaher, M., & McPake, B. (2020). The distinctive roles of urban community health workers in low- and middle-income countries: a scoping review of the literature. *Health policy and planning*, 35(8), 1039–1052. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa049>

Mbugua, R., Oyore, J., & Mwitari, J. (2018) Role of Monetary Incentives on Motivation and Retention of Community Health Workers: An Experience in a Kenyan Community. *Public Health Research*, 2018, 8(1): 1-5 doi: 10.5923/j.phr.20180801.01.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2019). *Propuestas Concertadas Para Fortalecer La Lucha Contra La Anemia Y La Implementación De La Meta 4 Del Programa De Incentivos a La Mejora De La Gestión Municipal. 1*, 1–22. <https://mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2019-11-18/01-documentos-de-la-carpeta1.pdf>

Mhlongo, E. M., Lutge, E., & Adepeju, L. (2020). The roles, responsibilities and perceptions of community health workers and ward-based primary health care outreach teams: a scoping review. *Global Health Action*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1806526>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2018). *Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia (2018-2021)*. <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>

Ministerio de Economía y Finanzas. (s.f.). *Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal*. https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101547&lang=es-ES&view=article&id=2221

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materna Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

Ministerio de Salud. (2019a). *Acciones de los Municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y la reducción de la anemia 2021*.

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/metas/GUIA_META_4_PI_2021.pdf

Ministerio de Salud. (2019b). *Protocolo de Visita Domiciliaria por Actor Social*.

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/municipalidades_pmm_pi/meta4_PROTOCOLO_VD_AS_MODIFICADO.pdf

Ministerio de Salud. (2019c). *Resolución Ministerial N° 078-2019/MINSA Aprobar el*

Documento técnico: “Lineamientos para la implementación de visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención, reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil”.

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/287410/Resolución_Ministerial_N__078-2019-MINSA.PDF

Ministerio de Salud. (2019e). *Indicadores Multisectoriales de Anemia Priorizados*. En

REUNIS - Repositorio Único Nacional de Información En Salud

https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Indicadores_Multisectoriales_Anemia.asp

Ministerio de Salud. (2019d). *Resultados de la Meta 04*. En REUNIS - Repositorio Único

Nacional de Información En Salud

https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/es_meta04.asp

Morse, J. (1995). The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147–149.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1525822X05279903?journalCode=fmxd>

- Muñoz, N. (2018). *La Visita al Hogar como estrategia de intervención del Servicio de Acompañamiento a Familias , del Programa Nacional Cuna Mas , en el distrito de Tambillo - provincia de Huamanga -departamento de Ayacucho. 2015 - 2016.* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/20320/LAGUNA_S%C3%81NCHEZ_MIRIAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Musoke, D., Ndejjo, R., Kiracho, E. E., Gonza, J., & Ottosson, A. (2020). Health for the People: National Community Health Worker Program from Afghanistan to Zimbabwe. *Maternal and Child Survival Program, May*, 381–394.
https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WKKN.pdf
- Niang, M. (2020). What are the roles of community health workers? Looking back at the philosophies of primary health care. *Global Health Promotion*, 27(2), 117–120.
<https://doi.org/10.1177/1757975918811087>
- Oakley, P. (1991). The concept of participation in development. *Landscape and Urban Planning*, 20(1–3), 115–122. [https://doi.org/10.1016/0169-2046\(91\)90100-Z](https://doi.org/10.1016/0169-2046(91)90100-Z)
- Oliver, M., Geniets, A., Winters, N., Rega, I., & Mbae, S. M. (2015). What do community health workers have to say about their work, and how can this inform improved programme design? A case study with CHWs within Kenya. *Global Health Action*, 8(1), 1–17. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27168>
- Organización Mundial de la Salud. (1989). *Strengthening the performance of community health workers in primary health care. Report of a WHO Study Group* (pp. 1–46).
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Declaración De Alma-Ata. *Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de*

Septiembre de 1978, 1–3. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Perry, H. (2013). Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: A Reference Guide for Program Managers and Policy Makers. *Usaid, September*, 1–386.

Perry, H. B., Zulliger, R., & Rogers, M. M. (2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health, 35*, 399–421. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354>

Pérez, P. (1995). Actores sociales y gestión de la ciudad. *Ciudades, 28*(May), 1–12. http://www.urbanismobragos.com.ar/tp/intervencion/2015/PIREZ_ActoresSocialesYGestióndelaCiudad.pdf

Ramukumba, M. M. (2020). Exploration of Community Health Workers' views about in their role and support in Primary Health Care in Northern Cape, South Africa. *Journal of Community Health, 45*(1), 55–62. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00711-z>

Ribes, A. J. (2020). Goffman and social situations: Some theoretical and methodological lessons. *Revista Espanola de Sociologia, 29*(2), 285–300. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.16>

Rifkin, S. B. (1996). Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica, 61*(2), 79–92. [https://doi.org/10.1016/0001-706X\(95\)00105-N](https://doi.org/10.1016/0001-706X(95)00105-N)

Rifkin, S.B. (2016a). Pursuing Primary Health Care: Community Participation in Practice,

Doing Participatory Research. *JSM Health Educ Prim Health Care* 1(2): 1018.

<https://www.researchgate.net/publication/309419582>

Rifkin, S. B. (2016b). Community Health Workers. In *International Encyclopedia of Public Health* (Second Edi, Vol. 2). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00083-7>

Rifkin, S. B., & Draper, A. (2007). *Community Participation in Nutrition Programmes for Child Survival and Anemia*. January.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29065.65120>

Roux, J. (1997). *Actores sociales y participación desde la perspectiva de Alain Touraine*.

[Tesis de grado, Universidad de la República de Uruguay]

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9881>

Schleiff, M. J., Aitken, I., Alam, M. A., Damtew, Z. A., & Perry, H. B. (2021).

Community health workers at the dawn of a new era: 6. Recruitment, training, and continuing education. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–29.

<https://doi.org/10.1186/s12961-021-00757-3>

Scott, K., Beckham, S. W., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K. D., Cometto, G., & Perry, H. B.

(2018). What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Human Resources for Health*, 16(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>

Shet, A. S., Rao, A., Jebaraj, P., Mascarenhas, M., Zwarenstein, M., Galanti, M. R., &

Atkins, S. (2017). Lay health workers perceptions of an anemia control intervention in Karnataka, India: A qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1),

1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4758-x>

- Starks, H. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative health research*, 17(10), 1372–1380. <https://doi.org/10.1177/1049732307307031>
- Singh, P., & Aridi, J. (2010). One Million Community Health Workers technical task force report *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report*. 10.13140/RG.2.2.24892.05763.
- Unicef. (2020). Evaluación de las visitas domiciliarias para promover la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia. *Macro Consult*, 511, 4–25. https://www.mef.gob.pe/contenidos/archivos-descarga/EPRO_Visitas_Domiciliarias_SAF_Reduccin_Anemia_2020.pdf
- Wahl, B., Lehtimaki, S., Germann, S., & Schwalbe, N. (2020) Expanding the use of community health workers in urban settings: a potential strategy for progress towards universal health coverage. *Health Policy and Planning*, 35(1), 91–101. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz133>
- Westgate, C., Musoke, D., Crigler, L., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 7. Recent advances in supervision. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00754-6>
- WHO. (2011). *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85839/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_eng.pdf
- Wilford, A., Phakathi, S., Haskins, L., Jama, N. A., Mntambo, N., & Horwood, C. (2018). Exploring the care provided to mothers and children by community health workers

in South Africa: Missed opportunities to provide comprehensive care. *BMC Public Health*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5056-y>

11. ANEXOS

Anexo N° 1. Matriz de Dimensiones de Análisis

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	CONTENIDOS
Objetivo Específico 1: Describir las percepciones de los actores sociales sobre elementos relacionados a la Meta 4 en San Borja	Elementos Contextuales	Perfil del Actor Social	Características sociodemográficas de los actores sociales
		Características de organización del programa Meta 4	Características generales del programa Meta 4 en función de las descripciones que le atribuye el actor social para indagar lo que conocen sobre el programa
Objetivo Específico 2: Describir los procesos de implementación y componentes que influyen en el desarrollo de las actividades de los actores sociales de la Meta 4 en San Borja	Experiencias de la implementación del programa	Experiencias en la selección y capacitación	Experiencia de los actores sociales durante los procesos de selección, razones para participar en el programa y experiencias en la capacitación realizada por la municipalidad
		Experiencias en la ejecución de visitas domiciliarias (Describir vivencias)	Experiencia de los actores sociales en la ejecución de las visitas domiciliarias, considerando los tres momentos incluidos en el protocolo de visita domiciliaria e indagando sobre los desafíos y facilitadores presentados.
	Reflexiones del actor social	Recomendaciones para el programa	Aspectos que actores sociales consideran deben mejorar o fortalecerse en la implementación del programa

Anexo N° 2. Guía de Entrevista

Fecha y Hora:

Mi nombre es Karen Meza Aguilar y actualmente estoy realizando este estudio que busca explorar la experiencia de los actores sociales del distrito de San Borja sobre la implementación de la Meta 4 en el año 2019. Habiendo aceptado previamente formar parte del estudio, el día de hoy realizaremos la entrevista, la cual tomará aproximadamente 30 minutos. Haré preguntas para que usted recuerde y relate como una conversación algunos aspectos relacionados a su experiencia como actor social. Puede no responder alguna pregunta y podemos terminar la entrevista en el momento que considere conveniente. Si tiene alguna duda, puede preguntarme libremente. Si no, iniciaremos con la entrevista.

Características del Actor Social y experiencias en la selección:

1. ¿Puede decirme su edad, profesión y cuánto tiempo trabajó como actor social?
2. En sus propias palabras, podría decirme ¿Qué es para usted ser actor social?
3. Ahora podría comentarme, ¿Cuáles fueron las razones por las cuales decidió ser actor social? (*Indagar si participó anteriormente en algún programa similar*)
4. ¿Cómo se enteró de la convocatoria que realizó la Municipalidad para la Meta 4?
5. ¿Puede relatar cómo fue el proceso de selección en la convocatoria?

Características de organización del programa Meta 4.

6. Puede contarme ¿En qué consistía la Meta 4?
7. ¿Cuál fue su rol dentro de la Meta 4 y qué funciones realizaba?
8. ¿Cómo se llevaba a cabo el seguimiento de sus funciones?

Experiencias sobre las visitas domiciliarias

9. Podría explicarme, ¿En qué consistían las visitas domiciliarias?
10. ¿Cómo se preparaba para realizar sus visitas?
11. Podría contarme ¿cómo fue *su primera visita?* o alguna de las primeras
12. Según lo establecido en la guía de visitas, un actor social realiza más de una visita al mes al mismo niño. ¿Cómo fue recibido después de la primera visita?
13. ¿En alguna de sus visitas fue recibido por alguien que no sea la madre? ¿Podrías contarme algunos ejemplos sobre cómo te fue con esas visitas?
14. ¿Recuerda alguna situación difícil que se le presentó a lo largo de su labor como actor social? Podría comentarme algunos ejemplos que recuerde ¿Cómo solucionaba esas situaciones?
15. ¿Cuántos niños le asignaban mensualmente? ¿Cubría la cantidad de niños propuesta?
16. Podría contarme, ¿qué debía realizar luego de haber terminado con las visitas?
17. ¿Cuáles considera usted que han sido los desafíos más grandes durante la ejecución de estas visitas?

Reflexiones del actor social

18. ¿Desde su experiencia cuáles son sus recomendaciones para mejorar y fortalecer la Meta 4?
19. Tomando en cuenta la situación de pandemia ¿que considera usted se necesitaría ahora para llevar a cabo la Meta 4?

Anexo N° 3. Lista de categorías y códigos

CATEGORÍA	Familia de códigos	Códigos
Elementos Contextuales	Perfil del Actor Social	Edad
		Profesión
		Tiempo como actor social
	Características del programa	Definición de Meta 4
		Definición de Actor Social
		Función de Actor Social
		Función de Municipalidad
		Función de Centros de Salud
		Participación de otros actores
Experiencias en la implementación de la Meta 4	Experiencias en la convocatoria y selección	Características de la convocatoria
		Características de la selección
		Motivos para convertirse en actor social
	Experiencias en la capacitación	Características de la capacitación
		Limitaciones de la capacitación
	Experiencias en la ejecución de visitas	Características de las visitas
		Uso de aplicativo móvil
		Dificultades durante las visitas
	Experiencias en la supervisión	Características de la supervisión
		Opinión sobre el incentivo económico
	Reflexiones del Actor Social	Auto comprensión de su rol
Percepción general de su experiencia		
Recomendaciones para fortalecer el programa		Recomendaciones generales
		Recomendaciones COVID

Anexo N° 4. Códigos y sus definiciones

Código	Definición
Definición de Meta 4	Descripción que explica el actor social sobre el programa Meta 4
Definición de Actor Social	Descripción que el actor social atribuye a su rol
Función de Actor Social	Relato de las tareas y funciones que cumplía el actor social durante su participación en la Meta 4
Función de Municipalidad	Relato de las funciones del personal de la municipalidad de la Meta 4 percibidas por el actor social
Función de Centros de Salud	Relato de las funciones del personal de los centros de salud percibidas por el actor social
Participación de otros actores	Identificación de la participación de otros actores o instituciones en la Meta 4 por parte del actor social
Características de la convocatoria	Descripción del proceso de convocatoria y los medios por los cuales conocieron sobre la Meta 4
Características de la selección	Descripción de las características del proceso de cómo fueron seleccionados para participar
Motivos para convertirse en actor social	Relato de las motivaciones y razones para convertirse en actor social de San Borja
Características de la capacitación	Descripción de cómo fueron realizadas las capacitaciones recibidas durante su período de actor social
Limitaciones de la capacitación	Dificultades percibidas por los actores sociales durante el desarrollo de los talleres de capacitación
Características de las visitas	Descripción de las características de las visitas domiciliarias y casos más recordados por los actores sociales.
Uso de app móvil	Relato de la experiencia de los actores sociales con el uso del aplicativo móvil
Dificultades durante las visitas	Dificultades percibidas por los actores sociales durante la ejecución de las visitas domiciliarias y soluciones que se pudieron desarrollar.
Características de la supervisión	Descripción de cómo se realizaba la supervisión de las actividades del actor social y quién estaba a cargo de este proceso
Opinión sobre el incentivo económico	Percepción del actor social sobre el incentivo económico recibido durante su participación en la Meta 4
Logros percibidos en las familias	Percepción del actor social sobre el impacto de sus acciones en las familias beneficiadas por la Meta 4
Percepción general de su experiencia	Descripción sobre cómo fue la experiencia del actor social a lo largo de su período de participación en la Meta 4 y la percepción del rol del actor social en el programa
Recomendaciones generales	Identificación de los elementos que el actor social considera deben modificarse o mejorarse para fortalecer la implementación del programa
Recomendaciones sobre la pandemia	Reconocimiento de los aspectos que se debían tomar en cuenta para implementar la Meta 4 durante la pandemia

CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)

Título del estudio :	Experiencias de los actores sociales en la implementación del programa meta 4 para la prevención y reducción de anemia en niños de 04 a 11 meses en el distrito de San Borja de Lima Metropolitana en el año 2019
Investigador (a) :	Karen Janeth Meza Aguilar
Institución :	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para conocer la experiencia de los actores sociales en la implementación del programa meta 4 para la prevención y reducción de anemia en niños de 04 a 11 meses en el distrito de San Borja. Este es un estudio desarrollado por una egresada de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y no forma parte de ningún proceso relacionado a la Municipalidad de San Borja.

En la actualidad, la anemia es considerada un problema de salud pública en nuestro país. Los programas desarrollados hasta el momento, como la Meta 4, cuentan con poca evidencia sobre cómo se están implementando en la práctica. Es por ello que se considera necesario investigar más sobre este tema, a través de la perspectiva de los actores sociales, quienes son los encargados de implementar una de las acciones centrales del programa: las visitas domiciliarias.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una entrevista donde le tomaremos datos personales y algunas preguntas sobre su experiencia como actor social en el programa Meta 4.
2. Esta entrevista tomará un tiempo aproximado de 30 minutos y se realizará de manera virtual a través de llamada telefónica o videollamada por Zoom o WhatsApp, según su preferencia y disponibilidad.
3. La entrevista será grabada, siempre y cuando usted así lo autorice, en el caso de que usted no desee ser grabado se tomarán notas en una libreta. El uso de las grabaciones será exclusivamente para el estudio, y cuando este finalice se eliminarán los registros electrónicos como los escritos.

Usted autoriza la grabación de la entrevista Sí () No ()

Usted no podrá nombrar a personas, instituciones y cualquier información que pudieran afectar la dañar la honra de terceros, durante la entrevista, en caso que esto sucediera, tendremos que eliminar esa información del archivo en presencia de usted.

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Beneficios:

Los participantes recibirán afiches informativos digitales relacionados a la comunicación efectiva y asertiva, componentes que son necesarios para un mejor desenvolvimiento en las conversaciones, no solo como actor social, sino también en su vida diaria.

CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)

Título del estudio :	Experiencias de los actores sociales en la implementación del programa meta 4 para la prevención y reducción de anemia en niños de 04 a 11 meses en el distrito de San Borja de Lima Metropolitana en el año 2019
Investigador (a) :	Karen Janeth Meza Aguilar
Institución :	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora que manejará la información obtenida codificará las encuestas.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales responderé gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si eso sucediera, seguiría recibiendo los beneficios establecidos anteriormente. Si tiene alguna duda adicional, por favor llame a Karen Janeth Meza Aguilar, investigadora del estudio, al teléfono [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 101355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

Declaración del Investigador:

Yo declaro que el participante ha leído la descripción del proyecto, he aclarado sus dudas sobre el estudio, y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea se mantendrán anónimos y que los resultados del estudio serán utilizados para fines de investigación.

**Karen Janeth Meza
Aguilar
Investigadora**

Fecha y Hora