



**PROYECTO CONTROL DE LA MALARIA
EN ZONAS FRONTERIZAS DE LA REGIÓN ANDINA:
UN ENFOQUE COMUNITARIO
PAMAFRO**

**INFORME TÉCNICO
SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA
PLANES LOCALES DE SALUD
EN COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ**

Lima, agosto de 2008



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
Convenio Hipólito Unanue**

Secretario Ejecutivo: Oscar Feo Isturiz
Secretario Ejecutivo Adjunto: Patricio Yopez Miño

PROYECTO PAMAFRO- EQUIPO CENTRAL

Coordinador General: Luis Valera Pirela
Coordinador Técnico: Angel Rosas Aguirre
Coordinadora Técnica: Bertha Luz Pineda Restrepo
Gerente de Planeamiento Monitoreo y Evaluación: Katherine Tobar Arias
Coordinador de Monitoreo y Evaluación: Daniel Vargas Pacherez
Coordinadora de Administración y Finanzas: Gladys Soto Alvariano

PAMAFRO-COLOMBIA

Coordinadora del Proyecto: Gloria Beatriz Giraldo
Técnica de Monitoreo y Evaluación: Lina Flórez
Técnico Administrativo y Financiero: César Bernal

PAMAFRO-ECUADOR

Coordinador del Proyecto: Marcelo Aguilar
Técnica de Monitoreo y Evaluación: Silvia Cruz
Técnico Administrativo y Financiero: Margarita Soldad

PAMAFRO-PERÚ

Coordinador del Proyecto: Hugo Rodríguez
Técnica de Monitoreo y Evaluación: Carmen Martínez
Técnica Operativa: Diamantina Moreno
Técnico Administrativo y Financiero: Zonia Cortés

PAMAFRO-VENEZUELA

Coordinadora Nacional: Edna Rojas
Técnica de Monitoreo y Evaluación: Ana Villarroel
Técnico Administrativo y Financiero: Rossela Miozzi Simonelli

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República 3832. San Isidro
Lima-Perú
Teléfonos: (511) 611 37 00; 221 00 74
www.orasconhu.org

INFORME TÉCNICO DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PLANES LOCALES DE SALUD EN COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

Contenido	Página
1. INTRODUCCIÓN	3
2. ENFOQUE CONCEPTUAL UTILIZADO Y OBJETIVOS PROPUESTOS EN LA ESTRATEGIA DE PLANES LOCALES DE SALUD	5
3. METODOLOGÍA	6
4. PRINCIPALES LOGROS	8
5. PRINCIPALES DIFICULTADES	11
6. LECCIONES APRENDIDAS	12
BIBLIOGRAFÍA	14
ANEXOS	
1. Marco conceptual de la sistematización, objetivos y metodología	
2. Sistematización de la experiencia: Capacitación y asistencia técnica para el desarrollo de Planes Locales de Salud en Colombia	
3. Sistematización de la experiencia: Capacitación y asistencia técnica para el desarrollo de Planes Locales de Salud en Ecuador	
4. Sistematización de la experiencia: Capacitación y asistencia técnica para el desarrollo de Planes Locales de Salud en Perú	

INFORME TÉCNICO DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PLANES LOCALES DE SALUD EN COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

1. INTRODUCCIÓN

El Organismo Andino de Salud

El Organismo Andino de Salud (ORAS) es una organización que surgió ante la necesidad de que paralelamente a los esfuerzos de integración andina en las áreas económica y educacional, se considerara el papel fundamental que debe jugar la salud en el proceso de integración de los pueblos andinos, iniciativa del gobierno del Perú y de su Ministerio de Salud. Es así que se convocó la Primera Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) que se celebró en Lima, en diciembre de 1971, con la participación de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, suscribiéndose el Convenio de Cooperación en Salud de los Países del Área Andina¹.

Actualmente, el ORAS es una organización de integración subregional de la región Andina, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud; coordina y promueve acciones para mejorar la salud y coordina con otros órganos subregionales, e internacionales las acciones que concurren a ese fin; como se puede observar en el siguiente cuadro, tiene cinco áreas estratégicas y 16 líneas de acción:

Integración en Salud	Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental	Política de Medicamentos y Tecnología en Salud	Recursos Humanos	Promoción y Protección de la Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de Integración • Programa Andino de Salud en Fronteras PASAFRO • Proyecto de Control de la Malaria en zonas fronterizas PAMAFRO 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia Epidemiológica • Salud Ambiental y Agua • Emergencias y Desastres 	<ul style="list-style-type: none"> • Política y Acceso a medicamentos y biológicos • Tecnología en Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Humanos en Salud • Economía y Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Lucha contra el Tabaquismo • Salud Intercultural • VIH/SIDA • Prevención de Embarazo en Adolescentes • Erradicación de la Malnutrición Infantil • Salud de los Trabajadores

Actualmente, el ORAS esta redefiniendo su plan estratégico, áreas y líneas de acción.

El proyecto “Control de la malaria en las zonas fronterizas de la región Andina: Un enfoque comunitario” PAMAFRO

El ORAS es el receptor principal del proyecto “Control de la malaria en las zonas fronterizas de la región Andina: Un enfoque comunitario” PAMAFRO, el cual fue aprobado por el Fondo Mundial de lucha contra la Tuberculosis, el SIDA y la Malaria en junio de 2005, está orientado a combatir la malaria en las zonas vulnerables y

¹ Para ampliar información ver: www.orasconhu.org

fronterizas de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, priorizando localidades de mayor incidencia de la enfermedad, donde hay déficit de servicios de salud y problemas de accesibilidad geográfica.

El objetivo general del proyecto PAMAFRO es disminuir en un 50% la morbilidad, en un 70% la mortalidad a causa de la malaria y disminuir en un 50% los municipios con Incidencia Parasitaria Anual mayor a 10 por 1000 habitantes en el ámbito de intervención del Proyecto en el quinto año.

Los objetivos específicos han sido:

1. Promover y fortalecer la organización social y comunitaria así como la participación activa para el planeamiento y liderazgo para la lucha contra la malaria.
2. Incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento de malaria en la población objetivo.
3. Diseñar e implementar un sistema de información de salud (SIS) y de vigilancia epidemiológica dirigido a las áreas homogéneas e integradas, el cual se unifique con los ya existentes en el Sistema Andino de Vigilancia Epidemiológica y los SIS nacionales.
4. Desarrollar un proyecto piloto de redes de comunicación de voz e información en la zona fronteriza Perú-Ecuador.
5. Desarrollar investigaciones esenciales cuyos resultados se puedan aplicar en la toma de decisiones e intervenciones para la prevención y el control de la malaria, en las zonas fronterizas del proyecto.

La identidad y el quehacer comunitario del proyecto PAMAFRO responden a los enfoques de Promoción de la salud, Derechos Humanos de la salud, Fortalecimiento de capacidades, Empoderamiento comunitario, Municipios y comunidades saludables y Desarrollo local².

Planes Locales de Salud

La salud es un Derecho Humano universal que da legitimidad a la participación de las personas y de las comunidades en la toma de decisiones que afectan su vida y su salud y asigna una responsabilidad directa al Estado en su protección y realización. En este sentido, el proyecto PAMAFRO considera que la prevención, control y vigilancia de la malaria debe estar en las políticas públicas, producto de la visión y aspiraciones compartidas de actores institucionales y comunitarios. En la fase I del proyecto se contempló la capacitación, el diseño y acompañamiento en el desarrollo de Planes Locales de Salud con énfasis en la prevención y control integral de la malaria en nueve Municipios de Colombia, en cinco Cantones de Ecuador y siete Distritos de Perú³. Este proceso se desarrolló con la asistencia técnica de diversas instituciones (subreceptores), dentro de las cuales se pueden destacar la Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson en Colombia; la Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo –FUNSAD- en Ecuador y GyC Salud y Ambiente en el Perú.

Un Plan Local de Salud para reducir la morbilidad y mortalidad por malaria se concibe como una herramienta política y técnica que el Estado y los representantes de la sociedad civil construyen en consenso y tiene como propósito formular metas,

² El enfoque conceptual se describe ampliamente en el documento: El enfoque comunitario en el proyecto "Control de la malaria en zonas fronterizas de la región Andina" PAMAFRO. Marzo. 2008.

³ En **Colombia**: Olaya Herrera, Roberto Payán, Tumaco y Francisco Pizarro; Puerto Asís, Puerto Leguizamó; Saravena; Inirida, Cumaribo. En **Ecuador**: Loreto, San Lorenzo, Puerto El Carmen, Pastaza, Santiago de Tiwintza. En **Perú**: Punchana, San Juan Bautista, Alto Nanay, Belén, Mazán, Yurimaguas, Napo y los avances en Balsapuerto, Pastaza y Maynas.

comprometer acciones y recursos para afectar los determinantes sociales de la malaria y garantizar el derecho a la salud de las personas y de los grupos más vulnerables.

La formulación de Planes Locales de Salud tuvo como premisas conceptuales la calidad de vida, la garantía de derechos, la promoción de la salud, municipios y comunidades saludables, la interculturalidad y la participación social. A partir del análisis de los determinantes sociales de la salud se contribuyó al fortalecimiento de las capacidades de autoridades locales, representantes de instituciones, de organizaciones de base comunitaria y de la sociedad civil e incidió para que la prevención, la vigilancia y control integral de la malaria se incluyera como tema prioritario en 18 Planes Locales de Salud. Asimismo, se ratificó el objetivo de PAMAFRO de contribuir al fortalecimiento de la organización social y comunitaria y promover la participación activa en la lucha contra la malaria.

A continuación se presentan los resultados de la sistematización, entendida como un proceso de reconstrucción y reflexión analítica para interpretar lo sucedido, comprenderlo y contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para mejorar la práctica. Para ampliar información sobre el concepto, objetivos y resultados de la sistematización, puede consultarse los documentos de Sistematización de la experiencia: Capacitación y asistencia técnica para el desarrollo de Planes Locales de Salud⁴.

2. ENFOQUE CONCEPTUAL Y OBJETIVOS PROPUESTOS EN LA ESTRATEGIA DE PLANES LOCALES DE SALUD

En coherencia con los procesos de descentralización y de salud que vive cada país, los enfoques conceptuales utilizados en los procesos de elaboración de los Planes Locales de Salud fueron diversos. En Colombia el enfoque teórico tuvo un mayor énfasis en la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud que articula la promoción del derecho a la salud, la construcción de ciudadanía, la participación social, la pedagogía crítica y determinantes sociales de la salud⁵.

En el Perú en el marco de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables las bases conceptuales tuvieron un mayor énfasis en promoción de la salud, determinantes sociales de la salud, fortalecimiento de alianzas y del trabajo intersectorial. En el Ecuador el enfoque conceptual tuvo en cuenta la planeación estratégica y promoción de la salud.

En los tres países, el aspecto convergente referido al enfoque conceptual es la promoción de la salud desde el cual se busca mejorar la satisfacción del derecho a la salud como derecho humano inalienable; consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y sociedad; integrar el trabajo de los sectores y las instituciones y ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud. Se han fomentado las capacidades y generado oportunidades en las personas y

⁴ www.orasconhu.org

⁵ Este enfoque se fundamenta en el hecho de que en todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. Desde el enfoque de determinantes sociales se reconoce que la mayor parte de los problemas de salud, como la malaria, se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas⁵ de las personas, plantea el reto de buscar soluciones que no estén centradas en el tratamiento de las enfermedades e incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", como por ejemplo, acciones en el ámbito político, económico, social y ambiental. OMS. Comisión sobre determinantes sociales en salud. 2005.

en las comunidades para que sean capaces de identificar y promover sus derechos en salud, asumir *estilos de vida* que reduzcan su vulnerabilidad, y *participar* en la construcción de respuestas sociales coherentes.

En los tres países se reconoció la pedagogía como fuerza social transformadora en la que se validan los intereses individuales y a través de la construcción de sentidos y visiones compartidas se procura la confluencia hacia intereses colectivos, lográndose movilización social hacia la exigibilidad de los Derechos Humanos de salud concretado en una política pública. Los procesos educativos insertos en el contexto local se convirtieron en herramientas para promover la participación y ampliar la democracia.

En este sentido los objetivos propuestos fueron: Brindar capacitación y asistencia técnica para la formulación, gestión e implementación de Planes Locales de Salud con énfasis en la prevención y el control de la malaria; fortalecer capacidades de trabajo intersectorial y espacios de participación y concertación ciudadana en el marco de la Constitución Nacional, legislación y procesos de descentralización de cada uno de los países: Colombia, Ecuador y Perú; promover en las autoridades gubernamentales y sanitarias el reconocimiento de que son portadoras de obligaciones en la promoción de los derechos en salud de la población más vulnerable y brindar asistencia técnica en la gestión e implementación de los Planes Locales de Salud.

La experiencia se desarrolló en 5 departamentos de Colombia, cinco provincias de Ecuador y dos provincias de Perú:

COLOMBIA		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
NARIÑO	Tumaco, Roberto Payán, Olaya Herrera, Francisco Pizarro	
PUTUMAYO	Puerto Asís, Puerto Leguizamó	
ARAUCA	Saravena	
GUANÍA	Inirida	
VICHADA	Cumaribo	
ECUADOR		
PROVINCIA	CANTÓN	
ORELLANA	Loreto	
SUCUMBIDOS	Puerto El Carmen	
ESMERALDAS	San Lorenzo	
PASTAZA	Pastaza	
MORONA DE SANTIAGO	Santiago de Tiwintza	
PERÚ		
Departamento Loreto		
PROVINCIA	DISTRITO	
ALTO AMAZONAS	Balsapuerto, Yurimaguas	
MAYNAS	Alto Nanay, Mazán, San Juan Bautista, Napo, Belén, Punchana, Napo, Pastaza	

3. METODOLOGÍA

La capacitación y asistencia técnica en la formulación de Planes Locales de Salud tomó en cuenta el rol de las autoridades locales en materia de planificación, gestión local y participación ciudadana y el proceso de descentralización de cada país; en Colombia, a raíz de la Reforma Constitucional de 1.986, se inició un proceso de descentralización política administrativa en el sector salud, la Ley 10 de 1990 creó un

nuevo escenario para la gestión y organización de los servicios de salud y sentó las bases de una concepción distinta del modelo de intervención del Estado en el sector. Esta Ley facultó a los municipios, en cabeza de los alcaldes, para realizar la gestión de los problemas de salud y asumir la responsabilidad de la salud de su población, de acuerdo con los parámetros establecidos en la nueva Constitución Política de 1.991. Los Planes Locales de Salud se soportan en un conjunto de disposiciones normativas de carácter nacional tales como el Plan Nacional de Salud Pública -Decreto 3039 de 2007-, entre otros.

El Ecuador experimenta una reforma estructural del sector salud, la cual gira alrededor de la construcción del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la implementación de la Política Nacional, cuyos lineamientos han sido la construcción de ciudadanía, la protección integral de la población y el desarrollo sectorial. El Sistema Nacional de Salud cuenta con: El Consejo Nacional de Salud –CONASA-, a nivel nacional; los Consejos Provinciales y Cantonales de Salud que deben promover la concertación, la coordinación, el diálogo y la participación ciudadana en la toma de decisiones junto a los representantes institucionales públicos y privados del sector. Los Consejos Cantonales tienen dentro de sus funciones: Formular y evaluar participativamente el Plan Local de Salud como parte del Plan de Desarrollo Integral Cantonal o Provincial.

En el Perú la estrategia de Familia, Escuelas, Comunidad y Municipios Saludables que adelanta la Dirección General de Promoción de la Salud (Ministerio de Salud de Perú), se articula al nuevo proceso de descentralización que busca generar un modelo de desarrollo territorial que satisfaga las expectativas de inclusión, prosperidad, acceso a mejores oportunidades, equidad y ejercicio de los derechos. La institucionalización de la concertación en los gobiernos regionales y locales y la participación en la elaboración de planes y presupuestos se ha ido afianzando. La experiencia de los presupuestos participativos ha introducido mecanismos abiertos para la presencia de la sociedad en la toma de decisiones en el contexto de la descentralización.

Teniendo en cuenta las dinámicas específicas de cada país, el proceso de capacitación y asistencia técnica de Planes Locales de Salud contempló el involucramiento concertado de los actores locales.

Con el propósito de garantizar la participación activa y el fortalecimiento de capacidades para el trabajo intersectorial y de formulación de políticas públicas en favor de la salud, en cada uno de los municipios (cantones o distritos) se conformó un Grupo Gestor, también denominado Comité Intersectorial o Equipo Multisectorial, integrado por autoridades gubernamentales y sanitarias, representantes de instituciones, de organizaciones de base comunitarias y de la sociedad civil. Al primer momento de información, identificación de actores claves y conformación del grupo de trabajo, se le denominó: “Sensibilización y organización”. En el Perú, en esta etapa se informó a los actores claves sobre la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables, su soporte legal y marco institucional.

En Colombia y Perú, con cada uno de los grupos conformados se inició la identificación de los determinantes sociales de la malaria y realizó el análisis de la magnitud y gravedad del problema.

En Colombia, a partir de la identificación de los determinantes sociales, se plantearon los temas generadores de acción colectiva. El siguiente paso consistió en la socialización de los Planes Locales de Salud de Malaria y la gestión pública o cabildeo para su formalización y la coordinación de la respuesta institucional y social.

En el Perú, se identificaron experiencias previas de planificación, analizaron condiciones para la planificación participativa y construyó la visión concertada de Municipio Saludable. A partir de la visión de Municipio Saludable se identificaron objetivos estratégicos o revisaron los objetivos de los planes de desarrollo y/o del presupuesto participativo conforme a la Visión de Municipio Saludable planteada. Luego se formularon o reorientaron los perfiles de proyectos contenidos en los planes de desarrollo.

En el Ecuador, la elaboración de Planes Locales de Salud, partió del proceso de sensibilización realizado en el taller para facilitadores en salas de situación, uso del sistema de vigilancia epidemiológica y elaboración de planes comunitarios, se realizó refuerzo en las reuniones de trabajo en cada uno de los municipios seleccionados. El proceso de re-sensibilización, adquirió varios matices debido a que algunos cantones ya se habían conformado los Consejos Cantonales de Salud y donde no existían se empezaron a conformar por la motivación a partir del proceso desarrollado por el Proyecto PAMAFRO. Posteriormente se realizaron reuniones con las Áreas de Salud de los Municipios, el SNEM y demás actores locales. Con base en estas reuniones se firmaron los convenios de participación entre el SNEM, PAMAFRO, el Municipio, el Área de Salud, posteriormente se inició la formulación y diseño de proyectos comunitarios y realizaron algunas gestiones para la construcción de los Planes Locales de Salud con enfoque en la malaria.

La capacitación se concibió como un momento pedagógico tan importante como el acompañamiento y la asesoría técnica, en un continuo de fases que promovieron la participación en la problematización y búsqueda de alternativas de solución, cuyos resultados lograron plasmarse en los documentos de Planes Locales de Salud.

A continuación se registran las principales temáticas abordadas en los eventos de capacitación:

Colombia	Ecuador	Perú
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinación Social de la Malaria. ▪ Reconstrucción de la historia de lo hecho en Malaria. ▪ Caracterización de la respuesta socialmente construida: Estado, comunidades, otros actores sociales. ▪ El Estado y las políticas públicas. Relación entre el Estado y la ciudadanía. ▪ Participación Social y movilización social. ▪ Derechos humanos y ciudadanía. El derecho a la salud. ▪ Marco constitucional. ▪ Estructura y funcionamiento del sistema de salud en relación con la malaria; componentes y recursos, descentralización y sistemas regionales. ▪ Marco legal de la participación. ▪ Participación y Planes locales de malaria. ▪ Temas generadores de acción colectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de los problemas: Priorización, causas y consecuencias. ▪ ¿Qué se ha hecho antes para enfrentar el problema? ¿Qué vamos a hacer frente a los problemas? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Principales determinantes de la Salud. ▪ Análisis FODA sobre los determinantes priorizados. ▪ Experiencias de Planificación, Promoción de la Salud y Municipios Saludables.
	_____	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soporte legal y marco institucional de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. ▪ Experiencias de Municipios Saludables.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de soluciones para eliminar, reducir o controlar las causas de los problemas. ▪ Alternativas viables dentro de la capacidad de acción de los actores involucrados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiendo la Visión Compartida del Municipio Saludable. ▪ Análisis de la Visión del Plan Local.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planes Operativos Anuales (POA). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición y rol de los actores que participarán en las soluciones concertadas. ▪ Elaboración del POA. ▪ Metas, objetivos, resultados deseados y actividades y/o proyectos que deben realizarse para dar solución a los problemas identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación de la Matriz del Plan. ▪ Prioridades del Plan Local. ▪ Levantamiento del Plan Local de Municipios Saludables. ▪ Acciones que se proponen por cada uno de los objetivos estratégicos.

4. PRINCIPALES LOGROS

A continuación se registran logros comunes en el proceso desarrollado en Colombia y Perú:

- Conformación de Grupos Gestores, Comités Intersectoriales o Equipos Multisectoriales, integrados por autoridades gubernamentales y sanitarias, representantes de instituciones, de organizaciones de base comunitarias y de la sociedad civil, quienes, a través de los encuentros de capacitación, asistencia técnica, gestión y trabajo grupal fortalecieron sus capacidades de trabajo intersectorial, identificaron de manera participativa los principales determinantes sociales de salud, los temas generadores, la visión, las estrategias, las metas, los objetivos y actividades, contenido básico del Plan Local de Salud.
- La capacitación, la asistencia técnica y el acompañamiento en la elaboración de Planes Locales de Salud, desarrollado desde el enfoque de Municipios y Comunidades Saludables⁶ ha posibilitado que PAMAFRO contribuya al fortalecimiento de capacidades de las autoridades gubernamentales y de funcionarios de salud para el trabajo intersectorial y la planificación de la salud en el desarrollo local.
- Las autoridades gubernamentales y sanitarias que participaron en el proceso ampliaron su enfoque con relación a la salud y la malaria, se reconocieron como actores claves responsables de la garantía de los derechos de la salud y mejoraron sus conocimientos sobre la planificación local de la salud y la inclusión de la malaria como problema prioritario en la política pública.
- Los Planes Locales de Salud son reconocidos como una herramienta de la política pública, construida a partir de un proceso de concertación en el cual se superó la escasa tradición de análisis crítico de la realidad y de planeación participante entre autoridades, representantes de instituciones y de la comunidad.
- Las personas que participaron en el proceso reconocen que el Plan Local de Salud es una herramienta que posibilita un trabajo planificado para enfrentar los principales determinantes sociales en salud y de la malaria; posibilita definir qué se hará, dónde, cuándo y reconocer que los responsables de su elaboración son las autoridades locales, las instituciones de salud y públicas y representantes de las comunidades.
- Se contribuyó a mejorar la calidad de la participación comunitaria en la toma de decisiones y en la gestión pública y a visibilizarla como una herramienta fundamental para una gestión pública moderna, transparente y concertadora. También ayudó a mejorar el desempeño de los gobiernos municipales y al fortalecimiento de sus capacidades institucionales.
- Se elaboraron 18 documentos de Planes Locales de Salud en los que se describió el proceso realizado, el contexto, el análisis de la situación, la visión compartida, los temas generadores y sus planes operativos de acción (POA) como instrumentos de planeación estratégica que concreta un conjunto de objetivos y metas.

⁶ La Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables se concibe como un proceso político permanente de construcción de capacidad para proteger la salud, controlar los determinantes sociales de la salud, lograr alianzas estratégicas, en donde se reafirma la responsabilidad de las autoridades locales y la participación de la sociedad civil. Municipios y Comunidades Saludables incluye de manera integral la Promoción de la Salud y se articula con el actual proceso de descentralización, especialmente en el Perú.

Contenido Planes Locales de Salud de Perú	
Contenido	Distrito y Provincia
1. Datos generales del Distrito 2. Diagnóstico Situacional 3. Condiciones para el proceso de planificación participativa (incluir ordenanzas, actas de acuerdos, reconocimiento del comité multisectorial) 4. Determinantes Sociales de la Salud identificados 5. Visión Compartida de Municipio Saludable y/o Visión reorientada del Plan de Desarrollo 6. Objetivos estratégicos del Plan de MS y/o Objetivos reorientados del Plan de desarrollo 7. Matriz del Plan de Municipio Saludable: Objetivos, proyectos, resultados, responsables, plazo.	San Juan Bautista - Maynas Alto Nanay - Maynas Belén - Maynas Punchana - Maynas Mazan – Maynas Yurimaguas – Alto Amazonas *Napo - Maynas (es un informe de proyectos priorizados).
Contenido Planes Locales de Salud de Colombia	
Contenido	Municipio y Departamento
1. Presentación de participantes y del proceso 2. Enfoque del Plan Local de Salud 3. Ubicación y características del municipio 4. Situación de la malaria: Problematicación de su distribución y causalidades 5. Determinantes de la presencia de malaria en el municipio 6. Respuesta institucional y social para superar la malaria: Problematicación del papel de las instituciones y de las poblaciones 7. Temas generadores para la prevención y control de la malaria: Una apuesta por la calidad de vida. 8. Un ejercicio transectorial en la gestión para la superación de la incidencia de malaria o la gestión pública basada en la perspectiva del Estado como garante de derechos. 9. Viabilidad del Plan ¿Quiénes intervienen para hacer realidad el Plan Local de Salud? ¿Cómo hacer viable el Plan Local de Salud?	Saravena -Arauca Cumaribo - Vichada Puerto Inirida - Guanía Puerto Asís - Putumayo Puerto Leguízamo -Putumayo Roberto Payán - Nariño Francisco Pizarro -Nariño Olaya Herrera - Nariño Tumaco - Nariño

En el Ecuador se realizaron diversas actividades con el propósito de elaborar cinco Planes de Salud, sin embargo, sólo se lograron dos documentos (San Lorenzo y Loreto) cuyo contenido (antecedentes, título, descripción, justificación y plan) se refiere a un proyecto de carácter municipal para la intervención en malaria en las comunidades de mayor riesgo epidemiológico.

- Respecto a algunos logros específicos, en Colombia se obtuvieron cinco Acuerdos Municipales, firmados por las autoridades locales, en los cuales se expresa que la malaria es un tema prioritario que implica que el conjunto de la institucionalidad municipal la coloque en sus planes de gestión y acción para obtener asignación presupuestal para su intervención.
- En Ecuador se destaca la sensibilización de las autoridades y actores claves, la realización de planes operativos de corto plazo (dos meses) y acuerdos a largo plazo para el control de la malaria.
- En el Perú conjuntamente con el equipo multisectorial, se brindó asesoría técnica a autoridades y funcionarios de los distritos de Mazán y Punchana, en el proceso de implementación de presupuestos participativos.

5. PRINCIPALES DIFICULTADES

A continuación se enuncian las principales dificultades en el proceso de Planes Locales de Salud, para profundizar en las dificultades específicas de cada país, puede verse el anexo Sistematización de Planes Locales de Salud Colombia, Ecuador y Perú.

- El primer grupo de limitaciones planteadas en los informes elaborados por las organizaciones que apoyaron el proceso se refiere a la escasa coordinación entre las instituciones y de experiencia en la planificación conjunta; la baja capacidad de respuesta de las instituciones y la precaria articulación entre los niveles nacionales, regionales y locales para desarrollar soluciones integrales.
- En las autoridades gubernamentales predomina una perspectiva de corto plazo, o del período para el cual fueron elegidos (cuatro años).
- Las autoridades municipales centran su atención en el entorno urbano, dan prioridad a proyectos y obras de infraestructura, antes que la elaboración de planes o proyectos de contenido social, marco necesario para desarrollar la Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables y una perspectiva de derechos humanos; se asume que la promoción de la salud y prevención de la malaria es responsabilidad sólo del sector salud.
- La malaria aun no es un tema prioritario de la agenda política, lo que se explica en gran medida por la naturalización de la enfermedad y por el hecho de que no se ha construido una perspectiva de Derechos Humanos que posibilite el reconocimiento de que se puede y se debe exigir vivir sin malaria.
- Se evidenció baja capacidad autocrítica de los actores frente a la respuesta que desarrollan para enfrentar la malaria, en algunos contextos hubo incumplimiento por parte de las autoridades de los acuerdos tomados en los procesos participativos y no se logró posicionar la idea de un grupo intersectorial de trabajo permanente para el abordaje integral de la prevención y control de la malaria en la política pública.
- En los informes de las organizaciones que apoyaron el proceso se expresa que no existe una tradición de análisis crítico de la realidad por los actores participantes y que los ejercicios de problematización fueron percibidos como un desgaste; lo anterior se sustenta en el hecho de que con frecuencia y de manera reiterativa en las comunidades se realizan diagnósticos por diversas instituciones, no hay suficiente retroalimentación y en la respuesta a las problemáticas encontradas no se vincula a la comunidad.
- En el Ecuador la ejecución de los Planes Locales de Salud fue muy irregular, sólo hubo resultados parciales en dos cantones y más que la construcción de Planes Locales de Salud, se realizaron planes a corto plazo, en los que se expresó el compromiso de participación del municipio en los proyectos comunitarios apoyados por PAMAFRO.
- Las personas entrevistadas plantearon como principales dificultades el poco interés y compromiso de las autoridades y representantes de las instituciones y la escasa participación comunitaria, además reconocen que hizo falta la continuidad de un mismo grupo de personas en el proceso, lo anterior repercutió en que las personas entrevistadas entregarán información parcial sobre la experiencia y no dieran cuenta

de todos los logros obtenidos, ni mostrarán suficiente apropiación de las herramientas generadas como el mismo Plan Local de Salud.

- El proceso se centró principalmente en el diseño o re-diseño de los Planes Locales de Salud, no hubo suficientes actividades de gestión para su implementación, lo que se constituye en el objetivo principal de la segunda fase del proyecto PAMAFRO.

6. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

Política pública, es el gobierno en acción, produciendo resultados para convertir los derechos humanos en hechos a través de procesos que movilizan y potencian capacidades.

- Es desde los territorios descentralizados que se gesta la capacidad local para construir salud, es allí donde se debe producir la información para interpretar la realidad local y desde donde deben surgir las propuestas de cambio, pero no puede haber descentralización sin modernización del Estado, se requieren medidas reglamentarias, transferencia de poder, de responsabilidades y capacidades. En la construcción de los Planes Locales de Salud, PAMAFRO ha contribuido a generar escenarios de negociación y concertación, y a cimentar capacidades para la planeación y el reconocimiento del rol de las autoridades locales en el proceso de descentralización. El diseño de los Planes Locales de Salud, a partir del análisis de los determinantes sociales de la malaria, se constituye en una herramienta de fortalecimiento de capacidades de actores claves en los actuales procesos de la descentralización y de reformas estructurales del sector salud.
- Los Planes Locales de Salud son el reflejo del fortalecimiento de capacidades para el trabajo intersectorial. En este sentido, son una herramienta de consenso colectivo que convoca, orienta y reúne voluntades y expectativas alrededor de la salud y bienestar de los habitantes del territorio, además de ser un instrumento de política local. Los Planes Locales de Salud son un medio para fomentar el trabajo intersectorial alrededor de la salud y la calidad de vida.
- La capacitación y asistencia técnica en la elaboración de Planes Locales de Salud contribuye al reconocimiento de la malaria como un problema prioritario que vulnera el derecho a la salud y que es necesario ubicar en la política pública, la cual se entiende como una directriz operativa que traduce los derechos en acciones públicas para su garantía y restitución⁷. Este proceso contribuye al reconocimiento de que tienen que derivarse por parte de las autoridades gubernamentales obligaciones y condiciones para la garantía de los derechos humanos de la salud. En síntesis, los Planes Locales de Salud constituyen, por lo tanto, una estrategia básica que genera un ambiente de corresponsabilidad gubernamental con relación al control y prevención de la malaria.

⁷ El enfoque basado en los derechos humanos marca una transición, apartándose del anterior enfoque que trataba de satisfacer necesidades básicas y dependía de la buena voluntad o la caridad. En cambio, un enfoque basado en los derechos humanos reconoce que las personas son "titulares de derechos", y esto implica la existencia de otras personas "obligadas a asegurar la vigencia de los derechos". El marco de los derechos humanos además de definir los derechos que deben ser garantizados a las personas y colectivos, señala que los gobiernos y entidades del Estado deben cumplir con un conjunto de obligaciones para hacer de los derechos materia de realización. Esta relación entre gobierno como portador de obligaciones y las personas y las comunidades como titulares de derechos, demanda de los gobiernos la *irrenunciabilidad e indelegabilidad de las obligaciones* y le exige acciones y políticas consecuentes con la materialización de los derechos. PNUD, 2000. Nueva York: Oxford University Press.

- Planes Locales de Salud es un mecanismo que posibilita una mejor articulación del proyecto PAMAFRO con los procesos de descentralización, las reformas y estrategias que promueve el sector salud y, por lo tanto, una oportunidad para aportar al debate y posicionamiento de la salud como Derecho Humano, y de la malaria como problema de salud pública que debe incluirse en la agenda social.
- Con el propósito de garantizar un enfoque transdisciplinario y lograr avances en la sostenibilidad, un pilar fundamental para desarrollar las actividades relacionadas con los Planes Locales de Salud en la fase II es el fortalecimiento y la ampliación de los *Grupos Gestores* -Comité Intersectorial o Equipo Multisectorial- en el cual deben participar de manera continua los actores con capacidad decisoria (autoridades gubernamentales y sanitarias), representantes de diversas instituciones (salud, educación, ambiente, etc), manteniendo la premisa de conceder cada vez más espacio a las organizaciones de base comunitarias y *crear las condiciones para que su participación sea significativa y protagónica*.
- Para continuar el proceso es necesario reconocer con las y los participantes los logros obtenidos, las limitaciones y los retos y construir de manera participativa el proyecto y el plan de trabajo para la fase II. Igualmente, es fundamental tener como referente el material elaborado y el marco conceptual utilizado: Interculturalidad, Derechos Humanos, Participación social, Comunidad saludable, Promoción de la salud, Determinantes sociales de la salud y el énfasis en las capacidades.
- Se garantizan mejores resultados y sostenibilidad si el proceso de capacitación y asistencia técnica en Planes Locales de Salud se realiza al inicio de los periodos de gobierno, porque generalmente las autoridades gubernamentales están ávidas de asesoría en la planeación del desarrollo de sus comunidades.

GALERÍA DE FOTOS



BIBLIOGRAFÍA

Documentos elaborados por la Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Colombia, 2007.

- Informe general marzo. 2007.
- Informe de capacitación marzo y abril. 2007.
- Informes consolidados de capacitación, segunda fase. Mayo 2007.
- Informe de capacitación módulos de políticas públicas y participación. Mayo 2007
- Informe técnico del proceso mes de mayo. 2007.
- Informe trimestral abril, mayo, junio de 2007.
- Informe final marzo a octubre de 2007.
- Informe final noviembre y diciembre de 2007.
- Plan Local de Salud Saravena, Arauca. Agosto 2007.
- Plan Local de Salud Inirida, Guanía. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Francisco Pizarro, Nariño. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Roberto Payán, Nariño. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Olaya Herrera, Nariño. Agosto 2007.
- Plan Local de Salud Tumaco, Nariño. Agosto 2007.
- Plan Local de Salud Cumaribo, Vichada. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Francisco Pizarro, Nariño. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Puerto Leguizamón, Putumayo. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Puerto Asís, Putumayo. Septiembre 2007.
- Guía POA municipios. 2007.
- Construcción de una agenda social por la calidad de vida para reducir la malaria. 2007.
- Documentos POA, 2008.

CIMDER. Haciendo del diagnóstico y del análisis de situación de infancia y adolescencia parte del desarrollo territorial. Conocer más para actuar mejor. 2008.

Ecuador

Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo (FUNSAD), Ecuador 2007

- Contrato de financiamiento PAMAFRO Ecuador N° 01. Febrero 2007.
- Informe de Planes Locales de Salud, octubre de 2007.

Otras instituciones

- La Transformación en Salud y Los Desafíos de la Medicina Social en América Latina. Mauricio Torres Tovar. ALAMES. 2007.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA REPÚBLICA DEL ECUADOR, Foro Nacional Transformación Sectorial de Salud. Quito, Mayo de 2008.
- Guía Metodológica para la Conformación de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud. Sistema Nacional de Salud Consejo Nacional de Salud. Ecuador. 2006.

GyC Salud y Ambiente. Perú, 2007.

- Evaluación del subreceptor GyC para la asistencia técnica y el seguimiento de actividades para la implementación de Planes Locales de Salud y proyectos de control de la malaria en Perú. Enero 2007.
- Proyecto: Asistencia técnica y seguimiento a la elaboración e implementación de Planes Locales de Salud en el departamento de Loreto-Perú. Febrero de 2007.
- Contrato de financiamiento N°03-2007 entre ORAS y GyC anexo 3. Cronograma de productos y desembolsos.
- Informe Planes Locales de Salud Distrito de Balsapuerto, provincia de alto Amazonas – región Loreto. Octubre de 2007.
- Plan Local de Salud, San Juan Bautista, Provincia de Maynas del Departamento de Loreto.
- Plan Local de Salud, Distrito Alto Nanay, Provincia de Maynas del Departamento de Loreto. Octubre de 2007.
- Informe Planes Locales de Salud, Municipalidad Provincial de Maynas del Departamento de Loreto. Noviembre de 2007.
- Informe Plan Local de Salud, Municipalidad distrital de Napo. Diciembre de 2007.
- Plan Local de Salud, Distrito Yurimaguas, provincia de Alto Amazonas.
- Informe Plan Local de Salud, Distrito de Mazán.
- Plan Local de Salud, Distrito de Belén. Octubre de 2007.
- Aplicación de la estrategia de municipios saludables en el nivel provincial - Reflexiones a partir de la experiencia en el marco del proyecto Asistencia Técnica y Seguimiento a la elaboración e implementación de Planes Locales de Salud y Proyectos de Control de la Malaria en Loreto, Perú. Diciembre de 2007.

Asociación KALLPA, para la promoción integral de la salud y el desarrollo, Perú, 2006.

- Informe técnico final, curso de capacitación a facilitadores para elaborar Planes de Desarrollo Local con énfasis en malaria. Iquitos y Yurimaguas, septiembre del 2006.
- Kallpa. Curso de capacitación a facilitadores para elaborar planes de desarrollo local con énfasis en malaria. Lima 2006.
- Módulos Programa de familias y viviendas saludables. Ministerio de Salud. Perú. 2006.
- AZPUR, Javier y otros. La descentralización en el Perú: Un balance de lo avanzado y una propuesta de agenda para una reforma imprescindible. Consorcio de Investigación Económica y Social –CIES-, Grupo propuesta ciudadana, www.consortio.org; www.participaperu.org.pe. Perú, 2006.



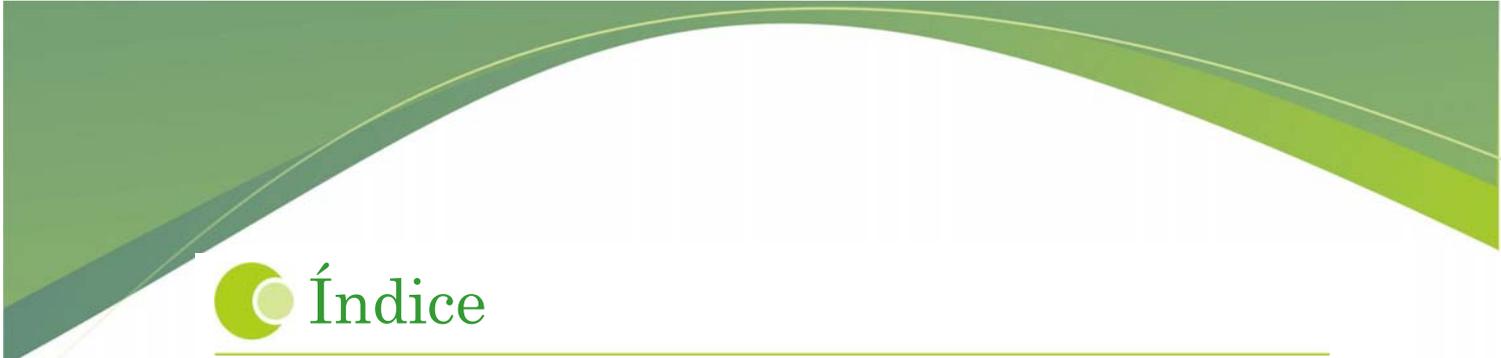
**ANEXO 1.
MARCO CONCEPTUAL DE SISTEMATIZACIÓN,
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA**

**CAPACITACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO
AL DESARROLLO DE
PLANES LOCALES DE SALUD
EN COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ**

**PROYECTO CONTROL DE LA MALARIA EN ZONAS FRONTERIZAS
DE LA REGIÓN ANDINA: UN ENFOQUE COMUNITARIO**

Mayo de 2008





Índice

I. MARCO CONCEPTUAL DE LA SISTEMATIZACIÓN	3
III. OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN	5
III. METODOLOGIA DE LA SISTEMATIZACIÓN	6
BIBLIOGRAFÍA.....	8



I. Marco conceptual de la sistematización

¿Qué entendemos por sistematización de la experiencia?

Definir un concepto es siempre materia compleja ya que es difícil recoger en pocas palabras todos los matices que se consideran fundamentales. A continuación se plantean diferentes definiciones de la sistematización que pueden ayudar a comprender mejor de qué estamos hablando.

La sistematización es la interpretación crítica de una experiencia que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo y con ello construye nuevos conocimientos.

Para las personas que han estado vinculadas al trabajo social, sistematizar es recuperar, ordenar, precisar y clarificar el saber del servicio social para darle un carácter científico. Desde este enfoque quienes más han trabajado han sido las personas que conforman el Taller Permanente de Sistematización de Perú, quienes entienden la sistematización como:

Una oportunidad de reconstrucción y reflexión analítica para interpretar lo sucedido, comprenderlo y obtener un producto consistente y sustentado, a partir del cual es posible transmitir la experiencia, confrontarla con otras y con el conocimiento teórico existente, y así contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica.

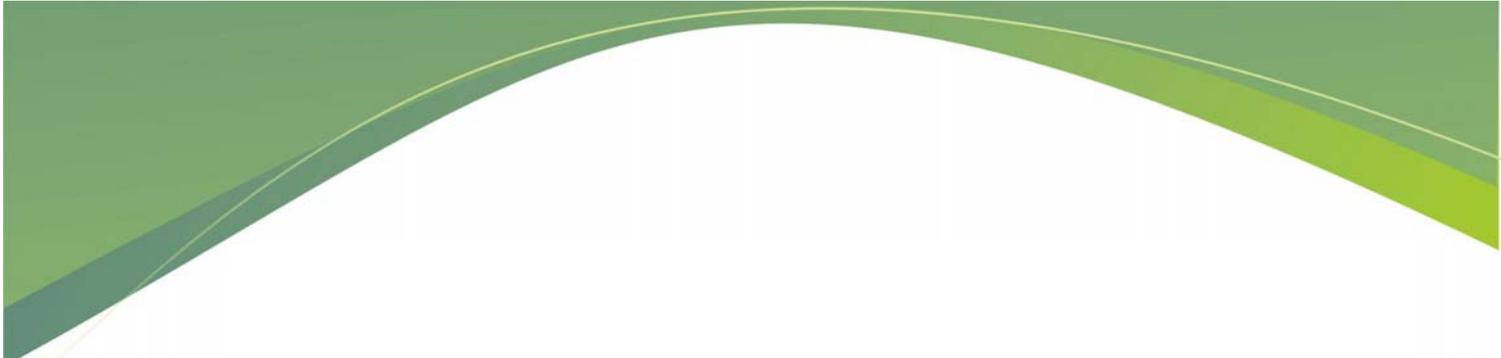
Hay que señalar que no existe una definición consensuada sobre qué es la sistematización, lo que puede añadir confusión a la hora de entender el concepto, pero también abre puertas a nuestro propio aporte. Esta “no definición” ha posibilitado el surgimiento de diferentes “escuelas” o enfoques sociales que tienen inquietudes y objetivos comunes: aprender de la propia práctica¹.

Características principales de la sistematización

Al igual que ocurre con la definición de sistematización, hay cierta variedad a la hora de señalar sus rasgos principales. Sin embargo, se pueden plantear una serie de características comunes a todo ejercicio de sistematización:

a. Proceso: La sistematización implica la operación técnica de preestablecer un itinerario y diseñar o adecuar instrumentos o procesos a través de los cuales se sistematizará. El proceso de sistematización es tan importante

¹ ALOBAN, HEGOA y Universidad de DEUSTO. La sistematización, una nueva mirada a nuestras prácticas. Guía para la sistematización de experiencias de transformación social. España. 2004.



como el resultado de la misma. Por esto es necesario que se plantee como un proceso abierto a las aportaciones de las personas que han participado en el proceso.

b. Participativo: La sistematización implica procesos de interlocución en el que se negocian discursos, teorías y construcciones culturales, por lo cual metodológicamente debe proponer una dinámica participativa, crear espacios de trabajo basados en la confianza para compartir, confrontar y discutir las opiniones de las distintas personas o grupos.

c. Ordenado: La sistematización lleva implícito un ejercicio de organización, basado en un orden lógico. Una forma de ordenar que permita llevar a cabo la interpretación crítica de la experiencia requiere:

- Un registro ordenado de los hechos.
- Una reconstrucción estructurada del proceso vivido.

d. Memoria histórica: El ejercicio de una sistematización permite recuperar la historia de la experiencia y mantener la memoria de la misma pues contribuye a entender las prácticas concretas como procesos históricos y dinámicos.

e. Análisis e interpretación: Todas las personas y grupos son sujetos de conocimiento y poseen percepciones y saberes producto de su experiencia, los cuales deben ser analizados e interpretados para poder objetivar la experiencia y extraer los aprendizajes. La interpretación crítica implica los siguientes elementos:

- Reflexión sobre una o varias prácticas enmarcadas en un determinado contexto específico.
- Prestar atención a la experiencia y a las interpretaciones de quienes participan en dicha situación o proceso.
- Mantener un equilibrio entre aspectos teóricos y prácticos.
- Realiza un trabajo técnico comprometido con el rigor técnico, la búsqueda de objetividad, el reconocimiento de la innovación y dejar hablar a la propia experiencia, no hacerla decir lo que queremos que nos diga.

f. Aprendizaje y nuevos conocimientos:

La sistematización debe hacer posible:

- Conceptualizar experiencias y producir conocimiento desde la realidad.
- Abstractar lo que se está haciendo en cada caso particular y encontrar un terreno fértil donde la generalización es posible. Revelar lo que "aún no sabíamos que ya sabíamos".
- Aprender de la propia práctica y la de otras organizaciones.

g. Compartir y difundir: Al igual que ocurre en la mayoría de procesos de adquisición de conocimientos, el poder compartirlos con quienes trabajan en el mismo ámbito de la experiencia sistematizada es de gran utilidad ya que:

- La organización de la información se ha realizado para transmitir una experiencia para que otras personas u organizaciones puedan aprovecharla en un futuro.
- Permite compartir y contrastar aprendizajes.
- Puede reforzar la identidad de la propia organización y definir nuevas directrices para mejorar.



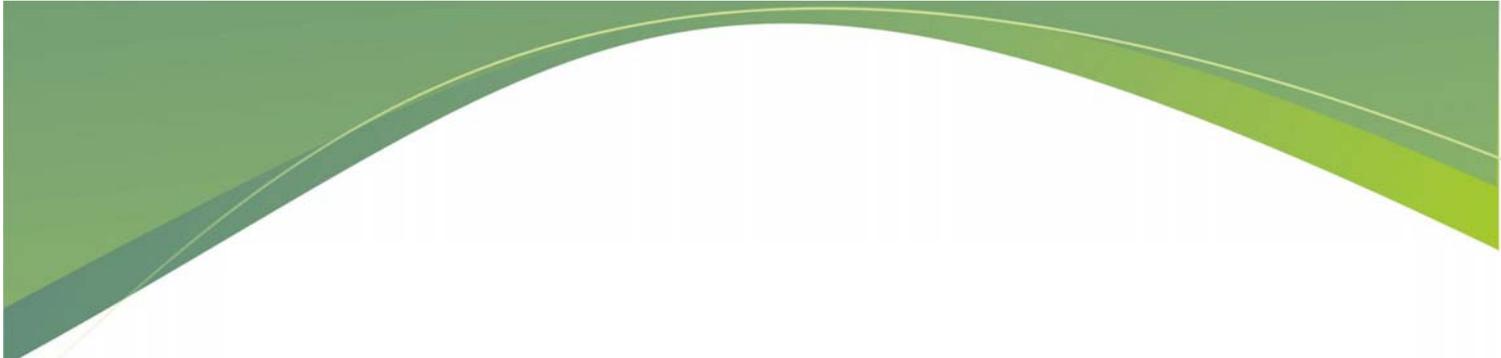
II. Objetivos

Objetivo General:

Sistematizar la experiencia de PAMAFRO de asistencia técnica y acompañamiento en el diseño de *Planes Locales de Salud* desarrollada en Colombia, Ecuador y Perú, que posibilite el reconocimiento de los aspectos conceptuales y metodológicos más relevantes, así como de los logros, las limitaciones, lecciones aprendidas y recomendaciones para el mejoramiento del proceso durante la fase II.

Objetivos específicos:

- Recuperar y reconocer la memoria histórica de la experiencia de asistencia técnica y acompañamiento en el diseño de *Planes Locales de Salud* desarrollada en Colombia, Ecuador y Perú.
- Analizar e interpretar la experiencia de asistencia técnica y acompañamiento en el diseño de *Planes Locales de Salud* desarrollada en Colombia, Ecuador y Perú en cuanto a sus premisas conceptuales y metodológicas, logros, limitaciones y lecciones aprendidas con actores institucionales y representantes de la comunidad.
- Definir las lecciones aprendidas de la experiencia de asistencia técnica y acompañamiento en el diseño de *Planes Locales de Salud* desarrollada en Colombia, Ecuador y Perú, con énfasis en aspectos metodológicos y conceptuales.
- Analizar los resultados y lecciones aprendidas de la experiencia de asistencia técnica y acompañamiento en el diseño de *Planes Locales de Salud* desarrollada en Colombia, Ecuador y Perú con el equipo PAMAFRO que posibiliten su mejoramiento y redefinición de directrices para mejorar la intervención durante la fase II.
- Socializar los resultados obtenidos con diversos actores institucionales y comunitarios de interés para el Proyecto.



III. Metodología

La sistematización de la experiencia de asistencia técnica y acompañamiento en el diseño de *Planes Locales de Salud* desarrollada en Colombia, Ecuador y Perú se desarrolló a través de tres momentos metodológicos:

1. Recuperación del proceso

Descripción de la experiencia: dónde y cuándo se realizó, qué actores participaron, con qué objetivos, resultados obtenidos. Se realizó una mirada ordenada de la práctica.

Recuperación del desarrollo del proceso: lo más completa posible, dando cuenta de todo lo sucedido (no sólo lo programado), considerando los puntos de vista de los diversos participantes en el proceso.

Consideraciones:

- Se realizó a partir de una diversidad de fuentes de información (proyecto, programaciones, informes, evaluaciones, diferentes registros, memoria, etc).
- Utilizó instrumentos, guías que facilitaron la reconstrucción.
- Se realizaron entrevistas grupales a los y las facilitadores, a las y los participantes y equipo de PAMAFRO-Perú.
- Se envió el documento de primera versión de la recuperación de la experiencia a las oficinas nacionales de PAMAFRO (Colombia, Ecuador y Perú) quienes revisaron y realizaron las sugerencias pertinentes.

2. Análisis e interpretación del proceso

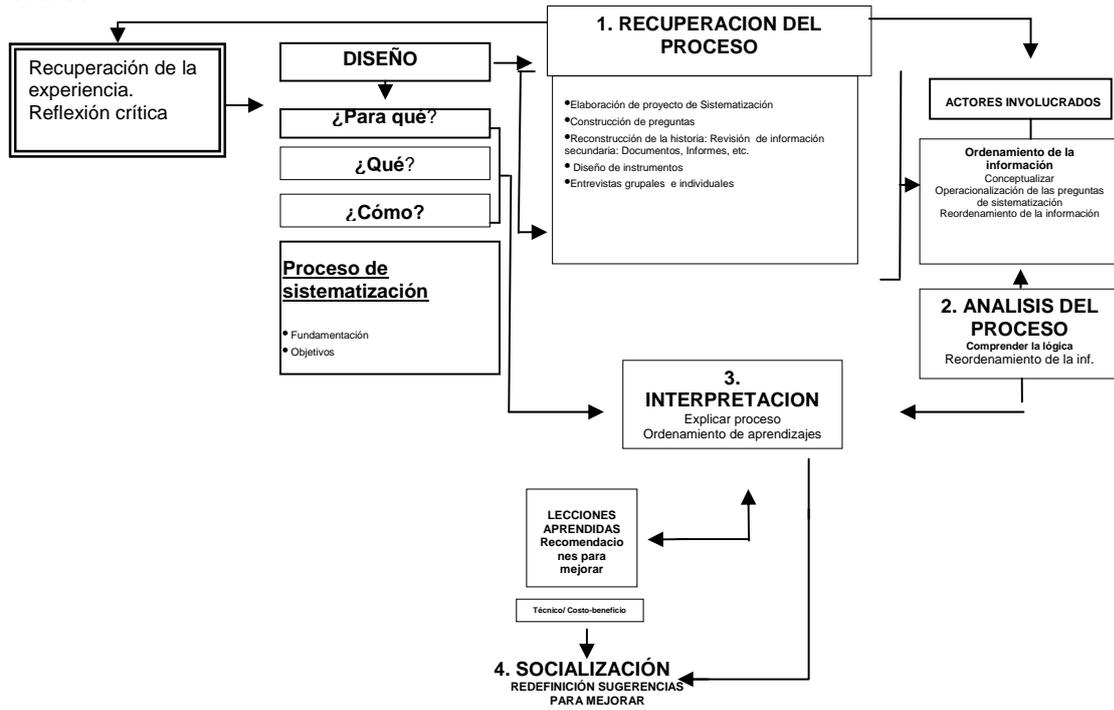
El objetivo es explicar el proceso vivido, sacando a la luz los nuevos conocimientos obtenidos durante la experiencia. Se realizó respondiendo a las preguntas planteadas en el momento del análisis, considerando y relacionando toda la información con que se contaba. El momento de análisis e interpretación culminó con el ordenamiento de las lecciones que la experiencia y su sistematización han permitido alcanzar. Se trata de una nueva y diferente mirada a la experiencia: la del *conocimiento producido*, que se traduce generalmente en recomendaciones para mejorar la intervención.

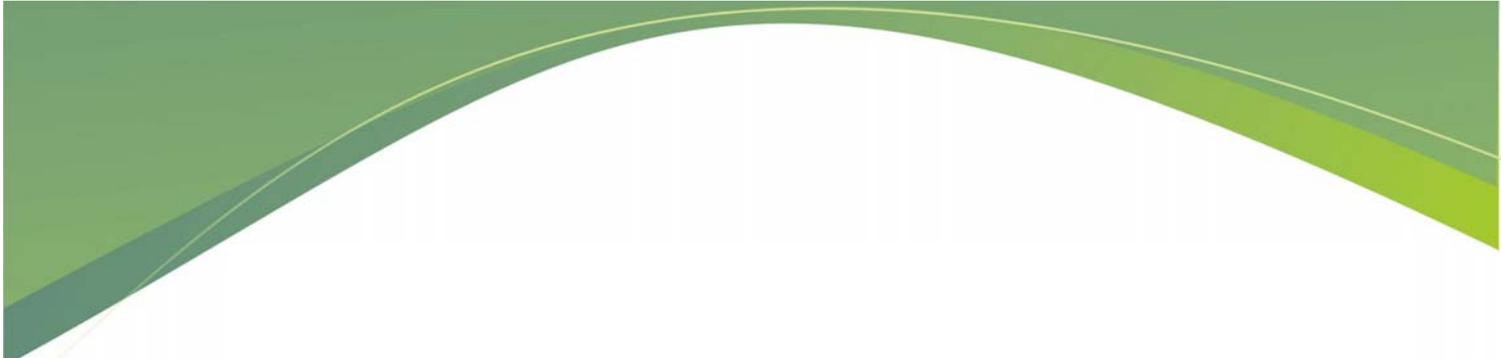
3. Socialización, análisis y propuesta para mejorar la intervención

El último momento del proceso de sistematización es el de la comunicación de los resultados de la sistematización. Se desarrollaron reuniones con los equipos de PAMAFRO para socialización y análisis de los resultados. Las conclusiones finales se expresaron como *recomendaciones* para reorientar y mejorar la intervención.

En el siguiente gráfico se presentan los momentos metodológicos correspondientes y recomendaciones para la sistematización.

Gráfico 1





BIBLIOGRAFÍA

ALOBAN, HEGOA y Universidad de DEUSTO. La sistematización, una nueva mirada a nuestras prácticas. Guía para la sistematización de experiencias de transformación social. España. 2004.

JARA, Oscar. Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencia. Centro de estudios y publicaciones Alforja. Costa Rica. 1999.

MORGAN, María de La Luz. Taller Permanente de Sistematización. Búsquedas Teóricas y Epistemológicas desde la Práctica de la Sistematización. Lima. 1996.