

Sistematización Proyecto "Vigía

TOMO 1: LA GESTION DEL PROYECTO VIGIA

*“EL MODELO DE GESTIÓN, EL DIRECTORIO Y LA
GENERACIÓN DE COMPETENCIAS ESTRUCTURALES”*



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

GESTION DEL PROYECTO VIGIA. “El Modelo de Gestión, el Directorio y la generación de competencias estructurales.” Tomo 1 de la Serie “Sistematización del Proyecto VIGIA”. Ministerio de Salud de la República del Perú y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo USAID del pueblo del Gobierno de los Estados Unidos de América. Lima. Instituto Nacional de Salud, 2008. 85 p.,: ilus.

GESTION / COMITÉ DIRECTIVO / EQUIPO DE GESTION / APROPIACION SECTORIAL / ARMONIZACION / SITEMATIZACION / EVALUACION ESPECIAL / ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y REEMERGENTES / COOPERACION INTERNACIONAL EN SALUD / PERU

Hecho el Depósito Legal en al Biblioteca Nacional del Perú No 2008 - 00000

MINISTERIO DE SALUD - USAID

Proyecto VIGIA

Directora de Proyecto

Dra. Luz Esther Vásquez Vásquez

Sub Directora de Proyecto

Dra. Marita Pereyra Quiroz

Coordinador USAID

Dr. Jaime Chang

Equipo Técnico de Sistematización:

Dr. José Alberto Castro Quiroz (Asesor Técnico)

Mag. Rita Beatriz Zegarra Quintanilla

Mag. Edwin Alberto Peñaherrera Sánchez

Mag. Víctor Carlos Salazar Córdor

Ing. Fransiles Gallardo Plasencia (corrección de estilo)

Equipo de Apoyo a la Sistematización:

Asesores Técnicos del Proyecto VIGIA

Dra. Emma Suárez Castillo

Lic. Gladys Garro Núñez

Dra. Rossana Geng Olaechea

Dra. Margot Vidal Anzardo

Lic. Elena María Núñez Valdivia

Dr. Martín Vásquez Carbonell

Dr. Wilder Carpio Montenegro

Lic. Yolanda Zúñiga Cuello

Lic. Maria Elena Malqui Calla

Lic. Maria Isabel Ponce Capristán

Ing. José Luís Orbegoso Peñaherrera

Apoyo Administrativo

Lic. Luís Alberto Tavera Salazar

Dra. Luz Illescas Ruíz

Lic. Milka Urrutia Mendoza

Lic. Johana Martínez Pilar

Lic. Julisa Paredes Silvera

Lima, junio del 2008

© **Instituto Nacional de Salud**

Ministerio de Salud

Jr. Pablo Bermúdez N° 150. Interior 10 A.

[Http://www.minsa.gob.pe/pvigia](http://www.minsa.gob.pe/pvigia)

Teléfono: 01 – 4339264

Lima – Perú.



Sistematización de la Experiencia de la Gestión del Proyecto VIGÍA

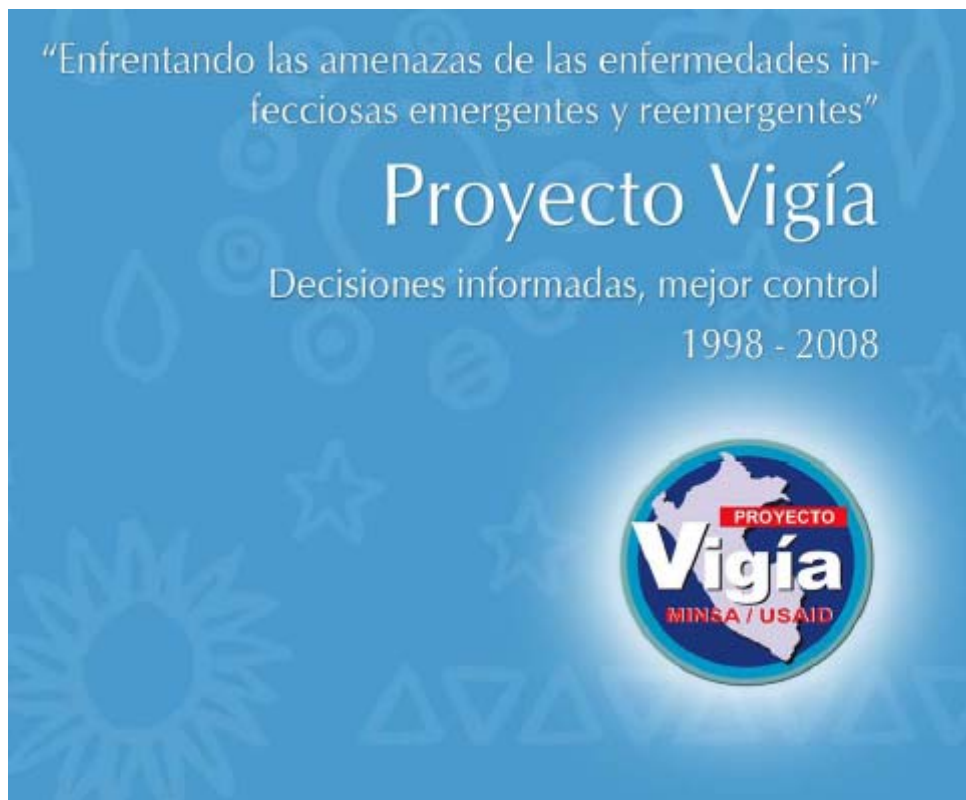


TABLA DE CONTENIDOS

Abreviaturas	6
Presentación	7
I. Antecedentes	9
Orientación de la Sistematización	
Objetivos de la Sistematización.....	
Marco conceptual	
Diseño Metodológico	
II Situación Inicial	17
1. Aspectos previos.....	
2. Inicio del Proyecto VIGÍA	
III Intervención propuesta	31
IV Situación Final	48
V Conclusiones	60 Error! Bookmark not defined.
VI Lecciones aprendidas	68 Error! Bookmark not defined.
VII Recomendaciones	74
ANEXOS	79

Abreviaturas

AMI	Amazon Malary Initiative
CLAS	Comité Local de Administración de Salud
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental
DIRESA	Dirección Regional de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS VIH/SIDA	Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de la Inmuno-Deficiencia Humana / Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
MINSA	Ministerio de Salud
NAMRID	Naval Medical Research Center
OGA	Oficina General de Administración
OGCI	Oficina General de Cooperación Internacional
OGE	Oficina General de Epidemiología
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Oficina Panamericana de la Salud
SNEM	Servicio Nacional de Erradicación de Malaria
TBC	Tuberculosis
UNICEF	The United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development

Presentación

El Proyecto VIGÍA¹, en su compromiso de promoción de la investigación y de debate en torno a las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes; pone a su disposición la Sistematización de las actividades realizadas por el Proyecto, durante sus 10 años de ejecución.

La información producida por el MINSA a través del Proyecto; así como, las reflexiones en torno a la intervención de este proyecto en los distintos lugares del país, y su profunda ligazón con la salud pública; se ha enriquecido con el trabajo de todos los actores, que directa e indirectamente, participaron en él.

El proyecto se desarrolló debido al Convenio de Donación Bilateral entre la República del Perú y los Estados Unidos de América, desde septiembre de 1998 hasta diciembre de 2007; en forma conjunta por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); teniendo como propósito el fortalecimiento de las capacidades locales y nacionales para identificar, controlar y prevenir las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en el Perú. Con la finalidad de lograr este propósito se implementaron cuatro componentes esenciales: 1) vigilancia; 2) investigación aplicada; 3) prevención y control; y 4) insumos de laboratorio, adicionándose el componente AMI en el año 2002.

Cada uno de estos componentes fueron desagregados en tareas específicas; cada cual con sus propias metas, indicadores y objetivos; significando la movilización organizada de los diferentes responsables a nivel nacional, regional y local; posibilitando el desarrollo de todas las actividades.

Obviamente, ha sido un gran reto para los actores que lo hicieron posible; pese al cambiante contexto político, social y económico imperante. Es por eso, que se ha visto necesario dar cuenta de esta experiencia a través de una sistematización que permita no

¹ “Enfrentando las amenazas de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes”, llamado en forma abreviada Proyecto VIGÍA

solo reconstruir históricamente la experiencia vivida; sino también, entender las causas y razones de lo sucedido; de los porqué se avazó de una etapa a la otra y explicar las continuidades y discontinuidades, y lo que es más importante: aprender de lo trabajado.

Es probable que en este trabajo, no plasmemos en su real dimensión; la riqueza obtenida de las entrevistas realizadas y los sentires de todos los que con empeño y espíritu de grupo colaboraron en la elaboración de la presente sistematización. Sin embargo, pretendemos que este documento tenga una lectura abierta; tomando estas experiencias de gestión en salud; como hilos conductores hacia una reflexión crítica, que considere, la necesaria y urgente incorporación de estos nuevos enfoques de gestión para futuros proyectos de salud pública.

PRIMERA PARTE:
ANTECEDENTES

I. Antecedentes

Orientación de la Sistematización

La presente sistematización considera; como parte de su enfoque, que la interpretación no puede reducirse a la particularidad de lo que directamente ejecutaron los actores; sino que deberá relacionar la práctica concreta de los actores con el contexto, los desafíos enfrentados y las fuerzas internas y externas en juego, para comprender con mayor intensidad y profundamente los aspectos más relevantes de esta experiencia.

La información que se analiza está referida concretamente a la sistematización del Modelo de Gestión utilizado para operacionalizar el Proyecto VIGÍA que, tiene como principio: Vigilar, Prevenir y Controlar las enfermedades emergentes y re emergentes.

El proyecto ha involucrado a la Dirección del Proyecto VIGÍA, el Directorio o Comité Directivo (instancia de coordinación directa con cinco Direcciones Generales del MINSA que permitió optimizar la forma de planificar y de realizar una gestión participativa) y el Equipo Técnico que viabilizó este proyecto con un enfoque integrador al modelo de gestión; las alianzas estratégicas y el impacto de los cambios de los funcionarios en la gestión del Proyecto VIGÍA.

Objetivo General

Elaborar una sistematización que contenga el análisis de los puntos asertivos y críticos que ha desarrollado el Proyecto VIGÍA desde 1998 hasta 2007 en las actividades relacionadas a los Modelos de Gestión llevados a cabo por el Proyecto.

Objetivos Específicos

1. Rescatar la experiencia acumulada por el personal del Proyecto VIGÍA y funcionarios del MINSA para enriquecer la reflexión de los aspectos de gestión, monitoreo y ejecución de las actividades indicadas.
2. Analizar e interpretar los hallazgos que culminen en conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones para futuras intervenciones.

Marco conceptual

En la medida que existen diversas formas de entender la sistematización de experiencias, es importante presentar brevemente, la manera en que concebimos esta sistematización, y a partir de ello, generar los análisis y reflexiones.

En consonancia con Morgan y Col² "entendemos a la sistematización como un *proceso permanente y acumulativo de producción de conocimientos a partir de las experiencias de intervención en una realidad social*". Consecuentemente consideramos tres elementos centrales, los cuales compartimos con Jara³:

La concepción de la realidad como una totalidad, o como un todo integrado; cuyas partes no pueden entenderse aisladamente, sino en su relación con el conjunto; ni la totalidad es comprensible sin considerar sus partes, ni las partes lo son, sin entenderlas como partes del todo.

La concepción de la realidad como un proceso histórico; es decir, como creación humana, como producto y construcción nuestra.

La concepción de la realidad en permanente movimiento; el cambio se produce desde dentro de la realidad misma, debido a las contradicciones (tensiones) entre los elementos que la constituyen, que los va modificando y, a la vez, alterando sus relaciones y confrontaciones con los demás elementos.

En la medida que estos procesos ocurren de manera cotidiana en la vida del personal y de los funcionarios que participaron de esta experiencia; éstos no han sido conscientes de lo nuevo que van descubriendo, asimilando y aprendiendo. La dinámica de la práctica, sus exigencias y demandas de constante respuesta a situaciones nuevas, probablemente no les haya permitido tomarse el tiempo suficiente para revisar su accionar y todo cuanto han aprendido; consolidando un nuevo cuerpo de conocimientos, integrado y coherente.

² Morgan M., González E., Barnechea M. La producción de conocimientos en Sistematización. Lima, Perú, 1998.

³ Jara, Oscar. 1994. Citado en: Morgan M., González E., Barnechea M. La producción de conocimientos en Sistematización. Lima, Perú, 1998. pág. 3.

En este sentido, esta sistematización surge como un intento de buscar que el conocimiento producido en la práctica de este Proyecto transite desde un saber aislado y privado, a conocimientos organizados y puestos en socialización; que luego puedan ser revisados, estudiados y aplicados a otras realidades, con elementos o estructuras parecidas al Proyecto VIGÍA.

Diseño Metodológico

El diseño metodológico se basó en la utilización del método cualitativo; el cual permite profundizar los aspectos centrales de la experiencia, examinando sus diversas dimensiones y sus causas; desde una aproximación a los significados que los funcionarios del Proyecto VIGÍA han otorgado a su intervención.

La propuesta metodológica utilizada para el desarrollo de esta sistematización, contiene básicamente los siguientes aspectos:

1. Pregunta básica que guió la sistematización y que estuvo centrada en encontrar:

¿Cuáles fueron los elementos, aspectos, propuestas y estrategias que permitieron que el Proyecto VIGÍA se haya podido mantener en el tiempo; en forma ininterrumpida, considerando el contexto político, social y económico que ha acompañado esta experiencia en el Perú entre los años 1998 y 2007?.

2. Recuperación de la experiencia recogiendo datos necesarios: Tuvo como objetivo recuperar y completar la información necesaria para dar cuenta de esta experiencia de intervención. La primera fuente de información, han sido los archivos del Proyecto; tanto del nivel Central como de las propias DIRESAS analizadas (DIRESA Loreto, DIRESA Ucayali, DIRESA Tumbes). Se revisaron

archivos, Planes Operativos, Líneas de Base, el Convenio Bilateral, el Marco Lógico, los informes trimestrales y anuales y el material producido para cada una de las actividades analizadas. Luego se ordenó e hizo el listado de todos los informes, documentos, registros y publicaciones producidas por el proyecto; para posteriormente seleccionar la información necesaria para el análisis de esta sistematización.

La segunda fuente principal de información para esta sistematización han sido los propios participantes y/o protagonistas de esta experiencia.

Para procesar esta información se ha utilizado la metodología cualitativa, empleando la técnica de entrevistas semiestructuradas y como instrumentos de recojo de información, se diseñaron guías de entrevista.

Cuando la información recogida no era clara se retomó contacto con los informantes para esclarecer inconsistencias.

Las entrevistas semiestructuradas nos permitieron conocer las percepciones y puntos de vista de los funcionarios del Nivel Central: Directores Nacionales, Directores del Proyecto VIGÍA, Directores de las Oficinas Nacionales; respecto a:

El Modelo de Gestión del Proyecto VIGÍA que previene, vigila, controla y trata enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes: La evolución del Proyecto VIGÍA, La Dirección del Proyecto VIGÍA, el Directorio, las Alianzas estratégicas que estableció el Proyecto, el Modelo de Gestión y el impacto de los cambios de funcionarios en la gestión del Proyecto VIGÍA.

3. **Análisis de la información.** Para el desarrollo de esta parte se han requerido tanto herramientas conceptuales como técnicas.

Se analizaron las relaciones que se dieron entre los diversos elementos, fuerzas, intereses y actores que participaron en la experiencia tratando de comprender qué incidencia o peso han tenido dichas relaciones en los resultados de la intervención –logros, limitaciones, fracasos- así como también, sus proyecciones

futuras⁴. En segundo lugar, se puso atención en las articulaciones existentes entre los actores con la población beneficiaria del proyecto; así como entre los actores.

En la medida que los datos han sido de tipo cualitativo, el procesamiento de la información estuvo dirigido a explorar las cualidades de cada una de las respuestas de los participantes, profundizando en el contenido de las relaciones entre ellos, y que muchas veces, encierran diferencias.

Para ordenar y analizar esta información se utilizó el Programa Atlas/ti, que permitió clasificar la información y construir matrices o cuadros, que a la vez que desplegaron los datos y la información de manera desagregada, también permitieron hacer lecturas comparativas.

Siguiendo la Metodología de Morgan⁵, *“se empieza entonces a agrupar los datos, sobre la base de las similitudes que exhiben algunas de sus variables. Así se encuentra relaciones entre variables y se determina cuáles de estas relaciones son más significativas, es decir, cuáles tienen mayor peso explicativo sobre lo que sucedió y sus proyecciones futuras”*.

Se triangularon los resultados evitando sesgos durante el análisis, lo que nos permitió hacer algunas inferencias lógicas a situaciones similares a la experiencia del Proyecto VIGÍA.

Presentamos un cuadro señalando las fuentes de información y las técnicas de recolección utilizadas para esta sistematización:

Cuadro 1. Fuentes de información y técnicas de recolección

Fuentes de información	Técnicas de recolección
<p>Fuentes de Información Primaria: Directores del Proyecto VIGÍA Ex Directores de las Direcciones Nacionales de: DGSP DIGESA</p>	<p>Entrevista Semi – estructurada Instrumento: Guía de Entrevista</p>

⁴ Franke B., Marfil. Lineamientos metodológicos para la sistematización de experiencias. Lima, 2004.

⁵ Ibid.

DIGEMID Ex Directores de las Oficinas Nacionales de: OGE OGCI Ex Jefe Institucional del Instituto Nacional de Salud – INS	
Fuentes de Información Secundaria: Documentos institucionales del Proyecto VIGÍA: Convenio Bilateral Perú – Estados Unidos. Marco Lógico Informes de Programación Anual Informes de Evaluación Anual Documentos Internos	Revisión documentaria
Disco magnético con las publicaciones del Proyecto VIGÍA desde su inicio.	Base de datos en Access

Criterios de Inclusión

Para la selección de actores claves se consideró a Ex Directores de las Direcciones y Oficinas Nacionales y del Instituto Nacional de Salud, que en lo posible, hayan participado desde el inicio del proyecto.

Cuadro 2. Nombres y Cargos de las personas entrevistadas

Equipo de Gestión del Proyecto VIGÍA		
1	Dra. Luz Esther Vásquez	Directora del Proyecto VIGÍA
2	Dr. Víctor Zamora Mesía	Ex Director del Proyecto VIGÍA
3	Dr. Luís Miguel León	Ex Director General de Salud de las Personas y Director Ejecutivo de la DGSP del MINSa
4	Dr. Luís Modesta Gavilano (invitado)	Ex Director General de Salud de las Personas y Director Ejecutivo de la DGSP del MINSa
5	Dra. Amelia Villar López	Ex Directora General de la Dirección General de Medicamentos y Drogas (DIGEMID) del MINSa

6	Dr. Percy Minaya León	Ex Director de la Oficina General de Epidemiología (OGE) del MINSА
7	Dr. Carlos Cosentino Esquerre	Ex Director de la Oficina General de Cooperación Internacional (OGCI) del MINSА
8	Dr. Fernando Llanos Zavalaga	Jefe Institucional del Instituto Nacional de Salud (INS) del MINSА (2001 – 2004)
9	Dr. Juan Villacorta	Ex Director General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) del MINSА
10	Dr. Jorge Albinagorta Jaramillo	Ex Director de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del MINSА
11	Dr. Jaime Chang	USAID
12	Dr. Luís Suárez Ognio	Ex Director de la Oficina General de Epidemiología (OGE) del MINSА

SEGUNDA PARTE: SITUACIÓN INICIAL

II Situación Inicial

1. ASPECTOS PREVIOS

Uno de los aspectos importantes de la continuidad del Proyecto VIGÍA fue la gestión del proyecto mismo.

Los proyectos nacionales que ejecuta el MINSA tienen un sistema de ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación marcados por los propios Convenios Marco entre países, también estos proyectos tienen un proceso de incorporación a la vida misma de la institución que lo acoge, en este caso el MINSA; lo cual deviene también en el natural ajuste a todo lo propuesto y suscrito en los documentos formales y oficiales de inicio de un proyecto.

En la mayoría de estos proyectos, los ajustes no significan cambios sustanciales en el proyecto, y más bien su permanente adecuación al contexto, al proceso de avance y a las contingencias positivas o negativas propias de toda realidad social; como es el caso del Proyecto VIGÍA.

Este documento de sistematización reúne las percepciones de cada uno de los actores claves entrevistados, con el objetivo de conocer y analizar mejor el o los modelos de gestión, utilizados a lo largo de estos diez años de existencia del proyecto.

El presente documento de sistematización, no pretende generar teorías sobre modelos de gestión, ni generalizar propuestas a partir de las entrevistas; intenta mostrar las diferentes percepciones que ha tenido este proyecto y que permitan trazar algunas tendencias, que ayuden a interpretar mejor los datos estadísticos que el proceso de evaluación del proyecto tenga a su término.

De otro lado, con estas entrevistas se pretende conocer la percepción sobre las principales lecciones aprendidas a partir de la ejecución de este proyecto. Esto es un elemento clave para la reflexión sobre los aspectos trabajados: ¿Qué debe seguir y

fortalecerse?, así como ¿qué debe trabajarse mejor, utilizando nuevas estrategias o simplemente no repetirse?

En la parte final, se ha tomado en consideración la percepción de los actores claves respecto a las contribuciones más importantes del Proyecto VIGÍA dentro del ámbito de la política institucional y política pública. Así como también, las nuevas demandas que surgen para el futuro y los nuevos desafíos.

En base al procesamiento de esta información, se han delineado algunas recomendaciones para futuras intervenciones.

2. INICIO DEL PROYECTO VIGÍA

El Convenio Bilateral de Donación entre la República del Perú y los Estados Unidos de América para el Proyecto “Enfrentando las amenazas de las enfermedades emergentes y re emergentes en el Perú – Proyecto VIGÍA”, fue firmado el 29 de Septiembre de 1997 por el Sr. Eduardo Ferrero Costa, Ministro de Relaciones Exteriores del Perú y los Sres. Dennis C. Jett y Donald W. Boyd, Jr. Embajador de los Estados Unidos de América en el Perú y el Director de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID por sus siglas en inglés) en el Perú, respectivamente.⁶

Para los fines de este convenio, el donatario estuvo representado por la persona titular del Ministerio de Salud, y USAID estuvo representado por la persona titular o interina en el cargo de Director de la Misión. Cabe señalar que el representante titular para el convenio por parte de MINSA era el Ministro de Salud y el Director de Cooperación Externa del MINSA como representante adicional, refrendados por Cartas de Ejecución de USAID.

Aprobado el Convenio por estas instancias, este fue elevado al pleno del Congreso, aprobándolo por unanimidad, emitiendo la Resolución Legislativa N° 26932 y publicado en el diario oficial El Peruano el 12 de marzo de 1998.

⁶ VIGÍA / MINSA/USAID, Proyecto VIGÍA. Primer Informe Anual Plan Operativo 1998 – 1999. Lima Perú. Pág. 5.

Entre la firma del Convenio Bilateral (29 de septiembre de 1997) y el Decreto Supremo de ratificación del mismo (21 de marzo de 1998) transcurrieron cinco meses.

Cuando se firma el Convenio Bilateral de Donación (Septiembre 1997) en el Anexo 1, Punto VIII, de Roles y Responsabilidades de las Partes, se indicaba⁷:

“La estructura de la gerencia VIGÍA requiere del cargo de Director de la Actividad dentro del MINSA para que desempeñe este rol. Esta persona se desempeñará como contraparte del MINSA para el epidemiólogo de CDC, así como contraparte principal del Oficial de la Actividad de USAID”.

El Dr. Víctor Zamora, fue designado en el cargo de Director del Proyecto VIGÍA contando con el consenso del MINSA y de USAID, señalándose además, que debían de nombrar a tres Asesores Macro–Regionales que cuenten también, con el mutuo consenso. En el nivel de la gestión administrativa, el Convenio estipulaba la necesidad de crear una unidad especial dentro del Ministerio de Salud encargada de la administración de los fondos del proyecto por toda fuente.

El 15 de Junio de 1998 con Resolución Ministerial N° 214-98-5 A /DM, el Ministro de Salud designa al Instituto Nacional de Salud (INS) como la Unidad Especial del Ministerio de Salud, para proporcionar apoyo Administrativo y Gerencial de los fondos de donación y contrapartida Peruana de la Actividad VIGÍA, en el marco del Convenio Bilateral de Donación celebrado entre la República del Perú y los Estados Unidos de América⁸.

El 25 de septiembre el Ministerio de Economía y Finanzas aprueba el calendario de compromisos y autoriza la ejecución del gasto, dándose así; inicio oficial a las operaciones del Proyecto VIGÍA⁹.

⁷ MINSUSA/USAID. Convenio Bilateral de Donación entre la República del Perú y los Estados Unidos de América para: Enfrentando a las amenazas de enfermedades emergentes y reemergentes. Lima, Set. 1987 pág. 22.

⁸ Copia de la Resolución Ministerial de MINSUSA, N° 214-98-5 A /DM, del 15 de junio de 1998.

⁹ *Ibíd.* Pág. 11

3.- GESTIÓN DEL PROYECTO

La Gestión del Proyecto estuvo a cargo de una Dirección, especialmente designada para tal fin. Las herramientas básicas de gestión eran el Marco Lógico elaborado para realizar el seguimiento y evaluación, la Planificación estratégica que determinarían un plan de inicio y planes operativos anuales, la determinación de Políticas de Gestión para el desarrollo de las actividades del Proyecto, el posicionamiento del Proyecto en el MINSA, el involucramiento de las contrapartes institucionales, y la coordinación permanente entre ellas.

En ese contexto, las políticas fueron concebidas como medios para alcanzar los objetivos planteados en los Planes Operativos anuales y guiaron la propia gestión del Proyecto.

Cuadro Nº 1: Las políticas del Proyecto VIGIA

1. Las actividades a ser desarrolladas deberán ser **APROBADAS por la o las contrapartes** involucradas en cada una de sus intervenciones y de ser posible, en todas las fases de su desarrollo (desde el diseño hasta la evaluación, pasando por su implementación), evitando así, los periodos conocidos como "de transferencia".
2. Se privilegiará el uso de los recursos para el fortalecimiento de las **CAPACIDADES LOCALES** e intermedias.
3. En tanto actividad de apoyo, se **evitará aparecer como el ENTE CONVOCANTE O INSTANCIA EJECUTORA**, salvo para las actividades de programación y evaluación de sus propias intervenciones; es decir prestar Asistencia Técnica.
4. El instrumento básico para el desarrollo de las actividades será el **MARCO LÓGICO**.
5. Orientar el uso de los recursos que dispone el Proyecto, tomando en cuenta: la **RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA** de los daños sobre los cuales se interviene, la **PERTINENCIA TÉCNICA** de la intervención (evaluación, validación y prueba de las estrategias y técnicas usadas para la vigilancia, prevención y control), así como la **OPORTUNIDAD** de la misma.
6. **PRIVILEGIAR LA CALIDAD TÉCNICA** de las actividades antes que la oportunidad con que éstas se desarrollen. Para esto el proyecto usará sus fondos para convocar las mejores capacidades nacionales e internacionales.
7. Destinar sus fondos para financiar actividades que demuestren posibilidades de ser **SOSTENIDAS**, de

manera independiente, por la institución. Propiciar el co-financiamiento. Para esto:

8. Evitar desarrollar actividades aisladas y promover la instalación de **INSTANCIAS DE COORDINACIÓN** y decisión entre todos los involucrados, **TRANSPARENTANDO** así el uso todos los recursos, favoreciendo el uso adecuado de los mismos, evitando duplicación.
9. Las intervenciones financiadas por el proyecto deben caracterizarse por entregar **VALOR AGREGADO** a la institución (asistencia técnica, capacitación, equipamiento, etc.) y que no se puedan obtener (por falta de recursos o por limitaciones administrativa) por otros mecanismos, evitando comprometer sus fondos en el financiamiento del gasto corriente (pago de personal, gastos generales).

“Allí se incluían los lineamientos, reglas y procedimientos establecidos para trabajar en y con el Ministerio de Salud”.

El Modelo de Gestión del Proyecto VIGIA consideró el desarrollo de cinco áreas para lograr una gestión organizacional efectiva:

1. Área: Mecanismo de Coordinación
2. Área: Tipo de Liderazgo Directivo
3. Área: Modalidad de Planificación de actividades
4. Área: Generación de las Competencias estructurales del MINSA
5. Área: Gestión de Procesos y Resultados

Cada una de ellas comprendía aspectos, que al desarrollarse pudieran comprenderse mejor, plasmando independientemente y de manera práctica los lineamientos de sus Políticas.

Primera Área: Mecanismo de Coordinación mediante el cual el Director del Proyecto coordina las actividades con las contrapartes del Ministerio de Salud y que estaba en concordancia con las políticas 3 y 8 del Proyecto.

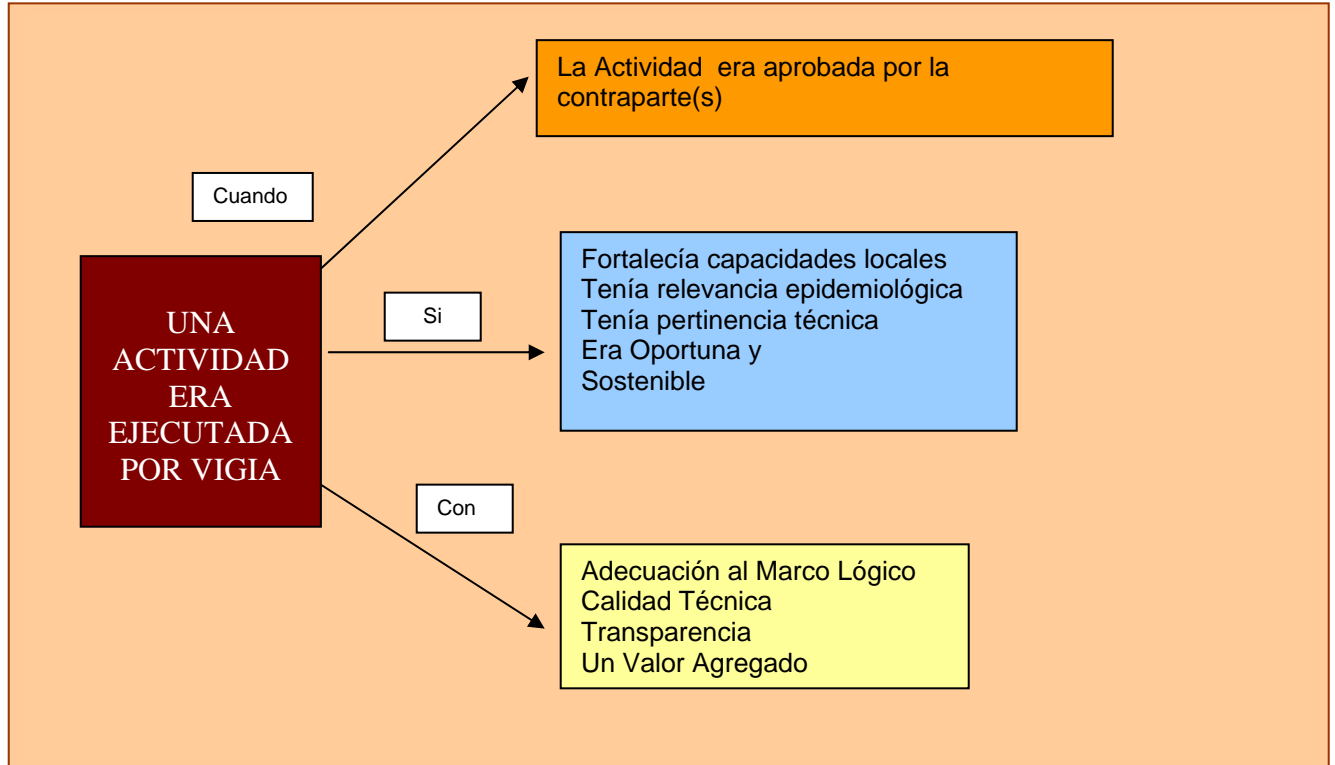
Segunda Área: Tipo de Liderazgo Directivo que aborda la forma en que las autoridades del Proyecto conducen y orientan las actividades hacia la obtención de resultados. Se relaciona con todas las políticas del Proyecto.

Tercera Área: Modalidad de Planificación de actividades referido a los sistemas y procedimientos utilizados por el Proyecto para el abordaje de la planificación institucional, la evaluación de los procesos y los resultados de lo planificado. Estaba en relación con los lineamientos de política 1, 4, 5 y 7.

Cuarta Área: La Generación de las Competencias estructurales del MINSA comprende el desarrollo de las competencias técnicas del propio Ministerio de Salud en vigilar, prevenir, controlar las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. Este componente estaba en concordancia con la Política 2 del Proyecto.

Quinta Área: La Gestión de Procesos y Resultados aborda el desarrollo sistemático de los procesos institucionales en el ámbito de la vigilancia, prevención, control, supervisión y capacitación de actividades. Dicha área estaba en relación directa con la Política 6 y 9 del Proyecto.

La lógica de desarrollo de las actividades siguió el siguiente proceso:

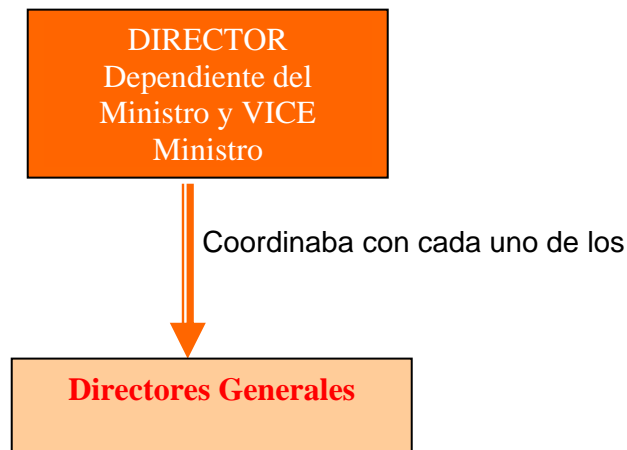


Se debe precisar, que en el Convenio se indicaba además, que el MINSA debería preparar los planes de trabajo y los presupuestos anuales. Los planes de trabajo debían detallarse para proyectar los requerimientos financieros mensuales por cada rubro del convenio.

Estas actividades se desarrollaron bajo estos requerimientos; pero con una estructura organizacional diferenciada en un primer momento.

Esta estructura organizacional era conducida desde la Dirección del Proyecto con cada una de las Direcciones Generales del MINSA y bajo la convocatoria del Vice Ministro. Esto implicaba que las reuniones se tenían que coordinar siempre y cuando el Vice Ministro las convocara, como autoridad jerárquica de las Direcciones; convocatorias que no podía hacer el Proyecto VIGÍA; puesto que los Directores normalmente respondían a la convocatoria del Vice Ministerio.

Modelo de Gestión Proyecto VIGIA **Estructura Orgánica (1997 – 2001)**



En 1998 el proyecto inicia sus actividades con esta modalidad de coordinación y el primer informe emitido se hace tomando en cuenta el período 1998 – 1999¹⁰.

Uno de los actores entrevistados que trabajó en los primeros años del proyecto, manifiesta:

“...el plan de trabajo anual correspondía a una negociación que se realizaba con cada una de las contrapartes y sus componentes (por ejemplo, con la Dirección Nacional de Salud de las Personas, se negociaba con mas de cinco estrategias nacionales). El director del proyecto y su equipo se encargaba de realizar el consolidado y se iniciaba su implementación”.

“No existía un espacio de consenso que articulara a los diferentes actores. Los proyectos y las direcciones no tendían a articular acciones”.

De otro lado, se percibía al proyecto, como independiente del MINSA

“... se desarrollaban actividades que no se integraban con los objetivos de las Direcciones Generales, existiendo interrogantes permanentes sobre los objetivos y evolución del proyecto”.

“...fue un proceso de aprendizaje y maduración de las Direcciones Generales. Cambiaban los directores nacionales y había que comenzar todo de nuevo, sin embargo se logró cambiar la percepción que se tenía del proyecto (gran caja chica que servía para suplir parte del gasto corriente)”

Tomando en consideración la estructura organizacional del Proyecto¹¹, se aprecia que el Proyecto VIGÍA dependía del Ministro y del Vice Ministro y que su relación con las

¹⁰ El lapso comprendido entre Septiembre de 1997 a Agosto de 1998 corresponde a actividades de adecuación legal y administrativa. Por lo que el Primer Informe del Proyecto consideró las actividades realizadas en el periodo comprendido entre Septiembre de 1988 a Marzo de 1999. Tomado del Primer Informe Anual Plan Operativo 1998-1999. MINSA USAID/ Proyecto VIGÍA.

¹¹ MINSA VIGÍA/USAID. Primer Informe Anual Plan Operativo 1998-1999.

Direcciones y Oficinas Generales del MINSA era a través del Vice Ministro; y todas ellas estaban jerárquicamente bajo la dirección del Vice Ministro, incluyendo al INS y a la OGA.

Si bien, esta forma en sí misma no está en discusión; pero para efectos del proyecto necesitaba tener un espacio de coordinación y toma de decisiones intermedias, en un nivel de mayor jerarquía técnica.

El proyecto emergía en un contexto difícil, como se indica líneas abajo;

“Un contexto de proceso de reforma y organización vertical, que limitaba el desarrollo de las acciones que el Proyecto VIGÍA; ejecutaba como apoyo técnico directo del MINSA, con los fondos de USAID y el propio Estado”.

Es interesante el testimonio de los entrevistados que ilustran este contexto:

“Lo que había era un MINSA que emergía de una crisis sanitaria caracterizada por el colapso funcional de los servicios de salud y que procesaba una "Reforma silenciosa". La respuesta sectorial no se encontraba integrada, las responsabilidades eran en muchos casos superpuestas, no articuladas, respondían a organización vertical y no necesariamente a prioridades de salud nacionales y/o regionales”.

“No existía un espacio de consenso que articulara a los diferentes actores. Los proyectos y Direcciones no tendían a articular acciones”.

“Antes del 2001 se coordinaba hablando directamente con cada Jefe (hace referencia a los Directores Generales). Siempre hubo un plan desde 1999. Las actividades empiezan en octubre 1998. El Vice ministro los convocaba para aprobar el plan. El Convenio decía que el Director de VIGÍA dependía del Ministro”.

En este contexto, era alta la posibilidad que el proyecto fuera vulnerable a decisiones más políticas que técnicas y que en muchos casos, no dependía ni de los propios Directores.

Esto contribuyó a que se presentara el proyecto ante el Congreso de la República a fin de que fuera refrendado mediante una Resolución Legislativa que señalara su estructura de Gestión; es decir, las funciones y la estructura no podían ser modificadas sin la debida autorización del Congreso, del MINSA y de USAID.

El testimonio de un entrevistado indica:

“El Proyecto VIGÍA se blindó, fue aprobado por Resolución Legislativa del Congreso y aprobó su estructura de gestión (Director y Asesores regionales) El Director era un asesor”.

Eran los últimos años del Gobierno del Ing. Alberto Fujimori, con relevos de ministros y vice ministros y en el campo de la gestión; los cambios permanentes de ministros traía consigo el cambio de los Directores Nacionales, lo que implicaba reuniones con los nuevos funcionarios, para presentar el proyecto e iniciar muchas de las coordinaciones iniciadas y concertadas con los anteriores Directores.

En el **Anexo 2** presentamos la relación de Ministros y Directores Generales que ocuparon los cargos, durante estos diez años del proyecto.

De otro lado, las múltiples actividades, programas y proyectos que desarrollaban las Direcciones Nacionales, en muchos casos, no eran conocidas por todos los involucrados y esto se repetía también, con el Proyecto VIGÍA. Los diferentes componentes del proyecto implicaban la estrecha coordinación con las diferentes Direcciones Nacionales; pero sin espacios de intercambio y coordinación conjunta; en el que todas las Direcciones y Oficinas Nacionales expusieran y conocieran las actividades que el Proyecto desarrollaba las posibilidades de potenciar mejor, algunas actividades; así como la optimización de los recursos, si era el caso.

Un extracto del primer informe del proyecto¹² correspondiente a 7 meses de ejecución (Septiembre 1998 a Marzo 1999), indica que los retrasos sufridos se debieron fundamentalmente a:

¹² Ibid. Pág. 17

“La ausencia de una instancia de coordinación que vincule a las contrapartes institucionales con la dirección del Proyecto VIGÍA.

La poca coordinación y gran desconfianza existente entre las contrapartes del Proyecto.

La ausencia de instrumentos de gestión operacional, administrativa y técnica que definan claramente los niveles de toma de decisión, los procedimientos para la ejecución de los fondos.

Las diversas percepciones que existen acerca del rol del Proyecto al interior del MINSA. El proyecto es visto como una instancia de ejecución de actividades paralelas, como una fuente de recursos económicos para financiar gasto corriente de las actividades del MINSA. Estas percepciones limitan el uso del Proyecto por parte de la institución.

La lentitud de los procedimientos de soporte administrativo. Los tiempos administrativos no corresponden al ritmo que necesita el proyecto para sus operaciones, limitando así la oportunidad de sus intervenciones”.

Es importante anotar, que el Convenio Bilateral establecía claramente que las operaciones del proyecto estarían marcadas por la presentación de planes operativos anuales y el equipo nacional estableció como estrategia, construir este plan operativo conjuntamente con sus contrapartes institucionales; bajo criterios de integralidad, sostenibilidad, pertinencia y relevancia.

Dos factores del entorno dificultaron seriamente la construcción y ejecución del primer plan operativo del Proyecto.

“Uno; la agenda para la salud pública, especialmente en el campo de las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes estaba en proceso de construcción, por lo tanto las prioridades no estaban claramente definidas. Y dos; la cultura organizacional del MINSA donde predominaba la descoordinación, la fragmentación y la duplicación de esfuerzos”¹³.

¹³ Ibid. Pág. 16

Estos factores describen con claridad las diferentes situaciones a las que se enfrentó el proyecto en su inicio; pero revela también con mucha precisión, la capacidad de la Dirección y el Equipo Técnico para detectar estas debilidades en la propia gestión del proyecto y que fueron claves para tomar decisiones inmediatas, que permitieron la continuación del proyecto; sobre bases más planificadas y coherentes con las necesidades de salud, que el proyecto tenía que vulnerar, como fin último.

Un extracto del informe de evaluación de medio término del proyecto (¹⁴) manifestaba que:

“En ese camino el Proyecto Vigía inició sus actividades en septiembre de 1998, a un año de la firma del convenio debido a que entonces es cuando tuvo disponibilidad presupuestal. Durante esta etapa (septiembre-diciembre), el Proyecto fue visto por algunas contrapartes como una instancia de operaciones paralelas por un lado o como una fuente financiera de gasto corriente por otra; esto se complicaba más en la medida en que las acciones por las contrapartes, se realizaban de manera no coordinada y no integrada dando como resultado una intervención fragmentada”.

Este hecho marcaría el inicio del cambio de estructura organizacional en el Modelo de Gestión del Proyecto.

¹⁴ Evaluación de medio término del Proyecto VIGIA. USAID 2001.

TERCERA PARTE: INTERVENCIÓN PROPUESTA



III Intervención propuesta

La propuesta del Proyecto VIGIA para la gestión de Proyectos, ha sido un Modelo de Gestión con una estructura organizativa, caracterizada por:

- Una INSTANCIA de Coordinación y de Negociación: con apertura permanente al diálogo con los decisores políticos y los equipos técnicos nacionales y locales.
- Una ESTRATEGIA para optimizar la forma de planificar: priorizando los problemas institucionales en torno a las enfermedades infecciosas, planteando, a su vez, alternativas integrales de solución.
- Un MECANISMO de gestión participativa: que permitía generar evidencias para el posterior desarrollo de políticas públicas, relacionadas a combatir las enfermedades emergentes-re emergentes y que permitía Generar competencias estructurales. Con un Directorio, como mecanismo de gestión, que iniciaba los procesos de coordinación intrasectorial y multisectorial, con una concepción de desarrollo integral y participación social, que además, reconocía la potencialidad de las alianzas estratégicas.

Este MODELO tuvo un Mecanismo de Coordinación, identificado con la creación de un Comité Directivo, el que con la participación de las Direcciones Nacionales del MINSa, las Oficinas Nacionales y el Director del Proyecto VIGÍA, buscarían convertirse en un espacio o instancia de coordinación, concertación y diálogo entre los actores para la toma de decisiones transparentes y articuladas. El Liderazgo prosiguió caracterizado por la proactividad y la intencionalidad de consolidar la institucionalización de las actividades; así como, la consolidación del camino emprendido para generar competencias estructurales en el MINSa.

Sin embargo, viró a realizar una Modalidad diferenciada de Planificación de actividades, donde la planificación inclusiva y alineada con los Planes Operativos del MINSA era la orientación básica.

En cuanto a La Gestión de Procesos y Resultados se desarrollaron procesos más participativos, transparentes y con actividades institucionalizadas antes de terminar el Proyecto.

CREACIÓN DEL COMITÉ DIRECTIVO

El contexto cambio durante el año 2001. La nueva gestión del Administrador del Proyecto VIGIA (INS), inicialmente no comprendió el rol que debía desempeñar y trató de administrar directamente todas las actividades del Proyecto.

En las reuniones técnicas se precisó que el Proyecto VIGIA era producto de un Convenio Bilateral, que por tanto las decisiones no se podían tomar individualmente sino sobre la base del Convenio Marco y un Plan Operativo aprobado y que las actividades adicionales debían ser asumidas de manera compartida entre el MINSA y USAID. Ante esta situación se comenzó a revisar la modalidad de coordinación, invitándose (por parte de USAID y el INS) a la nueva Oficina General de Cooperación Internacional (OGCI) a interpretar el hecho de que en una Resolución Ministerial se mencionara que el INS era el administrador del Proyecto y el responsable del monitoreo de las actividades.

En las reuniones técnicas de coordinación entre el INS (Dra. Marita Pereyra), la OGCI (Dr. José Castro) y el Proyecto VIGIA (Lic. Luís Tavera y Dra. Luz Esther Vásquez), se analizaron diversos temas como la modalidad de coordinación, las experiencias privadas de gestión (Directorio de Gestión), la operativización de los Convenios Internacionales, los mecanismos de optimizar los resultados, entre otros.

Los insumos puestos en mesa por el Proyecto VIGIA fueron el Taller de Planificación Estratégica, la utilización del Marco Lógico. La OGCI precisó las normas internacionales y los caminos que deben ser transitados para institucionalizar las actividades desde el

diseño del Proyecto. El INS precisarí la necesidad de optimizar las funciones que se le habían encomendado.

Como producto final de estas reuniones se interpretó la norma y se aprobó modificaciones al Convenio Marco. El Modelo de Gestión del Proyecto VIGIA había producido el Directorio de Gestión como una instancia de coordinación, que buscaba más eficientemente los consensos; se había optado por una estrategia que optimizara la forma de planificar (haciéndola inclusiva al MINSa y conjunta entre las contrapartes); se había generado un mecanismo de gestión participativa

En ese sentido, el detalle del desarrollo de algunos de estos procesos previos fue el siguiente:

1. Realización del Taller de Planificación Estratégica.

Una de las decisiones importantes tomada por el Proyecto VIGÍA, fue la organización de un Taller de Planificación Estratégica con la participación del Equipo Nacional en pleno, los responsables del proyecto en USAID y algunos profesionales calificados del nivel regional.

Este Taller se realizó en febrero de 1999 y sus principales resultados fueron:

“La elaboración de una propuesta para mejorar la formulación del proyecto, estableciendo claramente la contribución que se espera de éste con relación al mejoramiento de la salud de la población. Reformular los objetivos e indicadores que midan más efectivamente su desempeño”.

Además, de:

“Reorientar la estrategia del proyecto tratando de concentrar las negociaciones, acuerdos y acciones con el nivel regional y local”.

“Establecer claramente los niveles de coordinación, toma de decisiones, niveles de ejecución y roles que le competen a cada uno de los componentes del proyecto (equipo nacional, USAID, contrapartes institucionales, administración). Era urgente dotar a proyecto de los instrumentos de gestión y organización que optimicen el mismo”.

“Establecer una estrategia de comunicaciones e información acerca del Proyecto especialmente con los usuarios internos, así como, con la comunidad científica”.

Uno de los productos más importantes del Taller fue *“la identificación de los vacíos existentes en el Convenio y la elaboración de una propuesta de diseño complementario que establezca claramente el marco de compromiso de las actividades del Proyecto, así como definir los indicadores que medirán su desarrollo y su impacto sobre el sistema de vigilancia, prevención y control de las enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes en el Perú”*.¹⁵

Podemos indicar que los resultados del Taller, marcaron el inicio hacia una gestión más concertada, con objetivos e indicadores que permitían conocer el proceso de avance de las acciones realizadas; aunque con la limitación de tener un modelo de gestión poco operativo, debido a que todas las decisiones se tomaban con cada Dirección por separado y bajo la convocatoria directa del Vice Ministro.

“El antes y el después lo marca nítidamente el taller de planificación estratégica y posterior desarrollo del Directorio del Proyecto. Este proceso le brindó mayor legitimidad y predictibilidad al accionar del proyecto, especialmente en relación con las diferentes contrapartes institucionales”.

¹⁵ Ibid. Pág. 4

“Para lograr legitimidad se necesitaba dialogar con las contrapartes conformando un Plan Estratégico. Ese Plan era necesario. Presuponía diálogo con muchos actores y Direcciones: DIGESA, DGSP. Esto fortalecía una capacidad sectorial hasta la investigación en red en los laboratorios. En el laboratorio del INS se elaboraban los protocolos. De otro lado el INS es el administrador y el Proyecto VIGÍA inicia este proceso, Rol - miembro de las contrapartes del Proyecto. El Proyecto VIGÍA tenía que trabajar considerando: 5 contrapartes, 17 enfermedades sin circunscripción territorial y administrado con la velocidad del Estado (se refiere a una administración lenta). El equipo del Proyecto tenía que ser funcionarios del MINSA”.

Este paso importante en la gestión del proyecto, permitió contar con una mayor participación de los diferentes directores nacionales; aún en forma directa con cada uno de ellos, para elaborar el Plan Estratégico que permitió dar cuenta de las acciones realizadas.

Una de las primeras acciones conjuntas, fue la construcción de una cadena de valor que configuraba la Visión General del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública para el MINSA. De acuerdo al Primer Informe Anual 1999,

“Esta visión permitirá ubicar y alinear más efectivamente los recursos existentes para la vigilancia y control de daños en poblaciones humanas, incluyendo al Proyecto VIGÍA. Este trabajo fue realizado en forma conjunta con la Oficina General de Epidemiología, el Instituto Nacional de Salud, la Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección General de Estadística e Informática, la Oficina de Inversiones, la Oficina de Cooperación Externa, la Dirección de Salud Ambiental y la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas”.

2. El Uso del Marco Lógico.

El proyecto elaboró un Marco lógico, donde se establecían claramente el fin, el propósito, los componentes que trabajaría el proyecto; así como, los indicadores de gestión: 6 de propósito y 30 indicadores de resultado.

De acuerdo con los testimonios de los entrevistados, las percepciones de estos hitos en el proceso de gestión del proyecto, fueron:

“...Los indicadores del Proyecto no estaban claros y se elaboró el Marco Lógico como una herramienta de gestión y se construyeron los indicadores como producto de una lógica más nacional. Se contrató a un consultor para trabajar el marco lógico.”

“Un instrumento que ayudó a la gestión y planificación de las actividades del proyecto fue el Marco Lógico”.

Los diferentes informes anuales, desde esa fecha hasta la actualidad, se hicieron sobre la base del Plan Operativo Anual y del Marco Lógico elaborado.

El Marco Lógico por su parte, se constituyó en la herramienta de gestión necesaria para planificar las actividades. En el contexto estratégico del Marco Lógico del Proyecto VIGÍA se indicaba:

El marco lógico del proyecto se elaboró en sus inicios, teniendo como base los documentos que le dieron origen y el estado de las enfermedades infecciosas en la segunda mitad de la década de 1990. Sin embargo, tal como lo recomienda el planeamiento estratégico, se han efectuado revisiones anuales para adaptarlo a los cambios

epidemiológicos y técnico-políticos en salud pública, pero sin perder de vista los objetivos iniciales del proyecto. La presente versión es el reflejo de estas revisiones¹⁶.

El Marco Lógico se elaboró, considerando los cuatro componentes del proyecto que eran Vigilancia, Investigación, Prevención y control y Laboratorio.

Es importante anotar, que la preocupación por darle al proyecto todas las herramientas de gestión modernas, necesarias para su desarrollo, la inquietud por la investigación y la búsqueda de evidencias; respondía también a una corriente de pensamiento en la gestión pública, que aportaba cuadros o recursos humanos con nueva formación, nuevas propuestas y un contexto macro de reformas sociales con distintos enfoques. En algunos casos empresariales, en otros sociales y en los menos, enfoques que articulaban ambas tendencias.

La percepción de este contexto, podemos ilustrarlo con la apreciación de uno de los entrevistados:

“En el contexto, la generación de gerentes de esa época estaba evolucionando, se incorporaban cuadros con mayor entrenamiento y experiencia, sin militancia ni vinculación política, que se sumaron al debate sobre la reforma sanitaria. En simbiosis con la acción del VIGIA, la relación multilateral se comenzó a convertir en una norma. La tercerización era utilizada con mayor fuerza para mejorar capacidades de ejecución, la descentralización de recursos igualmente para potenciar las capacidades regionales. Además se incorpora el discurso de evidencias de salud pública, la construcción de agenda de salud pública. Se da una transformación en el imaginario de los gerentes de esa época. Algunas direcciones generan redes de trabajo, como la Red Nacional de Epidemiología, DIGESA”.

¹⁶ MINSA, VIGÍA/ USAID. Marco Lógico del Proyecto VIGÍA. Diciembre 2006.

3. El Contexto.

En este taller el proyecto adecuó sus estrategias de desarrollo al contexto que se vivía en la Salud Pública de nuestro país.

Algunos participantes han indicado que:

“Mucho movimiento. Una generación de donde emergen líderes y un contexto de: Debate por la reforma. Impulso del Banco Mundial a procesos de Reforma, incluyendo evidencias. Por la implementación de la Reforma en el contexto del colapso funcional de los servicios, implicó cambios.

Aparece el Proyecto Salud Básica Para Todos; los CLAS. Universidades como UPCH desarrollan Maestrías de Salud Pública, dando sustancia al pensamiento generacional. Cambios políticos. Discurso público, discurso privado. También se dieron cambios institucionales con la presencia de nuevos cuadros profesionales. Desarrollo de recursos humanos. La oleada de modernidad, la conectividad. Emergencia de la idea de descentralización”.

Si bien, este era el contexto vivido por los actores que participaban de estos procesos; las reflexiones hechas en **el taller de Planificación estratégica del Proyecto VIGÍA** señalaban la necesidad de cambiar el modelo de gestión que se venía utilizando, por uno más acorde a las necesidades del Proyecto.

4. Creación del Comité Directivo del Proyecto VIGÍA

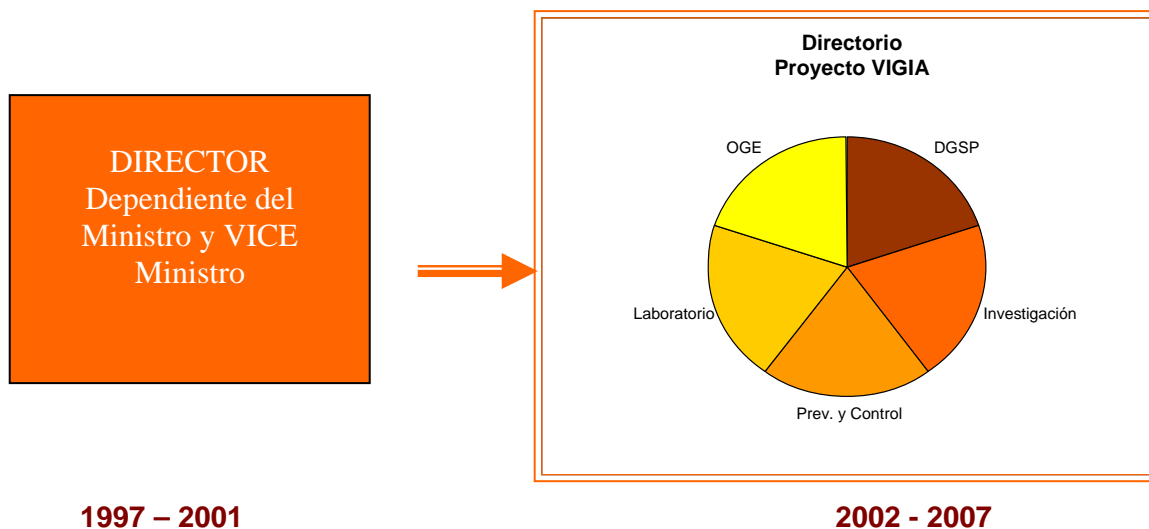
Como se ha mencionado anteriormente, en el proceso se propuso la estructura de un **Comité Directivo** que permitiese la articulación y concertación con todos los Directores Nacionales: En el año 2002 se crea este Comité, el cual estaba compuesto por los directores generales o su equivalente de la OGE, del INS, de la DIGESA, de la DGSP, de la DIGEMID y de VIGÍA.

Esta decisión respondía a la reflexión hecha en los primeros años del proyecto y la necesaria adecuación de un modelo de gestión más ejecutivo y participativo, donde el Comité Directivo expresaba esta voluntad de trabajo concertado.

De otro lado, a nivel de la Dirección del Proyecto, en abril de 2002 se designa a la Dra. Luz Esther Vásquez como encargada de la Dirección del Proyecto VIGÍA en reemplazo del Dr. Víctor Zamora, quien fue Director desde el inicio del Proyecto. La Dra. Vásquez acompañó el proceso desde el inicio del Proyecto en calidad de Sub Directora, por lo que conocía ampliamente los aspectos técnicos y operativos que se venían implementando para fortalecer el proyecto; lo cual fue determinante para dar continuidad a las actividades programadas.

Dicho Comité Directivo se formaliza el **26 de septiembre de 2003** con una Addenda al Convenio Bilateral de Donación firmado entre el Gobierno del Perú y el Gobierno de los Estados Unidos de Norte América a través de USAID. Esta Addenda no solo consideraba esta nueva propuesta de modelo de gestión; sino también, la modificación de varias secciones del Anexo 1 del Convenio Bilateral que contenía importantes precisiones para la ejecución del proyecto.

El Modelo de Gestión del Proyecto VIGIA y las modalidades de coordinación con sus estructuras organizativas



De acuerdo a la Carta de propuesta de **modificación** del Anexo 1 al Convenio Bilateral¹⁷, se indicaba las funciones principales del Comité Directivo:

“Los directores generales o su equivalente de la OGE, del INS, de la DIGESA, de la DGSP, y de VIGÍA constituirán el Comité Directivo de VIGÍA. Las funciones principales de este Comité Directivo serán aprobar el Plan Operativo Anual de VIGÍA y asegurar que las actividades planificadas se lleven a cabo apropiadamente”.

El nuevo modelo de gestión basado en un Comité Directivo, en general fue reconocido como positivo por los diferentes Directores Nacionales del MINSa, ya que lograba la participación concertada de todas las Direcciones y Oficinas del MINSa para tomar decisiones conjuntas sobre el Plan Operativo Anual, el presupuesto y las intervenciones a realizar en cada uno de los componentes del proyecto. Como sabemos, cada uno de los componentes comprometía, de manera directa, la intervención de Direcciones u Oficinas Nacionales específicas.

Los testimonios de los entrevistados ilustran las diferentes percepciones que se tenía del Comité Directivo:

“El Comité Directivo constituyó un espacio de coordinación e integración de las acciones como de los proyectos. Me pareció interesante, y pienso que a diferencia del Ministerio, las Direcciones Generales coordinaron sus lineamientos, planes y proyectos con respecto al Proyecto VIGÍA. Las reuniones incluían a las diversas instancias Directivas y se aprobaba el Plan Vigía en sesión de Directorio, aunque esta forma de trabajo siempre origina algún retraso, es más democrática”.

“En el Directorio se coordinaba con las Direcciones y el tema de discusión era la plata. Se conversaba lo de las políticas y algunas veces el equipo explicaba la función del Proyecto VIGÍA, era explicar ya que tenía una direccionalidad y no todos estaban de acuerdo”.

“Como respuesta se creo el Comité Directivo de Vigía. El Comité dio una buena respuesta a la necesidad de tomar decisiones de gestión y complementar las iniciativas que tenía el Proyecto con fondos nacionales”.

“Era una instancia necesaria para lograr legitimidad y predictibilidad pero que conforma en la dirección del Proyecto VIGÍA una carga adicional. El costo de transacción en término de gestión política era altísimo. El costo de transacción política y administrativa deterioraba la relación del Proyecto con sus proveedores de conocimiento (consultores)”

“Es una experiencia positiva. Sobre todo como mecanismo de articulación del proyecto dentro de las políticas del MINSa; así como para información y seguimiento de los principales funcionarios del ministerio”.

“Era un espacio de concertación y negociación importante. Este proyecto apoyó la investigación que buscaba las evidencias para luego diseñar la intervención”.

“Percepción del Comité Directivo: Dependía mucho de las personas que estaban en el cargo de funcionarios. Hubo etapas en que se tenía relación muy fluida. Toda coordinación no es tan fácil, pero cuando se dan cuenta que queremos trabajar bien, es mejor la relación”.

¹⁷ Convenio Bilateral de Donación entre la República del Perú y los Estados Unidos de América para “Enfrentando las amenazas de enfermedades emergentes y re-emergentes. 29 de septiembre 1997. y Carta con propuesta de modificación al Anexo 1 del 26 de septiembre de 2003.

“Antes no se tenía el Directorio, pero cuando se instala el Comité se formaliza y reconoce”.

En la mayoría de los casos, hubo acogida a esta iniciativa del Proyecto, según manifiestan los entrevistados; principalmente por ser una iniciativa de diálogo y concertación para la toma de decisiones al interior del MINSA con sus principales representantes. Obviamente, hay también puntos de vista más particulares y focalizados; en algunos aspectos de la gestión, que también son importantes para tener un panorama de la percepción de este espacio de gestión.

También es importante tener en cuenta que el contexto político ayudó mucho a que estas iniciativas se pudieran concretar dentro del MINSA. Uno de los elementos del contexto fue el Gobierno de Transición del Dr. Valentín Paniagua, (noviembre de 2000 hasta julio de 2001) con una visión de mayor transparencia y democrática de la gestión.

El testimonio de un entrevistado ilustra este proceso, considerando los inicios del proyecto y el cambio hacia el nuevo modelo de gestión consolidado con un Comité Directivo:

“Al comienzo la relación (refiriéndose al Proyecto VIGÍA) era mayormente con el Ministro. Se tenía que bajar un nivel más técnico, no la Alta Dirección. Se discutía de quién iba a depender. En 1998 se definió que fuera el INS el encargado de administrar, que era la mejor instancia. En el 2001 con el Gobierno de Transición se empieza a trabajar cómo sería la gestión del Proyecto y la relación con las contrapartes.

Se hace una propuesta desde el MINSA, para presentar a USAID: Hacer un Directorio, La Presidencia debía ser rotativa. En 2003 se oficializa el Directorio mediante la addenda al convenio. Se nombra a un Presidente. La Dirección General de Salud de las Personas DGSP, por decisión del Comité se encarga del nivel técnico”.

Este hito marca el fortalecimiento de las acciones, que se venían realizando, pese a las dificultades indicadas páginas atrás.

Es importante anotar, además que:

La gestión en un proyecto dentro de la estructura de un organismo público del Estado es un proceso muy complejo y por lo mismo enriquecedor, ya que la implementación de determinados modelos de gestión no se hacen solamente por directivas (aunque consideramos que éstas son claves y necesarias) sino, en un proceso permanente de acción y reflexión de lo avanzado.

5. Aportes del Equipo Técnico del Proyecto VIGÍA al Comité Directivo¹⁸.

El Equipo Técnico que acompañó al proyecto desde el inicio, no intervino únicamente en la realización de las actividades planificadas, cumpliendo además, las tareas propias del proyecto; sino también en la evaluación de las mismas, en el conocimiento de las lecciones aprendidas de este proceso de gestión; actuando de manera propositiva y prospectiva propias del avance de las acciones del proyecto y también, ante los nuevos retos y líneas del proyecto que despuntaban y que exigían nuevas maneras de gestión, organización y planificación.

La importancia otorgada al trabajo del Equipo Técnico fue refrendada en la Carta de implementación del 26 de septiembre de 2003, que contenía la propuesta de modificación al Anexo 1 al Convenio Bilateral¹⁹.

“Los componentes de vigilancia, investigación, prevención y control, y laboratorio estarán bajo la responsabilidad de los miembros del equipo

¹⁸ Ver anexo de relación de personal técnico y administrativo que estuvo en el Proyecto VIGIA

¹⁹ IBID

técnico de VIGÍA, quienes coordinarán las actividades bajo estos componentes a nivel nacional”..

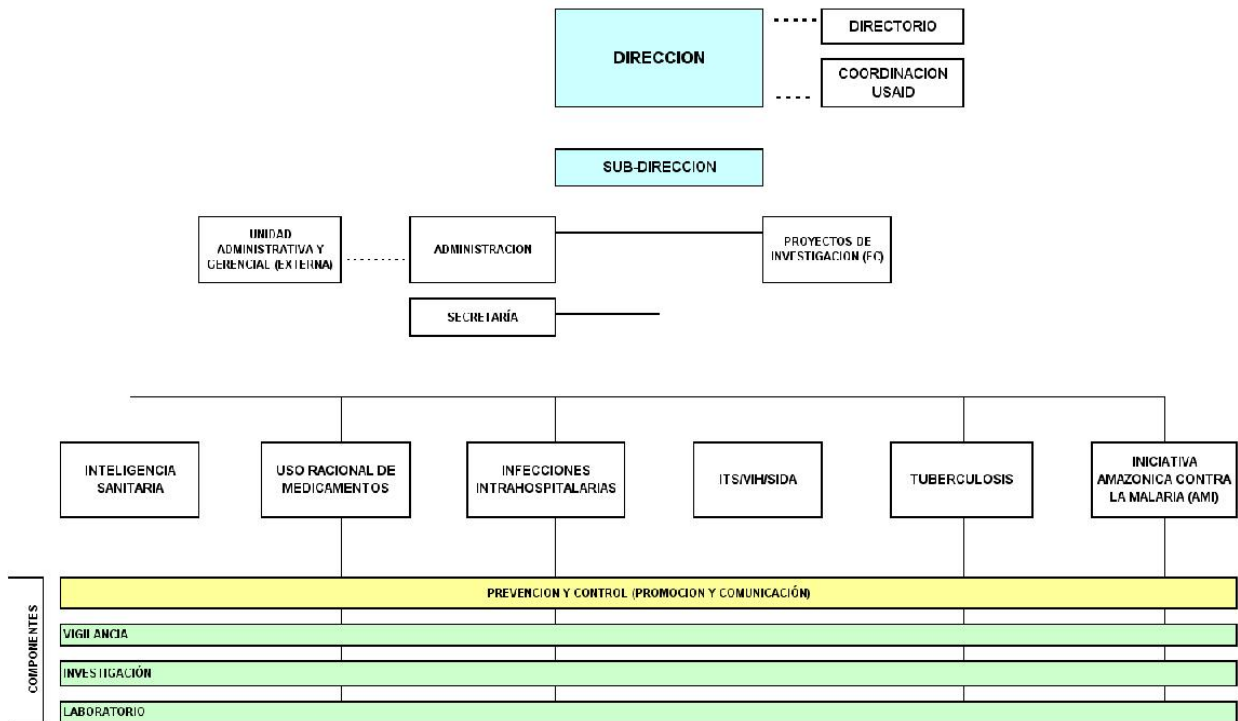
“Los principales insumos para cumplir con las tareas antes enumeradas son las actividades técnicas del Equipo Nacional (es decir: Director (a) de la Actividad, Subdirector (a), y un equipo técnico de una institución especializada como CDC, NAMRID y otras instituciones nacionales o internacionales, talleres en servicio, capacitación de corto plazo, capacitación de largo plazo, y equipos, materiales y mobiliario”.

Las actividades desarrolladas por el Equipo Técnico, tanto nombrado como contratado, fue desarrollado por profesionales expertos en sus temas y con un enfoque de Trabajo en Equipo, permitió que los avances y dificultades presentadas fueran canalizadas como lecciones aprendidas, para mejorar las acciones del proyecto.

Dichos profesionales se estructuraron en áreas de desarrollo según el siguiente esquema

PROYECTO VIGIA

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



En ese sentido, se dispuso un asesor técnico para cada uno de los temas de: Inteligencia Sanitaria, Uso Racional de Medicamentos, Infecciones intrahospitalarias, ITS VIH/SIDA, Tuberculosis e Iniciativa Amazónica contra la Malaria, el cual en sus actividades desarrollaba de manera transversal la Vigilancia, la Prevención, la Investigación y el soporte en Laboratorio para lograr los objetivos propuestos en cada uno de ellos.

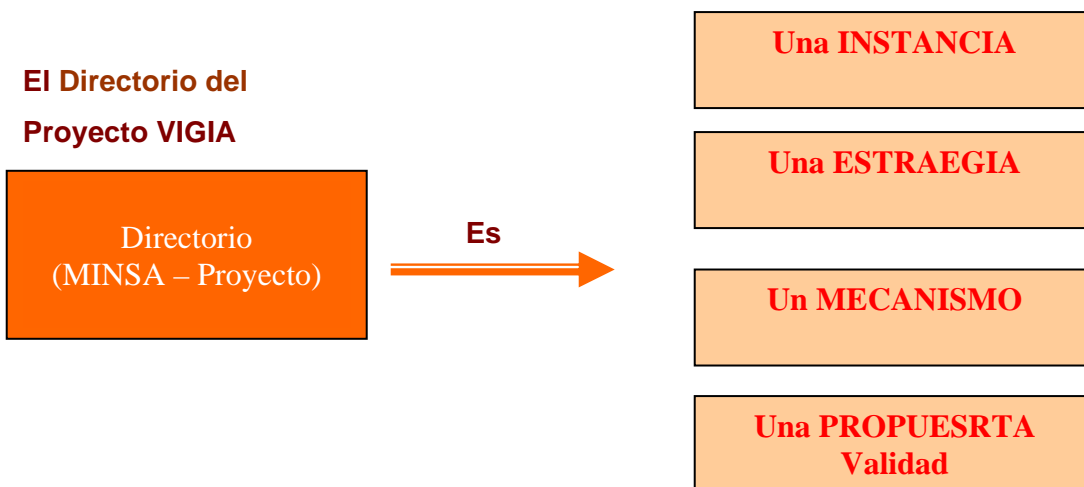
Cada uno de dichos asesores, nombrados o contratados, compartió su experticia en el tema, consolidó nuevas competencias y desarrolló iniciativas y procesos en un contexto de coordinación permanente con los equipos técnicos de cada una de las Direcciones integrantes del Directorio.

A la luz de estas acciones, se desarrollaron iniciativas que terminaron en la generación de Políticas Públicas o en acciones que fueron consideradas hitos importantes en la Salud Pública (implementación del TARGA, metodología del ASIS, IIH, entre otras)

La participación del Equipo Técnico como capital humano²⁰ otorgó al proyecto, un valioso valor agregado a la gestión del proyecto VIGÍA, a la gestión del Directorio del Proyecto; así como, preparando y manteniendo en sus cargos al personal nombrado de reconocido nivel académico en la estructura del Ministerio de Salud.

6. Significado de la Propuesta

El siguiente gráfico define, la significación final del Directorio, como integrante del Modelo de gestión propuesto por el Proyecto VIGIA.



²⁰ Ver anexo de profesionales que estuvieron en el Proyecto VIGIA

Acorde con lo mencionado, la propuesta que lleva consigo el Modelo de Gestión del Proyecto, es lo siguiente:

- a. Una **INSTANCIA** de Coordinación, de desarrollo de procesos y de gestiones intra e intersectoriales.
- b. Una **ESTRATEGIA** para la optimización de recursos humanos, materiales institucionales y para el Posicionamiento del Proyecto como un Aliado Estratégico.
- c. Un **MECANISMO** de gestión participativo y concertador, para Generar competencias estructurales y que contribuye al fortalecimiento de la Gobernabilidad institucional.
- d. Una **PROPUESTA VALIDADA** de modelo de Gestión de Proyectos en el Ministerio de Salud.

CUARTA PARTE: SITUACIÓN FINAL

IV SITUACIÓN FINAL

Con la forma de Gestión concertada propuesto por VIGÍA denominada **Comité Directivo o Directorio** con las diferentes Direcciones y Oficinas Generales del MINSA; aún con los permanentes cambios de los Directores (en diez años hubieron 6 Jefes Institucionales del INS, 11 Directores Generales de DGSP y 5 Directores Generales de OGE)²¹ y a algunas tensiones, propias de procesos formativos dentro de una cultura organizacional burocrática; se ha logrado desarrollar en gran medida las actividades programadas y presupuestadas; además de institucionalizar las principales propuestas del Proyecto VIGIA.

Esto ha dado lugar no sólo al cumplimiento de metas, sino también a demostrar dentro del MINSA que fortaleciendo espacios de gestión como el Comité Directivo, se pueden tomar decisiones más consensuadas, permitiendo que los actores conozcan el proceso de ejecución del Proyecto en forma integral.

Esto es refrendado por los testimonios de los entrevistados:

“El Proyecto VIGÍA se posicionaba como un Proyecto fuerte con capacidad financiera y de movilización de nuevas propuestas... varias direcciones convergieron en fortalecer la propuesta del VIGÍA. DIGESA, OGE en particular iniciaron procesos de modernización con una visión amplia que permitió articularse con la lógica del Proyecto”.

“Fue un proceso de aprendizaje y maduración de las Direcciones Generales. Cambiaban los directores y había que empezar todo de nuevo. Sin embargo le logró sentar las bases para cambiar la percepción de que el proyecto era la gran caja chica, que servía solo para suplir parte del gasto corriente”

²¹ Para mayor detalle, ver anexo 2: relación de directores y ministros 1997 – 2008.

“Hubo un mayor respeto entre las Direcciones y seriedad necesaria para cumplir con lo programado; buscando consensos, concertando y negociando los puntos de agenda”

El Comité Directivo se consideró como un buen mecanismo articulador con el MINSa; y este modelo de gestión concertador que el Proyecto VIGÍA desarrolló dentro del MINSa, entre los años 2002-2007, fue una de las contribuciones más importantes del Proyecto VIGÍA.

Esto es refrendado con los testimonios de los propios actores:

“Ha constituido un gran apoyo en el desarrollo de la Epidemiología en el país, atrayendo la atención de todas las instancias del Ministerio, y trabajando con un mayor enfoque de salud pública”.

“Contribuyó con DGSP en el manejo de enfermedades infecciosas, con la DIGEMID su contribución fue importante en la implementación de estrategias de contención para la resistencia bacteriana y el uso racional de medicamentos y en el seguimiento activo de las reacciones adversas en patologías de alto impacto. Apoyó en la capacitación de Comités Farmacológicos a nivel nacional (34 Comités de DISAs y de muchos hospitales) y en la formación de capacitadores nacionales al respecto”.

“Logra atender las prioridades sanitarias. Logran tener un cuerpo de evidencias articuladas. El abordaje de las respuestas era articulado”.

“El proyecto VIGIA ha contribuido sustancialmente dentro del contexto estructural del MINSa, en las siguientes acciones:

- Se han generado normas, institucionalizando sus acciones desde el diseño.

- Se implementó una política de medicamentos anti maláricas.
- El estudio de fármaco resistencia utilizados a nivel de Región (alianza con AMI - Amazon Malary Initiative).
- Se articuló con AMI. Vigía se complementaba para metaxénicas. Las secas intermitentes lo tiene AMI pero nació con Vigía, desde el ordenamiento ambiental.
- VIGÍA es una red de trabajo de salud, porque están los expertos.
- Somos gerentes.
- Se hizo una estrategia de pares.
- En investigación ha participado personal de los lugares de influencia.
- El fondo rotatorio concursable para la investigación que se ha institucionalizado.
- Se han implementado las Normas
- **Se ha impuesto como práctica en el MINSA, el ejercicio de implementar Consejos Directivos o Comités Directivos.**

“...dentro del MINSA, el Proyecto VIGÍA se atrevió a financiar estudios alternativos como fueron los estudios económicos, socio-antropológicos, de investigación – acción y no sólo biomédicos”.

“La alianza con el Sector Agricultura (refiriéndose al Proyecto de seca intermitente realizado en Lambayeque) pocos llegan a trabajar con sinergias y alianzas y el Gobierno Regional; pocos proyectos se comprometen y VIGÍA lo hizo”.

“El Proyecto VIGÍA ha hecho de las evidencias una forma de hacer políticas eficaces, descubriendo nuestras propias rutas de intervención y eso significa fortalecimiento de capacidades”.

“VIGIA deja procesos instituidos bastante interesantes que ayudarán en el manejo y control de las enfermedades infecciosas, emergentes y reemergentes en diferentes niveles. Las últimas experiencias que incluyen al Ministerio de Agricultura, fueron muestras de lo que significa el trabajo conjunto con diversas instancias en el país, experiencias que deberían ser continuadas”.

“Se trabajó el concepto de economía de salud, sin la expansión necesaria. Se hizo evidencia del impacto económico de la malaria, TBC; en una Maestría en la Universidad de San Marcos”.

“Las políticas públicas de control antimalárico como se trabajaron, quedó establecido y se mantienen. La propuesta y ejecución de la experiencia de Riego intermitente para reducir al vector de la malaria. La prevención de Infecciones intra hospitalarias no llegó a una política institucional; pero sí de algunos hospitales e indirectamente las clínicas. El Proyecto VIGÍA aportó reconociendo los muros interiores. Los muros son limitantes. La Interculturalidad se acuñó como uno de los muros interiores. Dimensión cultural en el campo de las enfermedades transmisibles”.

De los aportes del proyecto VIGIA, **seis aspectos** son los más importantes; los cuales son percibidos por los entrevistados:

- 1. Consenso, negociación y apertura al diálogo con los actores participantes para la toma de decisiones, concertados con el Comité Directivo.**
- 2. Voluntad política para iniciar procesos de coordinación multisectorial, con una concepción de desarrollo integral y participación social, reconociendo la potencialidad de las alianzas estratégicas en espacios descentralizados.**
- 3. Fortalecimiento de la investigación como fuente de evidencias para intervenciones de mayor eficacia.**

- 4. Fortalecimiento de las capacidades locales**
- 5. Aporte al desarrollo de políticas públicas relacionadas con el combate de las enfermedades emergentes y re emergentes**
- 6. Incorporación de enfoques socio antropológicos e interculturales para conocer la dimensión socio cultural de las enfermedades transmisibles.**

Las opiniones vertidas sobre los logros del Proyecto, se aprecian en los resultados obtenidos en sus distintos componentes; muestran también, que fue percibido como un proyecto que se incorpora desde su inicio a la dinámica del MINSA; mostrando que lo central era fortalecer al MINSA, más que generar procesos protagónicos en sí mismo. El proyecto se identificaba como un ente técnico calificado, que asesoraba y fortalecía con sus actividades el cuerpo programático del MINSA, como ente rector de la salud.

El siguiente testimonio ilustra el proceso:

“... que el Proyecto VIGÍA tenga una parte no tan protagónica, que sea el MINSA quien aparezca al frente... ser parte de ellos”.

“al inicio nos vieron como una instancia más. Después de un trabajo de mutuo respeto, la capacidad técnica del proyecto ha sido reconocida”

“el Proyecto VIGÍA ayudaba al funcionario, coordinaba con él las acciones. Y en el momento que funcionó eficientemente, todo salía rápido, había gestión eficaz”

Esta concepción del Proyecto, como apoyo técnico para el desarrollo de las acciones del MINSa le permitió coordinar más ejecutivamente con las distintas Direcciones Nacionales y Regionales y por ende, el desarrollo de las actividades al momento de su ejecución.

En esta sistematización; también es importante indicar algunos factores limitantes para el desarrollo del proyecto, que en algunos casos, generaron tensiones al momento de ejecutar las actividades.

En la administración:

Uno de los factores limitantes en el ámbito administrativo, señalado por los entrevistados, es el referido a los retrasos en los desembolsos de fondos desde el INS; los cuales compartían la velocidad de las programaciones de las actividades, debido a los esquemas administrativos y de financiamiento que utiliza el sector público.

Los siguientes testimonios, ilustran estas tensiones.

“...la parte administrativa que no disponía de los recursos a tiempo para realizar las actividades...”

“...el esquema de administración y financiamiento lamentablemente no ha sido superado del todo. Se requiere administración más ágil, tal vez privada...”

“...procesos administrativos públicos muy lentos...”

“...pese a que el INS administra los fondos del Proyecto siempre se producen retrasos y problemas...”

“Una debilidad: el aparato burocrático no permitía gastar, estaba dentro del INS”

“...los procesos de cambio en la administración pública son lentos, pero hay un proceso de institucionalizar, pese a los proyectos...”

“...los proyectos como VIGÍA deben de estar administrativamente fuera del MINSa...”

“...lo administrativo: espacio de independencia e inserción de manera simultánea. En el INS algunos jefes facilitaban procesos otros no...”

En el liderazgo de la gestión:

De acuerdo a la percepción de algunos entrevistados, al inicio se originaban pugnas por asumir el liderazgo (Direcciones vs. Proyecto VIGÍA), las cuales fueron desapareciendo al reconocer que tenían puntos en común y una sola misión.

El siguiente testimonio ilustra esta percepción:

“Haciendo referencia a los inicios del proyecto, el Proyecto VIGÍA era percibido como fuerza financiera que copaba a las Direcciones. A la vez, cada Dirección (los espacios de fuerza teórica) pugnaba por establecer su liderazgo. Al inicio se veía el Proyecto VIGÍA vs. Algunas Direcciones. Esto se resuelve:

- 1. Los grupos de trabajo de varias Direcciones tenían raíces comunes.*
- 2. Los discursos embanderados eran similares.*
- 3. Con la articulación potenciada y la real competencia se impulsaba la reducción de los problemas de salud.*

“Luego de eso hubo armonía”.

También una de las tensiones iniciales, era percibir al proyecto como independiente del MINSAs:

“Se percibía al proyecto como independiente del MINSAs, desarrollando actividades que no se integraban con los objetivos de las Direcciones. Había interrogantes permanentes sobre los objetivos y evolución del proyecto. Después hubo un mejor conocimiento de las actividades y objetivos del proyecto, con lo cual las Direcciones Generales aprovechan el aporte del proyecto a su gestión. Se desarrollan actividades conjuntas con mejor nivel de articulación entre Direcciones Generales y el Proyecto”.

Como complemento, se dieron importantes actos de reflexión sobre el Comité Directivo; y su continuidad como espacio de gestión, sobre lo cual un entrevistado indica:

El entrevistado se preguntaba: “¿es necesario que exista este espacio? Políticamente sí es necesario; pero la mayoría de Directores son políticos. Eso genera fastidios que son entendibles.

Los cambios de Directores Generales también fueron una limitación para el desarrollo de las actividades programadas, puesto que había que recomenzar en la construcción de las redes de liderazgo y gestión con los nuevos Directores; lo cual como es natural, tomaba tiempo, debiendo continuar con las actividades programadas.

Refiriéndose al Comité Directivo:

“Fue un proceso de aprendizaje y maduración de las Direcciones Generales. Pero cambiaban los Directores y había que empezar todo de nuevo”

Refiriéndose a cambio de directores: *“hemos aprendido a tener mucha coordinación y diplomacia y eso ha permitido que la ejecución sea superior al 60%”*

En la agenda del Comité Directivo:

Algunos entrevistados manifestaron sus opiniones respecto a las reuniones y agenda del Comité Directivo o Directorio, los que apuntan más a revisar el enfoque metodológico empleado para consensuar las agendas de reunión y a la dinámica, que finalmente se daba en este espacio:

“El Directorio tenía por finalidad orientar la política de trabajo del proyecto. En la práctica se dedicó mayor tiempo a emitir opinión sobre los planes operativos del proyecto. Los Directores tendían a

concentrarse en los contenidos relacionados solamente con su área de gestión y responsabilidad (“a mirar cada uno su parte”). En mi opinión, este es un aspecto que tiene que ser evaluado para el conveniente desarrollo de las reuniones de Directorio”

“A nivel de Directorio se generaban tensiones durante las reuniones, debido a que la dinámica de trabajo de dichas reuniones, no permitía una adecuada evaluación crítica de los temas presentados”

“Había tensiones porque cada Dirección quería llevar recursos a sus programas”

Refiriéndose al Comité Directivo:

“Las reuniones eran espaciadas, normalmente 2 veces al año.

Ventajas: Estar coordinando y enterarse de lo que trabajan las diversas instancias Directivas del Ministerio, involucradas en el Proyecto.

Desventajas: Se realizaban las reuniones cuando Vigía tenía todo organizado; pero a veces, fallaban los reportes de avances periódicos para llegar con informes a las evaluaciones. Se que para VIGIA, constituía un problema serio el poder reunir a todos los integrantes del Directorio y que éstos tuvieran el tiempo suficiente”.

Como indican los testimonios, la gestión del Proyecto VIGÍA apostaba por la articulación con los diferentes actores -en este caso las Direcciones y Oficinas Generales del MINSA- pero este es un proceso que conlleva el desarrollo de una serie de habilidades de gestión y una clara voluntad política de todos los participantes de fortalecimiento para el logro de los fines comunes.

Hubo además, escasa convocatoria de la Dirección Nacional de Cooperación, a las reuniones del Comité Directivo; lo que limitó su participación y posibilidad de acrecentamiento cercano de los avances y dificultades del Proyecto.

Al preguntar sobre las actividades desarrolladas por el Comité Directivo del Proyecto VIGÍA uno de los entrevistados, comentaba: *“una actividad era la aprobación de los Planes Operativos, posiblemente otras cosas, pero no participamos en las reuniones porque no fuimos convocados, excepto una vez”*.

Este punto; al ser percibido como una limitación, tuvo que ser considerado en futuros espacios de gestión colegiada de proyectos; por la importancia que encierra y por ser la razón de ser de la OGCI como unidad especializada en Cooperación Internacional; participando en la negociación, diseño y evaluación de las intervenciones en salud con asistencia técnica y financiera internacional, concordantes con las prioridades y políticas sectoriales²².

Si bien; no se ha logrado entrevistar a los representantes de la Cooperación Internacional de USAID, es importante considerar en esta sistematización, las percepciones que se tiene de su participación en el Proyecto VIGÍA, son:

Refiriéndose a la relación con USAID:

“En general hemos tenido una relación de pares. Algunas dificultades más de forma que de fondo. Cuando se creó el Directorio, USAID hizo las modificaciones respectivas; siempre han respetado lo que se ha trabajado en el Directorio. Como MINSA debemos trabajar en sociedad. Siempre se ha coordinado con USAID para la aprobación de actividades, se ha discutido y se ha concordado”.

La política de USAID es de respetar las decisiones del MINSA. MINSA plantea sus prioridades y según eso se realiza la negociación. El documento base de nuestro entendimiento es el Acuerdo de París.

Otro funcionario indicó:

“La conducción de la Directora del Proyecto VIGÍA y su equipo ha sido buena. De otro lado fue importante el apoyo de USAID, y la idea que funcionara, entendiendo la situación (refiriéndose al Comité Directivo).

²² OCCI - MINSA, Evaluación Anual de Proyectos y Programas del MINSA que reciben apoyo de la Cooperación Internacional Período 2005 – Perú. Lima Junio 2006. Pág. 3.

Para las enmiendas, Cooperación Internacional hacía lo posible. La Ministra Pilar Mazzetti daba facilidades”.

Refiriéndose a las contribuciones del Proyecto VIGÍA en las políticas institucionales:

“Fue importante, histórico. Lo principal es que se mantenía buenas relaciones con USAID”.

Generación de competencias estructurales

Sin considerar el concurso de los consultores, durante los 10 años del Proyecto y por determinados periodos, 75 profesionales han participado como asesores, expertos o de apoyo técnico o administrativo en el desarrollo de las principales líneas de intervención del Proyecto VIGIA.

Los asesores técnicos lideraron procesos, acompañaron iniciativas, coordinaron permanentemente, desarrollaron competencias y adquirieron otras experticias propias de trabajar en un Proyecto con Cooperación Internacional administrado públicamente.

Muchos de ellos siguen trabajando en el MINSA, otros han ocupado cargos Directivos de DIREAS o Direcciones Generales del MINSA y los más, conforman equipos técnicos ligados a la vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en nuestro país.

Así mismo, el **Tercer Programa** PREC (financiado por VIGIA) dio al país 55 epidemiólogos con los que se completó la demanda de estos especialistas a nivel nacional; formándose además formó a 850 profesionales en Epidemiología Básica para las redes, microrredes y hospitales, formados en epidemiología de campo:

“Era la situación ideal en recursos humanos para enfrentar a este tipo de enfermedades infecciosas”.

**QUINTA PARTE:
CONCLUSIONES**

V CONCLUSIONES

1. El Proyecto VIGÍA, ha tenido un **MODELO DE GESTION**, basado en dos estructuras organizativas diferenciadas. La primera comprendió los años 1997 - 2001 caracterizada por el inicio de la consolidación de las competencias estructurales en el MINSA, la energía y eficacia en el trabajo y el tipo de liderazgo desarrollado y la Segunda entre los años 2003 - 2008 basada por el tipo de planificación conjunta, la creación del Directorio de Gestión, el tipo de procesos desarrollados y consolidación de actividades institucionalizadas.
2. Las políticas que orientaron el Modelo de Gestión fueron:
 - a. **PARTICIPACION DE LA CONTRAPARTE** o SOCIO DEL DIRECTORIO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE DESARROLLO DEL PROYECTO (Política N° 1) y el Fortalecimiento de **CAPACIDADES LOCALES** e intermedias (Política N° 2).
 - b. **NO APARECER COMO INSTANCIA EJECUTORA, SINO COMO UN ENTE DE APOYO TECNICO** (Política N° 3).
 - c. **Planificación basada en objetivos y resultados** (Política N° 4).
 - d. **RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA** de los daños sobre los cuales se interviene, la **PERTINENCIA TÉCNICA** de la intervención (evaluación, validación y prueba de las estrategias y técnicas usadas para la vigilancia, prevención y control), así como, la **OPORTUNIDAD** de la misma (Política N° 5).
 - e. **PRIVILEGIAR LA CALIDAD TÉCNICA** de las actividades antes que la oportunidad con que éstas se desarrollen. Convocando a las mejores capacidades nacionales e internacionales (Política N° 6).
 - f. Propiciar la sostenibilidad de las intervenciones mediante el co-financiamiento y la planificación con la Institución (Política N° 7).
 - g. Promover la instalación de **INSTANCIAS DE COORDINACIÓN** y decisión entre todos los involucrados, **TRANSPARENTANDO** así el uso todos los

recursos, evitando duplicación y favoreciendo el uso adecuado de los mismos (Política N° 8).

- h. Las intervenciones financiadas por el proyecto caracterizado por entregar VALOR AGREGADO (Política N° 9).

- 3. El Modelo de Gestión consideró el desarrollo de cinco áreas para lograr una gestión organizacional efectiva:

Primera Área: Un Mecanismo de Coordinación

Se refiere a la forma en que el Director del Proyecto coordinaba las actividades con las contrapartes del Ministerio de Salud. El Proyecto desarrolla la forma de promoción y organización de la participación de las Direcciones asociadas y la estructura del MINSA en la gestión del Proyecto. El Proyecto como ente coordinador debería:

- a. No aparecer como el ENTE CONVOCANTE o INSTANCIA EJECUTORA.
- b. Evitar el desarrollo de actividades aisladas y promover la instalación de INSTANCIAS DE COORDINACIÓN y decisión entre todos los involucrados, TRANSPARENTANDO el uso todos los recursos y evitando duplicación.

Segunda Área: Un tipo de Liderazgo Directivo

Esta área aborda la forma en que las autoridades del Proyecto conducen y orientan las actividades hacia la obtención de resultados, la satisfacción de las necesidades los beneficiarios y usuarios y 'agregarle valor' a cada una de ellas, en el desempeño organizacional.

Tercera Área: Una modalidad de Planificación de actividades

Se refiere a los sistemas y procedimientos utilizados por el Proyecto para abordar la planificación institucional (Planes Operativos) y el diseño del

seguimiento y evaluación de los procesos y resultados de lo planificado. Por lo que en concordancia con las Políticas del Proyecto, debía:

- a. **APROBAR** las actividades por la o las contrapartes involucradas en cada una de sus intervenciones.
- b. Desarrollar este proceso de conformidad con el Marco Lógico del Proyecto y los Planes Operativos Institucionales de cada una de las Direcciones.
- c. Privilegiar la **RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA**, la **PERTINENCIA TÉCNICA** y la **OPORTUNIDAD** de las mismas.
- d. Destinar los fondos económicos para financiar actividades que demuestren posibilidades de ser **SOSTENIBLES** en el tiempo.

Cuarta Área: La Generación de las Competencias estructurales del MINSA

Comprende el desarrollo de las competencias técnicas del propio Ministerio de Salud para vigilar, prevenir, controlar las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.

El Proyecto considera el diseño e implementación de sistemas y mecanismos de apoyo para generar un liderazgo salubrista, la integración de equipos de trabajo, de recursos didácticos, de la existencia de competencias profesionales, que posibiliten los procesos de selección, capacitación, promoción y vinculación de los profesionales de la institución con la institución y con el trabajo especializado en enfermedades infecciosas.

Como se mencionó en las Políticas del Proyecto, se privilegió el uso de los recursos para el fortalecimiento de las **CAPACIDADES LOCALES** e intermedias, con énfasis en fortalecer los recursos técnicos de la institución para un posterior trabajo en la propia institución,

Quinta Área: La Gestión de Procesos y Resultados

Aborda el desarrollo sistemático de los procesos institucionales en el ámbito de la vigilancia, prevención, control, supervisión y capacitación de actividades. Consolidando además, procesos para la generación de Políticas públicas para generar evidencias para la construcción posterior de políticas públicas.

Las intervenciones financiadas por el proyecto deben caracterizarse por entregar **VALOR AGREGADO** a la institución (asistencia técnica, capacitación, equipamiento, etc.)

4. El Modelo de Gestión en su **Primera ETAPA** se caracterizó por:
 - 4.1.- **Un Mecanismo de Coordinación:** Mediante el cual la Dirección del Proyecto coordinaba directamente con el Vice Ministro de Salud. La Coordinación con las Direcciones Generales se desarrollaba preferentemente, de manera independiente entre ellas y de modo específico, según era el tema que se tenía que abordar.
 - 4.2.- **Un tipo de Liderazgo Directivo:** Un liderazgo proactivo y orientado a establecer las bases para el desarrollo.
 - 4.3.- **Una Modalidad de Planificación de actividades:** el Plan Operativo del Proyecto no estaba incluido en los planes operativos de las diversas Direcciones Generales consideradas socios, en el tema de enfrentar a las enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes
 - 4.4.- **La Generación de las Competencias estructurales del MINSA:** En este primer periodo se propuso el destaque de personal nombrado de este Ministerio, para consolidar en ellos, determinadas competencias con las que se generen competencias estructurales en el MINSA, a efectos de que fueran un aporte a la gestión, de manera permanente en el tiempo.

- 4.5.- La Gestión de Procesos y Resultados: Estuvo caracterizado por establecer las bases de los procesos que se desarrollarían a nivel de vigilancia, prevención y control de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.
5. El Modelo de Gestión en su Segunda ETAPA se caracterizó por:
- 5.1.- **Un Mecanismo de Coordinación:** Para fortalecer los mecanismos de coordinación, se constituyó un Comité Directivo con la participación de las Direcciones Nacionales del MINSA, las Oficinas Nacionales y el Director del Proyecto VIGÍA; el cual se convirtió en un espacio o instancia de coordinación, concertación y diálogo entre los actores para la toma de decisiones transparentes y articuladas, para la ejecución del proyecto, una estrategia para planificar conjuntamente y desde el Ministerio de Salud las actividades del Proyecto y un mecanismo de gestión participativo.
 - 5.2.- **Un Tipo de Liderazgo Directivo:** Un liderazgo proactivo y orientado a institucionalizar las actividades propuestas.
 - 5.3.- **Una Modalidad de Planificación de actividades:** Desarrolló una planificación inclusiva y alineada con los Planes Operativos del MINSA. El Plan Operativo del Proyecto estaba incluido en los planes operativos de las diversas Direcciones Generales consideradas socios, en el tema de enfrentar a las enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes. El modo de planificar las actividades conjuntas con las demás Direcciones Generales consideradas socias en la lucha contra las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.
 - 5.4.- **La Generación de las Competencias estructurales del MINSA:** En este segunda periodo se consolidó la generación de competencias estructurales en el MINSA volviendo a trabajar en el Instituto

Nacional de Salud (INS), Dirección General de Epidemiología (DGE), Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) y DIRESAS diversos profesionales nombrados con competencias en enfrentar a las enfermedades infecciosas.

5.5.- **La Gestión de Procesos y Resultados:** Se desarrollaron procesos más participativos, transparentes y con actividades institucionalizadas. Esta Modalidad de Gestión; es en si, una **propuesta innovadora** en gestión de Proyectos públicos.

Reporta fundamentalmente, al final del Proyecto que: Los productos no se tengan que institucionalizar; porque ya se encuentran institucionalizados, contribuyendo al fortalecimiento sectorial y de sus políticas; contribuyendo además, a la gobernabilidad sectorial.

6. La segunda Etapa ha sido conocida como **EL MODELO DE GESTION** propuesto y validado por el Proyecto VIGIA, para mejorar la eficacia de la Cooperación Internacional en Proyectos, que enfrentan a las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.
7. El Modelo de Gestión propuesto por el Proyecto VIGIA ha sido en ese sentido:
 - Una **INSTANCIA de Coordinación** (concertadora en el desarrollo de Procesos y de Gestiones intra e intersectoriales) y de **Negociación** (con apertura permanente al diálogo con los Decisores políticos (toma de decisiones en el Comité Directivo) y los equipos técnicos nacionales y locales. Ha contribuido en la Gobernabilidad del Ministerio al uniformizar, un solo el lenguaje de las diversas Direcciones Generales, en el momento de planificar y desarrollar las actividades tendientes a la lucha contra las enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes como la Malaria, TBC, VIH SIDA, Dengue; entre otros
 - Una **ESTRATEGIA** para optimizar la forma de planificar: Priorizar los problemas institucionales en torno a las enfermedades infecciosas, de

plantear alternativas integrales de solución (Incorporando enfoques socio antropológicos e interculturales para conocer, la dimensión socio cultural de las enfermedades transmisibles), de asignar recursos, de Optimización de los recursos humanos (Fortalecimiento de las capacidades nacionales y locales), materiales e institucionales. Ha permitido el Posicionamiento del Proyecto (como un Aliado Estratégico del Sector) en el tema de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. Ha generado competencias en recursos humanos nombrados del sector, en la prevención, vigilancia y control de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.

- Un MECANISMO de gestión participativa que permite generar evidencias para el posterior desarrollo de políticas públicas relacionadas a combatir las enfermedades emergentes-re emergentes y que permite Generar competencias estructurales (personal altamente especializado que es nombrado en el sector). El Directorio, como mecanismo de gestión, ha permitido iniciar procesos de coordinación intrasectorial y multisectorial, con una concepción de desarrollo integral y participación social que reconoce la potencialidad de las alianzas estratégicas en espacios descentralizados.
 - Una PROPUESTA VALIDADA de modelo de Gestión de Proyectos en el Ministerio de Salud.
8. La Implementación de “El Modelo de Gestión”, marcó un cambio dentro del MINSA en relación a los enfoques de gestión de proyectos nacionales y ha sido altamente valorado por las autoridades del MINSA y de USAID. Actualmente, otros proyectos gerencian el desarrollo de sus actividades a través de un Directorio. Como institución cooperante, USAID ha logrado coordinar con el MINSA un modelo de gestión similar, para próximas propuestas de cooperación.

SEXTA PARTE: LECCIONES APRENDIDAS

LECCIONES APRENDIDAS

Lección Uno: De cómo un Modelo de Gestión eficaz se adecua al contexto donde se desarrolla

1. *El contexto en el cual se desarrolla una actividad es muy importante. De hecho, se considera que no hay toma de decisiones eficaces y eficientes sin información, de la misma manera, en que no hay información sin contexto.*

La importancia de esta afirmación alcanza a comprender que el contexto modela el contenido de una experiencia y, análogamente, el contenido implica lo que es en su contexto.

Es por ello que el Proyecto VIGIA al desarrollar sus actividades, vio plasmado en su Modelo de Gestión, dos Estructuras Organizativas, cada una de ellas adecuada a un contexto cambiante y muy particular durante 10 años de gestión.

El Proyecto VIGIA enseña que un modelo de gestión eficaz, puede desarrollarse en diversos contextos, conservar sus componentes, ser flexible y creativo en su aplicación.

Para el nuevo contexto social y político (orientado por la concertación, la necesidad de consolidar la gobernabilidad del Sector, de abordajes integrales en sus soluciones y de alianzas estratégicas), el Modelo de Gestión eficaz del Proyecto VIGIA plantea a través de un Directorio (que se caracteriza por planificar sus actividades dentro de la propia planificación del Ministerio de Salud), de iniciativas institucionalizadas luego de validarlas y de generar una gestión participativa orientada a generar las evidencias que permitan contribuir en la gestión de las políticas públicas del Sector.

Algunos entrevistados manifestaron lo siguiente, en relación a esta lección aprendida:

“la Modalidad de este tipo de proyecto (refiriéndose al modelo de gestión con Comité Directivo) es una lección aprendida. Manejar este tipo de modalidades para SIDA y TBC es un reto. Ser más visibles y ver que existen otras organizaciones de la sociedad civil que apoyan las políticas de gobierno una necesidad”

Lección Dos: La importancia del Comité Directivo en un Modelo de Gestión

- 2. La propuesta de un Comité Directivo como MECANISMO de gestión participativa y concertadora, integrado por las diferentes Direcciones y Oficinas Generales del MINSA comprometidos con enfrentar a las enfermedades infecciosas, nos permite aprender que un Directorio contribuye efectivamente con la gestión institucional, dinamiza las propuestas, transparenta las acciones, optimiza el recurso humano y material, conduciendo en forma colegiada y eficaz un proyecto de cooperación hacia objetivos en común.*

Este enfoque de gestión le permitió al Proyecto posicionarse como un aliado estratégico e integrante en una instancia de coordinación conjunta de concertación y negociación en la planificación de las actividades del MINSA. Un facilitador en un Directorio orientado a ser un mecanismo de gestión participativa y transparente, a trabajar, más que para los funcionarios del MINSA, trabajar con los funcionarios del MINSA.

Dicho enfoque le ha permitido finalmente, haber contribuido en la generación de diversas políticas (nacional o regional) con las que el MINSA pueda afrontar mejor, a las enfermedades infecciosas.

Si bien esto, implica una mayor presencia técnica en su accionar, es importante también, resaltar la presencia política que ha posicionado al proyecto como una importante experiencia, en términos de fortalecimiento de redes intersectoriales

descentralizadas, con las cuales combatir las enfermedades emergentes y re emergentes y que esta experiencia, pueda replicarse en los proyectos bilaterales que tenga el MINSa.

Otros entrevistados manifestaron su percepción en relación a esta lección aprendida:

“Con el Proyecto VIGIA, nos hemos dado cuenta que el MINSa debería tender a tener una instancia PERMANENTE que coordine, para no tener tan dispersa la gestión de enfermedades infecciosas, tener un espacio donde puedan hacerse planes conjuntos de las 5 Instancias (se refiere a las Direcciones) en un Plan Integrado”.

“...la experiencia del Directorio permite una mejor articulación de los niveles directivos del proyecto con el ministerio...”

Lección Tres: De cómo se Generan Competencias estructurales a través de un Modelo de Gestión

3. La gestión del equipo técnico del proyecto y su interacción dejó capacidades instaladas de reconocido nivel académico (personal nombrado) en la estructura del Ministerio de Salud (ver listado anexo).

Así mismo; estas estrategias descentralizadas de trabajo concertado con los Gobiernos Regionales, marcaron tendencias hacia la construcción de nuevas alianzas estratégicas, que permitieron pensar en el desarrollo social y técnico de espacios descentralizados o regionales (en lugar de la ejecución nacional exclusiva de un proyecto de intervención social).

Por ejemplo, la experiencia de gestión multisectorial propuesto por el Proyecto VIGÍA para el ordenamiento ambiental y el control sostenible del vector de la malaria, concertando las voluntades políticas de los diferentes actores y representantes de salud, agricultura, gobierno regional, ONGs, universidades,

Institutos de Investigación y representantes locales de los agricultores, demostrando en la práctica, que es posible mejorar las condiciones de vida de las poblaciones en riesgo. De otro lado, esta experiencia de concertación con el Gobierno Regional y Local permite mejores condiciones para la sostenibilidad del proyecto; más aún, si se logra convertir la iniciativa en una Política Pública, como en el caso del riego con seca intermitente.

En dicho sentido, el Proyecto VIGIA enseña, que un Modelo de Gestión puede y debe generar competencias estructurales nacionales y regionales, en una Institución Gubernamental como el Ministerio de Salud, contribuyendo en su consolidación y sostenibilidad técnica en la lucha contra las enfermedades infecciosas.

Sobre esta lección aprendida, algunos entrevistados opinaron:

“Muchos de los asesores del Proyecto VIGIA, ahora son más expertos en el tema de las enfermedades infecciosas, muchos son nombrados (y ojalá no se vayan del sector) y seguirán liderando las estrategias exitosas en esta lucha permanente. Creo, que la institución salió doblemente fortalecida en esta relación de pares, tanto por ayudarnos a ser un solo equipo, como a tener personal con mejores competencias. ”

Lección Cuatro: La importancia del uso de herramientas de gestión en un Modelo de Gestión

4. Abraham Maslow, creador de las escuelas motivacionales, solía decir: “Si la única herramienta que usted tiene es un martillo, todo empezará a parecerle un clavo”, en clara alusión a la importancia de las herramientas que uno dispone y con las que desarrollará su trabajo. Su importancia es tal, que se considera incluso que es en función de la variedad de necesidades que se tenga en el desarrollo de sus actividades, para ensayar con nuevas y variadas herramientas con secuencias posibles en su uso.

El Proyecto elaboró desde sus inicios un Marco lógico, una Línea de base (ambos con indicadores de gestión), utilizando la planificación estratégica y el desarrollo de planes operativos y presupuestos consensuados en el Comité Directivo e incorporados en los planes operativos del MINSA.

Herramientas con las que tentó desde su concepción y diseño la optimización y el desarrollo de sus acciones. Acciones que al interior de un Directorio, debían ser pertinentes y efectivas y donde la utilización de herramientas, como el marco lógico y el desarrollo de un taller de planificación estratégica, devinieron en un paso importante para organizar (en un contexto de permanente coordinación con las diversas Direcciones) toda la intervención (en concordancia con las condiciones nacionales y un enfoque de gestión basada en resultados y metas).

Es por ello, que al finalizar sus actividades; el Proyecto VIGIA puede considerar que la aprobación conjunta de los planes operativos y presupuestos en el Comité Directivo; significó un proceso de formación, información y seguimiento de las actividades del proyecto, donde se consideró el estado de situación de las actividades de cada Dirección y las posibilidades de alianzas estratégicas para la ejecución de las mismas.

En ese contexto, las Herramientas de gestión le han permitido mejorar la eficacia de las intervenciones del Comité de Gestión, convirtiéndose en un elemento clave de su gestión, acompañamiento, monitoreo y evaluación.

Incluso la constitución y continuidad del Comité Directivo ha sido el resultado de una política de gestión con perspectiva estratégica, que logró en un Directorio, el consenso y la aprobación de los planes anuales y la ejecución de los mismos.

Por ello, en este rubro el Proyecto VIGIA nos muestra como lección aprendida, la importancia de que, un Modelo de Gestión utilice herramientas de Gestión para optimizar sus procesos, resultados e impacto en el logro de sus objetivos.

SÉPTIMA PARTE: RECOMENDACIONES

VII Recomendaciones

Se presentan a continuación las recomendaciones hechas por los participantes en esta sistematización; los cuales dan luces sobre los aspectos que deberían considerarse para la continuación del Proyecto:

“la experiencia del Directorio permite una mejor articulación de los niveles directivos del proyecto con el ministerio; pero en mi opinión deberían trabajarse mecanismos de integración en los niveles operativos, no solo del nivel central; sino también, en los ámbitos de intervención del proyecto”

Se propone para los nuevos proyectos, contemplar la participación de la Dirección de Cooperación Internacional del MINSA como invitada en las reuniones de los Comités Directivos de Proyectos, debido al papel articulador que tiene esta oficina con la cooperación internacional.

“Cuando haya un Comité Directivo, la Dirección de Cooperación Internacional debe estar presente en calidad de invitada”

***El Comité Directivo es un buen sistema articulador. Se recomienda:
Evaluar su dinámica para fortalecerlo.
Desarrollar mecanismos de información para directivos, sobre cómo evoluciona el proyecto en sus niveles operativos.
Desarrollar un Cuadro de Mando Integral.
Mejorar el posicionamiento de los proyectos (como VIGÍA) en el sentido, de que se perciban como un aporte significativo para las políticas del MINSA.***

“se recomienda como país: que su apoyo debe de seguir en enfermedades emergentes y re emergentes; pero debiera también, involucrarse en acciones conjuntas para enfermedades olvidadas como

la lepra, leishmaniasis y otras. En su mismo rubro: Aplicar medidas de trabajo conjunto con otros ministerios, municipalidades, universidades, y otras organizaciones vivas de la comunidad”.

“Fortalecer la dinámica de gestión desde la rectoría. No solamente normas y procedimientos, sino que estén basados en evidencias, para que sean mejor orientados. La demanda que aparece es la práctica; más gestión con las regiones.”

En relación al Proyecto VIGÍA:

Necesita ser acotado. Proyecto para el desarrollo y fortalecimiento de la epidemiología clínica - hospitalaria.

Propuestas multisectoriales como la de Riego intermitente funcionan para el manejo ambiental.

Fondo de Investigaciones (para la investigación misma para desarrollar capacidades de investigar)

El Proyecto debía ser acotado: 17 enfermedades, todo el país. 110 hospitales, 5 Direcciones. La estructura organizacional excede largamente sus necesidades”.

En el diseño del convenio:

Tener roles claros, el mecanismo directivo pensarlo mejor. Diseñar la dirección y operatividad del Proyecto y luego ejecutar las acciones. Sí es necesaria la continuación de un Vigía II.

Seguir con el control y prevención de las enfermedades emergentes y reemergentes. El SNEM (UNICEF) mantenía un sistema de vigilancia. Consolidar la segunda fase. Concentrar en lugares donde hay enfermedades y combatirlas. Ver las fortalezas del MINSA. Ir al campo

para poder combatir las enfermedades. Que siga trabajando la modalidad de gestión (referido al Comité Directivo).

Consolidar los procesos en las regiones, que queden como redes establecidas. Flexibilizar las intervenciones en enfermedades emergentes a más enfermedades. No solamente las transmisibles. Que administrativamente no dependen del MINSA. Que se diga, “*Estoy agradecido, me he sentido socio*”. Falta lo de infecciones intrahospitalarias. Apoyar las campañas contra el dengue, la bartonella, la rabia silvestre y la enfermedad de chagas.

Capacidad de rectoría basada en evidencias hacia regiones desarrollo con planes que permitan conseguir resultados concretos en las regiones en la gestión interna, reenfocar los procesos, seguir los procesos de la administración pública. Tener como un administrador privado y las regiones tengan más voz y voto que hasta ahora. El dinero debe ser usado con eficiencia y eficacia.

A través de los proyectos, articular mejor con las comunidades y comprometerlos (enfoque comunitario) dentro del marco de la descentralización del Proyecto.

A partir de estas recomendaciones; podemos focalizar algunos puntos de vista que deberían considerarse para futuros proyectos:

1. Debe fortalecerse la gestión del Proyecto Vigía con un Comité Directivo donde participen las Direcciones y Oficinas Nacionales del MINSA en la planificación, ejecución y evaluación del Proyecto, considerando que es un espacio de concertación clave para la toma de decisiones más transparentes y ejecutivas. Sin embargo; este espacio requiere de un plan específico de intervención en el nivel de la gestión colegiada que incluya una metodología apropiada y apropiable por los funcionarios que participan en él.

2. Considerar la creación de espacios de integración en los niveles operativos que logren consensos y propuestas para el desarrollo del proyecto acorde a las realidades regionales y locales. Estar abierto a las iniciativas locales, fortaleciendo y acotando mejor la intervención en los Componentes del Proyecto.
3. Focalizar el proyecto VIGÍA en las áreas que han demostrado tener potencial estratégico para combatir las enfermedades emergentes y re emergentes. Es decir, considerar no solamente los indicadores epidemiológicos; sino también, a los indicadores sociales que permitan identificar voluntades políticas de concertación de los sectores estatales (Educación, Agricultura, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, etc.) y sociedad civil (ONGs, Iglesia, Organizaciones Sociales Comunitarias) para asumir como prioridad regional o local, la lucha contra las enfermedades consideradas endémicas en la zona.
4. Fortalecer los espacios de gestión multisectorial para la intervención en el control y prevención de las enfermedades emergentes y re emergentes en las regiones; teniendo como base la experiencia de la Región Lambayeque, como un acierto por su capacidad de concertación, en el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones afectadas.
5. La gestión basada en evidencias, es un punto clave para una intervención más efectiva; pero este enfoque debe de considerar, no solamente a las evidencias basadas en investigaciones epidemiológicas; sino también en investigaciones socio - culturales y antropológicas; que permitan interpretar mejor la cosmovisión de la comunidad sobre las enfermedades, en las cuales se pretende intervenir.
6. Para una ejecución descentralizada e integral del Proyecto; es importante fortalecer las capacidades de los recursos humanos de las regiones. Esto permitirá generar una masa crítica que tiene como fortaleza, el conocimiento previo teórico-práctico de la intervención en campo.

ANEXOS

ANEXO 1

Relación de Personal profesional que, en distintos tiempos, laboró en el Proyecto VIGIA (1998 – 2008)

PERSONAL TECNICO ADMINISTRATIVO DEL PROYECTO VIGIA			
Nº	NOMBRES	APELLIDOS	Asesores Técnicos
1	Lic. Alfredo Alberto	ANDERSON FERREYRA	Prevencion y Contro / VIH SIDA
2	Ing. Marcelo Rigoberto	BUSTIOS ZAVALA	Administracion
3	Dr. Cesar Augusto	BUENO CUADRA	Asesor Macroregional
4	Dra. Janeth	BOUBY CERNA	Medicamentos
5	Lic. Celso Manuel	BRICENO YEN	Prevencion y Contro / VIH SIDA
15	Dr. Cesar Augusto	CABEZAS SANCHEZ	Asesor Macroregional
10	Lic. Lisabel Doris	CABRERA VARGAS	Prevencion y Control / VIH SIDA
6	CPC Jose Luis	CACHAY VILLAR	Administracion
11	Dr. Fredy Antonio	CANCHIHUAMAN RIVERA	VIH SIDA
8	Dr. Wilder Vidauro	CARPIO MONTRENEGRO	Malaria y TBC
9	Dr. Jesus Martin	CASTAGNETTO MIZUARAY	Sistema de Informacion
14	Lic. Teresa	CASTILLA VICENTE	Infecciones Intrahospitalairas
7	Dr. Jose Alberto	CASTRO QUIROZ	Evaluacion y Sistematizacion
16	Lic. Miguel Eduardo	CERVANTES RODRIGUEZ	Fiebre Amarilla
12	Dr. Armando	COTRINA RABANAL	VIH SIDA
13	Dr. Luis Ernesto Ramon Rafael	CUELLAR PONCE DE LEON	TBC y VIH SIDA / IIH
17	Dr. Salomon	DURAND VELAZCO	Asesor Macroregional
18	Dr. Maximo Manuel	ESPINOZA SILVA	ASESOR
19	Lic. Ana	ESPINOZA HUAMAYALLI	Coordinador Administrativo
20	Lic. Hugo	FUJUCHIMA	Educador
21	Dra. Patricia Jannet	GARCIA FUNEGRA	ITS VIHA SIDA
22	Lic. Gladys Maria	GARRO NUÑEZ	Infecciones Intrahospitalairas
23	Dra. Rossana Emilia	GENG OLAECHEA	Uso Racional de Medicamentos
24	Dr. Pablo	GRAJEDA ANCCA	Fiebre Amarilla
25	Lic. Flor Marina	GUARDIA AGUIRRE	Prevencion y Control
26	Dr. Juan Tito	GUEVARA PAREDES	Medicamentos
27	Lic. Patricia	GUTIERREZ SOSA	Auditora
28	Dr. Luis Alberto	HUAMANI PALOMINO	Asesor Macroregional
29	Dra. Luz Marina	ILLESCAS RUIZ	Asesora
30	Lic. Janeth Milagros	JOYO LUGO	Prevencion y Control
31	Dr. Victor Alberto	LAGUNA TORRES	ASESOR
32	Dr. Leonid Wilbert	LECCA GARCIA	Fondo Concursable
33	Lic. Maria Del Rosario	LEON RANDHOMY	Prevencion y Control
34	Dr. Luis Fernando	LLANOS ZAVALAGA	Asesor Macroregional
35	Lic. Maria Isabel	MALLQUI CALLA	Educadora
36	Dr. Enrique	MARROQUIN OSORIO	Asesor Macroregional
37	Dr. Wilmer Oswaldo	MARQUIÑO QUEZADA	Malaria
38	Lic. Johana Elizabeth	MARTINEZ PILAR	Administracion
39	Dr. Luis Alberto	MENACHO ALVIRIO	Apoyo Tecnico Administrativo

40	Dr. Daniel	MENDOZA REQUENA	Fondo Concursable
41	Dr. Walter	Mendoza de Souza	VIH SIDA
42	Dr. Percy	MINAYA LEON	VIH SIDA
43	Dra. Betsy	MOSCOSO ROJAS	Asesor Macroregional
44	Lic. Aida Luz	NAVARRO GRIJALBA	ASESOR
45	Sr. Samuel Humberto	NUÑEZ ORTIZ	Auxiliar Oficina
46	Lic. Elena Maria	NUÑEZ VALDIVIA	Educadora
47	Dr. Adriel	OLORTEGUI YZU	Asesor
48	Ing. Jose Luis	ORBEGOSO PEÑAHERRERA	Informatica
49	Dra. Ana Maria	PALACIOS FARFAN	Asesor Macroregional
50	Lic. Julissa Mercedes	PAREDES SILVERA	Administracion
51	Dra. Maria Mercedes	PEREYRA QUIROS	SUB-DIRECTORA
52	Lic. Maria Isaber	PONCE CAPRISTAN	Educadora
53	Dr. Roberto Carlos	REYES LECCA	Fondo Concursable
54	Lic. Carmen Rosa	RIVERA TORRES	Prevencion y Control
55	Dr. Angel Martin	ROSAS AGUIRRE	AMI y Fondo Concursable
56	Dra. Luisa Dolores	SALDAÑA ORTEGA	ASESOR
57	Lic. Aida	SOLANO	Educadora
58	Dra. Frine	SAMALVIDES	Infecciones Intrahospitalairas
59	Lic. Gabriela	SAMILLAN YNCIO	Infecciones Intrahospitalairas
60	Dra. Emma	SUAREZ CASTILLO	Infecciones Intrahospitalairas
61	Dr. Luis	SUAREZ OGNIO	VIH SIDA
62	Lic. Karim	TORRES FIGUEROA	Prevencion y Control
63	CPC. Milka Andrea	URRUTIA MENDOZA	Auditora
64	Dr. Manuel Carlos Vicente	VARGAS GIRON	Medicamentos
65	Dra. Luz Esther	VASQUEZ VASQUEZ	DIRECTORA
66	Dr. Pablo Martin	VASQUEZ CARBONELL	Inteligencia Sanitaria
67	Lic. Giovanna Margarita	VALVERDE SILVA	Riego con seca Intermitente
68	Dra. Margot Haydee	VIDAL ANZARDO	ASESOR
69	Dr. Martin Javier Alfredo	YAGUI MOSCOSO	ASESOR
70	Dra. Laura	YLQUIMICHE MELLY	VIH SIDA
71	Dr. Lincoln	WILLIAMSON ROJAS	ASESOR
72	CPC Maria Farah	WONG ABAD	Auditora
73	Dr. Victor	ZAMORA MESIA	Director Proyecto
74	Lic. Yolanda	ZUÑIGA CUELLO	Comunicadora
75	LIC. Luis Alberto	TAVERA SALAZAR	Coordinador Administrativo

ANEXO 2

Relación de Autoridades que ocuparon Cargos de Alta Dirección en el Ministerio de Salud²³

Periodo 1997 - 2007

Relación de los Ministros, según página web del ministerio de Salud.



Dr. Marino Costa Bauer

Del 10-04-96 al 05-01-99



Dr. Carlos Augusto De Romaña y García

Del 05-01-99 al 14-04-99



Dr. Alejandro Aguinaga Recuento

Del 15-04-99 al 25-11-00



Dr. Eduardo Pretell Zarate

Del 25-11-00 al 28-07-01



Dr. Luís María Santiago Eduardo Solari De La Fuente

Del 29-07-01 al 18-01-02

²³ Se evidencia la alta rotación de Ministros y Directores Generales. Contrapartes con los que se tenía que trabajar. A veces, este hecho limitaba el desarrollo fluido de las actividades.



Dr. Fernando Carbone Campoverde.

Del 21-01-02 al 29-06-03



Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra

Del 28-06-03 al 16-02-04



Dra. Pilar Elena Mazzetti Soler

Del 16-02-04 al 28 -07-06



Dr. Carlos Vallejos Sologuren

Del 29-07-06 al 20-12-07



Econ. Hernán Garrido-Lecca Montañés

Del 20-12-07 a la actualidad.

Relación de los funcionarios que ocuparon cargos durante el ciclo de vida del Proyecto (elaboración propia de esta evaluación)

MINISTRO SALUD	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino
Marino Costa Bauer						Ene																		
Carlos de Romaña					Ene	Abr																		
Alejandro Aguinaga					Abr			Nov																
Eduardo Pretell							Nov			Jul														
Luís solari									Jul				Ene											
Fernando Carbonne												Ene		Jun										
Alvaro Vidal													Jun			Feb								
Pilar Mazzetti															Feb						Jul			
Carlos Vallejo																			Jil			Dic		
Hernán Garrido Lecca																						Dic		

Jefe INS	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino
Carlos Carrillo Parodi						Mar																		
Eduardo Falconí					Marz			Dic																
Eduardo Salazar Lindo										Ene	Agos													
Fernando Llanos										Sept					Dic									
César Naquira Velarde															Ene						Agos			
Patricia García Funegra																			Sept					

El INS tuvo un doble rol: como administrador del Proyecto y como integrante del comité directivo

Director Salud de las Personas	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino
Alfredo Zárate																								
Jesús Toledo				Sep				Jul																
Cecilia Costa Esparza							Jul	Dic																
Luis Miguel Leon								Dic		Agost														
Rene Hidalgo									Sept					Ene										
Luis Quiroz													Feb	Jul										
Nora Reyes													Ag			Ab								
Luis Podesta															Ab						Jul			
Gilmer Calderon																				Jul	Dic			
Esteban Chiotti																			Dic				Oct	
Pedro Abad																						Oct		

La DGSP tuvo el doble rol de presidir el comité directivo del Proyecto y ser integrante del mismo





Director Oficina General de Epidemiología	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino
Mario Chuy Chiu				Marz																				
Percy Minaya			Marz							Marz														
Ana María Morales										Abr	Jul													
Luis Suarez Oghnio										Jul													Sept	
Gladys Ramirez																						Set		

La OGE se desarrollo como Secretario Técnico del Comité Directivo

Director Oficina General de Medicamentos y Drogas	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino
Gerardo Valladares														Maz										
Juan Vilacorta Santamato													Mar											
Rosa Amelia Villar																	Jun							
Victor Dongo																			Jun					

La DIGEMID fue también miembro del Comité Directivo

Director Oficina General de Salud Ambiental	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino
Jorge Villena										Feb														
Percy Chavez									Feb			Mar												
Luis Chavéz País											Mar					Feb								
Jorge Albinagorta Jaramillo															Feb									
Carmen Gastañaga Ruíz																			Sep				Agost	
Fabiola Villarán																							Agos	Maz
Javier hernandez Campanilla																								Maz

La DIGESA fue también miembro del Comité Directivo

Director Oficina General de Cooperacion Internacional	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino	Inicio	Termino
Pablo Meloni								Nov																
José Donayre							Dic		Jun															
Fernando Carbonne								Jul	Dic															
Luis Canales											Ene			Sep										
Julio Pedraza													Oct	Oct										
Oscar Castillo Velasquez													Oct		Jun									
Carlos Cosentino Esquerre														Jul										
Luis Canales																			Oct			Mar		
Dejo de ser Oficina General																								

La OGCI cumplió el doble rol de haber gestionado la firma del Convenio entre el MINSA y USAID y de ser invitado al Comité Directivo para facilitar procesos

La OGCI tuvo dos Direcciones Ejecutivas: una negociaba y la otra evaluaba y hacia el seguimiento de Proyectos. El Dr. José Castro fue Director Ejecutivo de Evaluación desde oct. 2002 hasta dic 2006