



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
ESCUELA DE POSGRADO

**“SISTEMATIZACIÓN DEL TRABAJO  
COMUNITARIO EN EDUCACIÓN  
SANITARIA Y FORTALECIMIENTO  
DE CAPACIDADES DE LAS  
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS  
EN GESTIÓN DEL AGUA QUE SE  
HAN IMPLEMENTADO EN LAS  
COMUNIDADES RURALES DESPUÉS  
DEL TERREMOTO EN LAS  
PROVINCIAS DE CHINCHA Y PISCO”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO EN

GERENCIA DE PROYECTOS Y  
PROGRAMAS SOCIALES

LAURA PATRICIA ARANA CORNEJO

LIMA – PERÚ

2020



ASESOR

Mg. Alfonso Nino Guerrero

# DEDICATORIA

*Deseo agradecer a mi Dios en primer lugar, por darme la fuerza y la salud para seguir y no rendirme, y porque sentí su compañía y dirección a lo largo de todo este camino.*

*A mi familia, que constituye el motor más valioso que tengo y cuya inspiración me alienta cada día; de manera especial a mi querido esposo por su constante motivación, apoyo incondicional y aliento en todo este arduo proceso. A mis 3 tesoros, mis hijitos lindos, cuyo tiempo, tuve que sacrificar muchas veces, tanto para estudiar como para investigar, pero estoy segura que comprenderán que todo este esfuerzo, fue por ellos también.*

*A mi madrecita porque gracias a su empuje y dedicación pude concluir mi carrera profesional y porque desde pequeña me enseñó a salir adelante y a luchar a pesar de los obstáculos presentes.*

*A mis compañeros de trabajo en Chincha y Pisco y a toda esa gente maravillosa que conocí en las hermosas tierras del sur, que compartieron conmigo información valiosa, que ahora se encuentra plasmada en este documento.*

*Muchísimas gracias a todos porque me permitieron alcanzar mi sueño.*

## ÍNDICE

*RESUMEN*

*ABSTRACT*

<i>I. INTRODUCCIÓN</i> .....	1
<i>II. PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN PROBLEMA</i> .....	4
<i>III. INTERVENCIÓN</i> .....	21
3.1 INTERVENCIÓN.....	23
3.2 TEORÍAS SUBYACENTES DE LA INTERVENCIÓN.....	29
<i>IV. PREGUNTA</i> .....	39
<i>V. SUPUESTO DE LA SISTEMATIZACIÓN</i> .....	40
<i>VI. JUSTIFICACIÓN</i> .....	41
<i>VII. OBJETIVOS</i> .....	44
<i>VIII. DISEÑO METODOLÓGICO</i> .....	45
A. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	45
B. AMBITO DE ESTUDIO.....	47
C. POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	53
D. ACCIONES A ANALIZAR.....	56
E. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE FUENTES PRIMARIAS.....	64
F. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS.....	65
G. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	66
<i>IX. RESULTADOS Y ANÁLISIS</i> .....	67
9.1 PROCESO METODOLÓGICO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE AGUA POTABLE DESARROLLADO POR EL PROYECTO.....	67
9.1.1 SITUACIÓN PREVIA A LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO.....	68
A. SITUACIÓN DE SANEAMIENTO EN LAS COMUNIDADES.....	68
B. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES.....	73
C. CAPACITACIÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN.....	76
D. NIVEL DE ORGANIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	77

9.1.2 IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO - PROCESO METODOLÓGICO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y FORTALECIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES LOCALES DE LOS SISTEMAS DE AGUA.....	79
A. ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA OBRA.....	79
B. DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS OBRAS.....	93
C. DESPUÉS DE LA OBRA .....	108
9.2 RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN LOS DIFERENTES ACTORES EN MATERIA DE EDUCACIÓN SANITARIA Y FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS .....	116
9.2.1 GRUPOS ORGANIZADOS FORTALECIDOS EN GESTIÓN, ADMINISTRACIÓN, OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE AGUA.....	116
9.2.2 COMUNIDADES BENEFICIARIAS CUENTAN CON EDUCACIÓN SANITARIA .....	118
9.2.3 GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO COMUNITARIO .....	127
9.2.4 RESULTADOS NO ESPERADOS DEL ESTUDIO.....	131
9.3 LECCIONES APRENDIDAS PARA FUTURAS INTERVENCIONES QUE SE PODRÍAN REPLICAR EN LA ZONA..	135
9.3.1 LECCIONES APRENDIDAS GENERALES .....	135
9.3.2 LECCIONES APRENDIDAS EN EDUCACIÓN SANITARIA. ...	138
9.3.3 LECCIONES APRENDIDAS EN FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EN GESTIÓN DEL AGUA. ....	140
X. <i>DISCUSIÓN</i> .....	143
XI. <i>CONCLUSIONES</i> .....	146
XII. <i>RECOMENDACIONES</i> .....	149
XIII. <i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> .....	152
<i>ANEXOS</i> .....	157

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

### MAPAS

<i>Mapa N° 1. Ubicación del epicentro del terremoto. 15 agosto 2007. Perú.....</i>	<i>5</i>
<i>Mapa N° 2. Mapa distrital de la Provincia de Chincha .....</i>	<i>11</i>
<i>Mapa N°3. Mapa distrital de la Provincia de Pisco.....</i>	<i>17</i>

### GRÁFICOS

<i>Gráfico N° 1. Evolución de los enfoques de Ay S Rural en América Latina.....</i>	<i>29</i>
<i>Gráfico N° 2. Espacios institucionales del proyecto .....</i>	<i>53</i>
<i>Gráfico N° 3. N° Casos de EDA en los distritos del proyecto en Chincha .....</i>	<i>75</i>
<i>Gráfico N° 4. N° Casos de EDA en los distritos del proyecto en Pisco.....</i>	<i>75</i>
<i>Gráfico N° 5. % Pobladores que manifiestan haber recibido alguna capacitación en cuidado del agua .....</i>	<i>77</i>
<i>Gráfico N° 6. Red de Salud Chincha y Pisco .....</i>	<i>84</i>
<i>Gráfico N° 7. Resultados del seguimiento de las prácticas de higiene .....</i>	<i>111</i>
<i>Gráfico N° 8. Estrategias de seguimiento de adopción de prácticas saludables .....</i>	<i>114</i>
<i>Gráfico N° 9. Metodología del proyecto .....</i>	<i>115</i>
<i>Gráfico N° 10. % Familias Capacitadas de Chincha y Pisco.....</i>	<i>120</i>
<i>Gráfico N° 11. Seguimiento a familias en Educación Sanitaria .....</i>	<i>123</i>
<i>Gráfico N° 12. Acciones Interinstitucionales durante el proyecto.....</i>	<i>130</i>

### CUADROS

<i>Cuadro N° 1. Personas afectadas y fallecidas por región .....</i>	<i>6</i>
<i>Cuadro N° 2. Población y densidad poblacional .....</i>	<i>12</i>
<i>Cuadro N° 3. Índice de pobreza por distritos de la Provincia de Chincha .....</i>	<i>13</i>
<i>Cuadro N° 4. Establecimientos de salud de la Provincia de Chincha al 30 de Junio .2007.....</i>	<i>14</i>
<i>Cuadro N° 5. Población por actividad económica. Provincia de Chincha (población de 6 años a más) .....</i>	<i>16</i>
<i>Cuadro N° 6. Población y altitud de la Provincia de Pisco.....</i>	<i>17</i>

<i>Cuadro N° 7. Mapa de Pobreza Distrital de Pisco 2006</i> .....	18
<i>Cuadro N° 8. Establecimientos de Salud de la Provincia de Pisco al 30 de junio .2007</i> .....	19
<i>Cuadro N° 9. Población por actividad económica. Provincia de Pisco.</i> .....	20
<i>Cuadro N° 10. Población de los Centros Poblados de Huamanpali y Juncal</i> .....	48
<i>Cuadro N° 11. Población de los Centros Poblados de Chíncha Baja donde se ejecutó el proyecto</i> .....	49
<i>Cuadro N° 12. Población de los centros poblados de San José y Mariposa</i> .....	50
<i>Cuadro N° 13. Población de los centros poblados de Cabeza de Toro, Pámpano y Agua Santa</i> .....	52
<i>Cuadro N° 14. Informantes claves por centro poblado</i> .....	54
<i>Cuadro N° 15. Informantes Claves del Equipo de Trabajo</i> .....	56
<i>Cuadro N° 16. Periodización y Dimensiones de Análisis</i> .....	59
<i>Cuadro N° 17. Matriz instrumental por dimensiones de análisis</i> .....	61
<i>Cuadro N° 18. Matriz de fuentes secundarias utilizadas</i> .....	65
<i>Cuadro N° 19. Periodo de capacitación de los CAP</i> .....	96
<i>Cuadro N° 20. Periodos en las que fueron capacitadas las instituciones educativas</i> .....	108
<i>Cuadro N° 21. Resultados Alcanzados de Grupos organizados fortalecidos en gestión, operación y mantenimiento de los sistemas de agua potable</i> .....	116
<i>Cuadro N° 22. Familias beneficiarias con Educación Sanitaria</i> .....	118
<i>Cuadro N° 23. Familias Beneficiarias por Comunidad del proyecto</i> .....	120
<i>Cuadro N° 24. Total de Familias Capacitadas en Chíncha y Pisco</i> .....	120
<i>Cuadro N° 25. Seguimiento a familias en educación sanitaria en Chíncha y Pisco. PAC I-PAC IV.</i> .....	122
<i>Cuadro N° 26. CAPs capacitados por comunidades</i> .....	124
<i>Cuadro N° 27. Resumen de CAPs capacitados por provincia</i> .....	125
<i>Cuadro N° 28. % Alumnos con Educación Sanitaria</i> .....	125
<i>Cuadro N° 29. Alumnos capacitados en Educación Sanitaria por provincia</i> .....	126
<i>Cuadro N° 30. Alumnos capacitados en Educación Sanitaria por distrito</i> .....	126

## **RESUMEN**

La presente investigación analiza los procesos de implementación de los componentes “Grupos organizados y fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua” y “Comunidades beneficiarias con Educación Sanitaria” del proyecto: “*Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú*”, ejecutado en las poblaciones de Chincha y Pisco, que fueron afectadas por el terremoto ocurrido el 15 de agosto del 2007, en el sur de nuestro país.

La metodología utilizada en la presente investigación es la sistematización, que detalla de forma expost las acciones desarrolladas por el proyecto, a partir de una reconstrucción de lo ocurrido.

La población del presente estudio fueron comunidades de las provincias de Chincha y Pisco en las que se desarrolló el proyecto. Para recolectar la información se recurrió a entrevistas al personal del proyecto y líderes comunales; así como, a la revisión de toda la documentación generada por el proyecto, a fin de conocer la metodología de intervención comunitaria, los resultados que fueron alcanzados y las lecciones aprendidas derivadas del mismo.

Este estudio permitió validar el modelo de intervención comunitaria, al tener un impacto valorado como positivo en la salud de los niños, comprobándose que la educación sanitaria mejoró la efectividad del proyecto.

### **PALABRAS CLAVES**

- Participación comunitaria
- Educación sanitaria
- Desarrollo de la capacidad
- Gestión comunitaria del agua

## **ABSTRACT**

This investigation analyzes the implementation of processes of the component “Organized groups and strengthened in administration, operation and maintenance of the water system” and “Beneficiary communities with Sanitary Education” of the project: “Disease prevention and improvement of capacities through the development of the drinking water systems and irrigation of indigenous communities . Peru”, executed in population of Chincha and Pisco, affected by the earthquake of August 15th, 2007

The methodology used in this investigation is the systematization, that gives notice after the event about the development of actions taken in this project, starting from the reconstruction happened.

The population of this study were communities from Chincha and Pisco in which this project was developed. To gather information, a series of actions were implemented such as interviews of the project staff and community leaders; also, the review of the whole documentation from the project, in order to know the methodology of the community intervention, the results achieved, and the lessons learned than were derived from this.

This study allowed to validate community intervention model, and positive impact in the improvement of children health, which shows that sanitary education improved the achievement of the project results.

### **KEYWORDS**

- Community participation
- Hygiene education
- Capacity development
- Community water management

## **I. INTRODUCCIÓN**

Los proyectos de agua y saneamiento en los últimos años, están considerando el fortalecimiento local de la gestión comunitaria del agua y la educación sanitaria, como ejes claves para lograr procesos integrados y sostenibles, sin embargo, todavía se observan problemas y dificultades en las metodologías de implementación de dichas intervenciones; así como, poca o escasa difusión de este tipo de experiencias.

El presente trabajo sistematiza la metodología de los procesos de fortalecimiento comunal y educación sanitaria del proyecto: “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua y riego en comunidades campesinas. Perú”, ejecutado por la ONG ADRA Perú (“Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales”), con fondos de la AECID (“Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo”). Los componentes específicos del proyecto priorizados para esta sistematización, “Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua” y “Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria”, constituyeron los fundamentos para el logro de los objetivos e impacto de la intervención en agua potable, que fue ejecutada durante el periodo 2008 -2012. Dicha experiencia incorporó un enfoque social para facilitar la adopción de hábitos y comportamientos sanitarios en la población, y así contribuir a mejorar la salud de las poblaciones afectadas por el evento telúrico ocurrido en el sur del país en el año 2007.

Es de gran importancia sistematizar esta experiencia con su metodología, procesos, actividades y resultados para extraer lecciones, aplicarlas en el mejoramiento de posteriores iniciativas, y compartir la información, de modo que se genere nuevo conocimiento y de esta manera mejorar implementaciones futuras y sus resultados, en escenarios de proyectos post emergencia.

Este trabajo de investigación, en la modalidad de sistematización, consta de dieciséis capítulos, que se inician con el Resumen, las Palabras Claves, y la Introducción, a lo largo de las tres primeras secciones; posteriormente en el capítulo IV, se describe el planteamiento de la situación problema, cuya descripción contiene una primera aproximación de la situación que motiva la intervención. A lo largo de la quinta parte (capítulo V) se presenta la intervención en la que se expone la orientación y delimitación a través de la segunda y tercera aproximación de la sistematización. El capítulo VI, presenta la pregunta de la sistematización referida al objeto de la sistematización. Los supuestos y la justificación de la sistematización son descritos a lo largo del capítulo VII y VIII. La finalidad de la construcción de la sistematización se aprecia en la sección IX. El capítulo X contiene el diseño metodológico, el ámbito geográfico, la población en estudio, las acciones a analizar y los criterios para la selección de fuentes primarias y fuentes secundarias; así como, las consideraciones éticas del estudio. En el siguiente capítulo (XI) se muestran los resultados obtenidos por cada componente analizado, que constituye la finalidad de la construcción de la sistematización, para luego discutir los hallazgos y limitaciones a lo largo del capítulo XII.

Esta investigación culmina con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos a lo largo de los capítulos XIII al XVI.

En conclusión, se desarrollaron todos los pasos para realizar la sistematización como un proceso, que incluyó la organización de la información disponible, el análisis minucioso para entender lo sucedido, la presentación de los resultados para compartir y difundir información, y la extracción de conclusiones que ayudarán a producir conocimiento nuevo.

## II. PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Un aspecto muy preocupante, que se evidencia en centros poblados en extrema pobreza o que han sido víctimas de desastres naturales, es la carencia de acceso a agua potable y la situación precaria o crítica de los mismos; cuya situación se hace aún más apremiante por los impactos negativos en los pobladores con mayor vulnerabilidad que son las niñas, niños y adultos mayores, lo que se aprecia en las altas cifras de mortalidad y morbilidad, característica de estas zonas.

La experiencia descrita en el presente documento, se desarrolló en la zona central sur de nuestro país, originada por un terremoto que marcó una magnitud de 7.0 en la escala de Richter, Magnitud Local (ML) según el Instituto Geofísico del Perú (IGP) y 7.9 en la escala de “magnitud momento” (Mw), según el United States Geological Survey (USGS)<sup>1</sup>, el 15 de agosto del año 2007.

Nuestro país, se encuentra en el Círculo o Cinturón de Fuego del Océano Pacífico, por ello, los constantes sismos y en ocasiones de tsunamis en su zona costera. Adicionalmente, la Placa Tectónica Oceánica de Nazca se introduce hacia el este por debajo de la Placa Tectónica Sudamericana, quien a su vez se mueve hacia el oeste. Posterior al terremoto, se sintieron réplicas de intensidad moderada en Pisco y otras de intensidad menor en Lima, calculadas según INDECI en más de tres mil durante los últimos 15 días de agosto.<sup>2</sup>

---

<sup>1-2</sup> Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI).(2009).Lecciones Aprendidas del Sur - Sismo de Pisco, 15 agosto 2007. <http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc1259/doc1259-contenido.pdf>

Mapa N° 1. Ubicación del epicentro del terremoto. 15 agosto 2007. Perú



Fuente: Informes INDECI, 2007.

Según los informes del INDECI, el foco sísmico estuvo ubicado a 40 kilómetros de profundidad, con un epicentro de 60 kilómetros hacia el Oeste de la ciudad de Pisco, por ello, dada la cercanía a la zona costera, se constituyó en uno de los más grandes ocurridos en esta región en los últimos 100 años. Como consecuencia de este suceso, murieron 596 personas y 1,292 resultaron gravemente heridas. Además, según estos mismos reportes, los daños más evidentes fueron en las provincias de Ica, Chincha y Pisco de la región Ica; así como, en Huaytará y Castrovirreyña en la región Huancavelica, y en Cañete y Yauyos de la región Lima; haciendo un aproximado de 90,000 familias damnificadas (alrededor de 434,614 personas según INDECI<sup>3</sup>).

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI). (2009). Lecciones Aprendidas del Sur - Sismo de Pisco, 15 agosto 2007. <http://bypad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc1259/doc1259-contenido.pdf>

**Cuadro N° 1. Personas afectadas y fallecidas por región**

REGIÓN	PROVINCIA	# PERSONAS		
		DAMNIFICADAS	HERIDAS	FALLECIDAS
ICA	<b>ICA</b>	<b>363,841</b>	<b>1,133</b>	<b>586</b>
	Chincha	147,520	256	114
	Ica	155,660	173	89
	Pisco	59,971	701	383
	Palpa	690	3	
LIMA	<b>LIMA</b>	<b>59,483</b>	<b>155</b>	<b>10</b>
	Cañete	47,527	20	10
	Huachochiri	70		
	Lima	636	128	
	Yauyos	11,075	2	
	Callao	175	5	
HUANCAVELICA	<b>HUANCAVELICA</b>	<b>10,810</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
	Castrovirreyna	7,060		
	Huancavelica	470	4	
	Huaytara	3,280		
AYACUCHO	<b>AYACUCHO</b>	<b>460</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
	Cangallo	330		
	Huamanga	100		
	Paucar Sara Sara	30		
JUNIN	<b>JUNIN</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	Huancayo	20		
<b>TOTAL</b>		<b>434,614</b>	<b>1,292</b>	<b>596</b>

*Fuente: Terremoto de Pisco-Perú, A dos años del sismo, crónica y lecciones aprendidas en el sector salud, OPS (Organización Panamericana de la Salud)-2010*

El terremoto ocasionó gran destrucción de la infraestructura de centros educativos, establecimientos de salud, así como de gran cantidad de viviendas, que fueron declaradas inhabitables en toda la zona del sismo. Un evidente y sentido daño para la población fue el colapso de los servicios básicos de agua, alcantarillado y energía eléctrica a los pocos momentos de ocurrido el evento.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI).(2009).Lecciones Aprendidas del Sur - Sismo de Pisco, 15 agosto 2007. <http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc1259/doc1259-contenido.pdf>

En el 2007, el “Ministerio de Economía y Finanzas” (MEF), calculó en US\$ 220.7 millones de dólares americanos, el coste de reconstruir la infraestructura pública, estimándose para infraestructura educativa el monto de US\$ 68.99 millones (dólares americanos), para los sistemas de agua y saneamiento un monto de US\$ 49.64 millones (dólares americanos) y para infraestructura vial un monto de US\$ 33 millones (dólares americanos).<sup>5</sup>

Otra importante estimación, es la del PAS (“Programa de Agua y Saneamiento del Banco Mundial”), que calcula en S/. 84 millones de nuevos soles el total de daño en la infraestructura de agua y alcantarillado. En este mismo estudio se menciona que, este monto hubiera servido para beneficiar a 160,888 personas con 7, 925 instalaciones de desagüe y 8,183 conexiones de agua, aproximadamente<sup>6</sup>.

Ante esta situación, el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento en coordinación con el “Servicio de Agua Potable y Alcantarillado de Lima” (SEDAPAL), envió maquinaria, materiales y apoyo técnico, a fin de restablecer el agua de manera provisional en la zona afectada, ya que a nivel de las principales ciudades (sin contar los centros poblados) de Chincha, Pisco e Ica, los suministros mostraron un alto porcentaje de inoperancia. Según INDECI,

---

<sup>5</sup> Fondo de Reconstrucción del Sur, FORSUR. (2008). Balance y Plan de Reconstrucción del Sur . <http://bvpad.indec.gov.pe/doc/pdf/esp/doc1227/doc1227-contenido.pdf>

<sup>6</sup> Cannock, G. Silva, J. Jara, C. O'Connor, R. Saavedra, F. Andrade, R. et al.(2011). Impacto económico del terremoto de 2007 en el sector de agua potable y saneamiento en cuatro provincias del Perú ¿Cuánto le costó al país no estar preparado?. Programa de Agua y Saneamiento del Banco Mundial. <http://bvpad.indec.gov.pe/doc/pdf/esp/doc1853/doc1853-contenido.pdf>

dicho colapso, se debió en gran medida, al corte de energía eléctrica los primeros días, ya que, los pozos eran operados por bombas de agua; y a las redes de distribución con fugas y roturas a lo largo de su recorrido; ello, aunado a que la “Empresa Municipal de Agua Potable y Alcantarillado de Pisco” (EMAPISCO), ya había declarado su sistema en emergencia, meses antes del evento, por encontrarse en mal estado. En cuanto a los sistemas de alcantarillado, sufrieron daños leves a moderados a nivel de las principales ciudades en mención.<sup>7</sup>

Por lo expuesto, la situación precaria de abastecimiento de agua potable se convirtió en caótica, por el colapso de los sistemas, y por la magnitud e intensidad del desastre que sobrepasó la capacidad de respuesta y previsión del estado peruano<sup>8</sup>, el cual no pudo darse abasto total para restablecer el acceso provisional a dicho recurso, lo que ocasionó la falta de agua en algunos casos, y en otros casos el insuficiente recurso hídrico y de mala calidad, con alto contenido de gérmenes patógenos, sobre todo en los poblados rurales y zonas más alejadas a las capitales de provincia.

Así también, frente a este desastre, diversas instituciones, empresas y la cooperación internacional atendieron estas zonas afectadas con *primera respuesta* en alimento, abrigo, bidones de agua, medicinas y albergues

---

<sup>7-8</sup> Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI).(2009).Lecciones Aprendidas del Sur - Sismo de Pisco, 15 agosto 2007. <http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc1259/doc1259-contenido.pdf>

temporales, así como, atenciones a heridos, vacunas, y salud mental para recuperación psicológica post emergencia.

Luego, en la fase de *rehabilitación*, se continuó el apoyo con recuperación temprana, consistente en subvenciones a damnificados y huérfanos, techos de emergencia y aulas temporales, y posteriormente en la fase de *reconstrucción* se ejecutaron proyectos básicamente de infraestructura, como construcción y rehabilitación de puestos y centros de salud, hospitales, escuelas, sistemas de agua, casas, comisarías y carreteras. Muchos de ellos, fueron ejecutados con fondos de donaciones extranjeras directas y otros en el marco del FORSUR, (“Fondo de Reconstrucción Integral de las zonas afectadas por el sismo del 15 de agosto de 2007”), promulgado por ley 29078 por el Gobierno Peruano, que declaraba como prioridad nacional que se ejecuten proyectos de reconstrucción y rehabilitación en las zonas afectadas por este desastre natural.<sup>9</sup> Aunque a la fecha, ha habido muchas críticas al FORSUR, por demoras y deficiencia en la capacidad operativa y de proceso en la selección y ejecución, se llevaron a cabo proyectos básicamente de infraestructura, casi 1 o 2 años después de ocurrido el desastre.

Es así que, muy pocos proyectos con enfoque de desarrollo se implementaron en la zona, tales como los ejecutados por las Ongs PREDES, Care, Caritas y ADRA Perú.

---

<sup>9</sup> CARE Perú. (2009).Ayuda Memoria El proceso de reconstrucción post sismo del 15 de agosto del 2007 – Perú [http://www.care.pe/pdfs/vivienda/viv\\_007\\_resuejecu.pdf](http://www.care.pe/pdfs/vivienda/viv_007_resuejecu.pdf)

ADRA Perú, apoyó a las zonas afectadas desde las primeras horas de ocurrido el sismo, y gestionó ante su red de Adra Internacional ayuda humanitaria de primera respuesta, para las zonas de Chincha y Pisco, donde más de 41,500 familias, quedaron en extrema pobreza (Ver Cuadro 1- Personas Afectadas y Fallecidas por Región), sin contar siquiera con una vivienda y con necesidad urgente de ayuda en salud, alimentación, vestido y acceso a servicios básicos.

Posteriormente, y ante este escenario de emergencia de abastecimiento de agua, ADRA con fondos de la AECID, acordaron ejecutar un proyecto para estas zonas del desastre, priorizándose las provincias de Chincha y Pisco por ser las más afectadas por el evento.

#### *ASPECTOS GENERALES DE LA PROVINCIA DE CHINCHA*

Chincha es una provincia del departamento de Ica, localizada a 204 kilómetros al sur de Lima. Por la parte norte, limita con las provincias Yauyos y Cañete del departamento de Lima, con la provincia de Pisco por el sur, con el departamento de Huancavelica por la zona este, y con el Océano Pacífico por la zona oeste.

Según el Instituto de Estadística e Informática (INEI- 2008), Chincha ocupa una superficie de 2,987.35 Km<sup>2</sup> y se encuentra a una altitud de 97 msnm<sup>10</sup>. Se caracteriza por tener un clima caluroso, que varía entre los 13° y 36°, con presencia de lluvias escasas que no pasan los 9mm.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> INEI. (2009). Compendio Estadístico Departamental ICA 2008-2009.

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0839/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0839/libro.pdf)

<sup>11</sup> Municipalidad Provincial de Chincha. Ubicación y Localización de Chincha. Ica: Municipalidad de Chincha. <http://municipalidadchincha.gob.pe/webchincha/WebUBICACION.html>

La ciudad de Chincha es conocida como “El corazón negro del Perú” y sus pobladores usan una vestimenta típica en fiestas especiales, que es básicamente la afroperuana, y practican bailes y danzas de sus ancestros, como el zapateo, landó, contrapunto y festejo, especialmente vistas en el distrito de El Carmen.

La provincia de Chincha está conformada por once distritos: El Carmen, Chincha Baja, San Juan de Yanac, Alto Laran, San Pedro de Huacarpana, Chincha Alta, Grocio Prado, Chavín, Pueblo Nuevo, Tambo de Mora y Sunampe.

Mapa N° 2. Mapa distrital de la Provincia de Chincha



Fuente: Portal Web de la Municipalidad Provincial de Chincha

## **Población**

Chincha es la segunda provincia con más población del departamento de Ica. De acuerdo a la información censal 2007, Chincha representaba el 27.3% del total de la Región Ica, contaba con una densidad de población de 65 hab. /km<sup>2</sup> y una composición por sexo de 49,4% varones y 50,6 % mujeres, lo que equivale en términos absolutos a una preeminencia de 2,332 mujeres sobre varones.<sup>12</sup> Chincha presentó un crecimiento poblacional de 29,3%, es decir 3,147 hab/ año con un ritmo anual de 1,8%, de acuerdo al Censo del 2007.<sup>13</sup>

**Cuadro N° 2.** Población y densidad poblacional

<b>Provincia</b>	<b>Altura (msnm)</b>	<b>Superficie (km<sup>2</sup>)</b>	<b>Población</b>	<b>Densidad poblacional (Hab/km<sup>2</sup>)</b>
Chincha	97	2,987.4	194,315	65

*Fuente: INEI Censos Nacionales 2007, XI de Población y VII de Vivienda*

## **Nivel de pobreza**

La provincia de Chincha, con un pasado histórico y cultural de mucha relevancia, continúa albergando a sus pobladores en cinco distritos con la calificación de quintil “más pobre”, por su nivel bajo o carente nivel acceso a servicios de agua, alcantarillado, energía eléctrica, tasa de analfabetismo, tasa de desnutrición en los niños, etc.

<sup>12</sup> INEI. (2008). Censos Nacionales 2007, XI de Población y VII de Vivienda. <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/#>

<sup>13</sup> INEI. (2008). Perfil Sociodemográfico del Departamento de Ica. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0838/Libro04/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0838/Libro04/Libro.pdf)

La tasa de analfabetismo de la provincia registra el segundo menor índice del departamento (2.7%)<sup>14</sup>, así como, el mayor porcentaje (12%)<sup>15</sup> en desnutrición crónica en los niños de 6 a 9 años, respecto a las demás provincias que comprende el departamento de Ica.

En el 2006, según el Mapa de Pobreza de Foncodes, el Índice de Desarrollo Humano de la provincia de Chincha era de 0.6419 y tenía una tasa de 4% de mujeres analfabetas.

**Cuadro N° 3. Índice de pobreza por distritos de la Provincia de Chincha**

Distrito	Población 2007	% poblac Rural	Quintil 1/	% poblac. sin agua	% poblac. sin desag/ letr.	% poblac. sin electricidad	% mujeres analfabetas	Índice de Desarrollo Humano-2006
Chincha Alta	59,574	0%	4	12%	11%	17%	3%	0.6625
Alto Laran	6,220	41%	2	16%	20%	41%	7%	0.6279
Chavin	1,096	54%	1	96%	99%	76%	48%	0.5616
Chincha Baja	12,195	58%	3	14%	18%	18%	5%	0.6342
El Carmen	11,725	57%	2	21%	25%	18%	7%	0.6199
Grocio Prado	20,621	9%	3	25%	18%	23%	5%	0.6262
Pueblo Nuevo	52,143	0%	3	14%	7%	22%	4%	0.6438
San Juan de Yanac	471	78%	1	100%	91%	85%	17%	0.5870
San Pedro de Huacarpana	1,576	74%	1	29%	61%	44%	9%	0.5757
Sunampe	23,969	4%	3	17%	15%	18%	3%	0.6272
Tambo de Mora	4,725	10%	3	33%	31%	23%	2%	0.6455
<b>TOTAL PROVINCIA DE CHINCHA</b>	<b>194,315</b>	<b>11%</b>	<b>3</b>	<b>17%</b>	<b>14%</b>	<b>21%</b>	<b>4%</b>	<b>0.6419</b>

*Fuente: Mapa de pobreza distrital de Foncodes 2006, actualizado con indicadores del censo 2007*

<sup>14</sup> INEI. (2008). Censos Nacionales 2007, XI de Población y VII de Vivienda. <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/#>

<sup>15</sup> Foncodes. (2007). Mapa de Pobreza 2006 con Indicadores 2007. Perú: FONCODES. [www.foncodes.gob.pe/portal/documentos/mapapobreza/mapa\\_de\\_pobreza\\_2007.xls](http://www.foncodes.gob.pe/portal/documentos/mapapobreza/mapa_de_pobreza_2007.xls)

## Situación de salud y educación

En Chincha, la red de la DIRESA ICA (Dirección Regional de Salud), ofrece el servicio de salud, a través del Hospital San José, 7 centros de salud y 22 postas médicas<sup>16</sup>, cuyos centros de atención se encuentran ubicados en sus 11 capitales distritales, incluida la provincia de Chincha. Dichos establecimientos de salud corresponden a la zona urbana de la costa y se encuentran plenamente articulados al sistema vial de la provincia; sin embargo, los distritos del área rural, presentan una grave desatención, producto de una inadecuada infraestructura, falta de personal médico, equipo y medicinas para brindar un servicio de salud regular.

17

**Cuadro N° 4.** Establecimientos de salud de la Provincia de Chincha al 30 de Junio .2007

N° de Orden	ESTABLECIMIENTO	Poblac. 2007	DISTRITO
57	Hospital San José de Chincha	55269	Chincha Alta
58	Puesto de Salud Condorillo Alto	1634	Chincha Alta
59	Puesto de Salud San Agustín	1197	Chincha Alta
60	Puesto de Salud Cruz Blanca	1089	Chincha Alta
61	Centro de Salud Alto Laran	6486	Alto Laran
62	Puesto de Salud Ayloque	307	Alto Laran
63	Puesto de Salud Huachinga	350	Alto Laran
64	Puesto de Salud Chavin	1047	Chavin
65	Centro de Salud Chincha Baja	6794	Chincha Baja
66	Puesto de Salud Santa Rosa	3578	Chincha Baja
67	Puesto de Salud Lurinchincha	2232	Chincha Baja
68	Centro de Salud El Carmen	6832	El Carmen
69	Puesto de Salud Hoja Redonda	2386	El Carmen
70	Puesto de Salud Wiracocha	1972	El Carmen
71	Puesto de Salud San José	1369	El Carmen
72	Centro de Salud Grocio Prado	14857	Grocio Prado
73	Puesto de Salud Topará	1062	Grocio Prado
74	Puesto de Salud Balconcito	4153	Grocio Prado
75	Centro de Salud Pueblo Nuevo	31744	Pueblo Nuevo
76	Puesto de Salud San Isidro	8787	Pueblo Nuevo
77	Puesto de Salud El Salvador	3606	Pueblo Nuevo
78	Puesto de Salud Los Alamos	6654	Pueblo Nuevo
79	Puesto de Salud San Juan de Yanac	735	San Juan de Yanac
80	Puesto de Salud Huañupiza	146	San Juan de Yanac
81	Puesto Salud San Pedro de Huacarpana	826	San Pedro de Huacarpana
82	Puesto de Salud Liscay	421	San Pedro de Huacarpana
83	Puesto de Salud Bellavista	149	San Pedro de Huacarpana
84	Puesto de Salud Vista Alegre	102	San Pedro de Huacarpana
85	Centro de Salud Sunampe	23376	Sunampe
86	Centro de Salud Tambo de Mora	4964	Tambo de Mora

*Fuente: Análisis de la situación de salud de la región Ica – 2006- DIRESA Ica*

<sup>16</sup> DIRESA Ica. (2007). Análisis de la situación de salud de la Región Ica. [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=80-analisis-situacion-salud-asis-region-ica-2006-0&category\\_slug=otros-documentos-interes-823&Itemid=1031](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&alias=80-analisis-situacion-salud-asis-region-ica-2006-0&category_slug=otros-documentos-interes-823&Itemid=1031)

<sup>17</sup> ADRA Perú. (2008). Informe Inicial del proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en las comunidades campesinas. Perú”.

Con respecto a la educación, en el año 2007, Chincha contaba con 434 instituciones educativas escolarizadas,<sup>18</sup> desde el nivel inicial al nivel universitario, para atender la población de 63,707<sup>19</sup> alumnos. La gran preocupación estaba en los centros educativos localizados en el área rural que son del tipo unidocentes, que no están debidamente implementados y con algunos docentes que no cuentan con la debida preparación pedagógica y administrativa para desarrollar sus clases<sup>20</sup>. Según el Censo Nacional 2007, Chincha tenía una tasa de analfabetismo de 2.7, que corresponde a 3,647 personas analfabetas de 15 años a más; del cual un 2,824 son mujeres (77.4% de la población analfabeta de Chincha).

### **Potencialidades**

En la provincia de Chincha, la economía de su población se basa principalmente en la industria manufacturera (33%), la actividad comercial (26%), y en la actividad agrícola (16,8%), principalmente en la producción intensiva del algodón, alcachofa, maíz, vid, papa, camote y frutas.

---

<sup>18-17</sup> INEI.(2009). Compendio Estadístico de la Región Ica 2008-2009. Ica.  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0839/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0839/libro.pdf)

<sup>20</sup> ADRA Perú. (2008). Informe Inicial del proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú”

**Cuadro N° 5.** Población por actividad económica. Provincia de Chincha  
(población de 6 años a más)

Actividad Económica	Población	%
Agricultura	12,636	16.8%
Pesca	429	0.9%
Minería	471	1.0%
Industria/Manufacturera	15,187	33.2%
Construcción	5,503	12.0%
Comercio	12,034	26.3%
Actividades no especificadas	2,221	4.9%
Otros	26,837	58.7%
<b>Total</b>	<b>75,318</b>	<b>100.00</b>

*Fuente: INEI 2007*

Actualmente, Chincha es una provincia turística gracias a la carretera Panamericana sur que la conecta al norte con Lima y al sur con Arequipa, haciendo de esta ciudad un circuito accesible con gran potencial comercial.

#### *ASPECTOS GENERALES DE LA PROVINCIA DE PISCO*

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2007, la provincia de Pisco, contaba con una población total de 125,879 habitantes, a lo largo de sus ocho distritos, ubicándose la mayoría de su población en la zona costera, en los distritos de Pisco, Paracas, San Andrés, San Clemente, y Túpac Amaru, que agrupan al 84.4% de los pobladores de Pisco.

Mapa N°3. Mapa distrital de la Provincia de Pisco



Fuente: Portal Web de la Región Ica

**Cuadro N° 6.** Población y altitud de la Provincia de Pisco

Provincia	Altura (msnm)	Superficie (km <sup>2</sup> )	Población	Densidad poblacional (Hab/km <sup>2</sup> )
Pisco	17	3,957.2	125,879	31.8

Fuente: INEI, Censo de Población y Vivienda 2007

Huáncano (1,758 habitantes) y Humay (5,437 habitantes), son distritos rurales de la provincia de Pisco, así como, gran parte de la población de Independencia (12,390 habitantes), quienes se ubican, a lo largo de la Carretera Los Libertadores, hacia la sierra, cuya población se dedica mayormente a la pequeña agricultura.

**Cuadro N° 7. Mapa de Pobreza Distrital de Pisco 2006**

Distrito	Población (hab)	% Pob. rural	Quintil 1/ (*)	% Pob. sin agua	% Pob. sin desagüe/letrinas.	% Pob. sin electricidad	% mujeres analfabetas	Índice de desarrollo humano
Pisco	54,997	1%	4	18%	21%	24%	2%	0.6646
Huancano	1,758	80%	2	95%	42%	25%	10%	0.6256
Humay	5,437	43%	2	35%	56%	30%	12%	0.6301
Independencia	12,390	70%	2	62%	27%	55%	11%	0.6330
Paracas	4,146	14%	3	5%	12%	42%	4%	0.6478
San Andrés	13,151	13%	3	14%	17%	21%	3%	0.6540
San Clemente	19,324	2%	3	25%	22%	31%	8%	0.6376
Túpac Amaru	14,676	1%	3	20%	26%	37%	4%	0.6477
<b>TOTAL PROVINCIA PISCO</b>	<b>125,879</b>	<b>12%</b>	<b>3</b>	<b>24%</b>	<b>23%</b>	<b>30%</b>	<b>5%</b>	<b>0.6517</b>

Fuente: *Mapa de Pobreza Distrital de Foncodes 2006, actualizado con indicadores del censo 2007*

(\*) 1/: *Quintiles ponderados por la población, donde el 1=Más pobre y el 5=Menos pobre*

Según Mapa de Pobreza del 2006, Huancano tiene el IDH más bajo de la provincia (0.6256), seguido de Humay de 0.6301, Independencia de 0.6330 y San Clemente (0.6376). Tal como se aprecia, en la tabla anterior, los distritos en mención tienen los mayores porcentajes de población sin acceso a servicios básicos, y mayor tasa de analfabetismo de mujeres, en relación al promedio de esta provincia.

## Situación de salud y educación

En Pisco, la DIRESA ICA (“Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional de Ica”), ofrece el servicio de salud, por medio del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 7 centros de salud y 15 postas médicas, cuyos centros de atención se encuentran ubicados en sus 8 capitales distritales, incluida la provincia de Pisco. Adicionalmente, los puestos de salud que se ubican en el área rural, no se encuentran adecuadamente implementados para brindar atenciones de calidad a los pacientes.<sup>21</sup>

**Cuadro N° 8.** Establecimientos de Salud de la Provincia de Pisco al 30 de junio .2007

ESTABLECIMIENTO	Poblac. 2006.	DISTRITO
Hospital San Juan de Dios de Pisco	45398	Pisco
Centro de Salud San Miguel	4133	Pisco
Puesto de Salud San Martín de Porras	6923	Pisco
Puesto de Salud Huancano	1066	Huancano
Puesto de Salud Pampano	452	Huancano
Centro de Salud Humay	3232	Humay
Puesto de Salud Bernales	1229	Humay
Puesto de Salud Cuchilla Vieja	563	Humay
Puesto de Salud Los Paracas	885	Humay
Centro de Salud Independencia	6036	Independencia
Puesto de Salud Cabeza de Toro Lateral 4	1569	Independencia
Puesto de Salud Cabeza de Toro Lateral 5	974	Independencia
Puesto de Salud Dos Palmas	1498	Independencia
Puesto de Salud San José de Cándor	1107	Independencia
Puesto de Salud Toma de León	855	Independencia
Centro de Salud Paracas	536	Paracas
Puesto de Salud Santa Cruz	623	Paracas
Puesto de Salud Laguna Grande	147	Paracas
Centro de Salud San Andrés	14917	San Andrés
Centro de Salud San Clemente	18207	San Clemente
Puesto de Salud Camacho	335	San Clemente
Centro de Salud Tupac Amaru Inca	8775	Tupac Amaru Inca
Puesto de Salud Casalla	3788	Tupac Amaru Inca
SUB TOTAL	123248	

*Fuente: Análisis de la Situación de Salud de la Región Ica – 2006- DIRESA Ica*

<sup>21</sup> ADRA Perú. (2008). Informe Inicial del proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú”. 2008.

Según el Censo Nacional 2007, Pisco tenía una tasa de analfabetismo de 3.3, que corresponde a 2,889 personas analfabetas de 15 años a más; del cual un 2,152 son mujeres (74.5% de la población analfabeta de Pisco). Asimismo, la provincia de Pisco contaba con 324 instituciones educativas escolarizadas,<sup>22</sup> desde el nivel inicial al nivel universitario, atendiendo a una población de 40,717<sup>23</sup> alumnos.

### Potencialidades

La población de Pisco, mayormente se dedica a la agricultura, con cultivos entre los que destacan: palta, vid, algodón, frutales, productos de panllevar, y maíz; como segunda actividad se dedican al comercio y como tercera a la industria manufacturera, ya que cuentan con muchas fábricas de aceite de pescado, harina, textiles, productos químicos, entre otros.

**Cuadro N° 9.** Población por actividad económica. Provincia de Pisco.  
(Población de 6 años a más)

Actividad Económica	Población	%
Agricultura	10,362	22.7%
Pesca	1,828	4.0%
Minería	303	0.7%
Industria/Manufacturera	5,305	11.6%
Construcción	3,729	8.2%
Comercio	6,337	13.9%
Act. No especificadas	1,109	2.4%
Otros	16,742	36.6%
<b>Total</b>	<b>45,715</b>	<b>100.00</b>

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

<sup>22-21</sup> INEI. (2009). Compendio Estadístico de la Región Ica 2008-2009.  
[https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0839/libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0839/libro.pdf)

### III. INTERVENCIÓN

El proyecto “*Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú*”, tuvo una duración de cuatro años, fue ejecutado por ADRA Perú, y financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y de ADRA España. Se desarrolló en seis distritos de las provincias de Pisco y Chincha de la región Ica, iniciando sus actividades el 1 de Julio del 2008 y culminando el 30 de Junio del 2012.

El objetivo general del proyecto, fue contribuir a la mejora de la calidad de vida de las comunidades campesinas del departamento de Ica y el objetivo específico la prevención de enfermedades y la mejora de las capacidades mediante la implementación de sistemas de agua potable para las familias de las comunidades campesinas del departamento de Ica, afectadas por el terremoto del 15 de agosto del 2007. El indicador planteado para evaluar el logro del objetivo del proceso de sistemas de agua, fue la disminución *en 15 puntos porcentuales de la prevalencia de EDAS en niños menores de cinco años respecto a la línea de base*.

Para el caso del presente trabajo se considerará el proceso de intervención con sistemas de agua potable por ser la experiencia más rica en cuanto a actividades y estrategia a analizar y porque con dicha intervención se incidió directamente en la salud de la población en general y de los niños.

El proyecto se desarrolló en dos fases:

- **Pre Convenio:** fue la etapa previa al Convenio (Proyecto de larga duración) que consistió en el desarrollo del diagnóstico y la identificación inicial de las comunidades a trabajar a lo largo del período del proyecto, donde se recogieron las características socio culturales, la problemática y las carencias de los habitantes de la zona, así como, la oferta tecnológica de los sistemas de agua a implementar.
  
- **Convenio:** se desarrolló en cinco periodos llamados PAC (Programación Anual de Convenio), tal como sigue:
  - PAC I : 1 de julio 2008 al 30 de Junio del 2009.
  - PAC II : 1 de Julio del 2009 al 31 de Diciembre del 2009.
  - PAC III: 1 de Enero 2010 al 31 de Diciembre del 2010.
  - PAC IV: 1 de Enero del 2011 al 31 de Diciembre del 2011.
  - PAC V : 1 de Enero 2012 al 30 de Junio del 2012

Durante cada periodo, se implementaron actividades y subactividades para alcanzar cada objetivo planteado, a través de cuatro componentes:

- Componente I: Familias beneficiarias con infraestructura de agua instalada.
- Componente II: Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de sistemas.
- Componente III: Comunidades beneficiarias cuentan con educación sanitaria.

- Componente IV: Autoridades locales comprometidas en la vigilancia del uso del agua.<sup>24</sup>

### 3.1 INTERVENCIÓN

La situación de extrema pobreza e insuficiente atención de las comunidades damnificadas por el terremoto en esos momentos, hicieron prioritaria una inversión sustantiva relacionada con la gestión del agua y el saneamiento ambiental; es así que el proyecto realizó inversiones directas en infraestructura y en el capital socio ambiental, conforme a las prioridades establecidas por la propia comunidad y el gobierno local, a través de los cuatro componentes antes mencionados.

La articulación de dichos componentes del proyecto, permitieron alcanzar los resultados obtenidos, sin embargo es importante considerar que el Componente II: *Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de sistemas* y el Componente III: *Comunidades beneficiarias cuentan con educación sanitaria*, constituyeron los pilares para fortalecer el capital humano y propiciar el establecimiento y desarrollo de ambientes saludables a nivel de comunidad y de los hogares, debido a que la población beneficiaria presentaba una situación altamente vulnerable en cuanto al abastecimiento y manipulación adecuada del agua, las prácticas de higiene dentro de la

---

<sup>24</sup> ADRA Perú. (2008). Informe Inicial del proyecto: “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú”.

vivienda, y por ende con enfermedades asociadas a la ingesta de agua de mala calidad.

La articulación técnico social en el proyecto de agua potable, fue clave para lograr el involucramiento de los actores locales: miembros de los comités de agua potable, autoridades y población en general; quienes demostraron que con empeño, esfuerzo y voluntad se puede cambiar y mejorar el estilo de vida de sus comunidades.

La principal estrategia de intervención de estos componentes fue la motivación para la generar una activa participación de la comunidad, desde el momento de plantear su necesidad, coadyuvar en el diseño de las actividades y adquirir compromiso en la ejecución y posterior sostenibilidad del proyecto, lo que permitió:

- El compromiso de brindar mano de obra no calificada y materiales presentes en la zona.
- La elección de promotores de la zona ya que ellos son propietarios de la cultura local.
- La formación del Comité de Agua de manera participativa y reconociéndolos en la Asamblea Comunal.
- La elección democrática del Consejo Directivo comunal, cuya finalidad fue apoyar en la gestión de temas comunitarios ante el Municipio.

El Componente II: *Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de sistemas*, planteo las siguientes actividades:

**a. Organización de Comité de Agua Potable**, el cual se constituyó antes de la ejecución de las obras y su directiva fue elegida en asamblea general de la comunidad.

***b. Capacitación en Administración, Operación y Mantenimiento de los Sistemas de Agua Potable***

Esta capacitación fue dirigida al Comité de Agua Potable, a fin de que sus integrantes adquieran los conocimientos, aptitudes y prácticas necesarias para una buena administración, operación y mantenimiento de los servicios. Los temas considerados fueron:

- Funciones de los miembros del Comité de agua
- Administración del Sistema de Agua Potable
- Operación del Sistema de Agua Potable
- Mantenimiento de los sistemas de Agua Potable
- Gestión del Comité a nivel comunal y distrital.

**c. Seguimiento en Administración, Operación y Mantenimiento de los sistemas**, a fin de realizar la vigilancia del adecuado uso de los sistemas instalados de agua. Esta actividad en un inicio, fue planteada para ser realizada por las municipalidades distritales, puesto que como autoridades

locales permanentes podrían dar seguimiento, a fin de minimizar los riesgos de gestiones inadecuadas o inoperatividad de los sistemas de agua. ADRA Perú a través de sus profesionales programó acompañar esta actividad durante el lapso de ejecución del proyecto.

El Componente III, Comunidades *beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria*, propuso un modelo de intervención en tres espacios: el hogar, la comunidad y las escuelas. Con este enfoque, la promoción de la educación sanitaria, se planteó a través de talleres educativos con el método de cascada, que consiste en la capacitación por parte de los supervisores sociales del proyecto a los promotores de salud de la comunidad y estos a su vez a las familias beneficiarias. Luego se propuso dar seguimiento y refuerzo de temas, en sesiones grupales, así como, a través de visitas domiciliarias. Este componente se caracterizó por su enfoque de atención directa a las familias, y por su metodología participativa y auto reflexiva. Las actividades propuestas fueron:

a. *Sensibilización a actores locales*: a fin de reflexionar con la población beneficiaria, grupos organizados, gobierno local, instituciones educativas y de salud sobre la importancia del acceso al agua, la necesidad de usarlos y mantenerlos adecuadamente, así como, las prácticas de higiene personal y ambiental para mejorar las condiciones de salud. El objetivo fue despertar el interés a partir de su propia realidad, generando su respuesta y compromiso a fin de garantizar su participación en el proceso.

**b. Capacitación a promotores sanitarios en educación sanitaria**, que son líderes respetados y conocidos en la comunidad a fin de promover las prácticas de higiene y capacitar a las familias beneficiarias de su comunidad.

Los temas de capacitación fueron:

- Metodología de capacitación a adultos
- Educación Sanitaria y Medio ambiente,
- Importancia del agua,
- Desinfección del agua,
- Higiene personal y ambiental e higiene de los alimentos

**c. Capacitación a Comité de Agua Potable en temas de educación sanitaria**, de tal manera que se constituyan en modelos de comportamientos sanitarios a seguir por las familias, incidiendo en las familias y apoyando el mejoramiento de conductas sanitarias. Se priorizaron los siguientes temas de capacitación:

- Educación Sanitaria y Medio ambiente,
- Importancia del agua,
- Desinfección del agua,
- Higiene personal y ambiental e higiene de los alimentos

**d. Capacitación a beneficiarios en temas de educación sanitaria**, la población fue capacitada por los promotores de salud, con el debido

seguimiento del profesional en salud y del supervisor social del proyecto, en los temas ya mencionados anteriormente.

*e. Capacitación a alumnos de Instituciones Educativas*, como eje clave para la búsqueda de formar hábitos saludables en la población escolar sobre todo higiene personal. Se priorizó especialmente el tema de lavado de manos (antes del desayuno o almuerzo escolar, después de usar la letrina o el baño) y el uso y mantenimiento de los servicios. Esta actividad se trabajó en el nivel primario con niños del cuarto y quinto grado.<sup>25</sup>

Es así que, se pretendió garantizar la apropiación de conocimientos, fomentando la participación activa en las sesiones educativas para fortalecer las capacidades locales de la población participante. Por ello, se planteó que una vez implementado el sistema de Agua Potable, los Comités de Agua asumirían la administración del servicio y la responsabilidad de operación y mantenimiento del mismo, bajo la vigilancia del municipio.

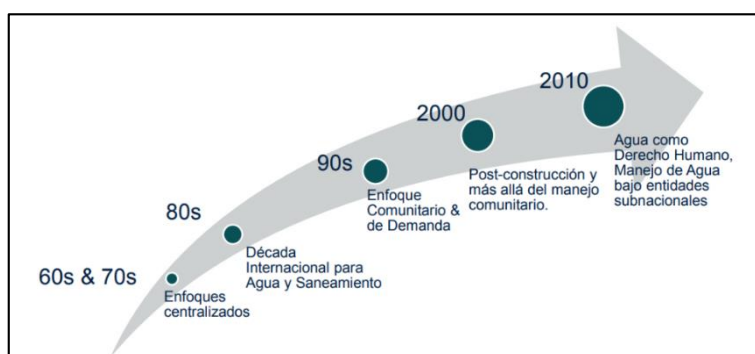
---

<sup>25</sup> ADRA Perú. (2008). Informes semestrales del proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable en las comunidades campesinas. Perú”. Junio 2008.

### 3.2 TEORÍAS SUBYACENTES DE LA INTERVENCIÓN

A lo largo de décadas pasadas, a nivel de Latinoamérica, los proyectos en general de infraestructura, liderados por los gobiernos o por organizaciones privadas, no consideraban un componente social, es así, que los presupuestos eran destinados casi 100% a las obras propiamente dichas. A partir de los años 1980 y 1990, periodo que se proclamó como el Decenio Internacional de Agua Potable y Saneamiento Ambiental desde la Conferencia de las Naciones Unidas, se insta a los gobiernos y a las organizaciones a promover la realización de programas educativos del sector con participación de la población. Es así que, de aquí en adelante, aunque a través de un proceso lento, ya que se mantenía como principal preocupación la cobertura, es que las intervenciones se fueron volviendo más integrales dándole cada vez más importancia al área social, como punto clave para la sostenibilidad de los proyectos, las cuales se han venido sistematizando gradualmente desde aproximadamente desde el año 2000.

**Gráfico N° 1.** Evolución de los enfoques de Ay S Rural en América Latina



*Fuente: Presentación de Agua y saneamiento Rural en América Latina, Programa de agua y saneamiento del Banco Mundial, Desafíos y Tendencias en la última década. Ivo Imparato. 2015*

Según Mejía y Castillo (2016), se cuenta con experiencias de participación comunitaria en agua y saneamiento a nivel de Latinoamérica (Bolivia, Perú, Nicaragua, Ecuador y Honduras), en la cual, algunas localidades rurales se encargan de la contratación de proveedores de este tipo de servicios para que les construyan o mejoren sus sistemas. <sup>26</sup>

En cuanto a la fase de acompañamiento de los proyectos de agua y saneamiento, se cuenta con experiencias en países como México, Perú, Colombia y Nicaragua, en los que se consideró la asistencia técnica por parte del gobierno local a las comunidades y operadores. Sin embargo, muchos de estos programas no consiguieron que los gobiernos locales cumplan con sus compromisos, por lo cual no se pudo asegurar la sostenibilidad de los proyectos.<sup>27</sup>

A nivel Perú, en las décadas de los años sesenta, setenta e incluso hasta mediados de los años ochenta, las obras para el área rural, fueron priorizadas desde la DISABAR- Dirección Nacional de Saneamiento Básico Rural del Ministerio de Salud Pública, quien de manera centralizada era la responsable de los proyectos de agua y saneamiento, en el marco de la ley 13997 (1962), según *Castillo*.<sup>28</sup> Luego de construidas,

---

<sup>26</sup> Mejía, A. Castillo, O. Vera, R. y Arroyo, V. (mayo 2016). Agua potable y saneamiento en la nueva ruralidad de América Latina. Corporación Andina de Fomento. <http://pnsr.desa.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/12/Agua-y-saneamiento-en-la-nueva-ruralidad.pdf>

<sup>27</sup> Mejía, A. Castillo, O. Vera, R. y Arroyo, V. (mayo 2016). Agua potable y saneamiento en la nueva ruralidad de América Latina. Corporación Andina de Fomento. <http://pnsr.desa.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/12/Agua-y-saneamiento-en-la-nueva-ruralidad.pdf>

<sup>28</sup> Castillo, O. (2005). Jalones sobre la Modernización y Descentralización del Área Andina. Las perspectivas de los servicios de agua y saneamiento en Perú y Bolivia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

las obras eran entregadas a las juntas de cada comunidad, a través de un contrato para que éstas se encarguen de la operación y mantenimiento; y la supervisión de las mismas quedó a cargo de las oficinas técnicas de saneamiento del sector salud<sup>29</sup>. Para operativizar estos temas, la DISABAR, creó 17 oficinas a lo largo de todo el país, las mismas que a finales de la década de los ochenta fueron entregadas a los gobiernos regionales para su administración.

Posteriormente, el 28 de mayo de 1984 entra en vigor la Ley Orgánica de Municipalidades 23853, por la cual se establece que las municipalidades tienen la facultad de construir los servicios de agua y desagüe e imponer las tarifas de acuerdo a su presupuesto en su ámbito de jurisdicción, ya sea rural o urbana.

A fin de fomentar, la construcción de obras sociales, se creó en el año 1991 el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, FONCODES, a fin de llegar a las poblaciones con más carencias. En agua y saneamiento, dicha inversión se manejó de forma centralizada desde el gobierno nacional, a través de Núcleos Ejecutores en cada zona, cuyo proceso, solo incluía la infraestructura propiamente dicha, dejando de lado los aspectos sociales y la intervención del gobierno local, lo que afectó notoriamente la

---

[https://books.google.com.pe/books?id=HpCrWkBpRkgC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=HpCrWkBpRkgC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

<sup>29</sup>Bustios, C. (2013). La salud ambiental en la historia de la salud pública peruana: 1535-2005 (Informe final: estudio de investigación 2012, con n° 120111331). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3426.pdf>

sostenibilidad de los sistemas instalados, que fueron entregados a comunidades que no estaban preparadas para operar y mantener dichas obras, y más aún sin contar con ningún ente que las supervise.<sup>30</sup>

Hacia finales de la década de los noventa, el enfoque de los proyectos sociales se vuelve de tipo comunitario, en el que gradualmente se considera la participación de los actores locales. En ese escenario, se diseña el proyecto SANBASUR (Saneamiento Básico en la Zona Sur), en el departamento de Cusco, con un periodo de ejecución desde el 1996 hasta el 2010, financiado por la cooperación del gobierno suizo; el cual contó con gran involucramiento de los actores locales de cada sector, tales como la Dirección Regional de Salud, Educación, Vivienda Construcción y Saneamiento, y los Gobiernos Locales, con el objetivo de mejorar la situación de salud de los pobladores rurales de dicha región, a través de la provisión de los servicios de agua y saneamiento.<sup>31</sup>

Entre los logros de este proyecto, se considera que las instalaciones de servicio intradomiciliario, brindaron las herramientas necesarias para que la población pueda poner en práctica las medidas de higiene necesarias para el cuidado de su salud, así como, se efectivizó un real compromiso de

---

<sup>30</sup> Soto, F. Álvarez, C. Cárdenas, Z. Suárez, P. Cabrera, W. Salazar, J. et al. (2006). Descentralización y servicios sostenibles de agua y saneamiento para el área rural, La experiencia y lecciones aprendidas del Proyecto PROPILAS en Cajamarca. COSUDE, CARE, Programa de Agua y Saneamiento del Banco Mundial.  
<http://water.care2share.wikispaces.net/file/view/Descentralizaci%C3%B3n+y+servicios+sostenibles+en+AyS+-+PPII.pdf>.

<sup>31</sup> Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE). La Cooperación Suiza en Perú.  
<http://cooperacionsuizaenperu.org.pe/noticias/40-noticias/711-5%20de%20octubre%20de%202011>

la población durante toda la obra al instalar su propia conexión en casa y presionar a sus JASS para mantener operativos los sistemas instalados. Además, el modelo con sus componentes técnico y social, propuesto por SANBASUR, fue asumido como válido por las municipalidades, muchas de las cuales, priorizaron actividades de saneamiento básico, en su programación anual, como parte de la prevención de enfermedades de origen hídrico. A pesar de ello, se evidenció una débil sostenibilidad económica de los servicios, ya que la población mostró una “cultura de no pago” expresada en una elevada morosidad, tolerada por la municipalidad. Otro aspecto por mejorar, fue la coordinación con el sector educación para fomentar los hábitos de higiene en la población escolar y el sector salud para vigilar la calidad del agua.<sup>32</sup>

Una experiencia que dejó importantes huellas en agua y saneamiento fue el Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico en Cajamarca (APRISABAC), ejecutado con financiamiento de los Países Bajos, y luego por la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE), en tres etapas (1993-1994, 1995-1997 y 1998-2000). El proyecto propuso realizar un trabajo de la mano con salud, por ello, se dirigieron los esfuerzos a crear metodologías adaptables a la realidad andina, en las que se conjugue el saneamiento con la salud, contando con

---

<sup>32</sup> Calderón, J. (2004). Agua y Saneamiento: El Caso del Perú Rural Informe final. ITDG Oficina Regional para América Latina. <http://www.bvsde.paho.org/cursosdesastres/diplomado/pdf/AyS.rural.pdf>

el compromiso de las instituciones locales llamadas “interlocutoras” y con un alto grado de participación de la comunidad. Es así que, se implementaron cuatro acciones: la capacitación a las JASS (con asesoría por parte de sector salud e interlocutores), la educación sanitaria a las familias, la ampliación de la infraestructura y el fortalecimiento de las instituciones locales. APRIBASAC, fue uno de los proyectos que más ha contribuido a una política nacional del sector salud en cuanto a participación comunitaria.<sup>33</sup>

Un logro importante, que sirvió como referente para el Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural, PRONASAR y que benefició a aproximadamente 900 JASS y 30,000 familias, fue la validación de un Modelo Provincial de Agua y Saneamiento. Uno de los retos de esta propuesta, es que el sector salud debería ajustar sus políticas, para asumir estas acciones como parte de sus normas institucionales. De igual forma, las coordinaciones con la DIGESA (Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria), debieron ser mejoradas a nivel central y regional, sobre todo para asignar presupuesto para promocionar la salud en las poblaciones del área rural. Esta experiencia, también aportó una metodología de procesos de desarrollo concertados, con diagnósticos, planes distritales y comunales, así como, la negociación con las

---

<sup>33</sup> Altobelli, L. (2007). APRISABAC 7 años después. <https://anino.blogia.com/2007/080702-aprisabac-7-a-os-despues.php>

instituciones locales; y la incorporación del saneamiento en la planificación y presupuesto anual.<sup>34</sup>

Otra importante contribución en cuanto a resultados se refiere en Perú, fue la del proyecto **PROPILAS**, Proyecto Piloto de Agua y Saneamiento, ejecutado por CARE Perú desde el año 1999 hasta el 2011 en Cajamarca, con fondos de COSUDE, y el acompañamiento del PAS (Programa de Agua y Saneamiento del Banco Mundial). Dicha experiencia de más de 12 años es la más difundida en cuanto a saneamiento rural se refiere y es una de las pocas que ha hecho transferencia al gobierno regional y local.

Entre sus logros, se destacan los modelos y lineamientos del proyecto que han sido adoptados por programas gubernamentales, como el PRONASAR, referidos a la participación comunal y municipal, las dimensiones de género, el enfoque a la demanda, y la descentralización; otro importante esfuerzo fue el tratar de articular la organización del gobierno local hacia el regional, la utilización de instrumentos de gestión municipal como los planes de desarrollo articulados al presupuesto participativo; así como, el fortalecimiento de las capacidades locales a través de la EPILAS (Escuela Piloto de Acreditación en Agua y Saneamiento), cuyos temas de especialización fueron la Supervisión de procesos educativos en agua y saneamiento, Educación Sanitaria,

---

<sup>34</sup> Calderón, J. (2004). Agua y Saneamiento: El Caso del Perú Rural Informe final. ITDG Oficina Regional para América Latina. <http://www.bvsde.paho.org/cursodesastres/diplomado/pdf/AyS.rural.pdf>

Residencia de obras, y la Administración, operación y mantenimiento de los sistemas.<sup>35</sup>

Un aspecto por mejorar durante la intervención fue la dificultad de algunos equipos técnicos municipales para la evaluación de expedientes técnicos y su contrastación en campo, aunado a su escaso presupuesto para realizar este tipo de actividades. A nivel de las comunidades, las JASS tuvieron problemas dentro de su gestión ya que debieron pagar impuestos a la SUNAT por haber sido definidas en su estatuto como Entidades Prestadoras del Servicio de Agua.<sup>36</sup>

Un especial aporte en la difusión de publicaciones y experiencias en este sector, la tuvo el PAS del Banco Mundial, con la publicación de la revista AGUA, el Boletín del Comité Sectorial de Agua y Saneamiento, así como, con diversos estudios y experiencias en diversos países relacionadas al agua y saneamiento. Así también, diversas organizaciones del sector como CARE, SER, ITDG y la cooperación internacional, entre otros, realizan publicaciones de diversos materiales técnicos y la sistematización de sus experiencias en el marco de este sector<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> Soto, F. (2007). Caso PROPILAS en Cajamarca. Análisis de experiencias exitosas a nivel nacional en agua y saneamiento: Descentralización, participación y financiamiento, [Internet]. Cajamarca. CARE Perú. [https://www.sswm.info/sites/default/files/reference\\_attachments/CARE%202007%20Caso%20PROPILAS%20en%20Cajamarca-SPANISH.pdf](https://www.sswm.info/sites/default/files/reference_attachments/CARE%202007%20Caso%20PROPILAS%20en%20Cajamarca-SPANISH.pdf)

<sup>36-37</sup> Calderón, J. (2004). Agua y Saneamiento: El Caso del Perú Rural Informe final. ITDG Oficina Regional para América Latina. <http://www.bvsde.paho.org/cursosdesastres/diplomado/pdf/AyS.rural.pdf>

A nivel de estado, en los últimos cinco años, el Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento a través del PRONASAR, ha iniciado la publicación de documentos de gestión a fin de normar y estandarizar metodologías de trabajo en este ámbito.

En la región de estudio Ica, si bien es cierto se han realizado numerosas intervenciones de proyectos de agua y saneamiento con motivo del terremoto del año 2007, con fondos de cooperación internacional y otros de empresas privadas; de acuerdo a la investigación bibliográfica realizada para este estudio, solo se evidencia informes, ayuda memoria, resultados obtenidos, y boletines sobre actividades relacionadas a la atención en agua y saneamiento por el terremoto, con poca o escasa difusión de las experiencias y lecciones aprendidas de las intervenciones efectuadas.

El diseño de la intervención del presente proyecto es fruto de la recopilación de años de trabajo en el sector agua y saneamiento de la experiencia de la ONG ADRA Perú, y sus múltiples vínculos con organizaciones especializadas en el tema, que ha permitido diseñar y ejecutar proyectos de captación, tratamiento, distribución y consumo de agua, sobre todo en ámbitos rurales.

ADRA Perú, pertenece a una red internacional, con presencia en más de 125 países y mantiene vínculos con organizaciones del estado peruano del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Ministerio de Salud y con entidades como el CEPIS, (“Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente de la Organización Panamericana de la Salud”), así como, con la Red de Agua Segura conformada por varias organizaciones del sector.

A lo largo de todos estos años de ejecución de proyectos, ADRA, no ha sistematizado muchas de sus experiencias de agua y saneamiento para mejorar futuras intervenciones, por lo que se ha perdido mucha información valiosa a lo largo de todos estos años en el sector.

#### **IV. PREGUNTA**

**¿Cómo se desarrolló el proceso de educación sanitaria y fortalecimiento de las organizaciones comunitarias en gestión del agua del proceso de sistemas de agua potable del proyecto: “*Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas? Perú*”, ejecutado en poblaciones de Chincha y Pisco afectadas por el terremoto del 15 de agosto del 2007?**

## **V. SUPUESTO DE LA SISTEMATIZACIÓN**

La sistematización planteada recoge la experiencia del proceso de implementación de dos de los componentes del proyecto denominados “Grupos organizados, fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua” y “Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria”, que fueron los pilares para alcanzar los objetivos planteados del proyecto, y cuya implementación debió contribuir a la sostenibilidad del proyecto.

Es así, que se analizan las principales herramientas utilizadas, los conocimientos, habilidades, y técnicas que permitieron conseguir los objetivos del proyecto, los resultados alcanzados, a fin de evidenciar si las estrategias y metodología aplicada contribuyeron a su consecución, y las lecciones aprendidas que facilitaron la adopción de hábitos, así como, los comportamientos sanitarios en la población, y su participación en el marco del proyecto tanto a nivel de comunidad como de gobierno local; todo ello con el propósito de mejorar la calidad de vida y por ende las condiciones de salud relacionadas con la ingesta de agua, de las comunidades de la provincias de Chíncha y Pisco en la región Ica.

## **VI. JUSTIFICACIÓN**

El proyecto “*Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en las comunidades campesinas. Perú*”, ejecutado en poblaciones que fueron víctimas del terremoto ocurrido el 15 de agosto del 2007, es un ejemplo de la aplicación de un modelo de intervención rural en el sector de agua en el país, que combina la inversión en infraestructura con una visión integral del manejo del agua, dotando a la población de instrumentos de gestión que contribuyan a hacer sostenibles los servicios y transmitiendo una estrategia de protección sanitaria para mejorar las condiciones de salud de dichas poblaciones.

La situación de vulnerabilidad e insuficiente cobertura en la atención de las comunidades damnificadas por el terremoto en esos momentos, hicieron que la cooperación internacional (AECID) con su ejecutor local (ADRA), realicen una inversión significativa en infraestructura para las comunidades relacionado con el abastecimiento de agua tanto de consumo como para actividades agrícolas; es así que el proyecto ejecutó obras de agua potable con conexiones domiciliarias, y sistemas de riego para grupos de agricultores, conforme a las prioridades establecidas por la propia comunidad, el gobierno local y por la misma cooperación internacional por ser una zona víctima de un desastre natural.

Para efectos de esta sistematización se ha considerado el proceso de intervención para los sistemas de agua, debido a que el consumo adecuado de agua es de vital importancia para la salud de la población, y más aún en situación de

vulnerabilidad en casos de terremotos, como el ocurrido en la región Ica el 15 de agosto del 2007.

La estrategia de trabajo en este proyecto, que contribuyó a brindar acceso al agua potable, a mejorar las capacidades locales, y a promover las prácticas de higiene en zonas golpeadas fuertemente por un desastre natural, hacen de esta experiencia un modelo de intervención único y que merezca la pena difundirlo y compartirlo. Esta característica del proyecto le da relevancia a esta sistematización, ya que permitirá registrar la metodología utilizada durante el desarrollo de un proyecto post-emergencia, las acciones tanto positivas como negativas, y por ende poder extraer las lecciones aprendidas, que puedan servir de referencia para futuros proyectos.

Si bien es cierto, los componentes del proyecto son cuatro, se seleccionó el componente “*Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua*”, dado que la capacidad de gestión es la que puede garantizar el funcionamiento y sostenibilidad de los sistemas de agua, y es la comunidad quien debe asumir la inmensa responsabilidad de administrarlos. Además, durante el proyecto se aplicó el principio de participación en el desarrollo comunitario, ya que la población de la comunidad fue la que decidió sobre la ubicación tanto de los tanques como de las conexiones dentro de cada hogar en función a sus necesidades, con conocimiento de los respectivos costos y compromisos de cada opción. Ello, permitió experimentar una marcada diferencia en la ejecución tradicional de

proyectos, ya que mayormente son las empresas ejecutoras quienes deciden y seleccionan lo que es mejor para la población.

Así también, se consideró sistematizar el componente “***Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria***”, puesto que la tarea más difícil del proyecto, recae en los efectivos cambios de hábitos. La participación activa de los pobladores en estos procesos contribuye a generar cambios más duraderos<sup>38</sup>, por ello la estrategia de capacitación del proyecto, fomentó que los pobladores se comprometan activamente en el cuidado de su salud, teniendo en cuenta un adecuado uso del agua y una auto reflexión de sus propios hábitos.

Además, dado que se trató de un proyecto multianual de cuatro años, se propició que se pueda realizar un seguimiento continuo, en operación y mantenimiento sobre todo de los sistemas ejecutados los primeros años, así como, a la adopción de prácticas de higiene en la población, que como se sabe constituye un proceso lento y de largo plazo.

---

<sup>38</sup> CARE. (2000). ¿Qué es lo nuevo: Lecciones Aprendidas? La Educación en Salud e Higiene en los Proyectos de Agua Saneamiento. Programa de Agua y Saneamiento PNUD – BANCO MUNDIAL. [http://www.bvsde.paho.org/cursoa\\_edusan/modulo1/ES-M01-L06-PAS,%202004b.pdf](http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L06-PAS,%202004b.pdf)

## **VII. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO PRINCIPAL:**

Analizar los procesos, interrelación y logros de la experiencia de los componentes “Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua” y “Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria” del proyecto: *“Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú”*, ejecutado en poblaciones de las provincias de Chincha y Pisco, que fueron víctimas del terremoto del 15 de agosto del 2007.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Describir el proceso metodológico de trabajo comunitario en educación sanitaria y fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de sistemas de agua, desarrollado por el proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú”.
- ✓ Describir los resultados de la experiencia y los procesos que se dieron para lograrlo, que permitan mostrar los efectos de la integralidad de los componentes de fortalecimiento de las capacidades de los grupos organizados y educación sanitaria en una obra de agua potable.
- ✓ Identificar las lecciones aprendidas, como insumos para el desarrollo de proyectos futuros en agua y saneamiento..

## VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

### A. ENFOQUE METODOLÓGICO

Esta tesis utiliza como metodología a la sistematización, es decir, la interpretación crítica de una experiencia que luego de ordenarla y reconstruirla, permite revivir el proceso para explicarlo, así como, para analizar qué factores han participado a lo largo del proceso, su relación entre ellos y por qué lo han realizado de esa forma<sup>39</sup>. Esta generación de conocimiento, da cuenta expost de las acciones de intervención de los procesos de fortalecimiento comunitario y educación sanitaria del proyecto ya mencionado, en cuyo proceso la investigadora ha participado directamente en su implementación. De esta manera, la presente sistematización permite aprender y reflexionar de la experiencia, para:

- a) Compartir el conocimiento generado con similares experiencias
- b) Retroalimentar las acciones o metodología dentro de la misma práctica.<sup>(40)</sup>
- c) Enriquecer la teoría.<sup>(41)</sup>
- d) Registrar y ordenar las experiencias.

---

<sup>39</sup> Berdegué, J. Ocampo, A. Escobar, G. (2000). Sistematización de Experiencias Locales de Desarrollo Rural. Guía Metodológica. [Internet]. FIDA (Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola) y PREVAL. [http://a4n.alianzacacao.org/uploaded/mod\\_documentos/sistematizacion%20experiencias%20locales%20guia%20metodologica.pdf](http://a4n.alianzacacao.org/uploaded/mod_documentos/sistematizacion%20experiencias%20locales%20guia%20metodologica.pdf)

<sup>40</sup> Pinilla, S. (2005). Guía Metodológica “Aprendiendo a Sistematizar la Experiencia: Proyectos Pilotos en las Subcuencas de los Hules, Tinajones y Caño Quebrado, República de Panamá. USAID. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guia%20Metologica%20para%20la%20Sistematizacion%20de%20Proyectos%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guia%20Metologica%20para%20la%20Sistematizacion%20de%20Proyectos%20(2).pdf)

<sup>41</sup> Jara, O. (2011). Agricultura Sostenible Campesina de Montaña. En: Seminario ASOCAM. Cochabamba, Bolivia. CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan033278.pdf>

Para el caso de esta sistematización, se ha utilizado en gran parte la metodología diseñada por FIDAMERICA (“Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola”) y PREVAL (“Plataforma Regional de Desarrollo de Capacidades en Evaluación y Sistematización de América Latina y el Caribe”), con un enfoque participativo en el proceso. Para documentar la experiencia se procedió a identificar los actores directos e indirectos que participaron en este proyecto, para luego priorizar su participación en esta investigación. Posteriormente, se diseñó la guía de la entrevista para recolectar la información desde la vivencia individual o grupal de los actores (entrevistas grupales e individuales). Además, se recogió información valiosa de las diferentes fases del proceso metodológico de la experiencia.

Esta sistematización planteada muestra una peculiaridad importante, la línea de tiempo de la experiencia, marcada en los tres momentos que se pretende recuperar de los actores: la situación inicial antes de la instalación del sistema de agua potable, el proceso de implementación de las obras de infraestructura de agua y los beneficios de la instalación del sistema de agua potable desde la vivencia de los actores. Así también, se ha recopilado reflexiones y lecciones aprendidas de los informantes que participaron en esta experiencia.

## **B. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El proyecto se ejecutó en las provincias de Pisco y Chincha, de la región Ica, tal como sigue:

### **PROVINCIA DE CHINCHA**

En la provincia de Chincha, el proyecto se ejecutó en los distritos de Chincha Baja (7,098 habitantes), El Carmen (6,880 habitantes), y Alto Larán (6,463 habitantes), distritos que presentan mayoritariamente población de tipo rural, a pesar que Chincha Baja, se ubica geográficamente cerca de la ciudad de Chincha y posee un buen porcentaje de pobladores con actividades económicas urbanas<sup>42</sup>.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) informó en el año 2005 que el Índice de Desarrollo Humano, para El Carmen era de 0,6199, para Chincha Baja de 0,6342 y para Alto Larán de 0,6279.

### **DISTRITO DE ALTO LARAN**

Alto Larán, fue creado el 29 de enero 1965, en el primer periodo del arquitecto Fernando Belaunde Terry<sup>43</sup>, abarca 298.83 Km<sup>2</sup>, cuyos límites por el norte son los distritos de Chincha Alta y San Juan de Yanac, así como, los distritos de Chincha Baja y Tambo de Mora y Chincha Baja por el sur oeste. Limita a su vez por la parte más baja con los distritos de Chincha Alta y El Carmen.

---

<sup>42</sup> Zolezzi, M. Calderón, J. (2008). Estudio de diagnóstico en las áreas de: vivienda, agua y saneamiento, y desarrollo económico. Propuesta de lineamientos de políticas de reconstrucción con visión de desarrollo en las áreas priorizadas. Provincias de Chincha y Pisco. DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. <http://old.cies.org.pe/files/varios/sismo-sur-solezzi.pdf>

<sup>43</sup> Wikipedia. Distrito de Alto Laran. [https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_Alto\\_Lar%C3%A1n](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Alto_Lar%C3%A1n)

Es un distrito eminentemente rural, cuya densidad de población no pasa los 21.6 habitantes /Km<sup>2</sup>, y están dedicados en un 60% a actividades de ganadería y agricultura primordialmente<sup>44</sup>.

En Alto Laran se trabajó en los centros poblados de **Huamanpali** y **Juncal**, cuyos datos de población total al 2007, son como siguen:

**Cuadro N° 10.** Población de los Centros Poblados de Huamanpali y Juncal

DISTRITO	CCPP	POBLACIÓN
ALTO LARAN	HUAMANPALI	125
	JUNCAL	137

Fuente: Oficina de Comité de Gestión de Riesgos de Alto Laran, Plan de Gestión de Riesgos de Alto Laran, Predes, Agosto 2008.

#### DISTRITO DE CHINCHA BAJA

Chincha Baja es un distrito ubicado a 41 m.s.n.m , creado por el conquistador Diego de Almagro, con el nombre de "Villa Santiago de Almagro", en 1537. Posee una extensión de 72.52 Km<sup>2</sup>; y límites con el Océano Pacífico y los distritos de El Carmen, Alto Larán, Tambo de Mora, y Sunampe. La distribución de su población es de 166.2 habitantes /Km<sup>2</sup> y tiene la

<sup>44</sup> Zolezzi, M. Calderón, J. (2008). Estudio de diagnóstico en las áreas de: vivienda, agua y saneamiento, y desarrollo económico. Propuesta de lineamientos de políticas de reconstrucción con visión de desarrollo en las áreas priorizadas. Provincias de Chincha y Pisco. DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. <http://old.cies.org.pe/files/varios/sismo-sur-solezzi.pdf>

peculiaridad de combinar actividades urbanas por estar cerca de la ciudad de Chincha, con actividades de tipo rural.<sup>45</sup>

En Chincha Baja se trabajó en los centros poblados de **Campo Alegre, Santa Luisa y Santa Rosa** cuyos datos de población son como siguen:

**Cuadro N° 11.** Población de los Centros Poblados de Chincha Baja donde se ejecutó el proyecto

DISTRITO	CCPP	POBLACIÓN
CHINCHA BAJA	SANTA ROSA	1082
	SANTA LUISA	106
	CAMPO ALEGRE	138

*Fuente: Data de CCPP a nivel nacional del PNSR, Población Censada 2007, [pnsr.vivienda.gob.pe/portal/...content/.../Data-de-CCPP-a-nivel-nacional-Proy-Mar20...---](http://pnsr.vivienda.gob.pe/portal/...content/.../Data-de-CCPP-a-nivel-nacional-Proy-Mar20...)*

## DISTRITO DE EL CARMEN

Este famoso distrito por ser considerado cuna de la cultura afrodescendiente, tiene una extensión de 789.90 Km<sup>2</sup> y fue creado el 28 de agosto de 1916, durante el gobierno del presidente José Pardo y Barreda<sup>46</sup>. Geográficamente

<sup>45</sup> Zolezzi, M. Calderón, J. (2008). Estudio de diagnóstico en las áreas de: vivienda, agua y saneamiento, y desarrollo económico. Propuesta de lineamientos de políticas de reconstrucción con visión de desarrollo en las áreas priorizadas. Provincias de Chincha y Pisco. DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. <http://old.cies.org.pe/files/varios/sismo-sur-solezzi.pdf>

<sup>46</sup> Wikipedia. Distrito de El Carmen. [https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_El\\_Carmen](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_El_Carmen)

está rodeado por los distritos de Chincha Baja, Alto Laran y por la provincia de Castrovirreyna del departamento de Huancavelica por el norte, la provincia de Pisco por el sur y con el Océano Pacífico por el oeste.

Su distribución de población es 15.25 hab/Km<sup>2</sup> y su actividad económica predominante es la agricultura con cultivos de productos para agroexportación.<sup>47</sup>

El proyecto se desarrolló en los centros poblados de **San José** y **Mariposa**.

**Cuadro N° 12.** Población de los centros poblados de San José y Mariposa

DISTRITO	CCPP	POBLACIÓN
EL CARMEN	SAN JOSE	1219
	MARIPOSA	90

*Fuente: Data de CCPP a nivel nacional del PNSR, Población Censada 2007.*

## PROVINCIA DE PISCO

En Pisco, el proyecto se ejecutó en los distritos de Independencia (12,390 habitantes), Huancano (1,758 habitantes) y San Clemente (19,324 habitantes).<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Zolezzi, M. Calderón, J. (2008). Estudio de diagnóstico en las áreas de: vivienda, agua y saneamiento, y desarrollo económico. Propuesta de lineamientos de políticas de reconstrucción con visión de desarrollo en las áreas priorizadas. Provincias de Chincha y Pisco. DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. <http://old.cies.org.pe/files/varios/sismo-sur-solezzi.pdf>

<sup>48</sup> INEI. (2007). Censos Nacionales 2007.XI de Población y VI de Vivienda. <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/#>

## DISTRITO DE INDEPENDENCIA

Independencia es un distrito de Pisco, que se encuentra a 211 msnm y tiene una superficie territorial de 272.34 km<sup>2</sup>, cuyos límites son el distrito de El Carmen, por el norte, el distrito de San Clemente por el oeste y por el sur el distrito de Humay.

## DISTRITO DE HUANCANO

Huáncano, ubicado a 994 msnm, limita con la provincia de Castrovirreyna (Huancavelica) por el norte, con la provincia de Chincha (Ica) por el oeste; con Huaytara por el este y con la provincia de Humay por el sur. Fue creado en el gobierno del presidente Eduardo López de Romaña, mediante Ley del 13 de octubre de 1900<sup>49</sup>. Para llegar a Huancano se debe recorrer 3 horas desde el distrito de San Clemente usando la Carretera de Los Libertadores-Wari con dirección a la sierra.

## DISTRITO DE SAN CLEMENTE

El pueblo de San Clemente fue creado en el gobierno del Presidente Fernando Belaúnde Terry, mediante Ley N° 24161 del 04 de junio de 1985<sup>50</sup>. Se encuentra ubicado sobre la margen derecha del río Pisco, en cuyo terreno se evidencia presencia de salitre. Este distrito está ubicado al inicio de la carretera de los Libertadores, aproximadamente a la altura del Km 228 de la

---

<sup>49</sup> Wikipedia. Distrito de Huancano. [https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_Huancano](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Huancano)

<sup>50</sup> Iperu.org. Distrito de San Clemente.(2019). Portal IPeru. <https://www.iperu.org/distrito-de-san-clemente-provincia-de-pisco>

Panamericana Sur.<sup>51</sup>. El distrito se encuentra rodeado con la provincia de Chincha por el norte, los distritos de Pisco y Túpac Amaru por el lado sur, con el distrito de Independencia por el este y con el Océano Pacífico por el oeste.

En Pisco, el proyecto se ejecutó en 3 comunidades: **Cabeza de Toro** (Lateral 4) del distrito de Independencia, **Pámpano** del distrito de Huancano y **Agua Santa** del distrito de San Clemente, tal como sigue:

**Cuadro N° 13.** Población de los centros poblados de Cabeza de Toro, Pámpano y Agua Santa

DISTRITO	CCPP	POBLACIÓN
Independencia	Cabeza de Toro –Lateral 4	763 <sup>52</sup>
Huancano	Pámpano	680 <sup>53</sup>
San Clemente	Agua Santa	(*)

*Fuente: Pronasar y Desco*

*(\*) Agua Santa fue una zona donde no había pobladores (2007), y fue a raíz de un proyecto posterior de viviendas en la zona, que se pobló dicha localidad.*

## ESPACIOS INSTITUCIONALES DEL PROYECTO

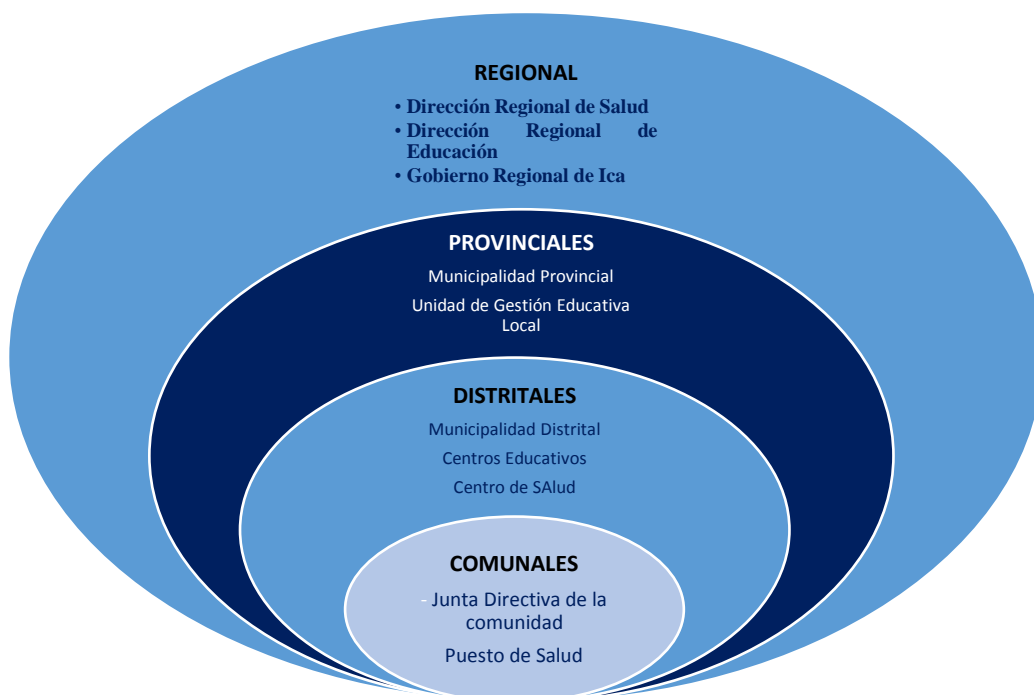
El proyecto a lo largo de sus cuatro años se relacionó con sus actores locales a diferentes niveles de coordinación de acuerdo a la actividad del proyecto, tal como sigue:

<sup>51</sup> Wikipedia. Distrito de San Clemente. [https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_San\\_Clemente](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_San_Clemente)

<sup>52</sup> PNSR. Ministerio de Vivienda. (2015). Listado de Centros Poblados en Distritos con clasificación municipal. Población censada. <http://pnsr.vivienda.gob.pe/portal/wp-content/uploads/2015/07/Data-de-CCPP-a-nivel-nacional-Proy-Mar2015-Encuesta-meta-40.xlsx>

<sup>53</sup> Zolezzi, M. Calderón, J. (2008). Estudio de diagnóstico en las áreas de: vivienda, agua y saneamiento, y desarrollo económico. Propuesta de lineamientos de políticas de reconstrucción con visión de desarrollo en las áreas prioritizadas. Provincias de Chincha y Pisco. DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. <http://old.cies.org.pe/files/varios/sismo-sur-solezzi.pdf>.

**Gráfico N° 2.** Espacios institucionales del proyecto



*Fuente: Elaboración propia*

### **C. POBLACIÓN EN ESTUDIO**

La población para el estudio está conformada por pobladores de 6 comunidades de los 3 distritos de Chincha (Chincha Baja, El Carmen y Alto Laran,) y 2 comunidades de 2 distritos de Pisco (Huáncano, Independencia), en la región Ica.

Los participantes para el estudio fueron “*informantes claves*”, que fueron **seleccionados por conveniencia** por la investigadora, ya que, por sus vivencias, relaciones y actividades realizadas durante la ejecución del proyecto, tienen una fuente importante de información para el mismo.

Para la conformación de la población a entrevistar, se tuvo en cuenta que dichos informantes clave sean grupos diversos y que estén integrados

mayormente, por un integrante de la directiva de la comunidad, un poblador (a) que sea miembro o haya pertenecido a los CAP, un(a) promotor(a) sanitario(a), un(a) poblador(a) beneficiario(a) de educación sanitaria y/o un(a) poblador(a) general que cuente con la infraestructura de agua otorgada por el proyecto. Este grupo de informantes claves fue uno por centro poblado, contándose con aquellos que se encontraban al momento de las reuniones pactadas previamente, teniendo en cuenta que es un proceso post ejecución del proyecto y que no fue fácil su localización por sus actividades personales.

**Cuadro N° 14. Informantes claves por centro poblado**

PROVINCIA	DISTRITO	CENTRO POBLADO	INFORMANTES CLAVES		
			N°	ROL	NOMBRE
Chincha	El Carmen	San José	7	1 Poblador	Gregorio Llamoca
				2 Presidente CAP	Nestor Marcatinco Rivas
				3 Poblador	Melecio Tinco Quispe
				4 Poblador	Cahuana Chechua
				5 Pobladora (promotora de salud)	Amarelis Grimaldo
				6 Personal Puesto de Salud	Leonor Cordova Casalino
				7 Director Colegio	Oscar Saravia Yataco
		Mariposa	8	8 Directivo CAP	Marcelino Santos Reyes
				9 Directivo CAP	José Serafín Tipismana
				10 Poblador	Fabiola Tipismana Carbajal
				11 Poblador	Lucila Consuelo Ormeño
				12 Poblador	Emilia Carbajal de Tipismana
				13 Poblador	Teresa Ramos de Reyes
				14 Poblador	María Teresa Reyes Ramos
				15 Directivo	Jorge de la Torre Argueda

PROVINCIA	DISTRITO	CENTRO POBLADO	INFORMANTES CLAVES			
			N°	ROL	NOMBRE	
Chincha	Chincha Baja	Campo Alegre	6	16	Presidente CAP	Néstor Quispe Mesias.
				17	Poblador	Marina Beatriz Peña
				18	Tesorero CAP	Ayda Rosa Hernández
				19	Poblador	Alberto Quispe Torres
				20	Secretario CAP	Mariano Quispe Soto
				21	Poblador	Ela Flores Guizayte
		Santa Luisa	8	22	Poblador	José Ormeño
				23	Poblador	Nicanor Mercado
				24	Presidente CAP	Freddy Cordova
				25	Poblador	Alfonso Robles
				26	Pobladora	Jenny Paz Soldán Cabezudo
				27	Tesorera CAP	Jenny Felipa Paz Soldan
	28			Pobladora	Gloria Quispe Atuncar	
Santa Rosa	3	30	Personal Puesto de Salud	Rosario Pérez Barrera		
		31	Pobladora Santa Rosa	Rosa Mesia Flores		
		32	Profesora Santa Rosa	Rosario Sotelo		
Alto Laran	Huamanpali	1	33	Pobladora	Elaine Pipa Espinoza	
Pisco	Independencia	Cabeza de Toro	1	34	Directivo CAP	Profesor Ruíz
	Huancano	Pámpano	3	35	Poblador	Francisco Acevedo Allende
				36	Poblador	María Isabel Garavito
				37	Poblador	Roger Acevedo Vásquez
<b>TOTAL</b>			<b>37</b>			

Fuente: Elaboración propia

Para el caso de la descripción del proceso metodológico de fortalecimiento de las capacidades locales de las organizaciones comunitarias y educación sanitaria desarrollado por el proyecto se efectuó una entrevista al Gerente de proyecto (1), 3 profesionales del equipo social y (1) un profesional del equipo técnico de un total de 10 personas, que dirigieron la ejecución del proyecto.

**Cuadro N° 15.** Informantes Claves del Equipo de Trabajo

Personal del Proyecto	Rol del Informante en el proyecto	Informantes Claves
Gerente	Lidera la implementación del proyecto a nivel administrativo, técnico y social.	1
Equipo Social	Responsable de la implementación de actividades de trabajo comunitario en la zona.	3
Equipo Técnico	Responsable de la ejecución de las obras.	1
<b>Total</b>		<b>5</b>

*Fuente: Elaboración propia*

#### **D. ACCIONES A ANALIZAR**

Para el presente estudio se ha priorizado el análisis tal como sigue:

- a. Proceso metodológico de los componentes de educación sanitaria y fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de agua potable, desarrollado por el proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades*

*campesinas. Perú”, en las comunidades de Chincha y Pisco, afectadas por el terremoto del año 2007”.*

Dicha dimensión permitió conocer el proceso, teniendo como base los tres momentos claves de intervención del proyecto, el antes, durante y después de las obras, así como, facilitó la reconstrucción de la experiencia sobre cómo se encontraban las familias, las escuelas, los centros de salud, el acceso al agua previo a la implementación de las obras, y, la situación organizativa, social y de salud que se generaba entorno a ello.

Así también, durante la implementación de las actividades, fue prioritario revisar a detalle las fases de trabajo del área técnica y social, así como, la apropiación de las mismas por los actores en mención.

De igual manera fue relevante para el estudio, conocer las estrategias utilizadas para el monitoreo y vigilancia posterior a las obras, las dificultades e inconvenientes y los factores facilitadores durante el desarrollo del proyecto, lo que contribuirá a mejorar posteriores evaluaciones sociales de proyectos similares.

*b. Resultados de la intervención en los diferentes actores en materia de educación sanitaria y fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de los sistemas de agua.*

Con este análisis se pudo conocer el grado de alcance de los resultados planificados para el proyecto, asociados al objetivo general, objetivos específicos, componentes y actividades, con énfasis en lo siguiente:

- Alcance de los resultados.
- Grado de ejecución de las actividades (sin considerar presupuesto)
- Logro del objetivo específico del proyecto.
- Beneficios de tener agua en las viviendas y su contribución a nivel familiar, comunitario y en centros educativos.

*c. Lecciones aprendidas para futuras intervenciones que se podrían replicar en la zona*

De igual manera, permitió conocer las dificultades superadas, las buenas prácticas y los errores cometidos en cada una de las etapas del proyecto, para mejorar futuras intervenciones.

Así también, a continuación, se presentan los aspectos analizados por acción a analizar:

*Cuadro N° 16. Periodización y Dimensiones de Análisis*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PERÍODOS DE LA INTERVENCIÓN	DIMENSIONES DE ANÁLISIS	SUBTEMAS
<p>1. Describir el proceso metodológico de trabajo comunitario en educación sanitaria y fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de sistemas de agua desarrollados por el proyecto.</p>	<p><b>PAC I (Jul 2008-Jun 2009)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización a actores locales PAC I (autoridades y líderes)</li> <li>• Fortalecimiento en gestión a CAP Agua Santa (Pisco)</li> <li>• Educación sanitaria a San José, Alto Laran, y Mariposa (Chincha), y Agua Santa y Cabeza de Toro (Pisco).</li> </ul> <p><b>PAC II (Jul 2009-Dic 2009)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización a actores locales PAC II (autoridades y líderes)</li> <li>• Fortalecimiento en gestión CAP Campo Alegre y Santa Luisa (Chincha)</li> <li>• Educación Sanitaria en Campo Alegre y Santa Luisa (Chincha).</li> </ul> <p><b>PAC III (Ene 2010- Dic 2010)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización a actores locales PAC III (autoridades y líderes)</li> </ul>	<p>1. Proceso metodológico intervención educativo en la construcción de obra de sistema de agua potable.</p>	<p>1.1 Antes de la obra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico participativo inicial</li> <li>- Sensibilización a actores locales</li> <li>-Organización de los CAP y Promotores de Salud</li> <li>- Formalización de los CAP y Promotores de Salud</li> </ul> <p>1.2 Durante la obra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ejecución de las obras de agua potable</li> <li>-Capacitación en administración, operación y mantenimiento a los CAP.</li> <li>-Capacitación en educación sanitaria a CAP, promotores de salud, familias y alumnos.</li> </ul> <p>1.3 Después de la obra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguimiento y Monitoreo de prácticas saludables a familias y alumnos.</li> <li>- Seguimiento y Monitoreo en administración, operación y mantenimiento a los CAP.</li> <li>-Refuerzo de conocimientos y practicas saludables a familias y alumnos.</li> </ul>

<p>2.</p> <p>Describir los resultados de la experiencia y los procesos que se dieron para lograrlo, que permitan mostrar los efectos de la integralidad de los componentes de fortalecimiento de las capacidades de grupos organizados, y educación sanitaria en una obra de agua potable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento en gestión CAP Santa Rosa y San José (Chincha) y Cabeza de Toro (Pisco)</li> <li>• Educación Sanitaria a Santa Rosa y San José (Chincha) y Cabeza de Toro (Pisco).</li> </ul> <p><b>PAC IV (Ene 2011- Dic 2011)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización a actores locales PAC IV (autoridades y líderes).</li> <li>• Fortalecimiento en gestión a CAP Juncal, Huamanpali, Mariposa (Chincha) y Pámpano (Pisco).</li> <li>• Educación Sanitaria en comunidades de Juncal, Huamanpali, Mariposa (Chincha) y Pámpano (Pisco).</li> </ul> <p><b>PAC V (Ene 2010-Jun 2012)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento en gestión a través de seguimiento a CAP de PAC IV (Huamanpali y Pámpano).</li> </ul>	<p>2. Resultados de la intervención en los diferentes actores en materia de educación sanitaria y fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de sistemas de agua potable</p>	<p>2.1 Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de los sistemas.</p> <p>2.2 Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Educación sanitaria a familias.</li> <li>○ Educación sanitaria a CAP</li> <li>○ Educación sanitaria a alumnos</li> </ul>
<p>3. Identificar las lecciones aprendidas, como insumos para el desarrollo de proyectos futuros en agua y saneamiento.</p>	<p>3. Lecciones aprendidas para futuras intervenciones que se podrían replicar en la zona.</p>	<p>3.1 Lecciones aprendidas generales.</p> <p>3.2 Lecciones aprendidas en educación sanitaria.</p> <p>3.2 Lecciones aprendidas en fortalecimiento de capacidades de organizaciones comunitarias en gestión del agua.</p>	

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro N° 17.**Matriz instrumental por dimensiones de análisis

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIONES DE ANÁLISIS	SUBTEMAS	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	FUENTE	INSTRUMENTOS
<p>1. Describir el proceso metodológico de trabajo comunitario en educación sanitaria y fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de sistemas de agua desarrollados por el proyecto.</p>	<p>1. Proceso metodológico intervención educativo en la construcción de obra de sistema de agua potable.</p>	<p>1.1 Antes de la obra                      -Diagnóstico inicial participativo                      - Sensibilización a actores locales                      -Organización de los CAP y Promotores de Salud                      - Formalización de los CAP y Promotores de Salud</p> <p>1.2 Durante la obra                      -Ejecución de las obras de agua potable                      -Capacitación en administración, operación y mantenimiento a los CAP.                      -Capacitación en educación sanitaria a CAP, promotores de salud, familias y alumnos.</p>	<p>Entrevista a personal del proyecto</p> <p>Grupo focal con informantes claves de centros poblados:                      -Comité de Agua Potable.                      -Promotores de salud.                      -Población beneficiaria.</p> <p>Entrevistas a:                      -Personal de puestos de salud con quienes se realizó trabajo conjunto en el proyecto.                      -Profesores de colegios donde se capacitó con el proyecto a los escolares.</p>	<p>Primaria</p> <p>Primaria</p> <p>Primaria</p>	<p>- Encuesta a personal del proyecto                      - Guía temática de preguntas</p> <p>- Guía de preguntas a grupo focal</p> <p>- Encuesta a personal de salud y educación</p>

		<p>1.3 Después de la obra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguimiento y Monitoreo de prácticas saludables a familias y alumnos.</li> <li>- Seguimiento y Monitoreo en administración, operación y mantenimiento a los CAP.</li> <li>-Refuerzo de conocimientos y practicas saludables a familias y alumnos.</li> </ul>	<p>Revisión documental de informes y formatos del proyecto</p> <p>Revisión de informes de proyectos similares en la zona.</p>	<p>Primaria</p> <p>Secundaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes del proyecto (anual, mensual, final)</li> <li>- Evaluación del Proyecto</li> <li>- Material educativo del Proyecto</li> <li>- Formatos varios del proyecto</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes de proyectos similares en la zona</li> </ul>
<p>2.</p> <p>Describir los resultados de la experiencia y los procesos que se dieron para lograrlo, que permitan mostrar los efectos de la integralidad de los componentes de fortalecimiento de las capacidades de grupos organizados, y educación sanitaria en una obra de agua potable.</p>	<p>2. Resultados de la intervención en los diferentes actores en materia de educación sanitaria y fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de sistemas de agua potable</p>	<p>2.1 Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de los sistemas.</p> <p>2.2 Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Educación sanitaria a familias.</li> <li>o Educación sanitaria a CAP</li> <li>o Educación sanitaria a alumnos</li> </ul>	<p>Revisión documental de informes y formatos del proyecto.</p> <p>Revisión de informes de proyectos similares en la zona.</p>	<p>Primaria</p> <p>Secundaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos del proyecto.</li> <li>- Formatos del proyecto.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes de proyectos similares en la zona</li> </ul>

<p>3. Identificar las lecciones aprendidas, como insumos para el desarrollo de proyectos futuros en agua y saneamiento.</p>	<p>3. Lecciones aprendidas para futuras intervenciones que se podrían replicar en la zona.</p>	<p>3.1 Lecciones aprendidas generales.</p> <p>3.2 Lecciones aprendidas en educación sanitaria.</p> <p>3.2 Lecciones aprendidas en fortalecimiento de capacidades de organizaciones comunitarias en gestión del agua.</p>	<p>Revisión documental de informes</p> <p>Informes y/o sistematizaciones de experiencias similares en la zona.</p>	<p>Primaria</p> <p>Secundaria</p>	<p>- Documentos del proyecto</p> <p>- Informes del proyecto</p> <p>- Informes de otros proyectos</p>
---	--	--	--	-----------------------------------	--

*Fuente: Elaboración propia*

## E. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE FUENTES PRIMARIAS

Las entrevistas al personal del proyecto y a los informantes claves de la comunidad, así como, la revisión de los informes y material producido por el proyecto, proveyeron de testimonios y evidencias directas a la sistematización, a fin de obtener los puntos de vista desde dentro del proceso.

La entrevista al equipo del proyecto fue de tipo individual, mientras que a los informantes claves de los centros poblados fue de tipo grupal (pobladores) y también de tipo individual al personal de instituciones de salud y educación. En ambos casos fue **semi estructurada** ya que permitió la formulación de preguntas abiertas y flexibles al entrevistador siguiendo las pautas de las líneas de investigación y una guía de preguntas, por ello, los entrevistados pudieron decir sus apreciaciones personales, sin ceñirse a respuestas determinadas. Cada entrevista duró cerca de una hora y aunque tuvo un diseño de preguntas al inicio, se flexibilizó durante cada entrevista, ya que cuando el entrevistado mencionó un tópico nuevo, la entrevistadora abordó el mismo. Es así que, las preguntas abordaron líneas sobre: la situación previa, el proceso de intervención de los componentes considerados para este estudio, la situación al término, la sostenibilidad y las lecciones aprendidas del proyecto.

Otra de las técnicas usadas fue la de la Revisión Documental de información de los documentos generados durante la implementación del proyecto tales como, informes de equipo del proyecto, informes semestrales, informes anuales y finales, evaluación intermedia, informe fotográfico, formatos de

planificación, etc. Dichos documentación proveyó información valiosa respecto a la metodología, materiales producidos, resultados alcanzados, así como los factores que facilitaron o limitaron la consecución de los objetivos del mismo.

## F. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS

*Cuadro N° 18. Matriz de fuentes secundarias utilizadas*

DIMENSIONES DE ANÁLISIS	FUENTE SECUNDARIA	IMPORTANCIA DE LA FUENTE PARA EL ESTUDIO
<p>a. Proceso metodológico de educación sanitaria fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de sistemas de agua potable, desarrollado por el proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú”.</p>	<p>Revisión documental de informes y proyectos en ámbitos similares.</p>	<p>Permitió comparar metodologías de trabajo a fin de identificar qué actividades de las realizadas o no, pudieron haber contribuido con el proyecto.</p>
<p>b. Resultados de dicha intervención en los diferentes actores de la intervención en materia de educación sanitaria y fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones comunitarias de sistemas de agua potable.</p>	<p>Informes de proyectos similares en la zona</p>	<p>Se pudo analizar la contribución del proyecto en fortalecimiento de organizaciones comunitarias y educación sanitaria en comparación a otros proyectos.</p>

c. Lecciones aprendidas para futuras intervenciones que se podrían replicar en la zona.	Informes y /o sistematizaciones de experiencias similares en la zona.	Mejoró la comprensión de la intervención del proyecto post terremoto, comparándola con intervenciones similares en contextos similares que no sufrieron un desastre natural.
---	---	--

*Fuente: Elaboración propia*

## G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio ha sido manejado considerando los principios de respeto y libertad de opinión, manteniendo la confidencialidad de toda la información brindada por los informantes. Durante el desarrollo del proceso no se trató de influenciar en las respuestas para obtener beneficios de tipo personal, al proyecto o la Universidad Cayetano Heredia. Toda la información recibida fue procesada, manteniendo en reserva los datos de las personas que participaron en el estudio. Los resultados de la sistematización han sido usados para fines académicos estrictos y nunca para causar un daño ni perjuicio a ningún informante.

Así también, se contó con el permiso institucional de ADRA, para brindar todas las facilidades para el acceso a la información que incluyó materiales educativos, informes del proyecto, línea de base, cuestionarios, encuestas, base de datos y documentos generados durante la implementación del proyecto en mención. (Ver [3. Anexo 3](#). Autorización de ADRA para estudio.),

## **IX. RESULTADOS Y ANÁLISIS**

A continuación, se muestran los resultados de los componentes “Grupos organizados fortalecidos en gestión, administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua potable” y “Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria” del proyecto: *“Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú”*, ejecutado en poblaciones víctimas del terremoto del 2007, en el periodo de 1 de julio del 2008 a junio del 2012.

### **9.1 PROCESO METODOLÓGICO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE AGUA POTABLE DESARROLLADO POR EL PROYECTO.**

La primera parte de esta investigación consistió en analizar a detalle la metodología utilizada en los componentes de educación sanitaria y fortalecimiento de organizaciones comunitarias del proyecto. Para ello, fue necesario conocer la situación previa a la implementación de dicho proceso metodológico.

### 9.1.1 SITUACIÓN PREVIA A LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

#### A. SITUACIÓN DE SANEAMIENTO EN LAS COMUNIDADES.

El acceso al agua potable en las zonas de intervención antes de iniciar el proyecto, presentó marcadas diferencias en cada comunidad y provincia.

#### EN CHINCHA

Las localidades de Campo Alegre y Santa Rosa en el distrito de Chincha Baja y la localidad de San José, perteneciente al distrito de El Carmen en Chincha, eran las únicas en donde sí existían algunas conexiones a domicilio, pero no abastecía a la totalidad de familias de dichas comunidades. La restricción del servicio era marcada, pues solo tenían agua una o dos veces por semana, por un espacio de dos a tres horas al día. Por tal razón, tenían que almacenar el agua por varios días. Además, en el caso de Santa Rosa los pobladores habían hecho conexiones artesanalmente, que llegaban hasta sus casas con mangueras.

*“Como el agua no cubría al total de la población, se acudía a los vecinos que si tenían” (Poblador de Campo Alegre)*

En otros casos, solo existían pozos artesanales, como en los centros poblados de Santa Luisa en Chincha Baja, y Huamanpali y Juncal en Alto Laran; desde los cuales, con la ayuda de una soga y un balde,

sacaban agua y la cargaban hasta sus domicilios. Esta actividad se repetía un promedio de 2 a 3 veces por día para abastecerse de agua para las faenas diarias.

El centro poblado Mariposa del distrito de El Carmen, no contaba con ningún sistema de agua en su localidad, por lo cual la Municipalidad, les enviaba cisternas, una o dos veces por semana con agua; la cual era almacenada en un reservorio de cemento, ubicado casi a la entrada de la localidad, desde allí la población acarrea el agua hasta sus viviendas. Los pobladores manifestaron que fueron momentos difíciles ya que solo podían usar un mínimo de agua, a fin de que alcance hasta la siguiente vez que llegara el camión con el agua.

*“No realizábamos pago por el agua, todo era apoyo del Municipio”*

*(Poblador Mariposa)*

La eliminación de la basura, al interior de cada distrito, se realizaba de manera desigual, pues no todos tenían las mismas facilidades para su recojo y posterior eliminación. En los distritos de Chincha Baja y El Carmen, algunas localidades contaban con un servicio de recojo a domicilios realizado por el gobierno local con una frecuencia de una vez por semana.

En el caso de Huamanpali y Juncal de Alto Laran, la basura era quemada en la mayoría de los casos. Así también, el agua en que se lavaban la ropa, los utensilios de cocina, y limpieza en general, se lanzaba fuera de las viviendas, ocasionando la presencia de moscas.

*“Muchas veces las moscas no nos dejaban ni comer”*

*(Poblador de Juncal)*

En cuanto a los centros educativos, como el de Campo Alegre en Chincha Baja, existía un solo caño en donde llegaba agua 1 o 2 horas por día; a veces, o incluso, interdiario, lo que impedía que los niños pudieran lavarse las manos antes de tomar su refrigerio o asearse después del recreo. En otras localidades, los centros educativos que carecían de este servicio, eran abastecidos por la municipalidad que les suministraba cisternas con el líquido elemento para limpieza de baños y regado de jardines, principalmente.

Posterior al movimiento telúrico del 15 de agosto, muchas redes se rompieron, algunos tanques se rajaron, en otros casos el agua salía turbia del pozo, por lo que algunos centros poblados no tuvieron agua por varios meses y en otros disminuyó drásticamente el volumen de agua; por ello los municipios abastecieron con camiones cisterna, aunque no con mucha frecuencia. Los pobladores de San José manifestaron que no se evidenciaron cambios por motivos del terremoto en cuanto a la disponibilidad de agua que ya que esta era insuficiente desde antes.

*“Como el agua era limitada, la reutilizábamos, por ejemplo, lavábamos el arroz y luego con esa agua se regaban las plantas”*

*(Pobladora de San José)*

De acuerdo a lo manifestado por el personal de salud, la población infantil presentaba diarreas básicamente por consumir el agua sin un tratamiento adecuado, a pesar que los padres sabían que esto era importante, simplemente no lo llevaban a la práctica y otros no sabían cómo hacerlo. Además, cuando la posta o centro de salud programaba sesiones educativas sobre el consumo de agua segura, no recibían mucha aceptación por parte de la población.<sup>54</sup>

*“Una dificultad grande como posta de salud es que la gente no conocía la forma de clorar el agua”*

*(Personal del Puesto de Salud de San José)*

### **EN PISCO**

Otras localidades, como Pámpano no contaban con servicio de agua dentro de sus viviendas, sin embargo, consiguieron que el Municipio les instale una red principal de distribución con pilones públicos ubicados en puntos estratégicos, y desde donde niños, hombres y mujeres, recolectaban el agua en recipientes y la depositaban en grandes cilindros dentro de su hogar.

En el distrito de San Clemente el agua era captada de pozo tubular y conducida a la red pública. Las familias recogían el agua en baldes y cilindros que no recibían mantenimiento ni limpieza adecuada y permanente para su uso diario.

---

<sup>54</sup> ADRA Perú. (2008). *Informe Inicial del proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas. Perú”*.

Cabeza de Toro, comunidad con población bastante dispersa, en su mayoría era abastecida a través de pozos artesanales y de canales de riego; lo que ocasionaba que sus pobladores acarreen agua varias veces al día. *Las comunidades que se abastecían de agua de pozo tuvieron problemas con el volumen del caudal con motivo del terremoto (Personal Técnico del proyecto)*

En cuanto al saneamiento en esta zona, contaban con letrinas de “esteras” (carrizo tejido). Si bien es cierto, tenían un Centro de Salud, su cobertura no llegaba a las zonas más alejadas, ya que existían familias dispersas en las laderas del cauce de la Irrigación “Cabeza de Toro”. En el distrito de San Clemente, la gran mayoría de los pobladores eliminaba la basura quemándola, o botándola en las calles o los cauces de los ríos, ocasionando daño a los suelos agrícolas y contribuyendo a la contaminación ambiental.

Algunos pobladores manifestaron haber tenido la intención de gestionar ante el Municipio temas de saneamiento para sus localidades, pero la contestación del municipio demoraba mucho y no se pudo resolver. Además, recuerdan haber convocado a asambleas generales varias veces, a fin de tomar los acuerdos necesarios para la mejora del saneamiento local; sin embargo, se desanimaron porque los moradores no asistieron ni prestaron atención a las propuestas, de tal manera que se continuó en las mismas condiciones por varios años.

Los informantes claves recuerdan que algunos municipios distritales promovieron en fechas de sus aniversarios, concursos de limpieza, logrando gran participación comunal en el barrido de calles, arreglo de sus fachadas o mejora de sus caminos, incentivando para ello a la población con premios.

Según informes revisados, algunos profesores de los centros educativos de Pisco, informaron que el servicio de agua suministrado era insuficiente para toda la población escolar.

## B. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES

Posterior al terremoto, las enfermedades respiratorias fueron el principal motivo de atención en las provincias de Chincha y Pisco, seguidas por enfermedades del tracto urinario, enfermedades diarreicas, enfermedades psicológicas y afecciones de la piel, según la Dirección General de Epidemiología de Ica.<sup>55</sup> A nivel de comunidades, los pobladores recuerdan que las infecciones estomacales eran muy frecuentes, sobre todo en los niños, debido, en gran parte, a la falta de acceso a agua de calidad y a la falta de saneamiento en sus localidades.

---

<sup>55</sup> Ministerio de Salud, 2007. SISMO- SALA DE SITUACION DE SALUD. Actualizada: 27 de setiembre del 2007, 22:00 hrs. Oficina General de Epidemiología.  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2007/unidos/SalaSituacionEpidemiologia20070927.pdf>

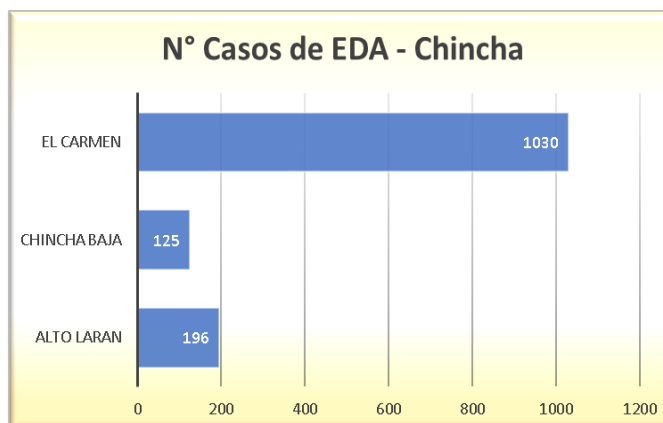
Las condiciones de conservación del agua en las viviendas, con recipientes sin la frecuencia de limpieza correspondiente, destapados y con agua almacenada por semanas a veces, facilitaron la presencia de algunas bacterias causantes de infecciones, que juntamente a los periodos largos de sequía, elevadas temperaturas en la zona, existencia de ratas y moscas, favorecieron la aparición de enfermedades en la población más vulnerable.

Según los informantes claves de salud de la zona, la prevalencia de parasitosis e infecciones intestinales, ocurría por no realizar un tratamiento adecuado al agua para consumo directo.

Así también, según reporte del MINSA, el distrito El Carmen de la provincia de Chincha, presentó 1030 casos de EDA en el 2007, mientras que, en Pisco, el distrito de San Clemente fue el que presentó mayor número de casos con un total de 13230, según el Consolidado Mensual de la Dirección de Salud de Ica del año 2007.

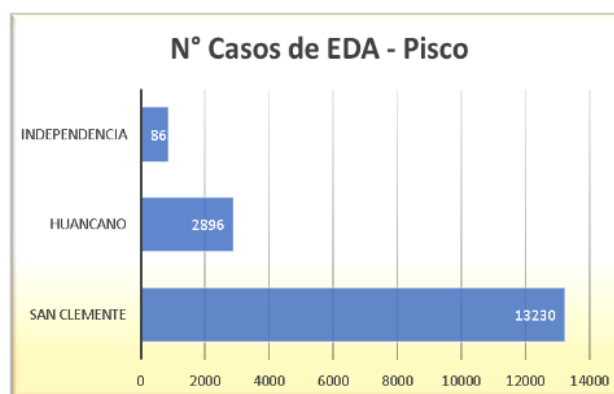
*“Las Edas afectaban a un aproximado de 25 % de la población en este centro poblado” (Personal de Salud- P.S Santa Rosa)*

**Gráfico N° 3.** N° Casos de EDA en los distritos del proyecto en Chíncha



*Fuente: Consolidado Mensual de Información, DISA ICA, MINSA, Año 2007*

**Gráfico N° 4.** N° Casos de EDA en los distritos del proyecto en Pisco



*Fuente: Consolidado Mensual de Información, DISA ICA, MINSA, Año 2007*

Según Informe de Evaluación Inicial del proyecto, las enfermedades predominantes en los alumnos estaban asociadas primordialmente a la práctica de hábitos de higiene desde casa y que se veía reflejada en el colegio. Momentos claves como la toma de refrigerio eran realizados sin lavarse las manos, y en otros casos el baño en casa no era una práctica frecuente, debido a la poca disponibilidad de agua.

Los profesores entrevistados recuerdan que muchos alumnos presentaban piojos en sus cabellos, causantes de enfermedades como el tifus exantemático, lo cual era más frecuente en el verano afectando mayormente a las niñas. Así mismo, muchos niños tenían la costumbre de hacer sus necesidades fisiológicas en las chacras o en campo abierto antes de llegar al colegio o camino a sus casas.

### C. CAPACITACIÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Los pobladores informantes manifiestan que su centro o posta de salud les brindaron información básica a través de campañas de salud y charlas esporádicas, a su vez, otros pobladores informan que nunca recibieron visitas en su comunidad por parte de su posta o centro de salud.

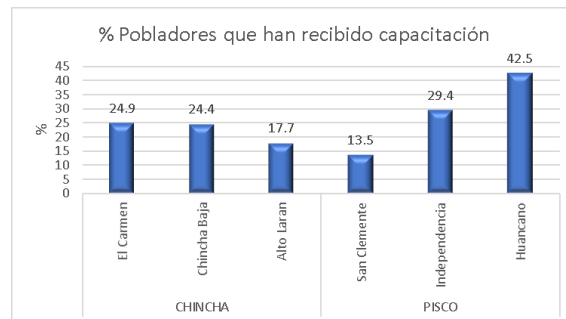
*“La Posta nos llevaba pastillas para tratar el agua”*

*(Poblador de Santa Rosa)*

El Informe de Evaluación Inicial del proyecto, muestra que, en la comunidad de Pámpano en Pisco, un 42.5% manifestó haber recibido capacitaciones sobre Desinfección de Agua y Cuidado del Agua principalmente, y un menor porcentaje en el caso de Cabeza de Toro y Agua Santa.

De forma similar, los pobladores de Chincha recuerdan que algunos de ellos, fueron capacitados en uso adecuado del agua, desinfección y limpieza de depósitos de agua.

**Gráfico N° 5.** % Pobladores que manifiestan haber recibido alguna capacitación en cuidado del agua



*Fuente: Informe de Evaluación Inicial del proyecto -2008*

Posterior al terremoto, diversas instituciones, ONGs y cooperación internacional, capacitaron a la población en diversos temas como autoestima, alimentación, deberes con los hijos y educación sanitaria, así como, brindaron insumos para purificar el agua y en otros casos dotaron de agua segura en bidones a la gran mayoría de zonas afectadas.

#### D. NIVEL DE ORGANIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Todos los centros poblados contaban con una directiva comunal que los representaba ante cualquier gestión que tuvieran que realizar, sin embargo, este nivel organizativo contaba con algunas limitaciones ya que sus integrantes en su mayoría no habían participado antes en una organización en beneficio de su comunidad y por ende, tampoco habían recibido alguna capacitación relacionada a temas de desarrollo comunal.

Una minoría, habían pertenecido con anterioridad a una organización comunal, y otros a JASS o CAP; lo que les permitió organizarse para resolver temas en favor de su comunidad como, cobranzas para mantenimiento de motor, tratamiento de pozo, y electrificación de pozo; así también, en uno de los centros poblados, se logró gestionar algunas obras para su comunidad, como la construcción de aulas y perímetro para un centro educativo.

### **CHINCHA**

En general, los pobladores de Chíncha mencionan que existió buena apertura por parte de sus autoridades, incluso con asistencia a reuniones a las que se les invitaba y asistían. La dificultad que tuvieron fue para el apoyo a determinadas obras, que casi nunca se concretaba, como mejoramiento de calles y pistas. Básicamente el apoyo de las municipalidades consistió en apoyo con cisternas de agua, apoyo técnico para tratamiento de letrinas, etc.

*“El Municipio nos apoyó con el cambio de tuberías del pozo al tanque para el rebombeo” (Poblador San José)*

En el caso de la comunidad El Carmen de Chíncha, los comités recuerdan que fueron capacitados por CODEHICA (Comisión de Derechos Humanos de Ica) y otras ONGs en temas de: formación

política, liderazgo, servicio social, elaboración de expedientes técnicos, presupuesto participativo y leyes municipales.

### ***PISCO***

En el caso de las comunidades de Pisco, solo Pámpano tenía un comité encargado de velar por la administración del agua de la comunidad y la comunidad de Cabeza de Toro tenía una directiva comunal que se encargaba de representar a sus pobladores para realizar gestiones ante el municipio o cualquier instancia. Agua Santa, al ser una comunidad nueva, conformó su comité durante el proyecto.

## **9.1.2 IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO - PROCESO METODOLÓGICO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y FORTALECIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES LOCALES DE LOS SISTEMAS DE AGUA**

### **A. ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA OBRA**

#### **A.1 DIAGNÓSTICO INICIAL**

Antes de empezar, el proyecto se realizó la identificación de las comunidades, con sus características socioculturales, necesidades y capacidades de la población. En este proceso inicial, hubo reacciones de incredulidad ya que la población había recibido similares ofrecimientos de ejecución de obras de agua, como parte de campañas electorales, pero una vez pasada la coyuntura política, quedaban en el olvido. Por ello,

frente a esta desconfianza y susceptibilidad, el equipo de trabajo tuvo como primer objetivo, ganarse la confianza de los dirigentes locales y comunidad en general.

*“La desconfianza era grande por los compromisos no cumplidos, por parte de los candidatos”*

*(Equipo del proyecto)*

## **A.2 SENSIBILIZACIÓN A ACTORES LOCALES**

Una vez identificados las autoridades locales, dirigentes comunales y grupos organizados, se establecieron los canales de comunicación y negociación del proyecto, para la construcción de las obras, el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias y el desarrollo de las acciones de educación sanitaria.

En general, se encontró mejor predisposición para iniciar el trabajo comunitario en Chíncha que en Pisco, ya que sus directivas comunales y gobierno local abrieron las puertas al proyecto, ya que conocían el trabajo de la ONG desde antes, por los trabajos realizados desde la fase de primera respuesta al terremoto.

Se hicieron presentaciones del proyecto a nivel distrital con presencia de las principales autoridades y beneficiarios de

las zonas de intervención, en las que se dieron a conocer el objetivo, los componentes y metas, mediante una exposición por parte de la gerente y personal del proyecto, con materiales diversos y video promocional del mismo.

*En Chincha*, estas presentaciones fueron realizadas a los 3 municipios distritales, 3 centros de salud, 2 puestos de salud, la UGEL y 3 instituciones educativas, a quienes se les brindó información detallada sobre la implementación del proyecto. Así también, se elaboraron convenios interinstitucionales con los alcaldes de Chincha Baja, Alto Laran y El Carmen, estableciendo acuerdos y compromisos de ambas partes durante el desarrollo del proyecto. Asimismo, se establecieron acuerdos con la UGEL Chincha, la Red II de Salud de Chincha y el Gobierno Regional de Ica para trabajar el tema de educación sanitaria.

*En Pisco*, se hizo la presentación del proyecto en dos eventos donde participaron los alcaldes de los Distritos de Independencia y San Clemente, con sus regidores, y los líderes de las comunidades interesados en escuchar las propuestas del proyecto.

Por otro lado, se tuvieron reuniones de presentación a las instituciones locales representativas de la zona, como los

representantes del MINSA (2 Centros de Salud y 1 Puesto de Salud), MINEDU (6 Instituciones Educativas, la UGEL de Pisco), y al Municipio de Huancano, con la finalidad de informarles en forma detallada los objetivos e integrarlos a formar parte de la intervención del proyecto.

Así también, tanto en Chincha como en Pisco, se hicieron visitas informativas y de coordinación en cada comunidad, a fin de disipar dudas, y lograr el involucramiento de la población y alcanzar las metas trazadas.

Ello permitió, que los pobladores, conozcan al equipo de trabajo del proyecto e inicien su compromiso de trabajar de manera coordinada. Esto se logró también, porque la junta directiva comunal direccionó la comunicación hacia la comunidad, con apoyo del equipo de trabajo. De esta manera, se identificaron los problemas y las necesidades de cada comunidad, sobre todo en el tema de saneamiento y educación sanitaria a través de estrategias de participación y organización comunitaria.

Posteriormente, se tuvo asambleas generales para informar a cada comunidad en pleno, sobre los componentes, metas y actividades a desarrollarse en el proyecto.

En estas asambleas generales con toda la comunidad, el área social presentó:

- las actividades a realizarse en el proyecto,
- la importancia de los promotores de salud en la adopción de prácticas saludables en educación sanitaria,
- los temas capacitaciones en educación sanitaria,

El área técnica presentó:

- la obra que se iba a desarrollar,
- la importancia de la elección del Comité de Agua Potable y su rol de velar por el sistema, la organización para el aporte comunal, el seguimiento de la obra, y el cuidado de los materiales y el almacén.

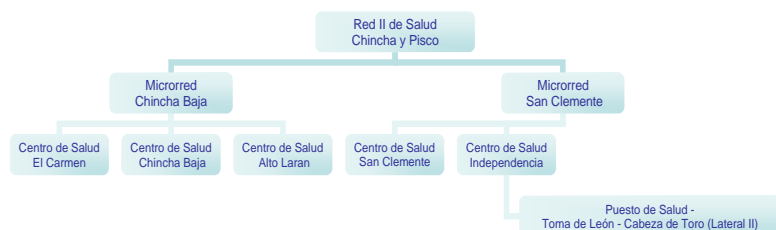
*“Se coordinó con la municipalidad, centro de salud, juntas directivas de cada centro poblado para organizar el trabajo de campo” (Personal del proyecto)*

Se realizaron reuniones de trabajo con las autoridades locales, a fin de realizar un trabajo conjunto en cada zona.

Es así que, tanto en Chincha como en Pisco, se formalizaron compromisos con la firma de un Convenio Interinstitucional con cada una de las instituciones:

- Municipalidad distrital: aprobación para la ejecución de la obra, compromiso para su aporte (maquinaria, tancadas de agua, entre otros), supervisión de la obra durante la implementación de la obra, seguimiento a la administración y operación del sistema.
- Red II de Salud Chincha y Pisco, (se encuentra ubicada en Chincha), a la que pertenecen la Microrred Chincha Baja, (Centro de Salud de El Carmen, Puesto de Salud Santa Rosa, Centro de Salud Chincha Baja, Centro de Salud Alto Laran ) y la Microrred San Clemente (Centro de Salud de San Clemente, el Centro de Salud de Independencia, y el Puesto de Salud de Toma de León de Cabeza de Toro - Lateral II). Se formalizaron compromisos para el acompañamiento, monitoreo y vigilancia de prácticas a las familias beneficiarias del proyecto como parte de su rol de salud.

**Gráfico N° 6.** Red de Salud Chincha y Pisco



*Fuente: Informe de Evaluación Inicial del proyecto*

- Instituciones Educativas: se establecieron horarios para desarrollar las charlas a los alumnos, capacitación a los docentes en los temas de educación sanitaria y revisión de los temas a los alumnos con los materiales educativos desarrollados para tal fin.
- UGEL: se establecieron acciones conjuntas en fechas simbólicas (Día Mundial del Agua, Día del Lavado de Manos).

### **A.3 ORGANIZACIÓN Y FORMALIZACIÓN**

Se procedió a la Elección del Comité de Agua Potable y los Promotores de Salud. Así también, para poder implementar el proyecto, se establecieron fases de trabajo con el área social y técnica, considerando las actividades a realizar por cada grupo de manera organizada.

#### **Elección de Comité de Agua Potable**

Algunas localidades ya contaban con una directiva de Comité de Agua Potable (CAP) o Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS), ya formada. En estos casos, con el fin de no duplicar funciones y respetando a los que ya habían sido elegidos, se procedió a consolidar o completar la directiva, en caso faltara algún miembro, para

luego ser ratificada en asamblea general; como por ejemplo los Comités de Campo Alegre durante la PAC II, y de San José y Santa Rosa durante la CAP III, en Chincha.

En las comunidades que no existía una directiva encargada de la administración del suministro de agua, el equipo del proyecto, en coordinación con los dirigentes comunales, convocaron a una asamblea general para luego de presentar la propuesta de proyecto, proceder a la elección del Comité de Agua Potable (CAP). Este fue el caso del Comité de Agua Potable de Agua Santa, que se conformó durante la PAC I, Comité de Cabeza de Toro durante la PAC III, y Comité de Pámpano durante la PAC IV, en la provincia de Pisco, que estuvieron integrados por un presidente, tesorero, secretario y vocal, que fueron elegidos en asamblea general, lo cual se encuentra respaldado en el Acta de Conformación de cada Comité.

En Chincha, también se conformaron Comités de Agua Potable como el de Santa Luisa durante la PAC II, y Juncal, Huamanpali y Mariposa durante la PAC IV.

Los Comités de Agua Potable fueron reconocidos por la Municipalidad de cada distrito, a través del Acta de Constitución de la CAP, por un período de dos años.

### **Elección de promotores de salud**

Los promotores de salud constituyen el recurso humano local que facilita la implementación de las acciones en educación sanitaria y son el nexo articulador entre la comunidad, el proyecto y los sectores competentes en la zona.

La elección de los promotores de salud, fue coordinada directamente con los encargados de los Centros de Salud, para conocer la labor preventiva que realizaban en los Centros Poblados de su jurisdicción, así como, identificar a los promotores con quienes ellos trabajaban y así evitar duplicidad. Posteriormente, se invitó a otras personas a participar de esta labor y así cubrir a todos los sectores de la población.

En las comunidades donde no se contó con este tipo de promotores que ya hayan trabajado con los puestos o centros de salud, en coordinación con los dirigentes locales, se convocó a una asamblea general y allí fueron elegidos. De preferencia se nombró personas de ambos sexos que tuvieran cierto conocimiento en el área de salud, ya sea por

estudios o por experiencia. Si no había, simplemente se eligió a personas con voluntad y espíritu de colaboración.

Durante la PAC I y III, se presentaron dificultades en Agua Santa y Cabeza de Toro en Pisco, para encontrar promotores que permitan cubrir al total de la población, ya que se calculó un total de 20 familias por promotor y algunas veces no se cubría el total de promotores necesario por comunidad. Por ello, una estrategia utilizada donde las personas no estaban decididas a colaborar como promotores de salud, consistió en convocar a una reunión general para formar grupos y pedir a cada uno que analizara las cualidades de sus integrantes y nombrara a un líder. Una vez obtenido un listado de líderes elegidos por la comunidad, se procedió a motivarlos y capacitarlos para que asuman el rol de promotores de salud de su zona.

*“Fue importante averiguar sobre las personas más colaboradoras y empáticas de la comunidad para luego consultarles si deseaban ser promotores” (equipo ADRA)*

En Chincha, se trabajó con un total de 69 promotores de salud, y en Pisco con 17 a lo largo de todo el periodo del proyecto.

Los promotores participaron de diferentes talleres de capacitación, a fin de que este espacio de entrenamiento y desarrollo contribuyera a formarlos en aspectos de higiene y saneamiento.

De acuerdo al Manual para Promotores de Educación Sanitaria, sus funciones fueron:

- Organizar la ejecución del seguimiento a las familias usuarias para mejorar las condiciones de saneamiento intra domiciliario y mejoramiento de la higiene personal y ambiental.
- Coordinar con el establecimiento de salud y el centro educativo, la organización y ejecución de campañas, concursos y ferias de higiene y salud en la comunidad y escuela.

Por otro lado, el equipo del proyecto coordinó con los directores de los Centros Educativos para informarles sobre el plan de capacitación en educación sanitaria dirigido a los niños de cuarto y quinto grado de primaria. Estos talleres se desarrollaron con participación del equipo y promotores, previa coordinación con los docentes de áreas afines, quienes cedieron su tiempo para dichas coordinaciones.

## **FORTALECIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES LOCALES**

Este componente se orientó a fortalecer las capacidades de los CAP o JASS y de los promotores de salud.

Por ello, en coordinación con los municipios, se promovieron acciones de capacitación en temas de gestión del agua, durante el proceso de fortalecimiento de la organización local.

En el proceso de mejoramiento o construcción de los sistemas de agua potable en las localidades focalizadas, se contó con la activa participación de la población, muy bien representada por sus líderes locales; lo que permitió avanzar con la ejecución de las obras, tanto de la parte técnica en sí (ejecución de la obra con participación comunitaria), como de la parte social (capacitación en educación sanitaria y seguimiento de adopción de hábitos saludables en las familias).

### **Funciones del Comité de Agua Potable**

Según consta en el Manual de Estatutos y Reglamentos del CAP, y de acuerdo al Programa Nacional de Saneamiento Rural, el CAP o JASS, es una organización comunal

constituida con la finalidad de administrar, operar y mantener los servicios de saneamiento de la comunidad<sup>56</sup>.

Se constituye en una organización comunitaria de carácter funcional, con un periodo de duración mínima de dos años.

El órgano que se encarga de realizar la gestión de los servicios de saneamiento y de dar el seguimiento a los usuarios de los sistemas, es el consejo directivo. La elección de sus miembros se realiza por asamblea general y está conformado por 05 integrantes, entre varones y mujeres:

- Presidente, encargado de realizar la convocatoria, dirigir la asamblea general y controlar el manejo de los recursos económicos.
- Tesorero, quien controla la recaudación de las cuotas familiares, realiza los gastos necesarios para la marcha del servicio y lleva el libro de caja actualizado.
- Secretario, cuya función es llevar el libro de actas al día y controlar la asistencia a las asambleas.
- Fiscal, con la responsabilidad de denunciar ante el Consejo Directivo, cuando se cometa infracciones por algún usuario.

---

<sup>56</sup> PNSR. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/migl/metastaller\\_5\\_constitucion\\_meta35.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/metastaller_5_constitucion_meta35.pdf)

- Vocales, encargados de apoyar a los miembros del Consejo Directivo para hacer cumplir sus funciones con eficiencia y oportunidad.

Los CAP trabajaron de manera responsable, en términos generales, preocupados por el bienestar de sus comunidades, con el apoyo de los usuarios y con el respaldo de las autoridades ediles. Así pues, en dos eventos públicos los miembros de los Comités de Chincha y de Pisco, recibieron un reconocimiento a través de un acta por parte de cada Municipalidad. De igual forma, se entregó a cada uno de ellos un kit de herramientas y útiles de oficina a fin de que estén bien implementados para el desarrollo de sus actividades técnicas y administrativas.

*“Se les entregó libros, fólderes, lapiceros, y un kit básico de herramientas para que estén bien equipados para cumplir sus funciones” (Equipo del proyecto)*

## B. DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS OBRAS

### **B.1 CONSTRUCCIÓN DE LAS OBRAS DE AGUA POTABLE**

Antes de iniciar la ejecución, fue realizada la compatibilidad de campo de cada uno de los expedientes técnicos, y luego se procedió a la suscripción de las actas de inicio de obras, con la presencia de las autoridades de la zona y los comités de agua.

En algunas comunidades la obra ejecutada consistió en la instalación de lavaderos domiciliarios tipo batea de granito con sus respectivas cajas de paso, cubiertas con tapas de aluminio en la que se encontraban las llaves con sus accesorios. Mientras que, en otras, se contempló el rediseño total de la red puesto que estaba totalmente inoperativa debido a que existían circuitos abiertos que impedían la buena presión de agua, había fugas a lo largo de la red, conexiones clandestinas, etc. En otro grupo de comunidades se implementó la obra de manera completa desde el tanque elevado, redes y conexiones domiciliarias.

## **B.2 CAPACITACIÓN EN ADMINISTRACIÓN, OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE AGUA**

A fin de lograr el adiestramiento en la administración, operación y mantenimiento del sistema de agua potable, los miembros participaron de sesiones teórico-prácticas en: Funciones de los miembros del CAP y Administración del sistema de agua potable, cuyo producto final fue la elaboración de su plan de trabajo, el mismo que fue monitoreado a través de fichas de seguimiento.

La transferencia de tecnología, consistió en capacitar en forma práctica a personas de la zona o miembros de los comités de agua, a través de talleres de gasfitería y reparaciones menores, que se realizaron con simulaciones de instalación desde la red matriz, la colocación de la abrazadera, el procedimiento para las conexiones domiciliarias e instalación y reparación de lavaderos; así como reparaciones menores para el hogar como el cambio de empaquetaduras.

Para cumplir este objetivo también se publicó y distribuyó los manuales “Operación y Mantenimiento de Nuestro Sistema de Agua Potable” y “Manual de Gasfitería Básica”, dirigidos a los comités de agua potable con la finalidad de

impartir conocimientos prácticos para el cuidado de cada parte del sistema instalado.

Los temas impartidos se detallan a continuación:

1. **Administración**; a fin de contribuir a la prestación y sostenibilidad del sistema es necesario gestionar y administrar el sistema con responsabilidad, conocimiento técnico, organización y participación. Es por ello, que las capacitaciones consideraron las herramientas básicas para la organización, reglamentación, presupuesto y estructura tarifaria, manejo de libros, elaboración de plan de trabajo; así como, el manejo de formatos adaptados a la realidad de la zona que les permita desarrollar una eficiente gestión comunitaria del agua.
2. **Operación**: dirigido a los CAP, con el objetivo de brindar las herramientas teórico prácticas, que permitan desarrollar las acciones para poner en funcionamiento todos los componentes del sistema de agua potable. También, se realizaron talleres prácticos de gasfitería básica, utilizando maquetas armables con todos los componentes de las conexiones intradomiciliarias.

3. **Mantenimiento**; dirigido a los CAP para conservar de manera adecuada y funcional cada parte del sistema, a través de un mantenimiento preventivo, para evitar daños en el sistema y un mantenimiento correctivo para reparar daños o reponer piezas deterioradas.

En el siguiente cuadro, se aprecia el periodo en que cada CAP de las provincias de Chincha y Pisco, fue capacitado:

*Cuadro N° 19. Periodo de capacitación de los CAP*

Provincia	Distrito	Centro Poblado	Comité de Agua Potable	PAC					Temas de capacitación			
				I	II	III	IV	V	Administración	Operación	Mantenimiento	
Chincha	El Carmen	San José	1		x			x		- Funciones de los miembros del CAP - Estatutos y Reglamentos - Manejo de libro de caja - Seguimiento a los sistemas de agua - Cálculo tarifario para los usuarios - Cobro de las cuotas de usuarios - Elaboración de plan de trabajo anual - Gestión comunitaria del agua.	- Taller de gasfitería y reparación del sistema (realizado por SEMAPACH, Gobierno local) - Instalación desde la red matriz, colocación de abrazadera - Cloración y desinfección del reservorio - Procedimiento para conexiones domiciliarias e instalación de lavaderos	- Taller de mantenimiento del pozo tubular, tanque elevado, cajas de control y del paso del sistema instalado - Mantenimiento del sistema de desagüe con biodigestores (Sólo a CAP Agua Santa)
	Chincha Baja	Campo Alegre	1	x								
		Santa Luisa	1	x								
		Santa Rosa	1			x						
		Mariposa	1				x	x				
	Alto Laran	Huamapali	1				x	x				
Juncal		1					x					
Pisco	San Clemente	Agua Santa	1		x	x						
	Independencia	Cabeza de Toro	1				x					
	Huáncano	Pámpano	1					x				
<b>Total de CAPS:</b>			<b>10</b>									

Fuente: Informe Final del proyecto

### B.3 CAPACITACIÓN EN EDUCACIÓN SANITARIA

La educación sanitaria es uno de los pilares para el logro de los objetivos e impacto de un proyecto de agua. Por ello, se incorporaron enfoques que facilitaron la adopción de hábitos y comportamientos sanitarios en la población, con el propósito de mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de las comunidades.

Los temas tratados giraron en torno a comportamientos básicos que debían ser adoptados por las familias participantes. El desarrollo de este componente se inició, incluso, antes de la ejecución de la obra, en tres espacios: el hogar, la comunidad y la escuela. Para lograr este objetivo fue necesaria la participación de tres instancias: gobierno local, ministerio de salud y ministerio de educación local.

### **Capacitación a Comités de Agua Potable**

Con el fin de que sus integrantes se constituyan en modelos de comportamientos sanitarios a seguir por las familias, también fueron capacitados en temas de: Higiene Personal, Higiene de los Alimentos, Higiene de Nuestra Casa, Adecuada Eliminación de Excretas, Separación de Residuos Sólidos e Importancia del Cuidado del Agua. Estas capacitaciones las recibieron juntamente con los promotores de salud.

### **Capacitación a promotores de salud**

Uno de los aspectos fundamentales para lograr cambios y mejorar la calidad de vida familiar y comunitaria, es a través del rol y compromiso del promotor de salud, pues es la persona encargada de promover prácticas saludables en cada hogar de su comunidad. Además, es un poblador como

los demás que debe mostrar ejemplo de prácticas saludables en su comunidad.

La metodología usada en las capacitaciones fue teórico-práctica. Después de recibir la parte teórica, se les presentó las nuevas prácticas que debían adoptar como parte de un nuevo estilo de vida, tomando en cuenta el beneficio que tendría cada práctica en su familia y comunidad. Los temas fueron preparados en base a la realidad de la zona y con un lenguaje sencillo y fácil, a fin de que, tanto ellos como los miembros de su comunidad participen en la gestión de saneamiento básico.

Cada tema consideró una parte práctica, lo que permitió comprobar el aprendizaje de los nuevos hábitos. El objetivo fue introducir un tema acompañado de una metodología ágil, dinámica, atrayente a las personas y que permitiera brindarles el tema de manera vivencial. Las capacitaciones se iniciaron con una motivación de deseo al cambio, que fue un requisito básico para aplicar lo aprendido y organizar a la comunidad apuntando a un mismo objetivo: mejorar la calidad de vida.

Se preparó el plan de capacitación para promotores, con un enfoque participativo. Las capacitaciones se realizaron en el local de la posta de salud, integrando a los promotores de las diferentes zonas para compartir sus experiencias. Se

contó con un formato de seguimiento familiar que fue distribuido a los promotores para su posterior utilización en las capacitaciones a las familias. Asimismo, recibieron materiales como mandil, mochila, y gorros como parte del distintivo del promotor, una carpeta con las fichas, y materiales educativos como su manual del promotor, rotafolio, trípticos y demás para ser utilizados en campo.

*“Las promotoras se sentían realmente importantes, por la labor realizada y se les veía más cuidadas “*

*(Personal del proyecto)*

Los temas en los que fueron capacitados son:

1. Higiene Personal, donde se resaltó la importancia de estar limpios y la práctica correcta del lavado de manos como una forma de reducir las enfermedades.
2. Higiene de los Alimentos, que contempló las precauciones necesarias al momento de manipular los alimentos.
3. Higiene de Nuestra Casa, a fin de mantener limpios los compartimientos de la vivienda para evitar la presencia de moscas, cucarachas y ratones.
4. Adecuada Eliminación de Excretas, para evitar la contaminación ano- mano – boca.

5. Importancia del Cuidado del Agua, como una manera de promover el consumo de agua segura y el mantenimiento de los tanques de agua.

6. Separación de Residuos Sólidos, ya que la basura es un problema persistente que contamina el medio ambiente.

Luego de ser capacitados, los promotores de salud realizaron la réplica a los pobladores con el seguimiento de la supervisora social del proyecto. Primero dieron la charla en grupo en un salón público de la comunidad o en casa de algunos de ellos, en donde también se usó el método teórico-práctico, siguiendo el proceso indicado en el Manual de Educación Sanitaria, dirigido especialmente a ellos.

Cada tema replicado se inició con una dinámica de animación que motivó a los participantes, los desconectó de los problemas diarios y los hizo entrar en confianza. Para lograr este fin, también se utilizó música, videos, juegos, etc. Por último, para comprobar si dicho trabajo estaba dando resultado o si se estaba usando la metodología adecuada, se realizó la demostración práctica y la evaluación del taller.

**En Chincha**, la gran mayoría de las capacitaciones fueron dadas en los centros y puestos de salud con el apoyo de los profesionales de salud de cada ámbito, los cuales brindaron materiales adicionales como folletos y otros para el desarrollo de los talleres. En general, hubo una buena acogida y asistencia de los promotores a los talleres de capacitación.

**En Pisco**, las capacitaciones se dieron mayormente en las propias comunidades, con poco apoyo de los profesionales de los centros de salud, sobre todo al inicio del proyecto, lo cual mejoró notablemente en los siguientes periodos del proyecto. Dado que la gran mayoría eran promotores de la comunidad se tuvo una asistencia del 80 % a las capacitaciones, para el grupo restante tuvo que reprogramarse las fechas.

### **Capacitación a familias**

En este proceso de capacitación a las familias, los promotores de salud replicaron los talleres que habían recibido; agruparon a sus familias, gestionaron el lugar y horario para desarrollar las capacitaciones en las aulas del colegio o en los salones comunales. Se logró la participación activa de las familias asistentes en los

diferentes talleres, gracias al compromiso de los dirigentes comunales que permitieron y colaboraron en las convocatorias realizadas; y se entregaron incentivos para las familias a fin de motivar su participación y puntualidad a los talleres.

En Chincha, se tuvo ciertas dificultades en Santa Rosa y San José por el tema de motivación de promotores ya que, dado que es un trabajo voluntario sin remuneración, muchas veces requirió apoyo constante de la coordinadora social del proyecto para alentar y acompañar el trabajo de los promotores nuevos sobre todo al inicio del proceso.

En Pisco, la dificultad estuvo dada por la dispersión de población en Cabeza de Toro en Independencia. Por ello, aquí se replanteó la estrategia, cambiando el número de familias asignado a cada promotor.

### **Capacitación a docentes y alumnos de instituciones educativas**

Un aspecto importante contemplado en el proyecto, fue la concientización de los alumnos del 4° y 5° grado del nivel primario que promovió la práctica de hábitos de saneamiento ambiental a fin de permitir la prevención de enfermedades. La formalización de la participación de las

instituciones educativas se hizo a través de un convenio con la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL).

Las capacitaciones a docentes y alumnos fueron realizadas por las coordinadoras sociales del proyecto, en el mismo colegio, haciendo uso del auditorio o teatrín de la institución. Estas charlas, siguieron un cronograma entregado a la dirección del centro educativo. Para este fin se elaboró un manual de educación sanitaria y titulado “Al Aprender y Practicar, Tenemos Más Salud”.

Es importante señalar que, para mantener la atención de los alumnos, cada contenido estuvo acompañado de motivación, la parte demostrativa, la evaluación y finalmente los compromisos en los que se pretendía que cada niño adopte una actitud positiva frente al tema impartido. Los talleres estuvieron centrados en actividades lúdicas, cantos y refuerzo de los temas con materiales visuales de memoria y tarjetas.

Para hacer sostenible las prácticas adquiridas, cada aula de clase, contó con un brigadista escolar elegido por ellos mismos. La principal función de este alumno fue realizar el seguimiento de los hábitos de higiene y llevar un control en un afiche proporcionado por el proyecto y pegado en la pared del salón.

*“Fue evidente el cambio en los alumnos, se les veía más limpios”. (Profesora Santa Rosa)*

Los temas impartidos en las capacitaciones a docentes y alumnos fueron:

- 1.- Autoestima: “Me quiero, me cuido, me siento bien”
- 2.- Higiene Personal: “Niños sanos, niños felices”
- 3.- Principales Enfermedades: “Lavándonos las manos, evitamos las enfermedades”
- 4.- Lavado de Manos: “Manos limpias, niños sanos”
- 5.- Higiene en la Escuela: “Colegio limpio y saludable”
- 6.- Higiene de la Vivienda: “Casa limpia y saludable”

Según la revisión documental efectuada, para los docentes y alumnos, el tema que más les impactó fue el de lavado de manos, al entender que las manos sucias, se convierten en el lugar perfecto para que los microbios vivan y se reproduzcan.

Para el desarrollo de estos temas se utilizaron materiales como afiches de lavado de manos, karaoke de la canción “Soy Valioso” y spots publicitarios sobre uso apropiado del agua y prácticas adecuadas de lavado de manos.

La letra de la canción “Soy Valioso” fue de mucha aceptación por adultos y sobre todo por los niños. La letra de la misma es:

Cada día yo aprendo que soy muy  
valioso

Oso, oso, muy valioso (2 bis)

**Coro**

**Que felices nos sentimos cuando  
estamos Todos sanos**

**Tra, la, la, la, la , la, la, la, la, la, la....**

Me lavo mi cuerpito con el gran jabón  
Bom, bom, el gran jabón

**Coro**

Antes de ir a comer me lavo mis manitos  
Ito, ito, mis manitos

**Coro**

Cada día yo limpio el  
Patio de mi casa

Asa, asa, mi casa

**Coro**

Cuando encuentro la basura

Lo pongo al basurero

Ero, ero basurero

**Coro**

Cabe mencionar que para conseguir que los alumnos interioricen, reconozcan y valoren la importancia de mantener el cuerpo, casa y colegio limpios, se apeló mucho al ingenio y creatividad de los niños, pues se reforzó el aprendizaje con trabajos grupales y tareas como: inventar chistes, crear acrósticos, contar anécdotas, etc., siempre de acuerdo al tema impartido. Por su parte, a los docentes les impresionó el material visual que se usaba en cada charla, de tal forma que incluso pedían que, al finalizar la capacitación, éstos quedaran en el aula, como una manera de que los alumnos tengan siempre presente la nueva práctica aprendida.

*“Los niños pensaban que, con mojar las manos, estas ya  
estaban limpias”*

*(Poblador de San José)*

También se desarrolló el concurso de dibujo *“Yo cuido el agua de mi casa y mi colegio”* en coordinación con la UGEL (Unidad de Gestión Educativa Local) de Chincha y Pisco y la institución educativa correspondiente. Se transmitió a los alumnos el mensaje sobre la importancia del cuidado del agua, aprovechando fechas como el “Día

Mundial del Agua”, a través de una obra de teatro y en las actividades mismas del evento.

De igual manera, en coordinación con las instituciones competentes, se realizó un pasacalle por el Día Mundial del Agua en donde los alumnos mostraron mensajes alusivos al cuidado del agua como líquido elemento principal de su comunidad, a través de pancartas y afiches elaborados por ellos mismos.

En los distritos de Chincha y Pisco, las capacitaciones tuvieron en general, bastante aceptación por parte de alumnos y docentes, que vieron en los talleres espacios de sana diversión y aprendizaje lúdico.

En Pisco, por ejemplo, se solicitó se pueda apoyar a más cantidad de población escolar, lo cual fue posible gracias al apoyo de los docentes de otros grados. Las instituciones educativas de Agua Santa y Cabeza de Toro fueron capacitadas durante la PAC I, mientras que el colegio de Pámpano en el periodo de la PAC III y el de Huamanpali durante la PAC IV.

En Chincha, los profesores estuvieron bastante comprometidos con el desarrollo de los temas, facilitando y desarrollando todo tipo de actividades de educación sanitaria como parte de su trabajo. El colegio de Campo

Alegre, Santa Rosa y Huamanpali fueron capacitados durante la PAC II, III y IV respectivamente.

*Cuadro N° 20.* Periodos en las que fueron capacitadas las instituciones educativas.

PAC en los que se capacitó a instituciones educativas				
Provincia	Distrito	CC.PP.	Institución Educativa	PAC
Chincha	Chincha Baja	Campo Alegre	Abraham Valdelomar	II
		Santa Rosa	José Gubbel 22249	III
	Alto Laran	Huamanpali	N°22636	IV
Pisco	San Clemente	Agua Santa	María Parado de Bellido	I
	Independencia	Cabeza de Toro	Fuente del Saber	I
			Faustino Rosas Barboza	I
			Isaac Montalvan	I
			Santa Isabel	I
			Santa Beatriz	I
	Huancano	Pámpano	IE Andrés Avelino Cáceres N°22249	III

*Fuente: Informe del proyecto- PAC III*

## C. DESPUÉS DE LA OBRA

### C.1 SEGUIMIENTO Y MONITOREO

El seguimiento fue realizado por los promotores sanitarios a través de visitas domiciliarias, a fin fortalecer la adopción de hábitos saludables de higiene en la población. En condiciones normales, un promotor atendía en promedio a 20 familias, pero en comunidades en las que, por uno u otro motivo, los agentes de salud se retiraban o viajaban, se tuvo que atender hasta 40 familias por promotor (pocos casos). Las visitas domiciliarias se realizaron una vez por mes, al

principio, pero dado que no siempre se contó con un promotor, dicha actividad se efectuó en algunas comunidades con una frecuencia trimestral.

Tal como se muestra, en los informes de trabajo, los promotores de salud opinaron que la práctica de visitar a cada una de las beneficiarias en sus propias casas, fue muy favorable, pues allí las madres pudieron preguntar con toda confianza algún aspecto que no fue entendido del todo en la sesión grupal.

*“Es bueno porque si nos hemos olvidado de algo nos lo hacen recordar” (Poblador de Campo Alegre)*

El seguimiento a las familias también permitió acompañar la implementación de las buenas prácticas de higiene, observar la limpieza de viviendas y baños, verificar el buen funcionamiento y limpieza de los lavaderos y dar sugerencias sobre aspectos relacionados con la salud. El instrumento de recojo de información utilizado fue la ficha de seguimiento de adopción de prácticas saludables para familias. Los promotores realizaron este seguimiento en estrecha coordinación y acompañamiento del equipo del proyecto.

*“Durante las visitas, si como familia teníamos un error se nos explicaba lo que no habíamos aprendido”*

*(Pobladora de Santa Luisa)*

En Chincha, algunos promotores informaron que, mayormente, las mamás recibieron las visitas con agrado; sin embargo, otros manifestaron haber sentido cierta barrera para ingresar a las casas. A pesar de ello, estos agentes consideraron que las visitas domiciliarias fueron necesarias para observar y verificar el avance de las familias.

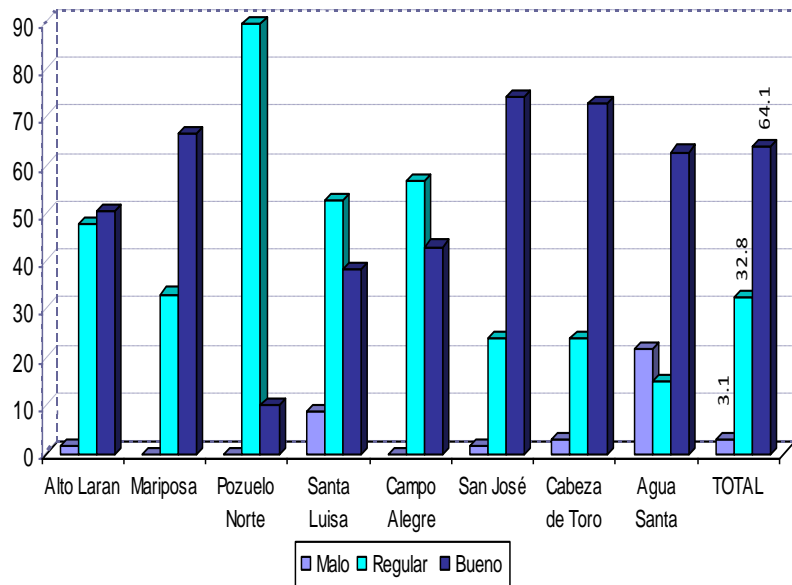
*“Las visitas eran buenas porque se veía el avance de las familias” (Pobladora de Campo Alegre)*

En algunas comunidades de Pisco, los promotores fueron recibidos con mucha amabilidad; ya que las madres empezaron a conversar y a compartir sus inquietudes y problemas, de tal forma que la visita que debió demorar 10 minutos, se convirtió en muchos casos en una visita de treinta minutos o más. Es decir, estos espacios generados sirvieron también como una forma de socialización de las familias que a su vez redundó en consejos de mejora para las prácticas de higiene familiar.

A continuación, como ejemplo, se presentan los resultados del seguimiento de prácticas de higiene, de un semestre, en

base a unos parámetros observables definidos para el estudio, en los distritos de intervención de las provincias de Chincha y Pisco. (*F*, significa número de familias)

*Gráfico N° 7. Resultados del seguimiento de las prácticas de higiene*



*Fuente: Informe Semestral 2010 del proyecto*

## **C.2.REFORZAMIENTO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SALUDABLES**

Estas actividades se desarrollaron gracias al apoyo de las instituciones de salud local, quienes facilitaron el personal y ambientes para el desarrollo de los temas y revisaron los formatos de seguimiento de prácticas y manuales de educación sanitaria.

Para el reforzamiento de las prácticas saludables en las familias, se generaron diversas estrategias de acuerdo a las características de las comunidades; como la de los talleres productivos que se brindaron a las familias y promotores de salud, que fueron un complemento a las sesiones de refuerzo de educación sanitaria y su aplicabilidad permitió generar y mejorar sus ingresos.

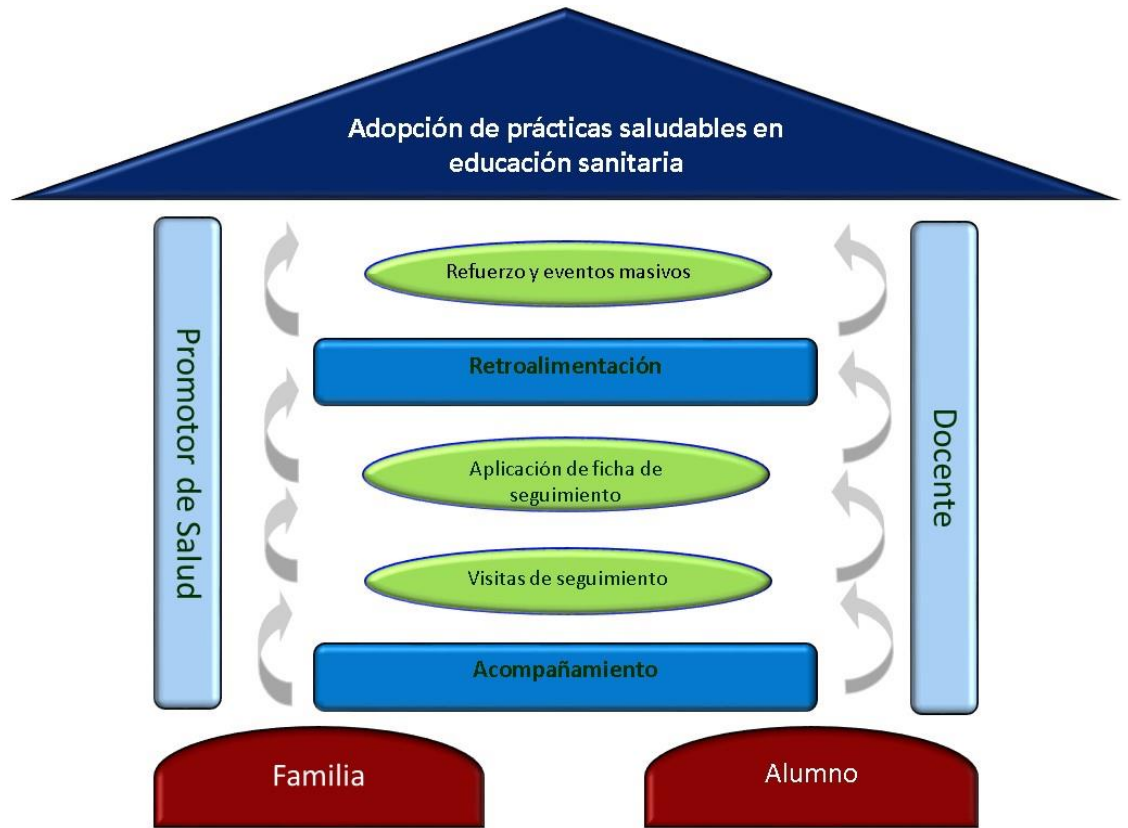
En otras zonas, el reforzamiento consistió en la organización de concursos con el fin de promover el cuidado de la comunidad y la disposición adecuada de los residuos sólidos. Los concursos “Calles Limpias” y “Letrina Saludable” contaron con la participación activa de los promotores que fueron los encargados de visitar casa por casa animando e inscribiendo a los participantes. Estos eventos se realizaron en alianza con los líderes comunales, centros educativos y promotores de salud.

En el caso de Chincha, un tema que requirió reforzamiento durante la PAC II y III en las comunidades cuya obra no había sido aun construida, y por ende no se contaba con el acceso para realizar la práctica fue *Cuidado del agua*, ya que solo se podían abastecer desde pozos, canales o tanques cisterna.

En los centros poblados de Cabeza de Toro y Pámpano de Pisco, según los informes de seguimiento de prácticas, requerían se refuerce en temas de *Eliminación de excretas*, ya que eran comunidades, que aún no contaban con el servicio de desagüe. Es así que, los pobladores se encontraban en un proceso de aprendizaje, para dejar el hábito de realizar sus necesidades a campo abierto en algunos casos. Otro tema por reforzar, tanto en Chincha como en Pisco, fue el de *Residuos Sólidos*, en los centros poblados en los que aún no llegaba el servicio de recojo de basura, ya que los pobladores tenían la costumbre arraigada de quemar los residuos inorgánicos, o echarlo a los pozos o darles a sus animales.

En resumen, la estrategia de seguimiento de prácticas saludables se puede graficar de la siguiente manera:

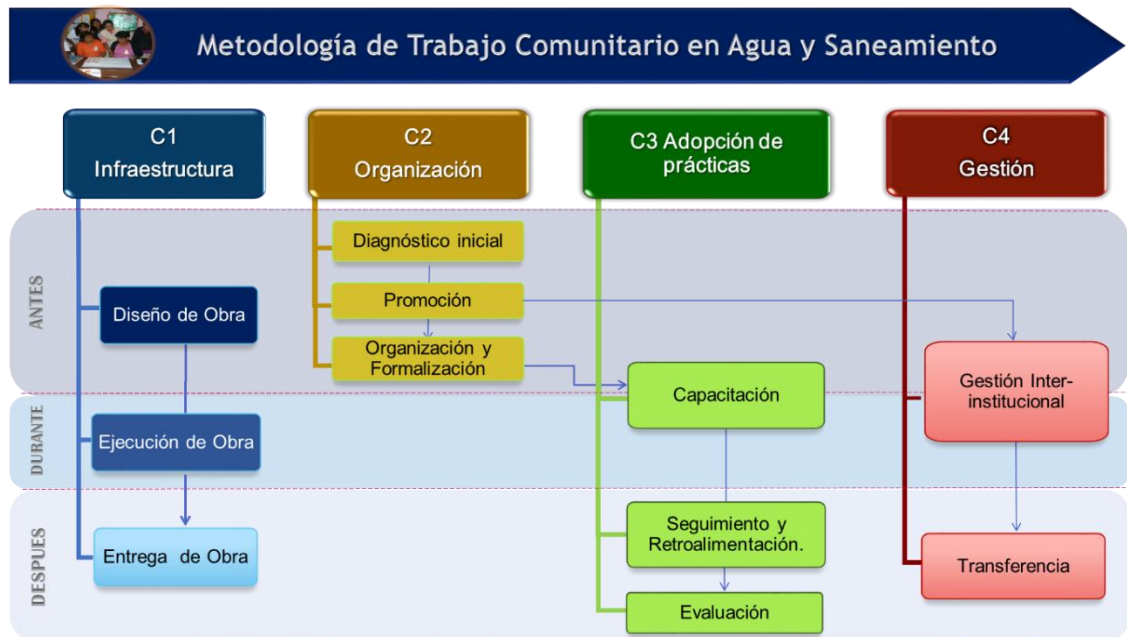
Gráfico N° 8. Estrategias de seguimiento de adopción de prácticas saludables



Fuente: Elaboración propia

En resumen, la metodología del trabajo comunitario desarrollado en el proyecto, se aprecia en el siguiente gráfico:

*Gráfico N° 9. Metodología del proyecto*



Fuente: Elaboración propia

## 9.2 RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN LOS DIFERENTES ACTORES EN MATERIA DE EDUCACIÓN SANITARIA Y FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

### 9.2.1 GRUPOS ORGANIZADOS FORTALECIDOS EN GESTIÓN, ADMINISTRACIÓN, OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE AGUA.

El objetivo de este componente fue fortalecer las capacidades locales de los grupos organizados para asegurar un servicio continuo, un agua de consumo de buena calidad, y en la cantidad necesaria.

**Cuadro N° 21.** Resultados Alcanzados de Grupos organizados fortalecidos en gestión, operación y mantenimiento de los sistemas de agua potable

<i>Resultado previsto</i>	<i>Indicador 1</i>	<i>Resultado alcanzado</i>	<i>% alcanzado</i>
<i>Grupos organizados fortalecidos en gestión, operación y mantenimiento de los sistemas</i>	<i>10 comités de Agua Potable capacitados en administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua</i>	<i>Grupos organizados fortalecidos en gestión, operación y mantenimiento de los sistemas de agua potable.</i>	<i>100 %</i>

*Fuente: Elaboración propia*

El Texto Único Ordenado del Reglamento de la Ley General de Servicios de Saneamiento (Ley 26338), Decreto Supremo N° 023-2005-VIVIENDA, establece en su Título VII, Del Ámbito Rural y Pequeñas Ciudades, (artículo 167°) que “la responsabilidad por la gestión, operación y mantenimiento estará a cargo de la organización comunal, para el caso del ámbito rural”, es decir para una población menor a 2,000 habitantes.

Por ello, en el marco de esta Ley vigente durante la ejecución de este proyecto, se trabajó con la organización comunal “Comités de Agua Potable” (CAP), elegida voluntariamente por la comunidad, constituida con el propósito de administrar, operar y mantener los servicios de agua y saneamiento en cada comunidad focalizada. Dichas organizaciones participaron activamente en los talleres realizados por el proyecto, en coordinación con SEMAPACH (Servicios Municipales de Agua Potable y Alcantarillado de Chincha) y de cada Municipalidad Distrital. Estas entidades apoyaron en las capacitaciones a través de sus técnicos designados, como parte de su rol en el ámbito rural (57).

Los CAP fueron elegidos en asamblea general por su misma comunidad, así como fueron reconocidos y registrados mediante

---

(57) *Ley General de Servicios de Saneamiento, Título VII, Del Ámbito Rural y de las Pequeñas Ciudades, artículo 169°, inciso g.*

resolución de alcaldía en cada Municipio Distrital, para que puedan ejercer su rol (presidente, secretario, tesorero, operador técnico, fiscal, vocal); en base a los Estatutos y Reglamentos aprobados por cada Comité de Agua Potable.

#### 9.2.2 COMUNIDADES BENEFICIARIAS CUENTAN CON EDUCACIÓN SANITARIA

##### **70% de familias beneficiarias capacitadas en educación sanitaria**

En el período del proyecto se logró capacitar al 83% (1,272 familias) en los 07 temas de educación sanitaria para promover la adopción de prácticas saludables en educación sanitaria. Se inició el proceso de capacitación luego de haber identificado a la población beneficiaria de las 11 comunidades, la selección de los promotores de salud y organización para el desarrollo de las capacitaciones, involucrando a madres y padres de familia, niños y niñas.

**Cuadro N° 22.** Familias beneficiarias con Educación Sanitaria

<i>Resultado previsto</i>	<i>Indicador</i>	<i>Resultado alcanzado</i>	<i>% alcanzado</i>
<i>Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria</i>	<i>70% de las familias beneficiarias capacitadas en educación sanitaria</i>	<i>Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria</i>	<i>119 % de la meta (83% de las familias beneficiarias capacitadas en educación sanitaria)</i>

*Fuente: Elaboración propia*

La participación de las familias requirió de una constante visita realizada por el promotor de salud, fomentando su asistencia activa en por lo menos 5 talleres de capacitación de los 7 temas, logrando capacitar así al 83% de familias del proyecto.

Es importante resaltar que, si bien es cierto, las familias con acceso a agua potable fueron 1,129 familias, las familias atendidas con el componente social de educación sanitaria fueron 1,272; esto por razones que en algunos casos se consideraron familias del componente de agricultura, en otros casos, por cubrir el total de la jurisdicción comunitaria sin excluir a alguna familia (por ejemplo en Cabeza de Toro), ya que cuando fueron realizadas las capacitaciones no se sabía cuántas familias estarían beneficiadas con el sistema de agua potable.

**Cuadro N° 23.**Familias Beneficiarias por Comunidad del proyecto

Provincia	Distrito	PAC	Centro Poblado	Total Familias	Total Familias Capacitadas	% Familias Capacitadas
Chincha	El Carmen	II	San José	327	263	80%
	Chincha Baja	I	Mariposa	32	22	69%
			Pozuelo Norte	32	25	78%
		II	Campo Alegre	61	56	92%
			Santa Luisa	40	39	98%
			Santa Rosa	296	257	87%
	Alto Larán	II	Alto Larán	70	69	99%
		IV	Juncal	34	18	53%
Huamanpali			70	54	77%	
Pisco	San Clemente	I - II - IV	Agua Santa	144	106	74%
	Independencia	II - III	Cabeza de Toro	340	298	88%
	Huancano	III	Pámpano	94	65	69%
<b>Total:</b>				<b>1,540</b>	<b>1,272</b>	<b>83%</b>

Fuente: Elaboración propia

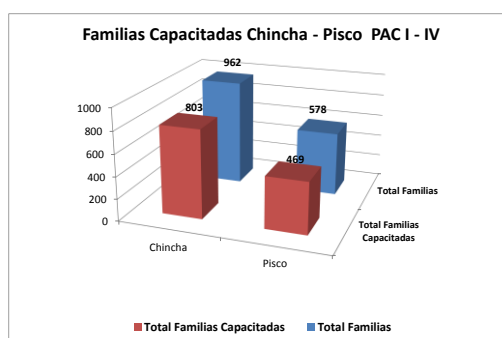
**Cuadro N° 24.**Total de Familias Capacitadas en Chincha y Pisco

PAC	Provincia	Total Familias	Total Familias Capacitadas	% Familias Capacitadas
<b>PAC I - IV</b>	Chincha	962	803	83%
	Pisco	578	469	81%
<b>TOTAL</b>		<b>1540</b>	<b>1272</b>	<b>83%</b>

Fuente: Elaboración propia

(\*) PAC – Programa Anual de Convenio

**Gráfico N° 10.** % Familias Capacitadas de Chincha y Pisco



Fuente: Elaboración propia

Se tiene que el 83% de las familias fueron capacitadas en educación sanitaria en la provincia de Chincha; mientras que en la provincia de Pisco el 81% de las familias fueron capacitadas, haciendo un total del 83% de familias capacitadas durante el convenio, sobrepasando así la meta en un 19%.

***Familias con Seguimiento y monitoreo en adopción de prácticas saludables***

Para el desarrollo de este proceso se contó con las fichas de seguimiento de adopción de prácticas saludables en educación sanitaria, las mismas que fueron validadas por los especialistas de la entidad de salud a nivel provincial, a fin de que este instrumento sea aplicado por el promotor de salud.

Se aplicó de manera periódica a las familias, a través de visitas a sus hogares, por medio de preguntas y observación, y fueron clasificadas con puntaje, tal como sigue:

- Adecuadas prácticas, con una puntuación de 23 a 32 prácticas realizadas.
- En proceso, con una puntuación de 12 a 22 prácticas realizadas.
- Malas prácticas con una puntuación de 0 a 11 prácticas realizadas.

Las prácticas que fueron reforzadas para las familias, fueron las de los talleres de educación sanitaria: higiene personal, higiene en la vivienda, higiene en la preparación de los alimentos, importancia del cuidado del agua, eliminación de excretas y residuos sólidos.

A continuación, se aprecia un cuadro con el número de familias con seguimiento, así como el nivel de adopción encontrado a lo largo de los años II al IV.

**Cuadro N° 25.** Seguimiento a familias en educación sanitaria en

Provincia	Adopción de prácticas	PAC II	%	PAC III	%	PAC IV	%
CHINCHA	% Adecuadas	125	38	307	82	504	83
	% En proceso	172	53	62	17	87	14
	% Malas prácticas	30	9	4	1	14	2
Sub total familias		327		373		605	
PISCO	% Adecuadas	47	57	239	72	187	75
	% En proceso	32	39	81	25	49	20
	% Malas prácticas	4	5	10	3	15	6
Sub total familias		83	100	330	100	251	100
Total familias		410		703		856	

Chincha y Pisco. PAC I-PAC IV.

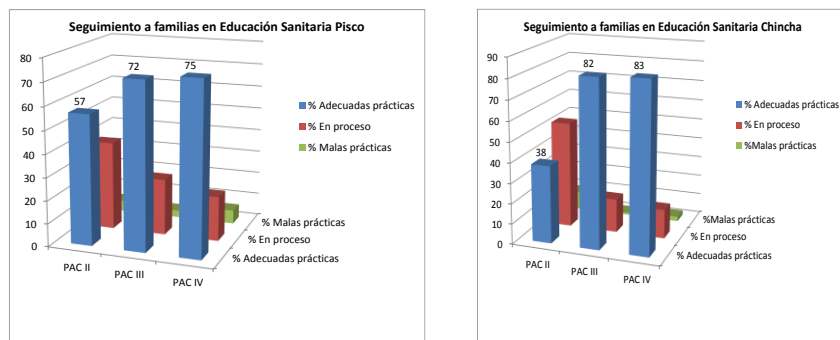
*Fuente: Elaboración propia*

Así tenemos que, durante el periodo de seguimiento, se observa un incremento en la mejora de buenas prácticas de educación sanitaria a lo largo de las PACII, III y IV.

Por ejemplo, en el caso de Chincha se visualiza que en un inicio solo un 38% de familias con seguimiento tenían buenas prácticas, y con las actividades de reforzamiento se ha logrado que al final del periodo alcancen un 82% de buenas prácticas. Similar caso se observa en Pisco, cuya evolución de buenas prácticas fue de 57%

en el Año II (PAC) hasta un 72% en el último periodo de seguimiento (Año o PAC IV). Por lo que, en resumen, fue evidente una tendencia en ambas zonas a la mejora de prácticas.

**Gráfico N° 11. Seguimiento a familias en Educación Sanitaria**



Fuente: Elaboración propia

En otras zonas, el reforzamiento consistió en la organización de concursos con el fin de promover el cuidado de la comunidad y la disposición adecuada de los residuos sólidos. Los concursos “Calles Limpias” y “Baños Saludables” contaron con la participación activa de los promotores que fueron los encargados de visitar casa por casa animando e inscribiendo a los participantes. Estos eventos se realizaron en alianza con los líderes comunales, centros educativos y promotores de salud.

### **Comités de Agua Potable capacitados en educación sanitaria**

Los líderes comunitarios de los CAP, también, fueron capacitados en educación sanitaria con el propósito de conocer la importancia

de la higiene de las familias en sus hogares, así como, el adecuado uso y manipulación de los alimentos, el correcto lavado de manos; todo ello, para prevenir las enfermedades como las diarreas en menores de 5 años de edad.

Los 10 comités de agua potable, 7 CAP de Chincha y 3 CAP de Pisco, fueron capacitados al 100%, de forma conjunta con los promotores de salud en sus propias comunidades. La Unidad de Promoción de Salud de los Centros de Salud y los Puestos de Salud de cada comunidad, apoyó en el desarrollo de estos talleres de educación sanitaria brindando sus espacios físicos, así como, el respectivo acompañamiento en las sesiones educativas.

**Cuadro N° 26.** CAPs capacitados por comunidades

PAC	Provincia	Distrito	Centro Poblado	Miembros del CAP	Miembros CAP Capacitados	# CAP capacitado en Ed San	% CAP Capacitados	
I	Chincha	El Carmen	San José	5	5	1	100%	
III		Alto Larán	Juncal	5	5	1	100%	
IV			Huamapalí	5	5	1	100%	
II		Chincha Baja		Santa Luisa	5	5	1	100%
				Campo Alegre	5	5	1	100%
IV				Mariposa	5	5	1	100%
III				Santa Rosa	5	5	1	100%
I		Pisco	San Clemente	Agua Santa	5	5	1	100%
II			Independencia	Cabeza de Toro	5	5	1	100%
III			Huancano	Pámpano	7	7	1	100%
Total				52	52	10	100%	

*Fuente: Elaboración propia*

**Cuadro N° 27.**Resumen de CAPs capacitados por provincia

Provincia	Miembros del CAP	Miembros CAP Capacitados	# CAP capacitado en Ed San	% CAP Capacitados
Chincha	35	35	7	100%
Pisco	17	17	3	100%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

**50% de los alumnos de instituciones educativas capacitados en educación sanitaria**

**Cuadro N° 28.** % Alumnos con Educación Sanitaria

<i>Resultado previsto</i>	<i>Indicador</i>	<i>Resultado alcanzado</i>	<i>% alcanzado</i>
<i>Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria</i>	50% de los alumnos de instituciones educativas capacitados en educación sanitaria.	<i>Comunidades beneficiarias cuentan con Educación Sanitaria</i>	198% de la meta propuesta (50% de los alumnos de instituciones educativas capacitados en educación sanitaria)

Fuente: Elaboración propia

Se capacitó un 99% los alumnos de primaria de las comunidades donde ha trabajado el proyecto, de los niveles 3°, 4°, 5° y 6°; y en algunos casos también a los alumnos de las secciones de 1° y 2° de primaria; lo que representa un 198% de la meta propuesta.

En su totalidad fueron capacitados 707 alumnos, de los cuales el 51.5% son niños (364) y 48.51% niñas (343).

**Cuadro N° 29.**Alumnos capacitados en Educación Sanitaria por provincia

Provincia	Alumnos capacitados		Total Alumnos capacitados
	M	F	
<i>Chincha</i>	<i>169</i>	<i>138</i>	<i>307</i>
<i>Pisco</i>	<i>195</i>	<i>205</i>	<i>400</i>

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro N° 30.**Alumnos capacitados en Educación Sanitaria por distrito

Distrito	PAC	Centro Poblado	Centro Educativo	Total de alumnos que asisten a escuela	Grados	Alumnos capacitados		Total Alumnos capacitados	Total %									
						M	F											
El Carmen	I	San José	I.E. N° 22751	43	4to y 5to	21	22	43	100									
Alto Larán	I	Alto Larán	I.E. N° 22226	142	4to.A y B	39	28	142	100									
					5to A,B y C	40	35											
	IV	Huamanpali	I.E. N° 22636	36	1ro a 6to	20	16	36	100									
Chincha Baja	I	Mariposa	I.E. N° 23516	19	1ro a 6to	10	9	19	100									
										III	Santa Rosa	I.E. N° 22208	42	4to y 5to	22	19	41	98
										II	Campo Alegre	I.E. Abraham Valdelomar	26	3,4,5 y 6to	17	9	26	100
San Clemente	II	Agua Santa	María Parado de Bellido	150	4to A,B y C	35	32	147	98									
										IV	I.E Villa La Esperanza N° 22778	24	3ro - 6to	14	10	24	100	
Independencia	II	Cabeza de Toro	Fuente del Saber	26	4to y 5to	10	16	26	100									
			Faustino Rosas Barboza	20	4to y 5to	11	8	19	95									
			Isaac Montalvan	108	4to y 5to	53	52	105	97									
			Santa Isabel	15	4to y 5to	5	10	15	100									
			Santa Beatriz	13	4to y 5to	8	5	13	100									
	IV	José Gabriel Aguilar N° 22443 - Lat. IV	26	4to y 5to	13	13	26	100										
Huancano	III	Pámpano	IE N° 22449	25	3ro - 4to	6	4	25	100									
					5to - 6to	6	9											
<b>TOTAL:</b>				<b>715</b>		<b>364</b>	<b>343</b>	<b>707</b>	<b>99</b>									

Fuente: Elaboración propia

### 9.2.3 GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO COMUNITARIO

Durante el periodo del proyecto, se identificaron actores claves de los espacios interinstitucionales a fin de concretar acciones conjuntas, de acuerdo a cada nivel de trabajo, así como para asegurar la sostenibilidad de las acciones:

- A nivel nacional
  - **Red de Agua Segura (RAS)**, es una asociación voluntaria conformada por diversas organizaciones del sector, cuya presidencia esta a cargo del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. En diversas oportunidades, la RAS participó en el fortalecimiento de capacidades a los CAPS en el marco de las acciones del proyecto.
  
- A nivel regional
  - **Gobierno Regional de Ica**, facilitó el desarrollo de actividades de su ámbito.
  - **Dirección Regional de Salud**, facilitó el desarrollo de actividades del sector salud, así como, revisión de material educativo en educación sanitaria.
  
- A nivel provincial
  - **Unidad Educativa de Gestión Local (UGEL) Chincha**, facilitó el desarrollo de talleres de educación sanitaria a los colegios en su jurisdicción, y brindó apoyo en acciones conjuntas en fechas simbólicas (día mundial del agua, día del lavado de manos).
  
  - **Unidad Educativa de Gestión Local (UGEL) Pisco**, participó en la revisión de materiales educativos y facilitó la realización de eventos en los colegios de su jurisdicción.

- A nivel distrital y local, se realizaron coordinaciones interinstitucionales, que se concretaron con la firma de un Convenio Interinstitucional con cada una de ellas, tal como se observa en el siguiente cuadro.
  - o Municipalidades distritales.
  - o Centros de Salud distritales (micro red).
  - o Puestos de Salud.
  - o Instituciones educativas

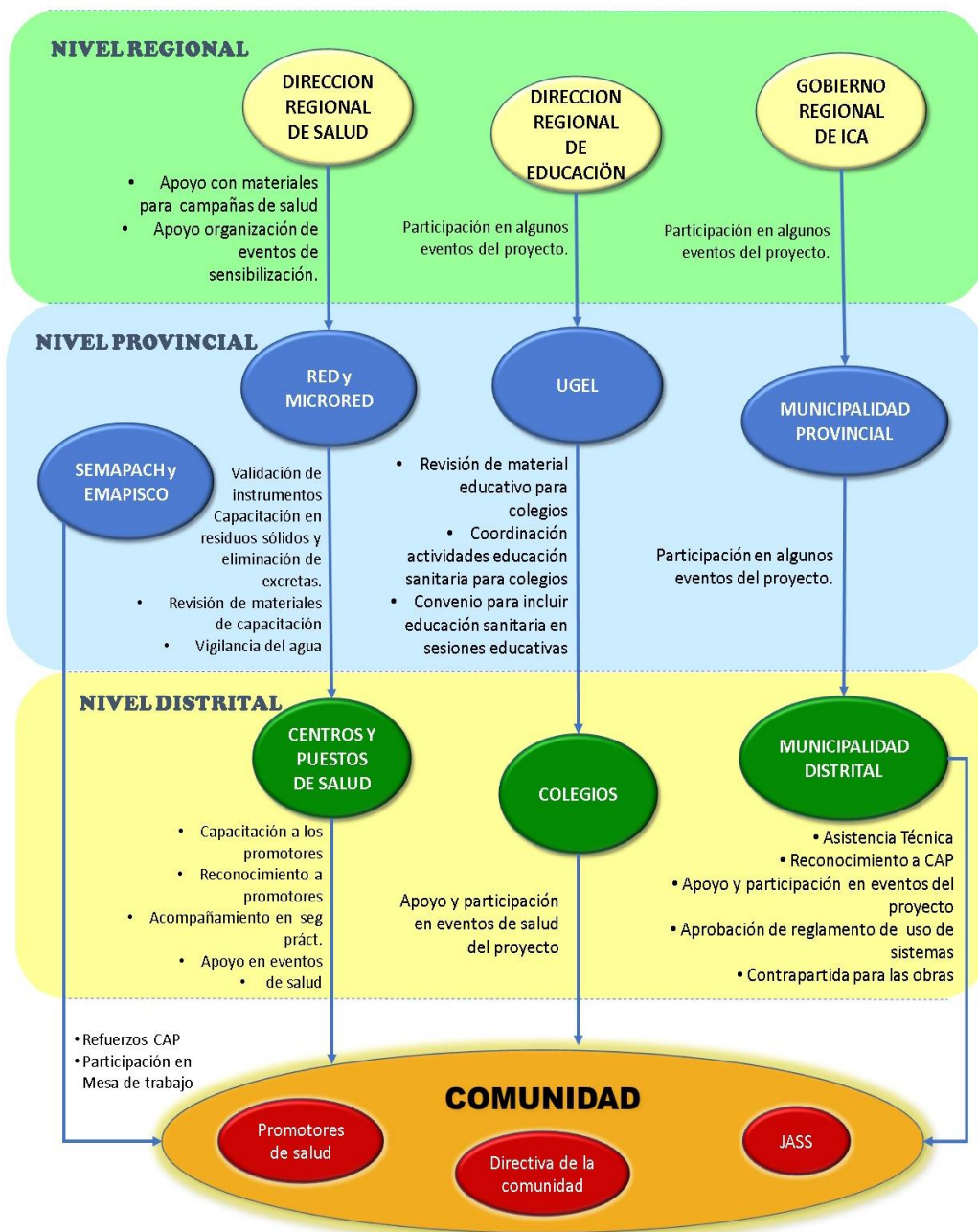
**Cuadro N° 30.** Compromisos a nivel de actores locales

Provincia	Distrito	Centro Poblado	Actores locales	Compromisos realizados
Chincha	El Carmen	San José	Municipalidad Distrital El Carmen	Reconocimiento de CAP.
		Mariposa	Centro de Salud El Carmen	Convocatoria a líderes comunitarios, participación en reuniones con agentes comunitarios de salud, validación de los instrumentos utilizados, organización de reuniones sociales para promotores, acompañamiento en seguimiento a familias, desarrollo de campañas de salud, y reconocimiento a promotores de salud.
	Chincha Baja	Santa Luisa	Municipalidad distrital de Chincha Baja	Contrapartida en las obras de agua potable, coorganizador en eventos de CAPS distrital, supervisión de obras, formalización y reconocimiento de CAPS.
		Campo Alegre	Centro de Salud Sta. Rosa	Organización conjunta de capacitación a promotores de salud, acompañamiento en seguimiento a familias, identificación de promotores de salud de su jurisdicción, apoyo en eventos de refuerzo y reconocimiento a promotores de salud
		Pozuelo Norte Santa Rosa	Puesto de Salud Sta. Rosa	
	Alto Laran	Juncal	Municipalidad distrital de Alto Laran	Contrapartida en las obras de agua potable, participación en eventos de su jurisdicción, formalización y reconocimiento de los CAPS.
		Huamanpali	Centro de Salud Alto Laran	Apoyo en capacitación para promotores de salud, identificación de promotores de salud, y reconocimiento a promotores de salud.

			Municipalidad distrital de Independencia	Contrapartida en la obra de agua potable, participación en eventos de inauguración, formalización y reconocimiento de CAP.
Pisco	Independencia	Cabeza de Toro L. III-IV	Centro de Salud Independencia	Apoyo en capacitación para promotores de salud, identificación de promotores de salud y reconocimiento a promotores de salud.
			Puesto de Salud Cabeza de Toro	
	San Clemente	Agua Santa	Municipalidad distrital de San Clemente	Contrapartida en la obra de agua potable, participación en eventos de inauguración, formalización de los CAPS, seguimiento y vigilancia de obras de agua potable y de eliminación de excretas.
			Centro de Salud San Clemente	Apoyo en capacitación para promotores de salud, identificación de promotores de salud y reconocimiento a promotores de salud.
	Huancano	Pámpano	Municipalidad distrital de Huancano	Contrapartida en la obra de agua potable, participación en eventos de inauguración, formalización y reconocimiento del CAP.
			Centro de Salud de Huancano Puesto de Salud Pámpano	Apoyo en capacitación para promotores de salud, identificación de promotores de salud y reconocimiento a promotores de salud.

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 12. Acciones Interinstitucionales durante el proyecto



Fuente: Elaboración propia

#### 9.2.4 RESULTADOS NO ESPERADOS DEL ESTUDIO

- Participación en eventos de asociatividad de CAPs

Los Comités de Agua Potable asociados, representan un modelo superior de fortalecimiento técnico y operativo para las organizaciones comunitarias de agua potable. Por ende, una asociación de organizaciones comunitarias, puede ejercer una mejor representatividad hacia sus interlocutores, que pueden ser ONGs, Instituciones y Gobiernos Locales, lo que deriva en grandes ventajas para la población.

En ese contexto, durante la PAC IV y con apoyo de la RAS se gestionó la participación de los CAP de Campo Alegre, Santa Luisa y Santa Rosa de Chincha, en el II Encuentro Latinoamericano de Organizaciones Comunitarias del Agua en Cusco (2011), con participación de 400 personas aproximadamente de 14 países de Latinoamérica.

Por ello, a partir de esta iniciativa, se facilitaron espacios dentro del proyecto para la promoción de la asociatividad de las organizaciones comunitarias de servicios de agua, y el intercambio de aprendizajes y de iniciativas innovadoras entre las mismas.

Es así que, durante la PAC V, se hizo también un Encuentro Distrital de Organizaciones Comunitarias del Agua en Chincha Baja, a fin de promover la asociatividad de Comités de Agua

Potable de dicho distrito, esto gracias al apoyo del Alcalde distrital; donde se tuvo la participación también de 9 Comités de Agua Potable que no eran del proyecto, con los temas de concientización sobre problemática del agua a nivel mundial y nacional, importancia de los recursos hídricos, y el rol de los Comités de Agua Potable en las comunidades, así como, la importancia de la asociatividad para impulsar gestiones a nivel de gobierno local y regional.

Posteriormente los líderes de los CAP del proyecto fueron seleccionados para participar en eventos de organizaciones comunitarias a nivel internacional en Ecuador (2012).

- Generación de ingresos, producto de talleres de refuerzo  
Diversas estrategias fueron generadas para el reforzamiento de las prácticas saludables en las familias, de acuerdo a las características de las comunidades; una de ellas, fueron los talleres productivos que se brindaron a las familias y promotores de salud, como un complemento a las sesiones de refuerzo en educación sanitaria y su aplicabilidad permitió en algunos casos, generar y mejorar sus ingresos.

En estos talleres, las coordinadoras de salud del proyecto, enseñaron a los participantes una manualidad, pero antes de ello, hicieron charlas de quince minutos, aproximadamente,

sobre temas de salud, alimentación balanceada o problemas de familia. Entre ellos, se les enseñó a elaborar postres, cajas de regalo y cortinas para división de ambientes; así como, diversas manualidades a base de objetos reciclados como centros de mesa y adornos navideños.

*“La elaboración de cajas de regalo permitió generar ingresos a algunas familias de Campo Alegre, que las vendían solas o con un producto dentro, en el caso de las que tenían tiendas” (Equipo de ADRA)*

- Mesa de Trabajo Interinstitucional en Chíncha

Se lideró la conformación de la Mesa de Trabajo Interinstitucional en Chíncha, como un espacio voluntario y abierto conformado por autoridades locales de salud, educación y empresas como SEMAPACH, cuyo objetivo fue realizar coordinaciones interinstitucionales, buscar soluciones conjuntas que permitan fortalecer el accionar del agua y saneamiento en la zona y promover un efecto multiplicador de experiencias en la obtención, tratamiento, distribución y consumo de agua.

Gracias a las reuniones de coordinación con la Mesa de Trabajo Interinstitucional, se facilitaron la realización de diversas actividades como el pasacalle por el Día Interamericano del Agua, donde participaron centros

educativos del nivel inicial y primario de la provincia de Chincha, con el objetivo de motivar a la niñez en el cuidado del Agua.

Este espacio facilitó mucho el intercambio de experiencias también, pero dado que, hubo ciertos cambios en la administración de varias instituciones, y que, para darle sostenibilidad, el liderazgo de la misma recayó en otra institución, es que no se continuó impulsando sus acciones.

### **9.3 LECCIONES APRENDIDAS PARA FUTURAS INTERVENCIONES QUE SE PODRÍAN REPLICAR EN LA ZONA.**

#### **9.3.1 LECCIONES APRENDIDAS GENERALES**

##### **Proceso de identificación de actores comunitarios es clave para el inicio de la implementación**

Antes de iniciar las actividades, el personal de las áreas técnico y social realizó un proceso de identificación de actores comunitarios en el mismo lugar donde se iba a implementar las actividades del proyecto. Por ello, se optó por hacer un barrido comunidad por comunidad, para identificar a los líderes y pobladores con potencial para apoyar las actividades del proyecto. Estas personas se convirtieron en el brazo derecho del equipo y facilitaron la implementación de todo el proceso.

##### **Autoridades locales abren las puertas al proyecto**

Una buena estrategia fue trabajar desde el inicio con las autoridades locales de cada distrito, ya que ellos, como gestores del desarrollo de su pueblo, deben ser los primeros en ser informados a fin de sumar esfuerzos y generar compromisos conjuntos para su jurisdicción.

En así que, de manera general, desde el gobierno local, hubo bastante apertura y apoyo para el desarrollo de las actividades, sin embargo, cuando hubo cambio de autoridades, se evidenció un

tiempo muerto en el que se tuvo que reiniciar el proceso de sensibilización con los mismos, lo que ocasionó retrasos sobre todo en la firma o cumplimiento de compromisos de las gestiones anteriores, que evidentemente ya conocían el trabajo del proyecto.

### **Inversión económica para lograr cambios**

Las estrategias para generar cambios de comportamiento requieren de inversión presupuestal considerable para la implementación de actividades participativas y creativas, tanto para el trabajo con los niños como con los pobladores en general. Es así que, a mayor movilización por parte de la población para las actividades de capacitación y seguimiento, que conlleva a la sostenibilidad de las acciones, se requerirá mayor inversión económica también.

### **Compromiso de seguimiento del proyecto por parte de las instituciones locales es de gran importancia por contribuir a la sostenibilidad del proyecto.**

El seguimiento es hoy en día, una ardua tarea que requiere reorientarse por parte de las instituciones ejecutoras, a fin de gestionar y generar compromisos sólidos para la sostenibilidad de las acciones por parte de las instituciones locales. En ese sentido, se debió enfatizar desde el inicio con el Ministerio de salud local el cumplimiento de la vigilancia comunitaria de prácticas durante y posterior al proyecto, por parte de los promotores de salud, así

como, controlar periódicamente la calidad del agua de los sistemas instalados en su jurisdicción de manera conjunta con el municipio.

### **Construcción de la sostenibilidad de forma intersectorial**

La sostenibilidad debe ser construida desde el inicio de las acciones de todo proyecto de forma interinstitucional, a través del fomento de la participación de los sectores comprometidos con el agua y saneamiento, como son, educación, salud y gobierno local, a fin de potenciar acciones conjuntas que permitan optimizar recursos y presupuestos institucionales. Como, por ejemplo, se pueden aprovechar las campañas de vacunación que hace salud para reforzar temas de lavado de manos; o sensibilizar a empresas locales u organizaciones no gubernamentales con presencia en la zona, para que, como parte de su labor social apoyen, con temas puntuales de interés en salud de acuerdo a la realidad local.

Es decir, es importante, el establecimiento de un mecanismo que genere la participación activa de los principales actores, a fin de propiciar desde cada ámbito, la educación sanitaria como parte de la labor y responsabilidad, para con las comunidades de su jurisdicción.

En ese sentido, la Mesa de Trabajo Interinstitucional liderada en un inicio por el proyecto, fue una excelente estrategia que merece ser replicada en otros escenarios o programas.

### 9.3.2 LECCIONES APRENDIDAS EN EDUCACIÓN SANITARIA.

#### **Complementariedad de la Educación Sanitaria con las obras de agua potable**

Con el propósito de sensibilizar a las personas, grupos organizados e instituciones en la importancia de mejorar la salud ambiental de la comunidad, el proyecto contempló la capacitación en diferentes temas de educación sanitaria a fin de propiciar el establecimiento y desarrollo de prácticas saludables a nivel comunitario y de cada hogar. Por ello, el seguimiento de dichas prácticas han sido claves para evidenciar cambios de comportamiento y con ello un impacto en la salud.

Por otro lado, el manejo apropiado del líquido vital está íntimamente relacionado con la promoción de prácticas de saneamiento e higiene, pues de nada serviría contar con un servicio de agua de calidad si esto no va a reflejarse en nuevos y mejores hábitos de higiene.

De igual forma, el hecho de que estas mismas prácticas hayan sido inculcadas a los niños de educación primaria, favorece la posibilidad de contar con generaciones comprometidas con el

saneamiento y bienestar de las familias y comunidades en las que habitan.

### **Metodología de capacitación con retroalimentación constante**

La metodología inicialmente planteada se fue retroalimentando de acuerdo a las necesidades de la población, observadas en las visitas domiciliarias y de acuerdo a los resultados del seguimiento de prácticas saludables. Por ello, algunas estrategias se fueron construyendo a lo largo del proceso, lo que permitió enriquecer la metodología con participación de los pobladores y promotores de salud, en el caso de las familias, y con los profesores participantes, en el caso de los escolares.

### **Actividades creativas de generación de ingresos**

Un gran aporte de los promotores de salud y del equipo social del proyecto en Chincha específicamente, fue la implementación de talleres de manualidades que permitieron a los pobladores vender sus productos y generar ingresos a sus familias. Tal es el caso, del taller de confección de cajas de regalo y de manualidades navideñas, que fueron posteriormente vendidas con gran acogida. Dichos talleres sirvieron también, como estrategia para captar la atención de más pobladores a las capacitaciones en educación sanitaria, ya que se realizaban como actividades previas a las mismas.

### 9.3.3 LECCIONES APRENDIDAS EN FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EN GESTIÓN DEL AGUA.

#### **Diagnóstico de Género, hubiera generado mayor impacto en la población**

Si bien un diagnóstico de género no estaba contemplado en el diseño del proyecto, el hecho de considerarlo, hubiera permitido disponer de información clasificada por sexo, que permita tener datos como actividades y roles de hombres y mujeres en las diferentes comunidades, lo que hubiera contribuido a entender mejor el proceso social comunitario.

Un análisis con perspectiva de género, ayuda también a conocer cuan dispuestos están los grupos comunitarios a ser parte de la intervención, minimizando de esta manera la posibilidad de exclusión de algún colectivo.<sup>58</sup>

#### **Fortaleciendo las capacidades de los gobiernos e instituciones se contribuye a la sostenibilidad**

En este tipo de proyectos, es de suma importancia, fortalecer la capacidad del personal técnico del municipio y autoridades de la

---

<sup>58</sup> SENDOTU. (2010). *Diseño de Proyectos Sociales desde una Perspectiva de Género*. Fundación Peñascal y Federación Sartu. [http://www.sartu.org/wp-content/uploads/Cuaderno\\_trabajo\\_Sendotu\\_n3.pdf](http://www.sartu.org/wp-content/uploads/Cuaderno_trabajo_Sendotu_n3.pdf)

comunidad en la gestión integral de los proyectos, generando mayor participación de su equipo técnico y considerando capacitaciones en estos temas específicos. Particularmente, en este caso, se debió haber incidido en capacitaciones a los gobiernos municipales e instituciones de salud a fin de que, al término del proyecto, asuman con total responsabilidad y compromiso el seguimiento de las acciones en pro de las poblaciones de su jurisdicción.

### **Participación comunitaria en la programación es clave para agilizar procesos**

En la implementación de un proyecto, la población es quien determina en gran medida su grado de avance, por ello, se enfatizó en hacer partícipes a la comunidad, en la programación de actividades, tomando en cuenta sus festividades, faenas agrícolas, o conflictos entre comunidades, lo que contribuyó a no alterar en gran medida la planificación del proyecto.

### **Generación de espacios de intercambio de experiencias entre organizaciones comunitarias permite empoderarlas**

Los espacios para compartir experiencias de trabajo entre las organizaciones comunitarias del agua fueron claves para socializar los problemas y mejorar el accionar de dichos comités. Es por ello, que desde el proyecto se fomentaron estos intercambios de

aprendizaje, entre los comités del proyecto y los que no lo eran. Esto permitió un evidente punto de comparación para las organizaciones pertenecientes al proyecto, al liderar frente a las otras organizaciones. En ambos casos, estas organizaciones se vieron beneficiadas al tener en cuenta, circunstancias y problemáticas similares, y de esta manera tener una mejor perspectiva de toma de decisiones frente a su realidad.

En general, el aprendizaje fue recíproco y beneficioso para el empoderamiento y fortalecimiento de dichas organizaciones.

## X. DISCUSIÓN

En décadas pasadas, según MINDES (2011)<sup>59</sup>, proyectos como los de FONCODES, tenían como objetivo principal solo la ejecución de obras físicas, sobre todo en sus primeras dos etapas, sin considerar un componente social, (1991 al 1995). En el análisis realizado por Soto (2003)<sup>60</sup> a dichos proyectos (FONCODES), se obtuvo que, las obras se encontraban bastante deterioradas y en otros casos colapsadas, con un porcentaje de operatividad de solo 11.5%. Además, en el mismo estudio se señala que, del total de proyectos de agua analizados (104), incluyendo FONCODES, MINSA, ONGs y cooperación internacional, solo el 31.7 % eran sostenibles. Estos datos alarmantes de inicios del milenio, son muestras de la evolución que ha tenido el trabajo rural, que ahora en su gran mayoría contempla tanto componentes de infraestructura como componentes sociales, con estrategias diferenciadas de participación comunitaria.

Es así que, a lo largo de la investigación bibliográfica revisada se evidencia que, hoy por hoy, las instituciones ejecutoras, en especial las ONGs y cooperación internacional, consideran la inclusión de uno o más componentes sociales para ejecutar un proyecto de agua y saneamiento, quedando en el pasado las intervenciones rurales que solo consideraban la infraestructura de agua. Sin embargo, es preocupante hoy en día, que cuando se trata de un proyecto de

---

<sup>59</sup> MINDES. (2011). Núcleo Ejecutor: Experiencia de Gestión de Proyectos por la Comunidad y sus Representantes. <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/pdf/5.pdf>

<sup>60</sup> Soto, F. (1999) Estudio de Sostenibilidad de Sistemas de Provisión de Agua en el Área Rural del Perú, Programa de Agua y Saneamiento, PNUD, Banco Mundial. <https://www.wsp.org/sites/wsp/files/publications/tarea1.pdf>

reconstrucción post emergencia por un desastre, generalmente solo se piensa en atender la infraestructura dañada, sin considerar la importancia que también tiene el aspecto social, que permita asegurar el uso y mantenimiento en el tiempo; tal como se evidenció en las obras ejecutadas con fondos del estado (FORSUR), y que atendió en su mayoría las zonas con mayor grado de daño en el sur del país. Ante esto, y siendo que es de suma importancia restablecer el acceso al agua luego de un desastre, también debe considerarse fortalecer las capacidades de la población usuaria, aunque sea en una segunda fase.

Las evidencias también muestran que si se quiere que las intervenciones sean sostenibles tanto en la operatividad de los sistemas como en el seguimiento de prácticas de higiene; se debe dar mayor impulso al acompañamiento desde el inicio por parte de las instituciones que tienen roles (municipio, educación, salud, etc.), puesto ya están reglamentadas sus competencias y funciones en relación a proyectos que se ejecuten en su jurisdicción. Por ello, es importante para posteriores experiencias, contribuir también a fortalecer las capacidades institucionales, para generar mayor compromiso local como parte de su rol, desde el inicio y sobre todo después de culminado el proyecto.

En Chincha y Pisco se desarrolló esta experiencia de 4.5 años de trabajo con municipalidades y MINSA local, en los que no ha sido fácil que dichas instituciones apoyen el proyecto, con asistencia técnica y financiera a las comunidades. Es así que, se aprecia aun mucha debilidad de gestión entre las instancias gubernamentales locales para asumir la transferencia y darle

sostenibilidad a este proyecto, tal es el caso que, una vez culminado el proyecto, se observan aun comunidades donde solo funcionan los Comités de Agua Potable que se preocupan por operar y mantener los sistemas; y no así los promotores de salud, cuya labor en la comunidad debería estar siendo liderada por el MINSA local.

## **XI. CONCLUSIONES**

1. Se ha confirmado con este proyecto, que la educación sanitaria y el fortalecimiento comunitario, mejoran la eficacia de los proyectos de agua y saneamiento, al evidenciarse en los resultados, prácticas saludables mejoradas en la población, que a la larga redundan en beneficio para la salud de las familias.
2. Se obtuvo una reducción de 3.9 puntos porcentuales en la prevalencia de EDAs en niños menores de 5 años, luego de realizar la comparación entre un grupo de control y otro experimental. Se aplicó este método ya que la Línea de Base que debió elaborarse al inicio y servir para medir el alcance de los indicadores, no fue realizada.
3. El modelo de trabajo comunitario inicial se vio enriquecido a lo largo del proyecto, con un diseño final que contempla actividades interrelacionadas a lo largo de sus tres momentos claves: el antes, durante y después de la obra, para el logro de los resultados en infraestructura, organización, adopción de prácticas y gestión. Las actividades de dicho modelo para el proceso de desarrollo de la infraestructura son: diseño, ejecución y entrega de obra; para el proceso de organización son diagnóstico inicial, promoción, organización y formalización; para el proceso de adopción de prácticas se consideró capacitación, seguimiento y retroalimentación, y evaluación; y finalmente, el proceso de gestión toma en cuenta la gestión interinstitucional y la transferencia del proyecto.

4. La estrategia de seguimiento de adopción de hábitos saludables a familias y alumnos, tuvo como pilares claves a los promotores de salud y a los docentes respectivamente, para el acompañamiento y retroalimentación de dichas prácticas.
5. La programación de trabajo de obras por comunidad a lo largo de cuatro años y medio, permitió dar seguimiento a la operación y mantenimiento de las obras, así como, a la adopción de prácticas saludables por parte de la población, sobre todo en las localidades cuyas obras fueron ejecutadas y culminadas los primeros años.
6. Ha habido una evolución hacia lo creativo, puesto que ahora se usan técnicas de trabajo grupal más participativas y que facilitan la fijación rápida de los conocimientos. A pesar de ello, tanto en este proyecto como en la gran mayoría de proyectos revisados para este estudio, se evidencian cambios mayormente de conocimiento y no tanto conductuales.
7. La presentación de avances y difusión de resultados anuales con presencia del cooperante, y la evaluación intermedia externa realizada, permitió que se tomen decisiones para corregir y mejorar acciones en beneficio del proyecto.

8. Los materiales educativos producidos por el proyecto fueron de bastante aceptación por parte de los usuarios, debido a que en muchos casos se diseñaron con apoyo de los actores claves.
  
9. La participación de los Comités de Agua Potable en eventos de intercambio de experiencias con sus pares a nivel distrital, provincial y en algunos casos, internacional, les sirvió a los participantes a sentirse más motivados y comprometidos para continuar desarrollando la gestión y mantenimiento de sus sistemas.

## **XII. RECOMENDACIONES**

### ***A gobierno nacional***

1. Establecer un Plan de Trabajo en alianza con todas las ONG y cooperación internacional a fin de potenciar acciones conjuntas y evitar la duplicidad de acciones en zonas de trabajo comunes. Esto optimizaría recursos y generaría un aprendizaje valioso para todas las instituciones del sector.

### ***A gobiernos locales***

2. Cuando se ejecuta un proyecto en su jurisdicción, es importante que los municipios destinen un personal técnico y una partida presupuestal, para la supervisión durante y después de las obras como parte de sus funciones. Así también, deben participar en las actividades que lo ameriten, a fin de estrechar vínculos con la población y con las organizaciones que trabajan en sus zonas.
3. Diseñar un plan de trabajo con las JASS, que contemple asesoría técnica periódica y talleres de intercambio interdistrital, a fin de fortalecer sus capacidades en la administración y operación de los sistemas, y sobre todo enriquecer el trabajo que cada una de ellas desarrolla a favor de su comunidad.
4. Mantener actualizado al personal técnico en temas de proyectos, a fin de que puedan brindar asistencia y asesoría a las comunidades de manera efectiva.
5. Desarrollar una estrategia de monitoreo y supervisión de manera conjunta con el MINSA local, cada uno con funciones definidas, permitirá la optimización

de recursos y un trabajo más efectivo para lograr que los proyectos se mantengan en el tiempo.

*A organizaciones ejecutoras*

6. Los proyectos en general deben contemplar un plan de sostenibilidad futura, elaborado con todos los actores involucrados, antes del inicio de la intervención, que contemple compromisos, planes de acción, y seguimiento por parte de las instituciones locales correspondientes.
  
7. Se debe asegurar la asistencia técnica post proyecto por parte de los municipios, enfatizando en acciones con su respectivo presupuesto, y no solo se quede en acuerdos y compromisos escritos al finalizar el proyecto.
  
8. Es sumamente importante que la entidad que ejecuta un proyecto, dé seguimiento continuo al cumplimiento de indicadores, así como, su grado de alcance, ya que cualquier situación imprevista puede mejorarse cuando es a tiempo.
  
9. Los equipos de campo deben participar en las mesas de trabajo provincial, regional y nacional, y otros similares, a fin de poder realizar actividades conjuntas que, permitan enriquecer experiencias entre las instituciones que trabajan en la zona de intervención.

10. Para un proyecto grande como este, se debe tener un gerente al 100% para la administración de este proyecto y con sede en la misma zona de trabajo, ya que esto hubiera redundado en un mejor seguimiento, gestión entre instituciones y representatividad de la entidad ejecutora en la zona.
11. Un aspecto importante a tomar en cuenta, es la utilización de medios de verificación en todas las actividades de capacitación, ya que ello permite evidenciar la percepción, aceptación y asimilación de los temas desarrollados. Por ello, la evaluación intermedia externa sugirió se adicione a los formatos clásicos utilizados, lo siguientes:
- Encuesta de Satisfacción de los temas dictados.
  - Relación de personas capacitadas, diferenciando mujeres y hombres.
  - Evaluación inicial y final por temas desarrollados.

### **XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI).(2009).Lecciones Aprendidas del Sur - Sismo de Pisco, 15 agosto 2007.  
<http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc1259/doc1259-contenido.pdf>
2. Fondo de Reconstrucción del Sur, FORSUR. (2008). Balance y Plan de Reconstrucción del Sur.  
<http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc1227/doc1227-contenido.pdf>
3. Cannock, G. Silva, J. Jara, C. O'Connor, R. Saavedra, F. Andrade, R. et al. (2011). Impacto económico del terremoto de 2007 en el sector de agua potable y saneamiento en cuatro provincias del Perú ¿Cuánto le costó al país no estar preparado? Programa de Agua y Saneamiento del Banco Mundial.  
<http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc1853/doc1853-contenido.pdf>
4. CARE Perú. (2009). Ayuda Memoria El proceso de reconstrucción post sismo del 15 de agosto del 2007 – Perú  
[http://www.care.pe/pdfs/vivienda/viv\\_007\\_resuejecu.pdf](http://www.care.pe/pdfs/vivienda/viv_007_resuejecu.pdf)
5. INEI. (2009). Compendio Estadístico Departamental ICA 2008-2009.  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib00839/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib00839/libro.pdf)
6. Municipalidad Provincial de Chincha. Ubicación y Localización de Chincha. Ica: Municipalidad de Chincha.  
<http://municipalidadchincha.gob.pe/webchincha/WebUBICACION.html>
7. INEI. (2008). Censos Nacionales 2007, XI de Población y VII de Vivienda.  
<http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/#>

8. INEI. (2008). Perfil Sociodemográfico del Departamento de Ica.  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0838/Libro04/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0838/Libro04/Libro.pdf)
9. Foncodes. (2007). Mapa de Pobreza 2006 con Indicadores 2007. Perú: FONCODES.  
[www.foncodes.gob.pe/portal/documentos/mapapobreza/mapa\\_de\\_pobreza\\_2007.xls](http://www.foncodes.gob.pe/portal/documentos/mapapobreza/mapa_de_pobreza_2007.xls)
10. DIRESA Ica. (2007). Análisis de la situación de salud de la Región Ica.  
[https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=80-analisis-situacion-salud-asis-region-ica-2006-0&category\\_slug=otros-documentos-interes-823&Itemid=1031](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&alias=80-analisis-situacion-salud-asis-region-ica-2006-0&category_slug=otros-documentos-interes-823&Itemid=1031)
11. ADRA Perú. (2008). Informe Inicial del proyecto “Prevención de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en las comunidades campesinas. Perú”.
12. Mejía, A. Castillo, O. Vera, R. y Arroyo, V. (mayo 2016). Agua potable y saneamiento en la nueva ruralidad de América Latina. Corporación Andina de Fomento. <http://pnsr.desa.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/12/Agua-y-saneamiento-en-la-nueva-ruralidad.pdf>
13. Castillo, O. (2005). Jalones sobre la Modernización y Descentralización del Área Andina. Las perspectivas de los servicios de agua y saneamiento en Perú y Bolivia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.  
[https://books.google.com.pe/books?id=HpCrWkBpRkgC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=HpCrWkBpRkgC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

14. Bustios, C. (2013). La salud ambiental en la historia de la salud pública peruana: 1535-2005 (Informe final: estudio de investigación 2012, con n° 120111331). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3426.pdf>
15. Soto, F. Álvarez, C. Cárdenas, Z. Suárez, P. Cabrera, W. Salazar, J. et al. (2006). Descentralización y servicios sostenibles de agua y saneamiento para el área rural, La experiencia y lecciones aprendidas del Proyecto PROPILAS en Cajamarca. COSUDE, CARE, Programa de Agua y Saneamiento del Banco Mundial.  
<http://water.care2share.wikispaces.net/file/view/Descentralizaci%C3%B3n+y+servicios+sostenibles+en+AyS--+PPII.pdf>.
16. Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE). La Cooperación Suiza en Perú. <http://cooperacionsuizaenperu.org.pe/noticias/40-noticias/711-5%20de%20octubre%20de%202011>
17. Calderón, J. (2004). Agua y Saneamiento: El Caso del Perú Rural Informe final. ITDG Oficina Regional para América Latina.  
<http://www.bvsde.paho.org/cursodesastres/diplomado/pdf/AyS.rural.pdf>
18. Altobelli, L. (2007). APRISABAC 7 años después.  
<https://anino.blogia.com/2007/080702-aprisabac-7-a-os-despues.php>
19. Soto, F. (2007). Caso PROPILAS en Cajamarca. Análisis de experiencias exitosas a nivel nacional en agua y saneamiento: Descentralización, participación y financiamiento, [Internet]. Cajamarca. CARE Perú.  
[https://www.sswm.info/sites/default/files/reference\\_attachments/CARE%202007%20Caso%20PROPILAS%20en%20Cajamarca-SPANISH.pdf](https://www.sswm.info/sites/default/files/reference_attachments/CARE%202007%20Caso%20PROPILAS%20en%20Cajamarca-SPANISH.pdf)

20. CARE. (2000). ¿Qué es lo nuevo: Lecciones Aprendidas? La Educación en Salud e Higiene en los Proyectos de Agua Saneamiento. Programa de Agua y Saneamiento PNUD – BANCO MUNDIAL.  
[http://www.bvsde.paho.org/cursoa\\_edusan/modulo1/ES-M01-L06-PAS,%202004b.pdf](http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L06-PAS,%202004b.pdf)
21. Berdegué, J. Ocampo, A. Escobar, G. (2000). Sistematización de Experiencias Locales de Desarrollo Rural. Guía Metodológica. [Internet]. FIDA (Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola) y PREVAL.  
[http://a4n.alianzacacao.org/uploaded/mod\\_documentos/sistematizacion%20experiencias%20locales%20guia%20metodologica.pdf](http://a4n.alianzacacao.org/uploaded/mod_documentos/sistematizacion%20experiencias%20locales%20guia%20metodologica.pdf)
22. Pinilla, S. (2005). Guía Metodológica “Aprendiendo a Sistematizar la Experiencia: Proyectos Pilotos en las Subcuencas de los Hules, Tinajones y Caño Quebrado, República de Panamá. USAID.  
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guia%20Metologica%20para%20la%20Sistematizacion%20de%20Proyectos%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guia%20Metologica%20para%20la%20Sistematizacion%20de%20Proyectos%20(2).pdf)
23. Jara, O. (2011). Agricultura Sostenible Campesina de Montaña. En: Seminario ASOCAM. Cochabamba, Bolivia. CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.  
<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan033278.pdf>
24. Zolezzi, M. Calderón, J. (2008). Estudio de diagnóstico en las áreas de: vivienda, agua y saneamiento, y desarrollo económico. Propuesta de lineamientos de políticas de reconstrucción con visión de desarrollo en las áreas priorizadas. Provincias de Chíncha y Pisco. DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. <http://old.cies.org.pe/files/varios/sismo-sur-solezzi.pdf>
25. Wikipedia. Distrito de Alto Laran.  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_Alto\\_Lar%C3%A1n](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Alto_Lar%C3%A1n)

26. Wikipedia. Distrito de El Carmen.  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_El\\_Carmen](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_El_Carmen)
27. Wikipedia. Distrito de Huancano.  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_Huancano](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Huancano)
28. Iperu.org. Distrito de San Clemente.(2019). Portal IPeru.  
<https://www.iperu.org/distrito-de-san-clemente-provincia-de-pisco>
29. Wikipedia. Distrito de San Clemente.  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_San\\_Clemente](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_San_Clemente)
30. PNSR. Ministerio de Vivienda. (2015). Listado de Centros Poblados en Distritos con clasificación municipal. Población censada.  
<http://pnsr.vivienda.gob.pe/portal/wp-content/uploads/2015/07/Data-de-CCPP-a-nivel-nacional-Proy-Mar2015-Encuesta-meta-40.xlsx>
31. PNSR. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/migl/metastaller\\_5\\_constitucion\\_meta35.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/metastaller_5_constitucion_meta35.pdf)
32. SENDOTU. (2010). *Diseño de Proyectos Sociales desde una Perspectiva de Género*. Fundación Peñascal y Federación Sartu. [http://www.sartu.org/wp-content/uploads/Cuaderno\\_trabajo\\_Sendotu\\_n3.pdf](http://www.sartu.org/wp-content/uploads/Cuaderno_trabajo_Sendotu_n3.pdf)
33. MINDES. (2011). Núcleo Ejecutor: Experiencia de Gestión de Proyectos por la Comunidad y sus Representantes.  
<https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/pdf/5.pdf>
34. Soto, F. (1999) Estudio de Sostenibilidad de Sistemas de Provisión de Agua en el Área Rural del Perú, Programa de Agua y Saneamiento, PNUD, Banco Mundial. <https://www.wsp.org/sites/wsp/files/publications/tarea1.pdf>

## **ANEXOS**

1. ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO
  
2. ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA.
  
3. ANEXO 3: AUTORIZACIÓN DE ADRA PARA ESTUDIO.
  
4. ANEXO 4: RESEÑA FOTOGRÁFICA DEL PROYECTO
  - 4.1 ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO
  
  - 4.2. FOTOGRAFÍAS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN
  
5. ANEXO 5: MATERIALES EDUCATIVOS DEL PROYECTO
  
6. ANEXO 6: DEFINICIÓN DE ABREVIATURAS

## 2. ANEXO2: GUÍA DE ENTREVISTA

GUÍA DE ENTREVISTA	
<b>Actor:</b>	
<b>Nombre del entrevistador:</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>Lugar:</b>
<b>Caso:</b>	
<b>Tema</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Situación inicial:</b>	1. Antes de la intervención del proyecto ¿Qué problemas de salud afectaban a la población mayormente? (INDAGAR POR EDA) ¿Qué situaciones de las familias y localidad se relacionan con estas enfermedades? (INDAGAR SI LA FALTA DE AGUA POTABLE CAUSABA LAS ENFERMEDADES)
	2. ¿Las familias de la localidad contaban con servicios de agua potable? SI LA RESPUESTA ES NO, PREGUNTAR ¿De dónde tomaban el agua para el consumo del hogar? ¿Cuál era la disponibilidad que tenían del agua? (INDAGAR POR LA FRECUENCIA AL DÍA/SEMANA, SI REALIZABAN UN PAGO POR ELLO)
	3. ¿Tienen conocimiento si esta situación se acrecentó por motivo del terremoto?
	3. ¿Qué dificultades tenían las familias de la localidad al no contar con agua potable? ¿Recibieron alguna ayuda para superar estas dificultades? Si es SI ¿De Quién?
	4. ¿Recibían información y educación sobre saneamiento básico? ¿Qué tipo? ¿Quién lo realizaba?¿Cómo respondía la población?
	5. ¿La localidad estaba organizada para ver la solución de sus problemas, como la del agua potable?¿De qué manera?
	6. ¿Cómo era la relación entre la población y las autoridades locales?¿Qué problemas de saneamiento han resuelto? ¿Intentaron realizar algo para solucionar sus problemas de acceso a agua?
7. En alguna obra, el gobierno local ha tenido un rol de vigilancia?	

<b>Proceso de Intervención:</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>
	8. Una vez que inició el proyecto, ¿Cómo realizaron la organización del proyecto? (AGUA POTABLE) ¿A quiénes hicieron participar en este proceso?
	9. ¿Cómo se eligieron a los promotores de salud ?¿Quiénes participaron?¿Qué funciones cumplieron?
	10. ¿Existe alguna relación entre los promotores de salud y el MINSA?¿Cuál? DETALLAR ACTIVIDADES, ¿Hay reconocimiento a los promotores por parte del MINSA?
	11. ¿Qué dificultades se presentaron en el proceso de organización? ¿Cómo se superaron las dificultades?
	12. ¿Qué compromisos asumió la población y las autoridades locales en el proyecto? ¿Cuáles fueron sus expectativas?
	<b>FORTALECIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES</b>
	13. ¿Cómo seleccionaron a los miembros de la CAP?¿Quiénes participaron en esta selección?¿Hubo participación de las autoridades?, ¿cómo?
	14. La CAP ¿Qué funciones deben cumplir?, la cumplen?¿Qué dificultades tienen para cumplirlas? ¿Cómo contribuyen en la construcción de la obra?
	15. ¿Qué tipo de documentación de conformación maneja el proyecto para la CAP?¿Puede ser actualizada de acuerdo a nuevas exigencias?
	16. ¿Cómo capacitaron a las CAP?¿En qué temas?¿Con que materiales?¿Cuál de esto cree que han sido los más útiles?
	17. ¿Alguna vez la CAP ha coordinado directamente con la población?, con las autoridades locales? ¿En qué aspectos? ¿Cómo?
	<b>IMPLEMENTACIÓN DE LA OBRA</b>
	18. ¿Para cuándo planificaron iniciar la obra de agua potable?¿Se inició en esa fecha o hubo algún retraso? SI HUBO RETRASO, PREGUNTAR:¿Saben Uds. a que se debió?
	19. ¿Qué compromisos asumió la población y las autoridades locales para la implementación del proyecto? (INDAGAR POR LA CONTRAPARTIDA EN MANO DE OBRA, ETC.)¿Cumplieron? EXPLICAR

	20. ¿Qué dificultades se presentaron para la construcción de la obra? ¿Cómo se superaron?
	21. ¿La población tuvo que atravesar por algún inconveniente o molestia durante la construcción de la obra? DETALLAR ¿Cómo la superaron?
	22. ¿Cuáles creen que han sido los factores que han facilitado la implementación y funcionamiento de la obra?
	23. ¿Cuáles creen que han sido los factores que han dificultado la implementación y funcionamiento de la obra?
	<b>EDUCACIÓN SANITARIA</b>
	21. ¿Qué temas de capacitación se realizaron? ¿Quiénes las dieron? ¿Con que frecuencia? ¿Dónde se realizaban las capacitaciones?
	22. ¿Qué materiales usaron en las capacitaciones? ¿Cuál de estos le agrado más?
	23. Entre los temas que trataron en las capacitaciones ¿Cuál cree que es el más importante o el que le ha servido más a la población?
	24. ¿Qué dificultades tuvieron las familias para poner en práctica lo aprendido?
	25. ¿Qué es lo que hacían durante esas visitas? ¿Con que frecuencia eran? ¿Cómo realizaban el control/seguimiento de estas visitas? ¿Cuáles son los resultados?
	26. ¿Qué opinan de las visitas? ¿Cómo cree que se sienten las madres? ¿Considera que algo debería ser diferente o debería cambiar?
<b>Situación al término del proyecto</b>	27. Al culminar el proyecto ¿Cómo era la calidad del agua que llegaba a las casas? ¿Con que frecuencia tenían agua? (AL DIA/SEMANA)
	28. ¿Cómo se sintieron las familias al disponer de agua? ¿Cómo creen ustedes ha cambiado su vida? INDAGAR POR LAS FACILIDADES EN EL HOGAR
	29. ¿Hubo algún cambio en la salud de sus hijos? ¿Cuáles? INDAGAR POR LAS ENFERMEDADES

	<p><b>HÁBITOS EN HIGIENE Y SANEAMIENTO</b></p> <p>30. ¿Cuáles han sido las hábitos/prácticas de higiene que han cambiado con el proyecto? INDAGAR POR PRÁCTICAS EN HIGIENE PERSONAL, HIGIENE DE LOS ALIMENTOS, HIGIENE DE LA CASA, CUIDADO DEL AGUA, ELIMINACIÓN DE EXCRETAS</p>
	<p><b>OPERATIVIDAD DE LA OBRA</b></p> <p>31. ¿Han tenido algún problema con la obra durante la duración del proyecto? ó ¿Existieron algunas dificultades que debieron superarse?¿Cómo lo solucionaron?</p>
	<p>32. Qué compromisos asumieron los líderes de la localidad y autoridades locales para continuar con las actividades emprendidas con el proyecto?¿Por qué?</p>
<b>Sostenibilidad</b>	<p>33. ¿Qué pasaría si en algún momento se daña alguna pieza del sistema de agua potable? INDAGAR COMO creen ustedes LO SOLUCIONARÍA la población, ¿Creen que sería necesaria la participación de las autoridades locales?¿Cómo?</p>
<b>Lecciones aprendidas</b>	<p>34. ¿Qué haría de la misma forma si tuviera que empezar de nuevo?</p>
	<p>35. ¿Qué haría de manera diferente si tuviera que empezar de nuevo?</p>
	<p>36. ¿Qué no se debería hacer?</p>

# ANEXO 4

## RESEÑA FOTOGRAFICA



## 4.1 ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

### PLANIFICACIÓN

Taller de planificación anual con equipo del proyecto



# PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN

Asamblea con población a ser beneficiada del proyecto



Firma de Convenio del proyecto con Municipalidad Distrital de Huancano-Pisco (Alcalde de Huancano y gerente de proyecto)



## ÁREA TÉCNICA

Cartel de Obra colocado en la entrada de la comunidad de Juncal



Tanques de agua en Cabeza de Toro -Pisco



Tanques de agua en Santa Luisa–provincia de Chincha



## Comités de agua potable capacitados en operación y mantenimiento de sistemas de agua



## Seguimiento técnico a las obras



Pobladora beneficiaria de Campo Alegre-provincia de Chincha



Evento de inauguración de obra de agua en localidad de Cabeza de Toro agua con presencia de representantes de gobierno local, representante de España y gerente del proyecto



Evento de inauguración de obra de agua en Campo Alegre con presencia de representante de gobierno local y gerente de proyecto



## ÁREA SOCIAL

Pasacalle por el Día Mundial del Agua – Participan promotores de salud del proyecto y alumnos de los colegios



Feria distrital de promoción de prácticas saludables en coordinación con instituciones educativas y de salud- Banner del proyecto



Evento para fomentar la asociatividad: “*Encuentro Distrital de Juntas Administradoras de Saneamiento*”, Red Nacional de Agua Segura y JASS del distrito



Promotores de salud del proyecto en evento distrital de promoción de prácticas saludables



Evento de difusión de prácticas saludables en centros de salud



Capacitaciones a familias en lavado de manos en Chincha



Capacitaciones a alumnos en educación sanitaria



Niños reforzando prácticas de lavado de manos en feria dirigida a colegios y población en general-distrito de Huancano-Pisco



Reforzamiento de lavado de manos en colegios



## Capacitación de promotores de salud a familias



Capacitación en tema de reciclaje de promotores de salud a familias



Evento Distrital de JASS- Refuerzo de capacitaciones en operación y mantenimiento dirigido a JASS



## Promotores de salud dando seguimiento a familias



## 4.2. FOTOGRAFÍAS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

Grupo focal con pobladores de Chincha



## Entrevistas a pobladores de Pisco



Entrevista a promotora de salud y personal de Puesto de Salud.



**Informantes claves de Chincha**



**Informantes claves de Pisco**

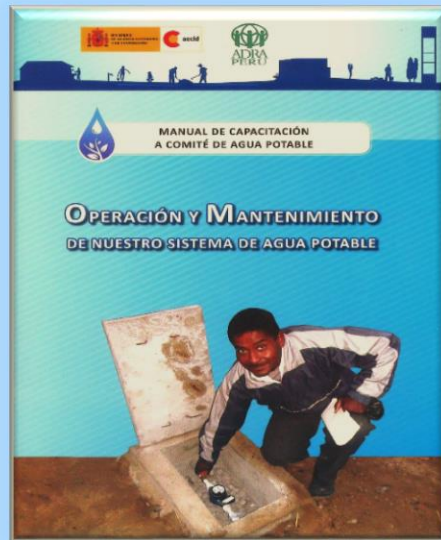


## Informantes claves de equipo técnico

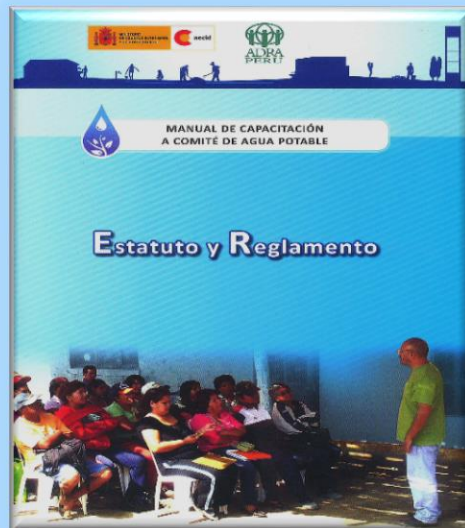


## Área Técnica

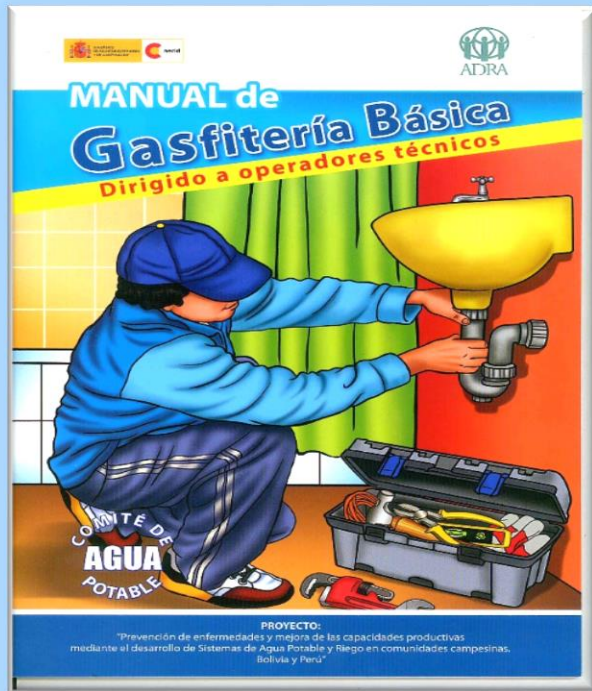
### 1. Manual de operación y mantenimiento de sistemas de agua



### 2. Manual de Estatuto y Reglamento para Comités de Agua Potable



### 3. Manual de gasfitería básica

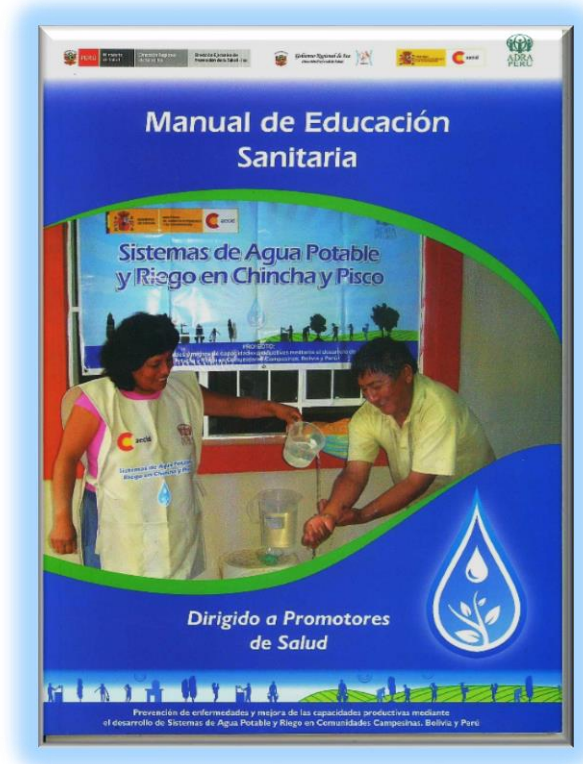


## Área Social

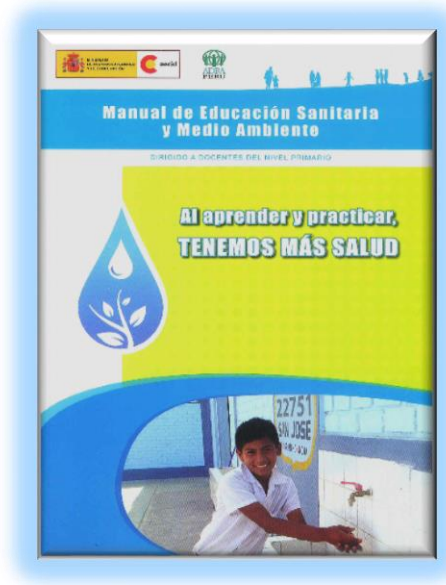
### 4. Rotafolio de Educación Sanitaria



5. Manual de Educación Sanitaria para promotores de salud



6. Manual de Educación Sanitaria para docentes

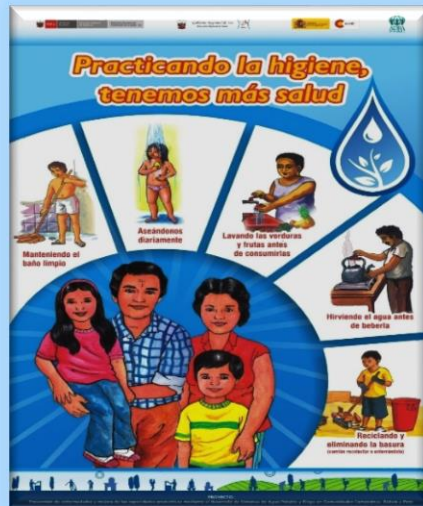




## 9. Afiche de Lavado de Manos



## 10. Afiche de higiene en el hogar



# 11. Trípticos en temas de higiene

**¿Qué es Asertividad?**

Es expresar nuestros pensamientos, sentimientos y opiniones de manera directa, honesta y apropiada.

La asertividad está en hacer valer nuestros propios derechos sin faltar el respeto a los de los otros.

Ser asertivo es saber y también conseguir decir lo que se quiere sin ofender a nadie, pero tampoco sin sentirse conculcado o culpable. Es decir ser asertivo es ser transparente en cuanto a sus objetivos y deseos, y saber hablar sobre uno con naturalidad y también saber decir y por supuesto negarse a frente a algunas situaciones de la vida.

Cada persona tiene el derecho de ser, expresarse y sentirse bien (o incluso) por hacer eso, siempre que no hiera a sus semejantes en el proceso.

El apilado Palta ofrece "Estrategia para ustedes provecho, no para ustedes lastima" para la honestidad y decirlo y para que sin impedimento se acceda al "Ser" (1 Corintios 7:35).

El comportamiento que evolva a la persona capaz de actuar a favor de su interés y afirmar su ansiedad individual, a expresar sentimientos sinceros sin condescendencia, o a ejercer sus propios derechos de seguir los deseos, se denominan "comportamiento asertivo".

**Taller 1 AUTOESTIMA**

Prevenición de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas

Combinando el mundo una vida a la vez

Av. Argentina Doble 775 Lima  
www.palpa.org.pe  
E-mail: info@palpa.org.pe  
Teléfono: (01) 712-2740  
Fax: (01) 712-2740

**Técnica de cepillado de dientes:**

- Las dentaduras deben ser cepilladas después de cada comida, con pasta dental.
- Cepillar las dentaduras de arriba hacia abajo los dientes de la cara superior.
- Cepillar en círculos los dientes inferiores.
- Cepillar de adentro hacia afuera el resto de los dientes entre carinas.

**Recuerda**

- El agua que necesitamos para bañarnos la podemos usar en la bañera.
- Cambiar el cepillo de dientes regularmente se evita la bacteria más dañina.
- Cortar las uñas del pie en forma correcta y regularmente para evitar los hongos.
- Al estar limpio se sentirá más feliz y saludable.

**Sistemas de Agua Potable y Riego en Chincha y Pisco**

**CON MI CUERPO LIMPIO, TENGO MÁS SALUD**

Combinando el mundo una vida a la vez

Av. Argentina Doble 775 Lima  
www.palpa.org.pe  
E-mail: info@palpa.org.pe  
Teléfono: (01) 712-2740  
Fax: (01) 712-2740

**Valor Nutritivo**

**Almidón:** Las almidones ricos en hierro, carne, pollo, legumbres secas, cereales con hierro, vegetales de hoja verde oscuro. Alimentos fortificados con hierro. Frutas secas como ciruelas, pasas y sésamo.

**Zinc:** El Zinc lo ofrecen la carne, pollo, cereales de grano entero o integrales como quinoa, avena, harina, café, trigo entero.

**Calcio:** Consumo grasas saludables como palta, aceitunas, maní, pecanas.

**Calcio:** El calcio se encuentra en la leche, queso, yogur, brócoli, vegetales de hoja verde oscuro, apio. Consumo de 2 a 3 porciones diarias.

**Sistemas de Agua Potable y Riego en Chincha y Pisco**

**CUIDANDO LO QUE COMO... TENGO MÁS SALUD**

Combinando el mundo una vida a la vez

Av. Argentina Doble 775 Lima  
www.palpa.org.pe  
E-mail: info@palpa.org.pe  
Teléfono: (01) 712-2740  
Fax: (01) 712-2740

**Aguas residuales**

Las aguas residuales, son los desechos líquidos, de uso doméstico, comercial o industrial.

Esta agua podemos utilizarla para regar nuestro jardín, huerto o chacra, de esta manera estamos optimizando el agua.

**TIPS DEL CUIDADO DEL AGUA**

El Aceite que sobra en casa y se tira por el desagüe al ambiente, termina en nuestros ríos. Una vez allí forma una película que no permite la oxigenación y desmorona peces y plantas acuáticas. Una litro de aceite contamina hasta 50.000 litros de agua. En muchos ciudades existen los llamados "jardines verdes" donde se recoge el aceite usado.

Prevenición de enfermedades y mejora de las capacidades productivas mediante el desarrollo de sistemas de agua potable y riego en comunidades campesinas

**Taller 5 IMPORTANCIA Y CUIDADO DEL AGUA**

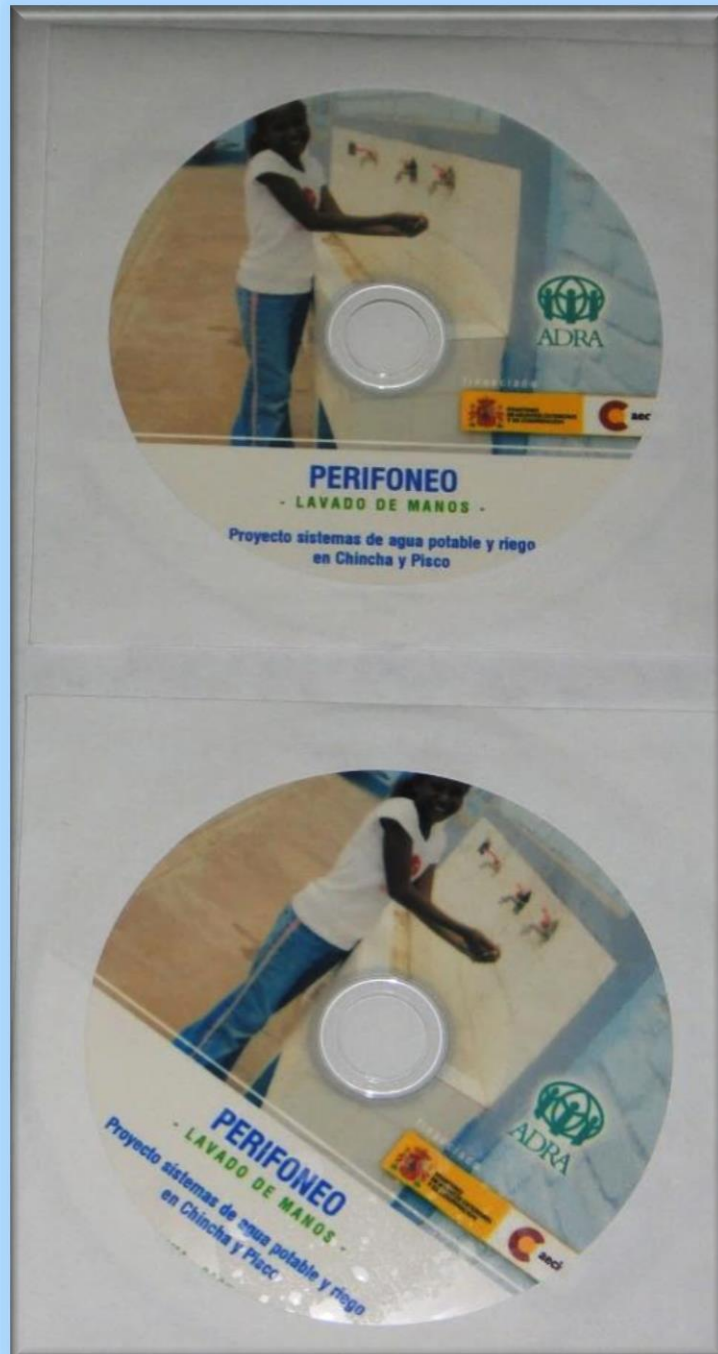
Combinando el mundo una vida a la vez

Av. Argentina Doble 775 Lima  
www.palpa.org.pe  
E-mail: info@palpa.org.pe  
Teléfono: (01) 712-2740  
Fax: (01) 712-2740

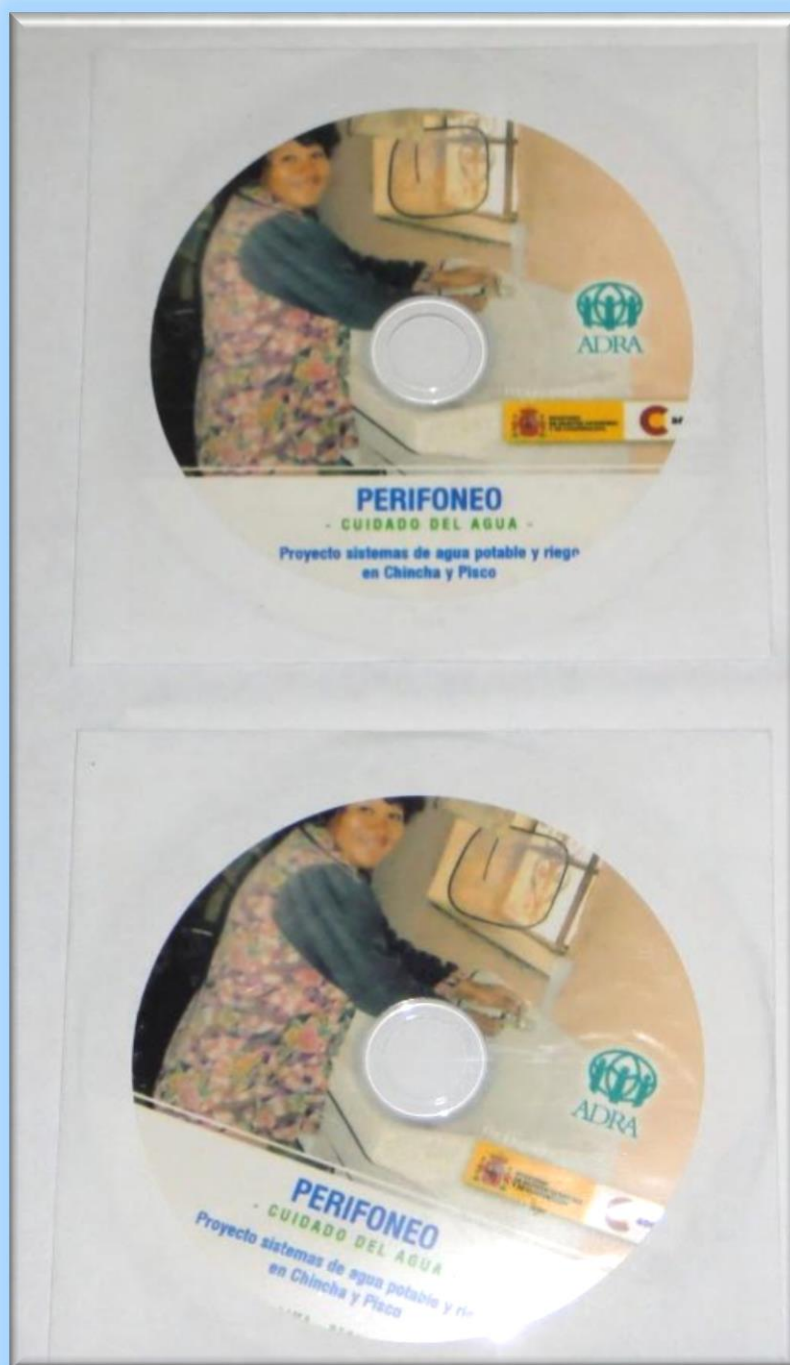
12. Karaoke – Soy Valioso para niños (tema de prácticas de higiene)



### 13. Perifoneo Lavado de Manos



## 14. Perifoneo – Cuidado del Agua



## 6. ANEXO 6: Definición de abreviaturas

ADRA	<i>Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales</i>
AECID	<i>Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo</i>
CEPIS	<i>Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria</i>
CINARA	<i>Instituto de Investigación y Desarrollo de Abastecimiento de Agua, Saneamiento Ambiental y Conservación del Recurso Hídrico</i>
COSUDE	<i>Agencia Suíza para el Desarrollo y la Cooperación</i>
INDECI	<i>Instituto Nacional de Defensa Civil</i>
INEI	<i>Instituto Nacional de Estadística e Informática</i>
JASS	<i>Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento</i>
MINSA	<i>Ministerio de Salud</i>
OPS	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
PHAST	<i>Transformación Participativa para la higiene y el Saneamiento</i>
PNUD	<i>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo</i>
UNICEF	<i>Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas</i>
SABAR	<i>Saneamiento ambiental básico rural</i>
SAMBASUR	<i>Saneamiento Ambiental Básico en la Sierra Sur</i>
SARAR	<i>Self-esteem (autoestima), Associative (fuerzas asociadas), Resourcefulness (inventiva), Action planning (Planificación de la acción) y Responsibility (responsabilidad)</i>
USAID	<i>Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos</i>