

SISTEMATIZACION DEL PROYECTO 2000 Informe Final

Lima, Perú
Octubre 2002

I. La documentación marco del Proyecto 2000

A. El convenio bilateral

El Convenio establecía que el Proyecto ayudaría al Ministerio de Salud a continuar con el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de salud, particularmente aquellos dirigidos a las mujeres y los niños. Fue suscrito entre el Gobierno Peruano y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) el 30 de setiembre de 1993.

Se preveía que el Proyecto daría apoyo directo a los servicios de salud materno infantil; aumentaría la eficiencia de los servicios de salud a través del manejo gerencial; y apoyaría la sustentabilidad de los servicios a través de reformas en el financiamiento de salud.

El Convenio establecía que el Proyecto sería financiado con fondos de USAID de acuerdo con la Ley de Ayuda al Exterior 1961 y sus enmiendas; y con recursos de la PL 480 proporcionados por el Perú.

Se estableció como fecha de término del Proyecto el 30 de septiembre del 2000 u otra fecha que las partes podrían acordar por escrito. La condición era que todos los servicios financiados por la donación hayan sido prestados y que todos los bienes con cargo a la misma, hayan sido suministrados.

Previamente a la ejecución del desembolso de la donación, el Perú se comprometía a presentar:

- Un dictamen emitido por el Asesor Legal del Ministerio de Relaciones Exteriores u otro aceptado por USAID, estableciendo que el Convenio de Donación había sido debidamente autorizado, ratificado y ejecutado en nombre del Recipiente.
- El nombre del Ministro de Salud o de la persona designada como representante para todos los fines del Convenio.
- Un compromiso explícito del Gobierno Peruano para corregir cualquier debilidad institucional en su manejo financiero.

El plazo para el cumplimiento de estas condiciones era de 60 días a partir de la fecha del Convenio.

El Convenio determinó la contratación de un Contratista Institucional. Previamente, el Gobierno del Perú debería:

- Resolver la deuda pendiente a USAID de US\$ 1,190,674.
- Comprobar la formación de un Comité Asesor Interagencial de Manejo Gerencial y Financiamiento con una representación que incluiría al Ministerio de Salud en la Presidencia de este Comité; al Ministerio de Economía y Finanzas; al Ministerio de la Presidencia; y a representantes de las principales agencias donantes tales como USAID, BID y BM.
- Este Comité debería proveer un foro de debate y una fuente adicional de experiencia técnica para el Ministerio de Salud en las áreas de manejo gerencial y financiamiento de salud; examinar las políticas prevalecientes en estas áreas; y sugerir y delinear para la consideración del MINSA, reformas orientadas a fortalecer el manejo gerencial y el financiamiento de servicios de salud.
- Se establecía como indicadores verificables de prueba, que el Comité haya sido efectivamente constituido; que sus miembros hayan sido nombrados; que todo ésto haya sido comunicado a la USAID; y que el Comité se haya reunido por lo menos dos veces para cuando se estén identificando los temas de diálogo con minutas escritas y registradas. Todo en un plazo de 60 días.

El plazo establecido para el cumplimiento de todas estas obligaciones era de 360 días a partir de la fecha del Convenio o en fecha posterior que USAID pudiera acordar por escrito.

Se determinó un programa de evaluación como parte del Proyecto. Este programa -salvo acuerdo en contrario entre las partes- incluiría una evaluación del progreso hacia el logro de los objetivos del Proyecto; una evaluación de los problemas o restricciones que pudieran inhibir sus logros; una evaluación de impacto global del Proyecto (en la medida que fuera posible); una evaluación global ex post y considerar su replicabilidad.

El Convenio establecía como otros compromisos del Perú, a menos que USAID acordara de otra manera por escrito:

- Que el Perú asumiría una cada vez más significativa cantidad de los gastos recurrentes sobre la vida del Proyecto.
- Que el Perú continuaría con el financiamiento de las actividades del Proyecto más allá de la vida del Proyecto.

Se incluyó cláusulas claras sobre costo y desembolsos tanto en dólares como en soles y la manera y los medios de proceder en cada caso. Todo supeditado al cumplimiento de los compromisos y obligaciones. Se establecía que los desembolsos pudieran hacerse a través de otros medios que las partes pudieran acordar por escrito; y la obligación del Perú de hacer los arreglos necesarios a fin de que los fondos de la donación sean convertidos en soles al tipo de cambio más alto, que no sea ilegal en el Perú.

El Convenio preveía que cualquier comunicación, aviso, solicitud, documento u otra comunicación presentada por cualquiera de las partes, sólo sería debidamente presentada cuando sea remitida a la otra parte.

Se estableció como representantes para todos sus fines al Ministro de Salud y al Director de la Misión de USAID en el Perú. Cada uno de estos representantes podría designar otros representantes para todos los fines, excepto ejercer autoridad para revisar los elementos del Proyecto tal cual eran detallados en el Anexo 1 del Convenio.

1. La operación del Proyecto

Se preveía que el Proyecto apoyaría a los programas de salud materno infantil del MINSA para reducir las altas tasas de mortalidad materno-infantil y mejorar la calidad de vida. Asimismo, el Proyecto apoyaría al MINSA para fortalecer el manejo gerencial y financiero a fin de contribuir a la sustentabilidad a largo plazo de los programas de salud materno-infantil y asegurar que el MINSA pueda continuar desarrollándolos en el futuro sin mayor apoyo de donantes.

Estratégicamente se preveía que al finalizar el Proyecto:

- Un mayor número de niños sobreviviría la infancia
- La calidad de vida de los niños en sus primeros años mejoraría
- Una mayor proporción de mujeres lograría sus intenciones reproductivas en cuanto al número de niños y espaciamiento deseado, sin recurrir al aborto
- Una mayor proporción de mujeres tendría embarazos y partos de menor riesgo
- El Gobierno del Perú estaría mejor preparado para continuar con estos logros sin depender demasiado de donaciones.

2. Los componentes del Proyecto

a. El componente 1, Fortalecimiento de los Servicios de Salud Materno-Infantil

Tendría un alcance a nivel nacional, limitándose las actividades innovadoras a áreas de alto riesgo; y los estudios y evaluaciones a nivel de comunidad. La replicabilidad de los programas, en otras áreas, sólo se haría una vez que éstos estuvieran funcionando en las áreas escogidas.

b. El componente 2, Iniciativas de Manejo Gerencial Eficiente

Comprendía el desarrollo de programas piloto en gerencia descentralizada y gerencia de calidad total orientados a incrementar la calidad y eficiencia de los servicios de salud en dos regiones. Su posible réplica dependería de su revisión y evaluación. Adicionalmente, se preveía que este componente introduciría en el MINSA un proceso de programación y presupuesto basado en costos a fin de racionalizar sus requerimientos presupuestales y de desembolsos.

c. El componente 3, Financiamiento de Servicios de Salud

Buscaba apoyar los esfuerzos del MINSA para incrementar recursos en la atención primaria de salud. Para ello se preveía sostener diálogos con entidades del Gobierno del Perú y el desarrollo e implementación de tarifas racionales y sistemas de recuperación de costos. Se preveía igualmente que este Componente financiaría asistencia técnica a corto y largo plazo; actividades de investigación operacional y estudios y encuestas para el análisis de políticas.

3. El Contratista Institucional

Sería seleccionado mediante licitación pública y regido por las políticas y directivas técnicas del MINSA y de USAID; a fin de facilitar el manejo del Proyecto y la asistencia técnica apropiada.

Este Contratista Institucional debería proveer un equipo local de trabajo integrado por ocho asesores técnicos a largo plazo encargados de:

- asistencia técnica
- capacitación
- actividades piloto en manejo gerencial
- estudios de campo, encuestas e investigaciones
- información, educación y capacitación
- adquisición de suministros, apoyo logístico y soporte general.

Estaría constituido por un Jefe, un adjunto, un especialista en programas de salud materno-infantil, un economista de la salud, un especialista en capacitación en salud y tres asesores regionales. Cada miembro del equipo tendría una contraparte específica del MINSA.

El rol central asignado al Contratista Institucional era responder ante el MINSA y USAID sobre la ejecución de todas las responsabilidades técnicas, administrativas y operativas del Proyecto. Debería establecer una oficina de monitoreo y reportes, subcontrataciones, coordinación de capacitación y compra de suministros para el Proyecto.

4. El Comité Asesor Interagencial de Manejo Gerencial y Financiamiento de Servicios de Salud

Tendría como misión dada por el MINSA:

- Examinar las políticas prevalentes en el área de manejo gerencial y financiamiento de servicios de salud con el fin de sugerir áreas donde se podría contemplar reformas y delinear para la consideración del MINSA, opciones para el diseño y la ejecución de reformas que fortalecerían el manejo gerencial y financiamiento de servicios de salud.
- Revisar la lista preliminar de tópicos para un diálogo sobre políticas de salud y modificarla como fuera necesario.

5. Acciones de capacitación

Estuvieron previstas como un modo de promover la sustentabilidad programática del Proyecto, para lo cual se debería fortalecer una red de hospitales modelo y centros locales de capacitación clínica en el manejo de enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, lactancia materna y

ablactancia; salud materna y perinatal en apoyo al plan nacional para reducir la mortalidad materna.

Dentro de este mismo proceso se preveía realizar investigaciones cualitativas a nivel comunitario a fin de proveer información para las acciones de capacitación. Igualmente la capacitación de promotores comunitarios de salud en las mismas áreas técnicas que las del personal de salud. La capacitación de parteras tradicionales con énfasis en la identificación de embarazos de alto riesgo, la identificación y notificación de prácticas tradicionales dañinas y la atención básica preventiva y promocional durante el embarazo y la lactancia.

La capacitación bajo el componente de manejo gerencial de servicios de salud, debería desarrollar los conocimientos y habilidades del personal del MINSA en la administración de servicios de salud con la finalidad de que el desempeño y el uso de recursos en todos los niveles, mejorara. La capacitación debería apoyar la política de descentralización del Gobierno y el MINSA, asegurando que el personal en niveles de autoridad y responsabilidad descentralizados tengan los conocimientos técnicos para ejecutar sus funciones administrativas y gerenciales en forma óptima.

Se preveía igualmente apoyar la capacitación de proyectos piloto; reuniones de coordinación trimestral; capacitación a corto plazo en el país; capacitación a corto y quizás largo plazo en el exterior.

6. Acciones de IEC

Se preveía acciones de investigación cualitativa y desarrollo de mensajes; comunicación de masas a nivel nacional; comunicación a nivel local; seminarios y talleres de trabajo; materiales autodidácticos; un boletín de educación continua; una campaña de comunicación para promover tarifas de usuarios.

7. Las contrapartes institucionales

a. Funciones del MINSA y USAID

Se establecía que el MINSA como contraparte nacional y USAID como institución donante y representante del Gobierno de EEUU, eran los principales ejecutores del Proyecto. El Contratista Institucional (CI) contratado por USAID apoyaría este esfuerzo. Las decisiones importantes de manejo serían tomadas por el MINSA y USAID tomando en cuenta la opinión del CI.

La instancia de coordinación general del Proyecto y primer nivel de contraparte dentro del MINSA con USAID sería la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa (OFICE). Su director debería ser designado como representante autorizado del Gobierno del Perú para los fines del Proyecto. Si en caso el MINSA designara otra persona de otra oficina, ésta sería considerada como recurso técnico y de monitoreo adicional para el Proyecto.

El director del Proyecto tendría como responsabilidades centrales la coordinación, monitoreo y evaluación del Proyecto con relación a:

- Coordinar con la Oficina de Salud, Población y Nutrición de USAID la formulación de la política general del Proyecto y la toma de decisiones importantes de manejo del Proyecto
- Orientar al CI en la ejecución del Proyecto
- Asegurar que el MINSA ejecute el Proyecto de acuerdo con los términos y las condiciones del Convenio del Proyecto
- Asegurar la coordinación de actividades entre las oficinas y unidades administrativas a nivel central del MINSA y entre los niveles central y regional
- Asegurar el desenvolvimiento eficiente y apropiado de los asesores técnicos, suministros y vehículos financiados por el Proyecto
- Asegurar que los fondos de la Ley Pública 480 programados bajo el Proyecto lleguen a los niveles regionales en forma oportuna
- Remitir planes anuales detallados para el uso de cualquier fondo del Proyecto proporcionado directamente al MINSA

b. Las contrapartes MINSA

El MINSA designaría tres contrapartes técnicas para cada uno de los tres asesores regionales; así como un funcionario administrativo a dedicación exclusiva en cada DISA del Proyecto. Las oficinas regionales del MINSA trabajarían con los asesores técnicos del CI en el desarrollo e implementación de proyectos-piloto y otras actividades del Proyecto.

c. Las contrapartes USAID

El manejo y orientación general del Proyecto serían proporcionados por la Oficina de Salud, Población y Nutrición -HPN- en colaboración y consulta con el director del Proyecto del MINSA. USAID dispondría la contratación del Contratista Institucional para implementar el Proyecto y de dos funcionarios a tiempo completo para la HPN, un coordinador de proyecto y un especialista en manejo de proyectos.

El coordinador del Proyecto proporcionaría sugerencias técnicas, supervisaría el progreso del Proyecto, aseguraría que la implementación del Proyecto proceda de acuerdo al cronograma y que las actividades se ajusten a las metas del Proyecto. El especialista en manejo de proyectos supervisaría el cumplimiento de requerimientos administrativos y políticas de personal de USAID.

Los funcionarios de la HPN proporcionarían orientación general, manejo del Proyecto e información técnica específica. El jefe de la oficina HPN sería el representante principal de USAID en el Comité Asesor Interagencial. El jefe adjunto de la HPN proporcionaría dirección técnica en las áreas de nutrición; salud materna, incluyendo paternidad responsable; investigación cualitativa; actividades de IEC; y actividades a nivel comunitario. El funcionario nacional asesor en salud pública proporcionaría orientación gerencial general y técnica en las áreas de capacitación, servicios clínicos y manejo gerencial.

d. Los planes de trabajo, seguimiento y evaluación

Serían anuales, detallando por mes todas las intervenciones planeadas. Incluirían los requerimientos mensuales de fondos provenientes de la PL 480 para apoyar las actividades planeadas. Deberían ser aprobados por el MINSA y USAID. La monitorización se realizaría a través de visitas a los lugares de ejecución.

Trimestralmente se elaborarían informes preparados conjuntamente por el Contratista Institucional y las contrapartes del MINSA y remitidos a USAID y al director del Proyecto del MINSA. Debería contener información sobre los tres componentes.

Se preveía la realización de evaluaciones. Se advertía que el progreso del Proyecto en cada una de las evaluaciones se haría en base a los indicadores verificables del marco Lógico, áreas de problemas detectados y recomendaciones dadas para ajustes y medidas correctivas. Se preveía

que las actividades regionales serían cuidadosamente evaluadas y se harían recomendaciones en el sentido de si el Proyecto debería expandir estos modelos a otras comunidades.

e. El plan financiero

Se preveía un costo total del Proyecto de 60 millones de dólares americanos cuyo financiamiento se haría a través de una donación no reembolsable de USAID de hasta treinta millones y del aporte del Gobierno peruano por otros treinta millones. Esta contribución provendría de la conversión a moneda local de la venta de alimentos proporcionados a través de la Ley Pública 480 (PL 480) por un monto de hasta 22 millones de dólares, siendo los ocho restantes equivalentes a tiempo de trabajo de funcionarios del MINSA. Se precisaba que la contribución mínima del Perú sería de diez millones, equivalentes a la tercera parte de los fondos proporcionados por USAID. Los fondos de la PL 480 deberían incluir recursos para auditorías anuales. La responsabilidad del manejo de la PL 480 sería de la Unidad Especial del MEF quien debería solicitar los servicios de auditoría de la Contraloría General del Perú. Los hallazgos de auditoría deberían ser presentados a USAID para resolver deficiencias reportadas.

B. El contrato del Contratista Institucional

Este Contrato precisaba los antecedentes del Proyecto; su fundamento; las responsabilidades programáticas del Contratista y sus responsabilidades logísticas. Delimitaba los componentes del Proyecto; sus actividades, los logros y productos esperados; y los aportes necesarios para alcanzarlos. Fue suscrito entre sus principales ejecutores -el MINSA y la AID- y el Contratista Institucional, integrado por el Consorcio Pathfinder International, CARE Internacional y Development Associates Inc. Firmaron este contrato por el Contratista Institucional el señor Daniel Pellegron de Pathfinder International y el señor Marcus Stevenson, Oficial de Contratos de AID. Esto ocurrió entre el 19 y 20 de diciembre de 1994.

El objetivo del Contrato era apoyar al MINSA y a USAID en la implementación del Proyecto, otorgando asistencia técnica específica, suministros y servicios relacionados listados en la descripción del trabajo.

El Contratista sería responsable del establecimiento e implementación de los sistemas y servicios descritos dentro del esquema. Tendría como rol central responder al MINSA y la AID por el desarrollo de las actividades técnicas, educativas, administrativas y de implementación del Proyecto descritas en el Contrato.

Una de las responsabilidades logísticas del Contratista Institucional era proveer un equipo local que proporcionara al Proyecto diferentes tipos específicos de asistencia técnica. Este equipo local era el Equipo de Asistencia Técnica que estuvo conformado por consultores nacionales y extranjeros contratados por cada una de las tres instituciones internacionales integrantes del Contratista Institucional. Cada miembro del EAT sería enlace y coordinaría con sus contrapartes específicas en el MINSA.

El contrato preveía apoyar al MINSA y a USAID en la implementación del Proyecto 2000, proporcionando los tipos específicos de asistencia técnica, suministros y servicios relacionados. Al finalizar el Proyecto los sistemas y servicios de salud materno-infantil estarían establecidos e implementados.

En cuanto a los tres componentes Fortalecimiento de los Servicios de Salud Materno Infantil, Iniciativas para una Gerencia Eficiente, Financiamiento de los Servicios de Salud, se preveía las mismas responsabilidades programáticas establecidas en el Convenio.

Respecto al ámbito del Proyecto, éste debía ejecutarse en seis regiones y un área de la Región Lima seleccionadas por el MINSA y USAID. Las regiones elegidas fueron¹: Chavín, La Libertad, Los Libertadores/Wari, J.C. Mariátegui, San Martín, Ucayali y la sub-región Lima Este. Ciertas acciones tendrían un alcance nacional, otras acciones irían aumentando su alcance hacia zonas adicionales.

La clave del éxito del Contrato sería la transferencia de habilidades al personal del MINSA en áreas como la administración y las finanzas así como las intervenciones técnicas. Para ello las actividades del Contratista Institucional deberían estar integradas a las actividades del MINSA y presentar un plan de trabajo detallado al MINSA y USAID. El Contrato preveía una duración del Proyecto por espacio de cinco años con opción para un año más.

¹ Las Regiones aparecen con los nombres que ostentaban a la fecha del Contrato. En la actualidad las Regiones mencionadas aluden a los siguientes departamentos: Chavín: Ancash; Los Libertadores/Huari: Huancavelica, Ayacucho, Ica y la provincia de Andahuaylas; J.C. Mariátegui: Puno, Moquegua y Tacna.

II. Las entregas (deliverables) y productos del CI

A. Lo convenido en el contrato original

Pathfinder International fue seleccionado como el CI del Proyecto 2000, a través de un concurso público internacional. Esta selección incluyó dos sub-contratistas principales: CARE y Development Associates Inc. El equipo clave del CI estuvo formado por especialistas de estas tres instituciones.

Los compromisos del contrato fueron elaborados en base a la solicitud de propuestas (Request for Proposal –RFP-) de USAID, que sirvió de base para la selección del CI, así como a la propuesta presentada por Pathfinder International. El contrato entre USAID y Pathfinder International fue suscrito el 19 de diciembre de 1994.

En este contrato original, el CI se comprometió a cumplir las siguientes entregas y productos:

- ◆ Reportes sobre investigaciones formativas referidas a los principales tópicos de salud del Proyecto, con mensajes derivados de estas investigaciones para las áreas prioritarias.
- ◆ Establecimiento de un centro de capacitación en Lima sobre tópicos de salud perinatal, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, alimentación de destete y vigilancia del crecimiento.
- ◆ Un curso piloto, 8 cursos de réplica, 8 cursos de capacitación de capacitadores, 80 cursos en hospitales modelo, 128 cursos para promotores de salud y 128 cursos para parteras tradicionales en salud perinatal.
- ◆ Un curso piloto, 8 cursos de réplica, 8 cursos de capacitación de capacitadores, 136 cursos en hospitales modelo y 180 cursos de capacitación comunitaria y para promotores de salud en infecciones respiratorias, enfermedad diarreica, lactancia materna, alimentación de destete y vigilancia del crecimiento.
- ◆ Actividades de IEC en el nivel local sobre los temas de salud materno-infantil del Proyecto.
- ◆ Materiales autoinstructivos para el personal de salud y agentes comunitarios de salud en temas de salud materno-infantil.
- ◆ Un boletín de educación continua o un suplemento en una publicación existente del MINSA para la actualización del personal del MINSA en temas de salud materno-infantil.
- ◆ Una campaña de comunicación y educación al público sobre el sistema de tarifas desarrollado bajo el contrato.
- ◆ Una evaluación del Sistema de Información (HIS/MIS) y una actualización del sistema, primero en las áreas prioritarias y luego nacionalmente.
- ◆ Un componente del sistema de información, integrado con el HIS actualmente en operación, que haga seguimiento de los indicadores del Proyecto 2000 dentro de las áreas prioritarias.
- ◆ Capacitación para el personal del MINSA en las áreas prioritarias que incluya el sistema de monitorización del Proyecto 2000 y el manejo de la información actualmente monitorizada por el HIS/MIS.
- ◆ Un sistema descentralizado de monitorización y supervisión.

- ♦ Un sistema mejorado de adquisiciones, almacenamiento y distribución de los insumos y medicamentos del MINSA dentro de las áreas prioritarias.
- ♦ Un sistema nacional de programación y presupuesto basado en costos.
- ♦ Un modelo de mejora de gerencia descentralizada piloteado en dos áreas prioritarias.
- ♦ Un modelo de gerencia de calidad total en las mismas áreas que el modelo de mejora de gerencia descentralizada (Los dos últimos productos serán requeridos únicamente si el sistema de programación y presupuesto basado en costos está funcionando en todo el país).
- ♦ Reuniones trimestrales de coordinación y evaluación que incluyan la oficina central del MINSA y los gerentes de programa en las áreas prioritarias.
- ♦ Un grupo clave de funcionarios del MINSA capacitado en las prácticas más recientes de gerencia en el campo de la salud pública.
- ♦ Una estructura de tarifas que acompañe a todos los servicios de salud del MINSA.
- ♦ Los resultados y recomendaciones de una serie de estudios en recuperación de costos.

B. Modificaciones introducidas durante la primera fase del Proyecto

Al iniciarse el Proyecto, fue claro para el equipo clave del CI que la contraparte oficial del Proyecto no tenía interés en una serie de entregas y productos comprometidos en el contrato (ver más adelante el capítulo referido al ambiente institucional del MINSA durante la implementación del Proyecto). Esto condujo a una progresiva modificación de los productos, contando en cada caso con la aprobación del Oficial de Proyecto y la Coordinadora del Proyecto en USAID.

1. Precisión del propósito del Proyecto

Una modificación importante para el Proyecto derivó de una reunión de planeamiento realizada el 17 de Agosto de 1997. En esta reunión se analizó información de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar –ENDES- 1996. Esta encuesta puso de manifiesto que habían ocurrido cambios importantes en la información estadística y epidemiológica durante la formulación del Proyecto por el MINSA y USAID. Dos de estos cambios llamaron poderosamente la atención de los especialistas del Proyecto. En primer lugar, la razón de mortalidad materna continuaba siendo muy alta y no mostraba la misma tendencia decreciente que la tasa de mortalidad infantil. En segundo lugar, se había producido una modificación significativa de la estructura de la mortalidad infantil en el país, de modo que las causas asociadas al período neonatal habían devenido en el principal componente de la mortalidad infantil.

El convenio bilateral señalaba que el objetivo del Proyecto 2000 era contribuir a mejorar la salud y nutrición de mujeres en edad fértil y niños menores. Esto, se decía, se alcanzaría a través del propósito de incrementar el uso de intervenciones efectivas en salud materno-infantil. La nueva información proporcionada por la ENDES 1996 obligaba a definir cuáles eran estas intervenciones efectivas. Tomando en consideración la evidencia existente internacionalmente en ese momento, el CI propuso que la atención prenatal y el parto, ambos atendidos por profesionales, eran las intervenciones capaces de incidir positivamente sobre las causas de mortalidad materna y neonatal.

2. Precisión del ámbito de acción del Proyecto

A continuación se analizó las características de la atención prenatal y del parto institucional en el país. Para ello se utilizó información proveniente tanto de la ENDES 1996, como del Censo de Infraestructura y Recursos del MINSA de 1995. Lo primero que saltó a la vista es que existía una importante brecha entre la cobertura de atención prenatal y la de parto institucional. Mientras que 71.7% de las gestantes recibieron atención prenatal profesional, sólo 54.6% de los partos fue atendido institucionalmente.

Esta brecha expresaba la existencia de barreras diferentes a la geográfica para acceder a la atención institucional del parto. Cerca de 20% de las gestantes con acceso físico a los servicios de salud, no atendía su parto en una institución de salud. Las explicaciones plausibles eran el precio elevado de dicho servicio y la escasa aceptabilidad del mismo, ya sea por una percepción de mala calidad o por expectativas de orden cultural no satisfechas por los servicios de salud. Esto fortaleció la opción de fortalecer la calidad y aceptabilidad de los servicios de salud materno-infantil, particularmente la atención prenatal, el parto institucional y la atención del recién nacido.

El análisis también demostró una muy elevada concentración del parto institucional. Según las cifras reportadas por el Censo de Infraestructura y Recursos del MINSA de 1995, 92% de los partos institucionales ocurrieron en el 2% de los establecimientos de salud del país, los cuales tenían categoría de hospitales. Cuando el análisis se repetía en cada una de las regiones, se confirmó este patrón, de modo que los hospitales de referencia departamental y los establecimientos cabecera de red –hospitales rurales o centros de salud con hospitalización-, concentraban la mayoría de estas atenciones. Este hallazgo afectó al Proyecto de manera significativa, pues se decidió concentrar los esfuerzos de mejora de calidad en estos establecimientos, los cuales coincidían con la selección de hospitales y centros de salud que serían fortalecidos para servir como modelos regionales.

La tercera decisión que se tomó fue identificar en cada región aquellas redes de servicios de salud con menor proporción de parto institucional, con la finalidad de concentrar en ellas los esfuerzos de trabajo comunitario, con la finalidad de incrementar el acceso de las mujeres de estas zonas rurales apartadas a los servicios de atención prenatal y parto institucional fortalecidos.

3. Cambios en los entregas y productos para la primera etapa del Proyecto

La Modificación No. 4 del contrato, suscrita el 02 de agosto de 1999, oficializó los siguientes cambios en entregas y productos:

Fortalecimiento de los servicios de salud materno-infantil

a. Programa de Capacitación Clínica

- ◆ Reportes sobre investigación formativa cualitativa sobre las percepciones, creencias y práctica de mujeres en la comunidad, parteras tradicionales capacitadas y no capacitadas, y personal de salud en salud materna y perinatal, así como en otros tópicos relevantes de salud materno-infantil para los cuales no existe información de buena calidad. La investigación debería desarrollarse en las áreas prioritarias.
- ◆ Establecimiento de un programa de capacitación en salud reproductiva, materna, perinatal e infantil (PCMI). Este programa fue implementado utilizando un sub-contratista local de largo plazo.
- ◆ Desarrollo de currículos en salud materno infantil en áreas donde no existiera currículos adecuados.

- ♦ Fortalecimiento de cinco instituciones en Lima para apoyar programas de capacitación de corto plazo para participantes en el PCMI de departamentos del Proyecto 2000.
 - ♦ Selección de hasta 18 hospitales departamentales y aproximadamente 72 centros de salud para formar centros potenciales de capacitación de campo bajo el PCMI. La mayoría (90 por ciento) de estos lugares estarán calificados como centros departamentales de capacitación para un período de un año, después de completar su capacitación en Lima.
 - ♦ Participantes seleccionados de cada uno de los 18 hospitales y 72 centros de salud serán enviados a Lima para una capacitación en servicio de corto plazo y para otros cursos de corto plazo en Perú y en el extranjero. Estos individuos serán capacitados para ayudar a desarrollar las sedes del PCMI en establecimientos de capacitación departamental.
 - ♦ Construcción de 14 módulos de capacitación para participantes del PCMI en dos centros de capacitación en Lima y en cada uno de los 12 departamentos.
 - ♦ Desarrollo de un sistema de supervisión y asistencia técnica para apoyar los esfuerzos del PCMI en el fortalecimiento de los centros de capacitación propuestos en todos los niveles.
 - ♦ Adquisición de equipamiento básico relevante y su distribución a los establecimientos de salud, junto con capacitación en su uso apropiado.
 - ♦ Implementación de un sistema de información perinatal en 18 hospitales del PCMI, y en al menos 90% de los 72 centros de salud, como una forma de monitorizar la calidad de atención. Este SIP será complementario y compatible con el HIS del MINSA.
 - ♦ Provisión de asistencia técnica a los programas de salud materno-infantil del MINSA para el desarrollo y actualización de normas técnicas, protocolos clínicos y supervisión del PCMI.
 - ♦ Diseño y validación de un sistema de referencia de salud materno-infantil que incluya la comunidad, las postas y centros de salud y los hospitales, utilizando redes de servicios de salud en hasta dos áreas del Proyecto.
- b. Programa de IEC
- ♦ Basados en los datos de las investigaciones cualitativas, desarrollar y validar mensajes clave en salud materno-perinatal, infecciones respiratorias agudas y otros tópicos relevantes en las áreas prioritarias.
 - ♦ Materiales de IEC para el nivel local en las áreas prioritarias sobre los tópicos de salud materno-infantil descritos en la sección de capacitación.
 - ♦ Conducir una serie de actividades educativas en la comunidad en las áreas prioritarias que utilicen los paquetes de IEC para estimular a la población a promover su propia salud. Los proponentes deberían especificar el tipo de actividades que prevén.
 - ♦ Seminarios y talleres regionales. Los temas y número de eventos serán propuestos por el contratista.
 - ♦ Materiales auto-instructivos, incluyendo vídeos, para personal de salud y trabajadores de salud en el nivel comunitario en tópicos de salud materno-infantil.
 - ♦ Un boletín de educación continua o un suplemento a una publicación existente del MINSA que mantenga actualizado al personal del MINSA en tópicos de salud materno-infantil.

Esta publicación debería ser periódica (3-4 veces al año), y deberían hacerse provisiones para los costos de distribución.

- ♦ Conducción de estudios relacionados con conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con salud materno-infantil en las 12 regiones/sub-regiones del Proyecto.
 - ♦ Involucrar al nivel central del MINSA y a las oficinas departamentales de comunicación en los planes y actividades de IEC donde sea factible y apropiado.
 - ♦ Fortalecer las interacciones proveedor-usuario a nivel de los servicios de salud materno-infantil, así como sobre la relación entre establecimientos de salud y organizaciones de base, para incrementar el uso de servicios de salud materno-infantil.
- c. Sistemas de soporte
- ♦ Una evaluación del HIS actualmente implementado.
 - ♦ Un componente del sistema de información que haga seguimiento de los indicadores del Proyecto 2000 dentro de las áreas prioritarias.
 - ♦ Un programa de capacitación mejorado para el personal del MINSA de las áreas prioritarias sobre el Sistema Informático Perinatal.
 - ♦ Un sistema descentralizado de monitoreo y supervisión en las áreas prioritarias. Esto incluye el diseño y desarrollo del sistema, capacitación en el sistema al personal del MINSA y recursos para su implementación.
 - ♦ Manejo mejorado de medicamentos en los 18 hospitales del PCMI.

Iniciativas para una gerencia eficiente

- ♦ Desarrollo e implementación de un sistema nacional de programación y presupuesto basado en costos, incluyendo un sistema descentralizado de asignación presupuestal y el fortalecimiento continuo de los sistemas contables.
- ♦ Un modelo de mejora de gerencia descentralizada en dos hospitales regionales del PCMI.
- ♦ Un modelo de gerencia de calidad total piloteado en los 18 hospitales del PCMI.
- ♦ Reuniones trimestrales de coordinación y evaluación que incluyan al nivel central del MINSA y los gerentes de los servicios en las regiones.
- ♦ Un grupo clave de directores de hospitales capacitados en las prácticas gerenciales actuales en el campo de la salud pública.

Financiamiento de la atención de salud

- ♦ Guías nacionales de tarifas para todos los servicios de salud.
- ♦ Abogamiento en diálogo de política sobre las reformas gerenciales y de financiamiento.
- ♦ Un inventario de los esfuerzos existentes de mejoramiento de la eficiencia y recuperación de costos en Perú.
- ♦ Resultados y recomendaciones de hasta tres estudios que evalúen los esquemas actuales de recuperación de costos.

- ◆ Sistemas de información de costos e ingresos hospitalarios desarrollados en hasta siete hospitales del PCMI.

Con fechas 8 de diciembre de 1999, 11 de febrero de 2000 y 31 de marzo de 2000 se suscribieron las Modificaciones 06, 07 y 08, las que respectivamente ampliaron la fecha de culminación del Proyecto al 31 de enero, 31 de marzo y 30 de abril de 2000.

C. Modificaciones para el período de extensión

El 1° de junio del 2000, se suscribió la Modificación No. 9, la cual fue planteada como consecuencia de las recomendaciones de la evaluación de medio término realizada por la firma BHM International. El propósito de la modificación fue extender el contrato del CI hasta el 30 de septiembre de 2002, con la finalidad de institucionalizar los enfoques, métodos e instrumentos desarrollados por el Proyecto.

Para este período se establecieron las siguientes entregas y productos:

Mejora Continua de la Calidad de Servicios de Salud Materno-Infantil

- ◆ Un total de 89 HC y CC listos para la re-calificación, de acuerdo a los reportes de supervisión al final del contrato.
- ◆ Reportes de los indicadores de mejora de calidad en supervisiones regionales, antes de la re-calificación.
- ◆ Proceso de re-calificación conducido por el MINSA o una institución seleccionada por el MINSA.
- ◆ Sistema de supervisión interna aplicado en servicios materno-infantiles en 89 HC y CC.
- ◆ Un sistema promotor de la capacitación y supervisión en operación en las áreas prioritarias.
- ◆ Versión revisada del SIP y ANALISIP en completa operación con información actualizada en 89 HC y CC, mostrando cambios en indicadores de salud materna y neonatal.
- ◆ Historia clínica del niño utilizada por HC y CC, mostrando cambios en indicadores de salud infantil.
- ◆ Doce equipos regionales de mejora de la calidad en operación y mostrando cambios en la organización de las DISA.
- ◆ Sistema regional de supervisión de la calidad de servicios en operación en cada una de las regiones del Proyecto.

Promoción del Cuidado de la Salud en la Comunidad

- ◆ Planes de IEC diseñados, implementados y monitorizados por los comités regionales de IEC, y coordinadores de IEC en los HC y CC.
- ◆ Encuestas periódicas mostrando cambios favorables en el conocimiento, actitudes y prácticas relacionados con la prevención en salud materno-infantil (al menos se completarán dos durante el período de extensión).

- ♦ Número de mujeres gestantes en riesgo referidas y transportadas a los servicios por promotores y organizaciones comunitarias.
- ♦ Número de vidas salvadas debido a una oportuna intervención del promotor y/o miembros de organizaciones comunitarias.

Sistema de Programación y Presupuesto

- ♦ Dieciocho equipos regionales y del nivel central (OGP) organizados y capaces de preparar los presupuestos anuales usando el SPP.
- ♦ Preparación y presentación oportuna de los presupuestos anuales regionales y central a los Gobiernos Regionales y el Ministerio de Economía y Finanzas, respectivamente, utilizando el SPP.
- ♦ Decisiones tomadas en la colocación intra-regional de recursos financieros, basadas en el SPP.
- ♦ La Oficina General de Planificación conduciendo el proceso presupuestal al nivel nacional.

Sistema de Información de Costos e Ingresos (SICI)

- ♦ Unidades de análisis económico establecidas en 8 HC del PCMI, analizando la información y gerenciando el SICI.
- ♦ SICI completamente implementado y operando en 8 HC seleccionados, y usado para proporcionar información a los presupuestos anuales utilizando el SPP
- ♦ Decisiones tomadas por los HC basadas en información proporcionada por el SICI, para incrementar los recursos y reducir los gastos.

Mecanismo de Pago Hospitalario

- ♦ Estudio CRG completado y validado con recomendaciones

Modelo de Gerencia Hospitalaria

- ♦ Al menos dos hospitales operando bajo un modelo de mejora de gerencia descentralizada, mostrando mejoras en la gerencia y calidad de los servicios diferentes a los de salud materno-infantil, como resultado de planes de mejora hospitalaria conducidos por la dirección de los hospitales.
- ♦ Reporte sobre lecciones aprendidas presentado al MINSA y autoridades regionales.

Fue acordado con USAID y la Unidad Especial el cambio de nombre de este componente de Modelo de Mejora de la Gerencia Descentralizada (DMIM) a Modelo de Gerencia Hospitalaria (MGH)

Sistema de Identificación de Usuarios

- ♦ Una propuesta para la fijación de tarifas y exoneraciones, incluyendo su sistema de administración regional validado en dos regiones, con recomendaciones para su aplicación en otras regiones.
- ♦ Resumen ejecutivo de hallazgos y conclusiones de estudios sobre tarifas desarrollados por consultores para el MINSA.

- ♦ Taller desarrollado para discutir la propuesta con autoridades del nivel central y regional.

Monitorización y Evaluación

- ♦ Reportes trimestrales de monitorización y evaluación.
- ♦ Estudios cuantitativos (evaluación de la efectividad del PCMI, efectividad de intervenciones específicas, costo efectividad de las intervenciones del PCMI y de sus componentes individuales, estudios de efectividad en aquellas DISA donde el PCMI ha sido transferido en el año 2000, es decir, institucionalización del PCMI)
- ♦ Estudio de evaluación cualitativa, estudios de casos.

D. Modificaciones durante el período de extensión

Como se verá más adelante, la segunda fase del Proyecto coincidió con modificaciones del entorno social y político imprevistas. Entre los años 2000 y 2002 se sucedieron cuatro gobiernos nacionales: el segundo (Mayo-Julio 2000) y tercero (Agosto-Noviembre 2000) de Alberto Fujimori, el Gobierno de Transición conducido por Valentín Paniagua (Noviembre 2000 – Julio 2001) y el actual gobierno de Alejandro Toledo (Agosto 2001 – hasta la fecha).

1. Cambios durante el tercer gobierno de Alberto Fujimori

Cuando se inicia el tercer gobierno de Alberto Fujimori, la Dra. Cecilia Costa, quien ocupaba la Dirección General de Salud de las Personas, asumió un fuerte liderazgo, contando con el respaldo del Despacho Vice-Ministerial. A pesar de no tener un cargo explícito en la estructura del Proyecto 2000, tomó una serie de decisiones que lo afectaron profundamente. Entre estas decisiones destacaron:

a. Lanzamiento del Plan de Contingencia para la Reducción de la Mortalidad Materna.

A través de esta iniciativa la DGSP colocó como primer punto de la agenda de salud pública del país el tema de la mortalidad materna. Alrededor de este punto logró liderar a los distintos programas y proyectos del MINSA, alcanzando un nivel de coordinación y cooperación sin precedentes. Este esfuerzo abrió las posibilidades para que el Proyecto 2000 desempeñara un importante papel de soporte técnico de la iniciativa, divulgando y generalizando el uso de sus instrumentos y métodos. Sin embargo, esta decisión limitó las posibilidades de institucionalización de los productos del Proyecto en el nivel regional, puesto que expresamente se postergó toda iniciativa relacionada con mejora de calidad en este nivel, particularmente el desarrollo de planes de mejora de calidad en las DISA y el componente de apoyo externo de la Supervisión para la Calidad. Un aspecto controversial de esta iniciativa de la DGSP fue el establecimiento de “metas” de mortalidad, lo cual fue muy cuestionado por las implicancias éticas subyacentes.

b. Extensión del Proyecto 2000 a tres nuevas DISA

En el contexto del Plan de Contingencia, la Dra. Costa tomó una segunda decisión que fortaleció su liderazgo y autoridad dentro del Proyecto 2000. A partir de su evaluación de los logros del Proyecto, que provenían de su experiencia directa como directora de la DISA Lima Este, decidió cumplir con lo estipulado para el período de extensión del Proyecto. Así, decidió una extensión progresiva de la implementación de los enfoques, métodos e instrumentos del Proyecto hacia el resto del país. De esta manera, las DISA Loreto, Cajamarca y Junín fueron las primeras seleccionadas para este proceso de extensión, lo cual fue ratificado en la Carta de Ejecución No. 31, del 21 de abril del 2000.

c. División de funciones entre la Unidad Especial y el Equipo de Asistencia Técnica del Proyecto 2000

Esta fue otra decisión trascendente de la Dra. Costa. La Unidad Especial, como ente institucional, tomó bajo su directa responsabilidad la labor de extensión a otras DISA, utilizando los fondos de contrapartida nacional; en tanto, el Equipo de Asistencia Técnica continuaba su labor de desarrollo y fortalecimiento de productos en el ámbito original del Proyecto. De esta manera, la Unidad Especial dejó de actuar como un intermediario entre el Equipo de Asistencia Técnica y el MINSA, asumiendo esta función la propia DGSP. El aspecto negativo de la decisión es que no se aseguró la provisión de fondos de contrapartida nacional para las acciones del Equipo de Asistencia Técnica, con lo cual componentes importantes del Plan 2000-2002 quedaron desfinanciados. Por ejemplo, los esfuerzos de capacitación regional y de trabajo comunitario fueron interrumpidos.

2. Cambios durante el Gobierno de Transición

La administración del MINSA durante el Gobierno de Transición intentó ordenar y coordinar la labor de los diversos proyectos en el MINSA. La Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa desempeñó un rol trascendente en este esfuerzo. La nueva administración de la DGSP estableció nuevas prioridades alrededor de la reforma de los programas nacionales de salud, intentando reducir su número reforzando la búsqueda del desarrollo de un modelo de atención integral. Esta administración se encontró muy cercana con las orientaciones desarrolladas por el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), y no valoró los avances del Proyecto 2000 sobre la mejora continua de la calidad de los servicios de salud materno-perinatal.

En este período, la DGSP planteó una modificación de las entregas y productos del CI. Una nueva formulación de los mismos se estableció luego de un período de negociaciones, al formularse el Plan de Trabajo 2001-2002, con fecha 23 de febrero de 2001. Según este documento, la relación de entregas y productos fue la siguiente:

Resultado 1: 18 HC y 71 CC instalan y mantienen procesos de mejoramiento continuo de su calidad y 8 hospitales instalan y mantienen procesos de mejoramiento continuo de su eficiencia operativa

- ◆ Informe: Grado de satisfacción de usuarios de los servicios de salud materno infantil.
- ◆ Informe de la evaluación de la capacitación en comunicación interpersonal y producción de mensajes.
- ◆ Documento: Aportes a lineamientos técnico-normativos para la adecuación cultural de servicios materno infantiles.
- ◆ Reporte de las actividades de seguimiento al personal de los HC/CC en funciones obstétricas esenciales.
- ◆ Reporte de hallazgos y recomendaciones para el fortalecimiento de las funciones obstétricas en HC/CC.
- ◆ Reporte de hallazgos y recomendaciones para el fortalecimiento de las funciones neonatales en HC/CC.
- ◆ Reporte de hallazgos y recomendaciones para el fortalecimiento de las funciones neonatales en HC/CC.
- ◆ Tutorial multimedia de Atención del Niño Sano entregado a DISA y DGSP.

- ◆ Reporte de los resultados de las actividades de seguimiento del uso del tutorial multimedia AIEPI.
- ◆ Metodología e instrumentos de supervisión para la calidad entregados a DGSP.
- ◆ Reporte del proceso y resultados de las autosupervisiones de HC/CC.
- ◆ Reporte de evaluación de la gestión de los planes de mejora continua de la calidad en los HC/CC.
- ◆ Reporte de la evolución de la mejora continua de calidad en HC/CC.
- ◆ Reporte del uso regular del SIP para el análisis de información.
- ◆ Informe de los resultados de la implementación del plan de capacitación basado en la EPS, en el análisis crítico de la práctica y en los resultados de autosupervisión.
- ◆ Guía metodológica validada para la formulación del plan de capacitación basado en EPS.
- ◆ Informe consolidado de la instalación y funcionamiento de comités/mesas de concertación local en salud materna.
- ◆ Informe del uso de la Historia Clínica de Salud Infantil (HCSI) en los HC/CC.
- ◆ Informe consolidado de cumplimiento de actividades de identificación y seguimiento de gestantes y púerperas en planes de los HC/CC.
- ◆ Informe de la implementación del SICI en 8 Hospitales.

Resultado 2: MINSA cuenta con resultados de experiencias piloto para mejorar sistemas de gerencia

- ◆ Informe final de codificación de atenciones hospitalarias en 8 hospitales con la Hoja Automatizada de Epicrisis (HAE).
- ◆ Informe final de la experiencia piloto en mecanismos de financiamiento prospectivo con tarifarios HRG.
- ◆ Informe de implementación del modelo de gestión hospitalaria (MGH).
- ◆ Informe de implementación del Sistema de Tarifas y Exoneraciones en dos hospitales y un centro de salud.

Resultado 3: MINSA cuenta con propuestas metodológicas e instrumentos para modernizar sistemas de gerencia

- ◆ Informe de aplicación de procedimientos e instrumentos de promoción del cuidado de la salud en DISA, HC/CC.
- ◆ Software y manual del SICI entregado a MINSA.
- ◆ Identificación de hospitales como sedes capacitadoras en SICI.
- ◆ Documento con propuesta de mecanismo de pago prospectivo, basado en Tarifario HRG entregado a OGP.

- ◆ Software y manual HAE entregado a la Oficina de Estadística e Informática.
- ◆ Documento de propuesta de resolución de oficialización de HAE.
- ◆ Documento con Modelo de Gestión Hospitalaria entregado al MINSA.
- ◆ Documento con propuesta para la flexibilización del marco normativo para la gestión hospitalaria entregado al MINSA.
- ◆ Documento de propuesta de resolución de experiencia piloto MGH.
- ◆ Documento con propuesta de criterios de asignación del gasto público a las DISA, con base a SPP, entregado a OGP.
- ◆ Documento con propuesta de resolución de oficialización de SPP y Comité de Coordinación Presupuestal entregado a la Oficina General de Planificación (OGP).
- ◆ Software y manuales de SPP entregados a OGP.
- ◆ Documento de identificación de DISA como sedes capacitadoras del SPP.
- ◆ Documento con propuesta del Sistema de Tarifas y Exoneraciones entregado al MINSA.
- ◆ Software SIU y facturación entregado a la Oficina de Estadística e Informática (OEI).
- ◆ Documento de propuesta de oficialización del Sistema de Tarifas y Exoneraciones.

Resultado 4: Las DISA cuentan con metodologías e instrumentos para conducir procesos de modernización de la gerencia de servicios de salud

- ◆ Informe del desempeño de las 12 DISA en la gestión de la mejora continua de la calidad.
- ◆ Módulo de Gestión de la Mejora Continua de la Calidad para las DISA entregado a la DGSP.
- ◆ Informe con los resultados de calificación de 18 HC y 71 CC.
- ◆ Informe del desempeño de las DISA en la calificación.
- ◆ Propuesta del sistema de capacitación basado en la EPS, de base regional, entregado a DGSP y DISA.
- ◆ Informe de resultados del uso del documento técnico: Sistema de Supervisión para la Calidad.
- ◆ Informe del uso del módulo de reportes del SIP 2000.
- ◆ Informe consolidado del funcionamiento de mesas/comités de concertación multisectorial en las 12 DISA.
- ◆ Informe de implementación en 33 DISA y 98 Unidades ejecutoras para elaborar y analizar presupuesto con base al SPP.

Resultado 5: Los actores e instituciones sanitarias, científicas y académicas del Perú están informados sobre los efectos e impacto del Proyecto 2000.

- ♦ Estudio comparativo de la calidad de atención y uso de servicios, en establecimientos participantes y no participantes en el Proyecto 2000.
- ♦ Reporte consolidado de monitorización de procesos de mejora continua de la calidad en HC/CC/DISA.
- ♦ Evaluar el efecto del Proyecto 2000 en los CAP en salud materno-infantil.
- ♦ Evaluación del Sistema de Programación y Presupuesto.
- ♦ Evaluación del efecto del MGH en el desempeño hospitalario.
- ♦ Evaluación del impacto del sistema de exoneraciones sobre la equidad y acceso.
- ♦ Evaluar el efecto del Proyecto 2000 sobre la letalidad materna, perinatal e infantil en HC seleccionados.
- ♦ Estudio de la prevalencia del control prenatal y parto institucional en departamentos del ámbito del Proyecto 2000 comparados con aquellos no participantes.
- ♦ Informe sobre contribución de agentes comunitarios en salvar vidas maternas y de recién nacidos.
- ♦ Reportes de documentación y sistematización de las experiencias del Proyecto 2000.
- ♦ Reporte de las actividades de difusión de las experiencias desarrolladas con el Proyecto 2000.
- ♦ Documento: transferencia del Centro de Documentación en Salud Materno Infantil del MINSA presentado a DGSP.

3. Cambios durante el gobierno de Alejandro Toledo

Con la llegada de Alejandro Toledo al gobierno en agosto de 2001, se produce una nueva modificación de la administración del MINSA y de la OFICE y DGSP. Luego de un período de reorganización de los equipos de trabajo en los niveles central y regional, y tras la designación del Director de la DGSP como Director del Proyecto 2000, se estableció una nueva negociación de las entregas y productos del CI, tratando de responder a la nueva visión y prioridades del MINSA.

De esta manera, se conformaron Comisiones de Institucionalización que coordinaron la ejecución y transferencia de estas entregas y productos. Con fecha 7 de noviembre de 2001, se arribó a la versión definitiva de entregas y productos del CI, contando también con la aprobación del oficial de contratos de USAID. A continuación esa relación de entregas y productos:

Gerencia de la mejora continua de la calidad

- ♦ Al menos 30 HC/CC utilizan el análisis crítico de la práctica y tienen planes de capacitación basados en la estrategia de educación permanente en salud.
- ♦ Instrumentos para medir la capacidad resolutive y calidad de las funciones maternas y neonatales esenciales.

- ♦ Actividades de IEC y participación comunitaria incorporadas en los planes de mejora continua de la calidad al nivel de la DISA y HC/CC.
- ♦ 89 HC/CC capacitados en autosupervisión. Autosupervisión implementada en al menos 30 establecimientos.
- ♦ Propuesta metodológica validada de supervisión para la calidad.
- ♦ Un grupo de 30 HC/CC muestra mejoras sustanciales de la calidad de atención en comparación con un grupo de establecimientos similares no intervenidos.
- ♦ Propuesta metodológica para la calificación de la calidad.
- ♦ Versión mejorada del SIP 2000 y módulos complementarios de análisis instalados en 89 HC/CC. SIP 2000 operativo con información actualizada mostrando cambios en la salud materna y neonatal en al menos 30 establecimientos.

Sistema de programación y presupuesto

- ♦ 34 DISA y 107 unidades ejecutoras capacitadas y preparando los presupuestos anuales utilizando el SPP. SPP consolidado en al menos 11 DISA y 34 unidades ejecutoras.
- ♦ Presupuestos anuales 2000, 2001 y 2002 elaborados utilizando el SPP, presentados a los gobiernos regionales y al Ministerio de Economía y Finanzas.

Mecanismo de pago hospitalario

- ♦ Cooperación con PHR para el diseño del mecanismo de pago hospitalario.
- ♦ Cooperación con PHR plus para el diseño del mecanismo de pago ambulatorio.

Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH)

- ♦ Dos Hospitales aplicando el modelo de gestión hospitalaria descentralizada, mostrando mejoras en la calidad y gestión de los servicios.
- ♦ Unidades de costos y SICI funcionando en siete hospitales seleccionados.
- ♦ Propuesta metodológica e instrumentos para medir la capacidad de pago del usuario validada con recomendaciones para su implementación en otras regiones.

Focalización del subsidio público

- ♦ Propuesta para el establecimiento de tarifas y exoneraciones bajo validación con recomendaciones para su implementación en otras regiones.

Monitorización y evaluación

- ♦ Reportes de monitorización de los cambios en estándares de calidad en al menos 30 establecimientos.
- ♦ Estudios cuantitativos sobre la calidad y uso de servicios maternos y sobre mortalidad materna.
- ♦ Estudios cualitativos sobre experiencias locales de mejora de la calidad.

- ♦ Estimación de los costos de las intervenciones del Proyecto 2000 cuando el MINSA asuma la responsabilidad para su implementación.
- ♦ Estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con salud materno-infantil a lo largo del tiempo.
- ♦ Estudio sobre la importancia de las referencias de emergencias obstétricas por agentes comunitarios de salud en al menos once CC priorizados.

Lecciones y experiencias aprendidas

- ♦ Disseminación de las experiencias y lecciones aprendidas por el Proyecto.

III. La gestión del Proyecto

A. El contexto político y económico

La ejecución del Proyecto 2000 ha estado marcada por la naturaleza de los regímenes políticos vigentes durante las dos etapas de su ejecución y con el proceso de reforma del Estado y del cambio de las políticas sociales, que involucró todo el sector salud.

Se inició con un régimen que introdujo parcialmente la reforma liberal del Estado modificando el desarrollo de las políticas sociales. Esta primera etapa de su intervención concluiría en pleno proceso de recesión económica, de endurecimiento del régimen político y de reforzamiento de las prácticas clientelares de los programas sociales. La segunda etapa o extensión del Proyecto comprendería la fase final del régimen autoritario (mayo – noviembre 2000), todo el gobierno de transición (noviembre 2000 – julio 2001) y, estaría culminando bajo el marco de un nuevo gobierno democráticamente elegido en julio de 2001.

En 1993, se elaboraron las pautas generales del Programa de Mejora del Gasto Social Básico (PMGSB). En dicho documento se plasmaba lo que debería ser la actuación del Estado en materia de política social, habida cuenta los cambios operados en la lógica de la cooperación internacional orientados preferentemente al apoyo de esfuerzos que contribuyeran al diseño de políticas públicas y no sólo al financiamiento de proyectos. Se distinguía claramente el rol de las instituciones del gobierno central de los programas de alivio a la pobreza.

La lógica expuesta en el PMGSB parecía clara. Conforme se superara la emergencia, los recursos destinados a los programas de alivio a la pobreza se irían reduciendo en beneficio del gasto social que en forma permanente tiene que atender el Estado para posibilitar que toda la población tenga igualdad de oportunidades. Con los recursos disponibles, se privilegiaría a la población recién nacida, los menores de 5 años, las madres gestantes y la atención primaria.

Bajo este nuevo paradigma de política social y de equidad encajaban las acciones del Proyecto 2000, las que se expresaron en el propósito de afectar indicadores de mortalidad materna e infantil, procurando al mismo tiempo el mejoramiento de los aspectos gerenciales y de financiamiento de los servicios de salud materno-infantil, a fin de contribuir al diseño de políticas que favorecieran la posibilidad de su continuidad y sustentabilidad sin depender mayormente del financiamiento externo.

Estos cambios políticos habrían impactado el relacionamiento del Proyecto con los interlocutores públicos. La alta volatilidad de los funcionarios estatales debilitó el impacto sobre la incidencia en las políticas públicas. Por lo demás, el haber transitado por cuatro gobiernos distintos en la fase final del Proyecto afectó seriamente el grado de pertenencia de esta intervención entre los sucesivos gobiernos. Estos no habrían sentido suyo el Proyecto.

La ejecución del Proyecto 2000 coincide con dos fases del ciclo económico en el país. La primera de 1994 – 1997, de recuperación de la actividad económica después de la hiperinflación y del programa de estabilización de 1990. La otra, de recesión que se inició en 1998 como secuela de la crisis financiera internacional y que a la fecha aún no evidencia señales de mejora. Esta fase se tradujo en un comportamiento negativo del PBI per cápita durante el periodo 1998 - 2001. A mediados de la década de los noventa el gasto social se incrementó significativamente. Hacia el año 2000, el gasto social per cápita había registrado un incremento del 50%. No obstante dicha mejora, de acuerdo con la información de la CEPAL, el Perú continuaba en el tercio inferior de los países de la región con menor gasto social per cápita (Panorama Social, 2000).

En el marco del proceso de recuperación de la actividad económica y del aumento en el gasto social per cápita, ya señalados, los niveles de pobreza y pobreza extrema entre 1994-1997 se redujeron. Sin embargo, este proceso no fue uniforme. En Lima Metropolitana y en el Perú urbano se concentraron mejores resultados que en la zona rural, circunstancia que estaría relacionada con la naturaleza del crecimiento económico y las características de los programas sociales.

El año 1998 marcó un punto de inflexión en esta tendencia de disminución de la pobreza. El estancamiento económico y el proceso recesivo en ciernes, redujeron las posibilidades de creación de empleos y de aumento del gasto social. Las tasas de pobreza volvieron a aumentar y, en el 2001, superaron los niveles de comienzos de los noventa.

El gasto social empieza a disminuir desde 1999; este descenso, sin embargo, no significó retroceso en las cifras alcanzadas en la primera mitad de los noventa; pues aún en dicho año el monto de gasto social se mantuvo un tercio por encima de tales niveles.

El análisis del presupuesto de la República² demostró que, no obstante los esfuerzos en el aumento del gasto social, los recursos del presupuesto público en salud continuaron concentrándose en Lima y otras ciudades principales. En el presupuesto 2001, por ejemplo, los departamentos con mayores niveles de pobreza como Huancavelica, Cajamarca, Ayacucho, entre otros, no reflejan la prioridad que se esperaría en términos del gasto público per cápita. En general los departamentos que fueron área de influencia del Proyecto 2000, salvo Ancash, están ubicados en la mitad inferior de la asignación departamental del presupuesto público. En el extremo superior, La Libertad y Ancash acaban concentrando, fuera de Lima, los mayores montos de inversión en salud (entre el 1,5% y el 2,0% del presupuesto nacional de salud). Huancavelica aparece en el otro extremo, absorbiendo menos del 0,5% de dichos recursos.

B. Los desafíos sanitarios durante la implementación del Proyecto 2000

El Proyecto 2000 se implementó en pleno proceso de transición y polarización epidemiológica y demográfica de la sociedad peruana. A la existencia de una agenda no superada de elevada prevalencia de enfermedades infecciosas y mortalidad, se agregaba el rápido progreso de problemas de salud pública resultado de la importación de comportamientos no saludables, individuales y colectivos, propios de las sociedades ricas. Así, la ENDES 1996 mostró con claridad la emergencia del sobrepeso y la obesidad, los cuales coexistían con la desnutrición. Igualmente, se percibía un incremento relativo de gestaciones no deseadas en adolescentes, así como el incremento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Otro tipo de problemas de salud pública se originan en la desorganización social y normativa que favorece la polución ambiental, los accidentes, particularmente los de tránsito, la violencia social y doméstica, y el consumo creciente de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

La Tasa Global de Fecundidad se venía reduciendo progresivamente, estando asociada a los cambios propios de la creciente urbanización del país, es decir al mayor acceso de las mujeres al trabajo, la educación, la participación social y los servicios sociales.

Pero la sociedad peruana no sólo ha visto cambiar el patrón de los problemas que afectan la salud de sus miembros, sino que ha asistido a una creciente polarización de sus efectos en función de la riqueza de sus miembros. Así, los segmentos más pobres han incrementado su distancia respecto de quienes gozan de mayor bienestar.

² Sierra, Juan *"Hacia un presupuesto general de la República departamentalizado"*, Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM, N° 20, 2001.

El Ministerio de Salud y USAID debieron tomar la difícil decisión de priorizar los problemas de salud que atendería el Proyecto 2000. Tal como se ha dicho anteriormente, el diseño original del Proyecto planteaba genéricamente como objetivo la mejora de la salud y nutrición de mujeres en edad fértil y niños menores. Este objetivo fue precisado, cuando en 1997 se decidió que el Proyecto buscaría afectar dos indicadores específicos heredados de la etapa pre-transicional: la mortalidad materna y la mortalidad neonatal.

La mortalidad materna y neonatal son el resultado de la falta de acceso de las mujeres y recién nacidos, particularmente las más pobres, a servicios de salud que ofrezcan cuidados obstétricos y neonatales de calidad. Esto se manifiesta en:

1. La ausencia de disponibilidad de profesionales especialistas, equipamiento, insumos y medicamentos, así como de educación e información.
2. La ausencia de estándares de desempeño que garanticen la efectividad requerida para resolver los problemas de salud prevalentes. Los servicios son gerenciados vertical y autoritariamente, sin la capacidad de analizar la realidad local para encontrar oportunidades para el desarrollo.
3. La débil aceptabilidad de los servicios de salud, debido al continuo maltrato de las usuarias, tanto personal como institucionalmente, siendo incapaz de incorporar las diferentes manifestaciones y el acervo cultural de los distintos grupos étnicos existentes en el país.
4. La ausencia de un financiamiento adecuado para enfrentar los problemas prevalentes de la salud pública, y la distribución inequitativa del subsidio público.

En consecuencia, el sistema de salud oferta a las mujeres y recién nacidos más pobres, servicios de salud insuficientes, de mala calidad, que no responden a sus expectativas de orden cultural y de un costo inaccesible.

Los servicios de salud directamente comprometidos con la mortalidad materna y neonatal son aquellos de orden promocional, preventivo y recuperativo capaces de garantizar una maternidad voluntaria, saludable y segura. Estos servicios incluyen la promoción de una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, la planificación familiar informada y voluntaria, la promoción y el suplemento nutricional, la atención prenatal enfocada en las complicaciones frecuentes y previsibles, la promoción y atención profesional del parto, puerperio y del recién nacido.

El Proyecto 2000 fue entonces definido como un conjunto de intervenciones centradas prioritariamente en la oferta de servicios de salud materna y perinatal. Se complementaría con otros proyectos que actuaban prioritariamente sobre la demanda de servicios (Reprosalud), sobre la salud reproductiva (Cobertura con Calidad, PASARE) y sobre las infecciones emergentes y re-emergentes (Vigía).

C. El marco institucional

El convenio bilateral previó la conformación de una Unidad Especial con el propósito de manejar más eficientemente los recursos de contrapartida nacional provenientes de la PL-480. Esta Unidad Especial estaría bajo el liderazgo del Director del Proyecto, cuya función incluía garantizar que el MINSA introdujera todos los cambios requeridos para la implementación del Proyecto.

Esto no ocurrió así. La Unidad Especial asumió funciones de contraparte técnica que no le correspondían, desplazando a un plano secundario a las instancias de línea del MINSA. Así, progresivamente se convirtió en una instancia fiscalizadora del EAT y en el cuello de botella para el proceso de institucionalización de los productos del Proyecto.

Esta situación obedecía a las tensiones existentes en el MINSA en el contexto del fracaso de reforma del sector salud. Por un lado, existía todo el aparato ministerial formal con sus órganos de línea que manejaban el día a día del sector; mientras que por otro, la OFICE controlaba todos los proyectos de inversión. Desde esta posición, la OFICE aglutinó un importante número de consultores, percibidos como “el nuevo Ministerio”. Se esperaba que este núcleo creciera hasta sustituir en sus funciones al personal del “viejo Ministerio” e instalar una nueva estructura del MINSA. Esto habría generado una situación de inestabilidad entre funcionarios y trabajadores y al mismo tiempo de resistencia contra toda iniciativa procedente de los consultores y proyectos.

Desde el inicio del Proyecto y hasta el año 2000 la Alta Dirección del MINSA, durante sucesivas administraciones, adoleció del liderazgo para resolver esta tensión, adoptando la política de “dejar hacer, dejar pasar” y permitiendo la existencia de múltiples centros de poder en una disputa encarnizada e irreconciliable que limitó un uso eficiente de los recursos disponibles como resultado de la cooperación internacional por donación, endeudamiento o del propio tesoro público.

Los cuadros técnicos de la UEP formaban parte de este grupo de consultores liderados por OFICE. Desde esa posición, influyeron decididamente para que el Proyecto 2000 desempeñara un rol en ese “nuevo Ministerio”.

Esta fue la condición que, desde el inicio del Proyecto, afectó más seriamente la propia institucionalización del Proyecto. El Proyecto no fue manejado por los funcionarios e instancias regulares del MINSA, sino por un grupo de consultores contratados que obedecían principalmente al liderazgo de uno de los centros de poder en el MINSA. De esta manera, diversas entregas y productos establecidos en el contrato del CI fueron desestimados, cancelados o modificados. Sin embargo, la esencia misma del Proyecto -su objetivo, propósito y componentes- se conservó y fue posible avanzar en su desarrollo e implementación, a pesar de las circunstancias adversas.

Esto generó una continua tensión entre el EAT, actuando desde la perspectiva de un contrato formalmente suscrito y de la esencia del Proyecto, y la Unidad Especial, actuando principalmente desde su ubicación en el balance de poder dentro del MINSA. De alguna manera, esta tensión introdujo niveles de ineficiencia en el Proyecto, por ejemplo cuando la Unidad Especial disponía que los consultores y supervisores del EAT no tenían autorización de viaje para apoyar a las DISA y establecimientos, o cuando se prolongó la aprobación de los diseños de intervención hasta por 18 meses.

Pero lo más negativo de esta tensión fue la introducción de la desconfianza mutua en una relación que debió estar marcada por la complementariedad y la búsqueda de una sociedad productiva y eficiente. Esta tensión fue notoria en todos los niveles del MINSA, esparciéndose las relaciones de desconfianza y, en algunos casos, estableciéndose relaciones clientelares en función del desempeño de un rol dentro de esta disputa.

Otro desfase se expresó en la ausencia de carrera pública. Desde la dictadura militar de los años 70, las direcciones o jefaturas se convirtieron en cargos de confianza política desde fines de los años 80 esta práctica se extendió al conjunto de la organización. En ausencia de planes estratégicos, esto significó el cambio de rumbo de las políticas ante cada cambio de funcionarios.

En el nivel local, existe una muy elevada rotación del personal profesional. Esto debilita las posibilidades de construcción de relaciones de confianza entre la población y los servicios de salud y la continuidad de los esfuerzos de mejora de los servicios. Además, introduce ineficiencia en el uso de los recursos, por ejemplo al tener que re-capacitar constantemente al personal. En este contexto, se ha construido una cultura organizacional que favorece la arbitrariedad, la ineficiencia, la ausencia de rendición de cuentas y facilita la corrupción.

Los cambios ocurridos en el país entre los años 2000 y 2002, significaron una elevada rotación de funcionarios clave en el MINSA. En el lapso de dos años se sucedieron tres Ministros, cuatro directores de la DGSP, un promedio de cuatro directores en las DISA, y una cifra similar en cada uno de los establecimientos participantes en el Proyecto. Esto afectó las posibilidades de transferencia e institucionalización, que eran el corazón del propósito del período de extensión del Proyecto.

El Proyecto 2000 no ha sido ajeno a la influencia adversa de todas estas situaciones y del conflicto de competencias que lleva aparejado. La ausencia de políticas de Estado y de normatividad que exceda los plazos de los equipos de gobierno es a este respecto un supuesto muy complejo de controlar.

III. La implementación del Proyecto

A. Fortalecimiento de los Servicios de Salud Materno Infantil (1ª etapa)

1. El Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI)

Durante la primera etapa, el PCMI concentró los mayores esfuerzos en este componente del Proyecto. Inicialmente el Proyecto tenía previsto el desarrollo de actividades de capacitación del personal en temas clave de salud materno-infantil, aplicando una metodología similar a la desarrollada por el Proyecto de Capacitación de Médicos y Enfermeras (PROCAME). Esta metodología suponía el funcionamiento de un Centro Nacional de Capacitación al que acudirían profesionales seleccionados de establecimientos de salud de las DISA participantes, los cuales se denominaban “Hospitales Modelo”. Estos profesionales a su vez capacitarían a profesionales de sus propios servicios, así como de otros de sus respectivos ámbitos a través de un número de cursos especializados. Estos cursos de réplica incluían la capacitación de promotores de salud y parteras tradicionales.

El Proyecto 2000 se inició cuando el PROCAME llegaba a su fin, de modo que pudo beneficiarse de la evaluación de esta experiencia previa. Pudo advertirse que los profesionales que habían sido capacitados en el centro nacional, habían sido seleccionados mediante un concurso de méritos, calificados por un comité central en Lima. Igualmente, fue notorio que muchos de los participantes habían tenido serias dificultades para introducir los necesarios cambios en sus respectivos servicios, con la finalidad de hacer operativas las mejoras necesarias. Del mismo modo, se comprobó que los cursos de réplica no habían sido exitosos, y habían tenido dificultades para extenderse y sostenerse.

Con estos antecedentes en mente, la Unidad Especial solicitó una modificación del diseño metodológico con la finalidad de construir una propuesta capaz de sostenerse en el tiempo. Dentro del contexto de reforma y balance de poder en el MINSA antes expuesto, la Unidad Especial avisó un sistema de capacitación que sustituyera los esfuerzos de capacitación inconexos, paralelos e ineficientes de los diversos programas nacionales. El propósito era que el Proyecto 2000 diseñara, desarrollara y validara este sistema, el cual debería sustituir a las actividades de capacitación de los programas nacionales.

Adicionalmente, el Proyecto 2000 debería implementar un fuerte componente de IEC en las comunidades, con la finalidad de promover comportamientos saludables e incrementar la demanda de servicios de salud. Este componente debería ser desarrollado a través de organizaciones no gubernamentales locales. Sin embargo, se consideró que esta estrategia no era sustentable, pues no modificaba las relaciones entre los establecimientos de salud y las usuarias y comunidades. Se decidió entonces que los servicios de salud deberían ser sujetos activos en este componente, y entonces el PCMI debería incluir también el componente de Información, Educación y Comunicación, incluyendo la capacitación de agentes comunitarios de salud.

Luego de 18 meses de diseño, que incluyeron consultas a todos los niveles y actores en el MINSA, se formuló el PCMI. Para su implementación se convocó un concurso público nacional. Se seleccionó al Consorcio ESAN, conformado por la Escuela de Administración de Negocios para Graduados, el Instituto de Investigación Nutricional, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y el Movimiento Manuela Ramos. El PCMI se implementó entre los años 1997 y 1999, inclusive.

Las siguientes tablas presentan de manera resumida un análisis de las características de las intervenciones realizadas por los distintos componentes del Proyecto.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
Implementación de Sedes Nacionales Docentes (SND)	Se implementaron tres hospitales en Lima (San Bartolomé, María Auxiliadora, César López Silva); uno en Chosica; y un centro de salud en Tahuantinsuyo Bajo (en Lima Norte). Fueron implementadas con computadoras, equipo médico del área y material didáctico. La gestión estuvo a cargo del Consorcio ESAN. Intervinieron igualmente el EAT y la UE. Fue formalizado a través de un Convenio con las cinco SND Se financió con recursos de la donación.	Inicialmente estaba previsto en el Contrato la creación de un Centro Nacional de Capacitación en Lima para temas de salud relacionados con el nacimiento, las enfermedades de IRA y EDA, la lactancia y ablactancia, la vigilancia del crecimiento.	Para contar con SND implementadas para las pasantías de los profesionales de 89 ES de 12 DISA. Se optó por introducir mayor variedad de servicios que los inicialmente previstos, incluyendo un centro de salud y un hospital pequeño, con la finalidad de exponer a los pasantes a diversas problemáticas y modos de operación. Las SND no fueron concebidas como "centros de excelencia", sino como lugares con una alta casuística para el entrenamiento clínico, pero sin modificar sustancialmente sus condiciones de operatividad, de modo que los pasantes tuvieran oportunidad de analizar y sugerir soluciones a problemas reales de desempeño.
Pasantías Nacionales	Las pasantías suponían tres momentos: - La pre-pasantía como espacio para reflexionar la problemática materno infantil (MI) de la región y del establecimiento de salud (ES); elaborar el plan de mejora continua de la calidad (MCC); y elegir democráticamente a los profesionales del ES como pasantes en las SND. - La pasantía en las SND sobre temas de emergencias obstétricas; manejo del embarazo, del recién nacido normal e hipóxico, de IRAS y EDAS; de la desnutrición; de los conflictos; organización de los ES; relación proveedor-usuario-comunidad; investigación operativa; trabajo en equipo. Las pasantías se desarrollaron a través de prácticas matutinas, problematizaciones, reuniones clínicas y de reflexión, confrontaciones teóricas y guardias nocturnas. - La post pasantía como espacio de socialización de las pasantías en los ES con todo el personal de los servicios MI e incorporación de la MCC.	Como parte de las acciones del PCMI que modificó la estrategia de capacitación en cascada inicialmente prevista. El EAT elaboró los términos de referencia del PCMI y éste fue aprobado por el MINSA y USAID	El PCMI resaltaba la necesidad de cambios en el comportamiento del personal de salud para mejorar la calidad de prestaciones en salud reproductiva, materna, perinatal e infantil. A través de las pasantías, el personal seleccionado se expondría no solamente al ejercicio de capacitación en destrezas clínicas, sino en las innovaciones planteadas en el PCMI que incluía la educación permanente en salud, el trabajo en equipo, el enfoque en el usuario, el análisis crítico de la práctica o problematización.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	Los talleres con técnicas de simulación sirvieron para la capacitación en el uso del Sistema Informático Perinatal - SIP 6.68 y para la capacitación en Atención Integral de enfermedades prevalentes en la infancia - AIEPI en centros y puestos de salud. Se capacitaron a: • 228 profesionales de la salud-pasantes • 276 profesionales de la salud-no pasantes • 323 responsables de IEC y Programa de Participación Comunitaria - PACO de 70 ES de 12 DISAs • 1143 parteras tradicionales • 2549 promotores de salud • 70 tutores y coordinadores para las SND • 60 tutores diplomados en EPS La gestión estuvo a cargo del Consorcio ESAN Intervinieron igualmente el EAT y la UE. Se financió con recursos de la donación.		
Construcción e implementación de módulos de alojamiento	Se implementaron módulos de alojamiento en dos SND: los hospitales María Auxiliadora y San Bartolomé. Se construyeron 12 módulos de alojamiento en hospitales departamentales en el ámbito del Proyecto. Se financió con recursos de donación. La gestión estuvo a cargo del Consorcio ESAN. Intervino igualmente la UE.	La construcción de módulos de alojamiento formó parte de la propuesta del Consorcio ESAN, y fue una de las innovaciones que influyó en el comité de selección del consorcio institucional a cargo del PCMI.	Los módulos tenían el propósito de albergar a pasantes, tanto en las SND, como posteriormente en los hospitales departamentales. De este modo, se apuntaba a la sostenibilidad del proceso al reducir los costos de capacitación del personal.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
Equipamiento de Hospitales y Centros de Capacitación	Se adquirieron equipos médicos para los servicios de obstetricia, neonatología y pediatría, complementando las adquisiciones hechas por el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud del MINSA. Igualmente se adquirieron camionetas, deslizadores y acémilas; radios, teléfonos y computadoras. El financiamiento fue compartido por el tesoro público y la donación.	Estaba previsto en el convenio bilateral y el contrato del CI.	Se necesitaba incrementar la disponibilidad de servicios materno-infantiles de los HC y CC.
Estudio Transversal de Base	Se realizó en 24 de los 89 ES de acción del Proyecto; y en 48 establecimientos periféricos. Su ejecución estuvo a cargo de SASE como subcontratista de ESAN. Intervinieron igualmente el EAT y la UE. Se financió con recursos de la donación.	Era un estudio previsto en los términos de referencia del PCMI. Se hizo porque se necesitaba disponer de un diagnóstico de partida (línea basal) de la situación de los ES involucrados en el PCMI.	Para poder contrastar los resultados con los hallazgos de evaluaciones posteriores, permitiendo establecer resultados atribuibles directamente al PCMI.
Calificación de ES	Se calificaron 18 hospitales de capacitación (HC) y 70 centros de capacitación (CC) como sedes de capacitación en el primer nivel de calidad. La calificación suponía la habilitación para el desarrollo de acciones de capacitación regional dirigida a centros y puestos de salud del ámbito regional respectivo. La calificación consistía en un ejercicio de evaluación externa del desempeño de un establecimiento de salud en diversas áreas de los servicios materno-infantiles. Se comparaba el desempeño real con el esperado, utilizando criterios desarrollados conjuntamente con los programas nacionales. Se realizaron 130 visitas de calificación y se certificaron 88 ES 87 a cargo de ESAN y 1 a cargo de la Universidad de San Marcos. La gestión estuvo a cargo de ESAN con cargo a recursos de la donación. Intervinieron igualmente el EAT, la UE y el ex Programa de Salud Materno Perinatal.	Previsto en los términos de referencia y el contrato del Consorcio ESAN. Se calificó con base legal en la resolución viceministerial que oficializaba el PCMI.	Para contar con sedes docentes calificadas que permitieran la capacitación continua del personal de los diferentes ES de las regiones.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
Capacitación regional	Una vez calificados los HC y CC iniciaban procesos de capacitación a los centros y puestos de salud de sus respectivos ámbitos. Para ello se replicaba la metodología del PCMI. Se capacitaron 559 profesionales y técnicos de 1053 ES periféricos, es decir el 44.9% del total de establecimientos en el ámbito del Proyecto La capacitación regional fue financiada enteramente con fondos de contrapartida nacional.	La capacitación regional formaba parte del diseño y términos de referencia del PCMI.	La capacitación regional era la parte fundamental del PCMI, pues suponía la extensión de los procesos de MCC, previamente calificados en los HC y CC, al conjunto de la red de servicios. Se previó que los HC y CC podrían proveer al MINSA de servicios de capacitación, utilizando de manera más eficiente los mismos recursos disponibles para estas actividades en el tesoro público.
Materiales de capacitación	Se editaron Boletines de Difusión para trabajadores de los 89 ES de acción del Proyecto y para otros 35 ES. Fueron gestionados por ESAN, y financiados con fondos de donación. Se publicaron materiales de capacitación: Manual de Capacitación de Capacitadores; Manual de Parteras; Manual de Promotores. Fueron validados entre agosto de 1998 y junio del 99 con agentes comunitarios y personal de salud.	La elaboración y distribución de estos materiales formaba parte de los términos de referencia del PCMI.	Se buscaba proporcionar al personal de salud un cúmulo de información técnica y metodológica actualizada que apoyara su desempeño.

2. Otras acciones complementarias al PCMI

Adicionalmente al PCMI, se desarrollaron una serie de actividades orientadas a fortalecer las capacidades de los establecimientos de salud y las DISA para complementar las actividades de capacitación. Entre estas actividades destacan:

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
Acciones de información educación y comunicación	Se concretaron: Un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas-Estudio CAP. Este estudio fue diseñado y gestionado por el Centro de Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins en su calidad de subcontratista entre junio-diciembre 1998. Participaron 12 equipos (uno por DISA) integrados por equipos de encuestadores en cada ámbito de ejecución. Fue validado en Lima en los mercados de Jesús María, Magdalena y San Felipe. Se financió con recursos de la donación. Su ejecución confrontó factores limitantes como la insuficiente experiencia y competencia técnica en este tipo de estudios, de parte del personal de las DISA.	Formaba parte de las investigaciones formativas previstas en el Contrato. Fue formalizado con la Enmienda Nº 4.	Con el propósito de contar con un diagnóstico comunicacional a nivel regional Sus resultados habrían sido incorporados en los planes de trabajo de los equipos IEC/PACO de 12 DISA.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	Estudios y publicación del libro sobre la muerte materna en zonas rurales de los departamentos de Puno, Ayacucho, La Libertad, Ancash, San Martín, Ucayali. Fue elaborado por un equipo de investigación dirigido por la antropóloga Jeanine Anderson. Intervinieron igualmente equipos locales para Puno; Ayacucho, Apurímac y Huancavelica; Ancash y la sierra de La Libertad; San Martín y Ucayali. Fue financiado con cargo a los recursos de la donación.	Formaba parte de las investigaciones formativas previstas en el Contrato.	Para proveer información que promueva intervenciones a nivel de los ES y de la comunidad adecuados socio-culturalmente a las problemáticas locales de las gestantes. Para contribuir a reducir el número de muertes maternas.
	Cuatro estudios y publicación de un libro sobre el parto de la vida en los andes y la amazonía del Perú. Fue localizado en los departamentos de Puno, Ayacucho, La Libertad (sierra norte), Ancash, San Martín, Ucayali; con énfasis en etnias representativas. Fue gestionado por un equipo de consultores e investigadores de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Intervinieron igualmente equipos locales para Puno; Ayacucho, Apurímac y Huancavelica; Ancash y la sierra norte de La Libertad; San Martín y Ucayali. Fue financiado con cargo a los recursos de la donación	Formaba parte de las investigaciones formativas previstas en el Contrato.	Para que las DISA y los ES implicados cuenten con estudios sobre factores culturales asociados al parto y la muerte materna.
	Un estudio sobre la calidad de los servicios desde la percepción de las usuarias. Se localizó en el ámbito de las DISA Ancash, La libertad, San Martín, Ucayali, Ayacucho, Chanca-Andahuaylas, Huancavelica, Moquegua, Puno y Tacna.	Formaban parte de los estudios de diagnóstico realizados en los años 1997-98.	Para proveer a las DISA y los ES de información sobre las necesidades de comunicación en los servicios materno-infantiles.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	Un estudio sobre la calidad de los servicios desde la percepción de las usuarias. Se localizó en el ámbito de las DISA Ancash, La libertad, San Martín, Ucayali, Ayacucho, Chanca-Andahuaylas, Huancavelica, Moquegua, Puno y Tacna.	Formaban parte de los estudios de diagnóstico realizados en los años 1997-98.	Para proveer a las DISA y los ES de información sobre las necesidades de comunicación en los servicios materno-infantiles.
	Fue dirigido y gestionado por un equipo de investigación del Centro de Programas de Comunicación de la Universidad John Hopkins de Boston entre octubre 96 y junio 97. En la supervisión técnica intervinieron el EAT y USAID Financiado con recursos de donación		
	Materiales de información para usuarias: "Cuidando la salud de la madre y el bebé" en versiones para la costa, sierra y selva. Su gestión estuvo a cargo de consultores del EAT, consultores privados para el diseño y diagramación; y por un consultor del programa materno perinatal del MINSA; un economista de la oficina de salud, población y nutrición de USAID; y un consultor de la UE. Se validó en DISA y en campo a cargo de la empresa DATUM. Se financió con recursos de la donación.	Formaban parte de los estudios de diagnóstico realizados en los años 1997-98.	Para informar/educar a las gestantes usuarias y no usuarias de los servicios materno-infantiles de los ES.
	Materiales de comunicación interpersonal: Protocolo, Manual y Afiche. Su gestión estuvo inicialmente a cargo del CCP-JHU; pero luego la asumió el EAT a través de su equipo responsable de IEC. Intervino igualmente USAID a través de una economista consultora; así como los coordinadores materno perinatales del MINSA. Financiado con fondos de donación.	Formaba parte del subcontrato con el CCP –JHU	Para reforzar la estrategia de mejora de la relación proveedor-usuario a través del manejo del protocolo de comunicación interpersonal.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	Capacitación para elaborar planes para campañas de comunicación . Gestionó la coordinadora de IEC/PACO del EAT. Intervinieron igualmente los coordinadores de IEC de 89 ES y de las 12 DISA. Se hicieron 9 talleres entre setiembre y diciembre del 97. Se capacitaron 254 coordinadores de IEC/DISA; de materno infantil y de IEC/ES. Se financió con cargo a recursos de la UE.	Frente a la necesidad de fortalecer y dar coherencia a las estrategias y planes de IEC de las DISA y sus ES.	Para elevar el nivel de información de las gestantes en signos de alarma e incrementar la demanda de uso de servicios materno-infantiles.
	Capacitación para el uso del protocolo de comunicación interpersonal. Se capacitaron 180 profesionales entre médicos, obstetras y enfermeras. Gestionó la coordinadora de IEC/PACO del EAT. Intervinieron igualmente consultores del CCP del JHU.	Como parte del subcontrato con el CCP/JHU	Para que las usuarias de los servicios materno-infantiles reciban un mejor trato e información.
Implementación del Sistema Informático Perinatal 6.68	Se formaron Expertos Regionales mediante pasantía en Hosp. San Bartolomé. El Hosp. San Bartolomé fue implementado con equipos de cómputo para proporcionar servicios de capacitación en el SIP. Visitas de supervisión y capacitación en el campo a 89 HC/CC.	Formaba parte del contrato y de las modificaciones acordadas con el MINSA y USAID.	Mejorar la calidad de la información sobre salud materno-perinatal y así obtener la evidencia necesaria para mejorar la toma de decisiones.
Diseño y desarrollo del SIP 2000	Se elaboró una nueva versión del SIP, basado en la 6.68. Se contó con la asistencia técnica de los Dres. Fescina y Martínez del CLAP. Esta versión permite un seguimiento individualizado y prospectivo de gestantes. Se introducen nuevos indicadores de calidad de la atención.	Versión 6.68 limitada a fines de investigación, utilidad limitada para gerencia de servicios, afectada por PIA 2000.	Mejorar la calidad de la información sobre salud materno-perinatal y así obtener la evidencia necesaria para mejorar la toma de decisiones.
Capacitación nacional en tecnologías perinatales	Cerca de 250 profesionales de HC/CC, DISA y nivel central fueron capacitados en los conceptos y procedimientos para la aplicación de tecnologías perinatales	Formaba parte del contrato y de las modificaciones acordadas con el MINSA y USAID.	Mejorar la calidad de la atención materna-perinatal.
Capacitación internacional en tecnologías perinatales	Jefes de departamento de pediatría y jefes de neonatología de HC fueron enviados a un curso de capacitación en el CLAP, Montevideo.	Formaba parte del contrato y de las modificaciones acordadas con el MINSA y USAID.	Mejorar la calidad de la atención materna-perinatal.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
Capacitación en gerencia de la calidad	Directores de HC participaron en dos curso organizados por MSH en Cuernavaca, México.	Formaba parte del contrato y de las modificaciones acordadas con el MINSA y USAID.	Mejorar la calidad de la atención materna-perinatal.
Diseño de un sistema de atención referencial materno-perinatal	Se contrató a los Dres. Luisa Sacieta, Jacinto Hernández y Jack Ludmir quienes dieron aportes para el diseño de una propuesta de atención referencial solicitada por el MINSA. Este diseño no fue implementado por el MINSA.	Formaba parte del contrato y de las modificaciones acordadas con el MINSA y USAID.	Mejorar la calidad de la atención materna-perinatal.

B. Fortalecimiento de Servicios de Salud Materno-Infantil (2ª etapa)

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
Acciones de mejoramiento de servicios de salud materno-infantil	a) Se elaboró y validó los estándares de calidad para el período 2000-2002. b) Se incorporó la autosupervisión en 30 ES de los 89 seleccionados inicialmente. c) Se diseñó y validó la estrategia de EPS d) Se capacitó facilitadores en EPS e) Se implementó el Sistema de Información Perinatal SIP 2000 constituido por: La historia clínica perinatal; el carné perinatal; el aplicativo analítico; los módulos complementarios(utilitarios, FONE, babies, reportes); tres CD; y las pautas para el fortalecimiento de la implementación del SIP 2000. f) Se capacitó facilitadores SIP 2000 g) Se incorporó la metodología de Autosupervisión para la Calidad, constituido por software, instrumentos y equipos. h) Se capacitó en el uso del SIP 2000 a nivel nacional. i) Se capacitó en funciones obstétricas y neonatales-FON. j) Se capacitó a equipos DISA en gestión de la mejora de la calidad. k) Se capacitó en comunicación interpersonal. l) Se capacitó en planeamiento estratégico. m) Se capacitó en difusión de mensajes de salud MP.	Formaba parte de las modificaciones acordadas con el MINSA y USAID.	Para consolidar la mejora de la accesibilidad, efectividad y aceptabilidad de los Servicios de Salud Materno Infantil de 30 ES. Estos 30 establecimientos serían utilizados por el MINSA para extender la MCC a todo el país.

C. Iniciativas de Manejo Gerencial Eficiente

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
Diseño, validación y puesta en marcha del Modelo de Gestión Hospitalaria MGH	a) Se realizaron estudios sobre demanda; epidemiología y de satisfacción del usuario y clima organizacional. b) Se elaboró una guía de planificación estratégica y acuerdo de gestión c) Se puso en marcha el plan estratégico y el acuerdo de gestión d) Se elaboró la guía del tablero de gestión e) Se elaboró una propuesta normativa Implicó acciones de asistencia técnica y capacitación a 40 médicos, 60 profesionales de la salud, 20 profesionales distintos, 20 no profesionales y 08 facilitadores. Fue formalizado a través de la resolución ministerial 287-2001/SA/DM del 25/05/01 y a través de resoluciones directorales de la DISA La Libertad y los hospitales piloto Belén y Regional de Trujillo. Se gestionó a través del EAT y con consultores médicos y economistas por corto plazo. Intervino igualmente la DGSP y directivos y personal de la DISA La Libertad. Se financió con cargo a recursos de la donación primero y del tesoro público después. Enfrentó factores limitantes a nivel central tales como política hospitalaria poco definida y la resistencia del MINSA a la operación del directorio hospitalario como mecanismo de control social sobre los ES. A nivel de DISA los factores limitantes fueron de débil base institucional para el control de la gestión hospitalaria y la poca capacidad en la actual dirección.	Estaba previsto en el Convenio y el Contrato y ratificado en la enmienda 9 y en los planes operativos 1999-2002.	Para fortalecer las capacidades de gestión de equipos clave de funcionarios y trabajadores de los hospitales piloto. Para contribuir con el MINSA en la definición de políticas hospitalarias; el ordenamiento del sistema sanitario regional y la elevación de la calidad, eficiencia y equidad como metas de los acuerdos de gestión.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	A nivel de hospitales los principales factores limitantes lo constituyen la alta rotación de directivos y los requerimientos de una supervisión constante.		
Diseño, validación y puesta en marcha del Sistema de Información de Costos e Ingresos-SICI	a) Se publicó los resultados de la experiencia piloto en Huaráz b) Se elaboró una guía metodológica c) Se elaboró una guía de revisión y análisis de reportes e indicadores del SICI d) Se hizo el software del SICI e) Se elaboraron manuales SICI Se implementó a nivel central en la DGSP y en la OGP. A nivel de DISA, en San Martín. A nivel de hospitales en Banda de Shilcayo en San Martín; en el Belén y Regional de Trujillo; en Hipólito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia de Lima; y en el San José de El Callao. Implicó un proceso de validación en estos dos hospitales y de capacitación de 20 médicos; 5 administradores; 8 economistas; 6 contadores; 41 técnicos administrativos; 2 enfermeras; 8 informáticos. Estas acciones se hicieron a través de exposiciones demostrativas, problematizaciones y entrenamiento en el manejo del software. La gestión de estas acciones estuvo a cargo del EAT y del subcontratista CIPRODES. Intervino igualmente la OGP. Fue formalizado con la Resolución Ministerial 420 del 27 de julio 2001.	No estaba previsto en el Convenio ni en el Contrato. Se incluyó en las enmiendas 9 y 14 y en los planes operativos 1996-2002.	Para mejorar la eficiencia en la toma de decisiones gerenciales basadas en la información de costos. Para contribuir al desarrollo de los recursos humanos y a un cambio en la cultura de costos y la evaluación de la eficiencia en la organización.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	Se financió inicialmente con cargo a fondos de la donación y de la UE y posteriormente con recursos del tesoro público. Factores limitantes: - Actualmente la nueva administración de la OGP del MINSA ha objetado el sistema y propuesto que sea reemplazado por el sistema ABC, que tiene poco uso y factibilidad en el caso de hospitales públicos. - A nivel de hospitales el principal factor limitante lo constituye la alta rotación de personal; la poca retroalimentación de la información y las limitaciones en las capacidades para el análisis de costos.		

D. Financiamiento de Servicios de Salud

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
Diseño, validación y puesta en marcha del Sistema de Programación y Presupuesto SPP	a) Se hicieron con estudios de diagnóstico b) Se constituyeron comités de presupuesto de DISA y UE c) Se estudiaron los presupuestos requeridos de DISA y UE d) Se diseñó el software del SPP e) Se elaboró una Guía metodológica f) Se elaboró un manual del sistema g) Se elaboró un manual del usuario h) Se elaboró un manual práctico y solución de preguntas i) Se simuló un caso práctico j) Se elaboraron los criterios de programación de metas k) Se elaboraron los modelos de insumos directos l) Se establecieron los costos promedio observados m) Se validó e implementó el Sistema La gestión de estas acciones estuvo a cargo del EAT y de subcontratistas tales como Macro-consult, Alfa-consult, CIPRODES y MSH. Intervino igualmente la OGP, la DGSP; consultores del proyecto de Salud y Nutrición Básica del Banco Mundial; del PAAG; y directivos y técnicos de las DISA y de las Unidades Ejecutoras. El SPP se implementó a nivel central y en las 12 DISA de la acción del Proyecto y 7 UE. Con una extensión a 34 DISA más y 100 UE. Implicó un proceso de asistencia técnica a través de talleres, cursos, charlas. Se capacitó 120 médicos; 190 profesionales responsables de Planificación y Presupuesto y de los Comités de Presupuesto; y 190 servidores no profesionales entre operadores de software, administrativos y servidores	Estaba previsto en el Convenio y en el Contrato. Igualmente en la enmienda 9 y en los planes operativos 95-2002.	Para habilitar a las UE de un sistema que les permita presupuestar en base a metas y costos. Para habilitar a los funcionarios encargados de los presupuestos de mayor capacidad de negociación . Para mejorar el ordenamiento de la información gerencial (personal, infraestructura, insumos, precios). Para mejorar el plan de adquisiciones y el reparto de los insumos.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	asistenciales. Fue formalizado a través de la Resolución ministerial 144-SA/DM del 07/03/2001. Se financió con cargo a los recursos de la donación; de la UE; del Banco Mundial y de la OPS. Enfrentó factores limitantes estructurales de financiamiento, de verticalidad en la toma de decisiones, de limitada coordinación y pugnas de poder, de insuficiente capacidad de negociación con el MEF, de ausencia de una gerencia de planeamiento financiero en el MINSA y de escasa voluntad descentralizadora. Enfrentó igualmente limitantes de orden coyuntural como la actitud adversa de la actual OGP al SPP, de indefinición de reglas presupuestales de parte del MEF así como la inexperiencia y desconocimiento de la actual administración del MINSA. A nivel de las DISA y de las UE el factor limitante fue el constante cambio de las directivos, funcionarios y operadores.		
Diseño, validación y puesta en marcha del Sistema de Identificación de Usuarios-SIU y del Sistema .de Tarifas y Exoneraciones-STE.	a) Se hizo un Estudio de focalización y lineamientos para la fijación de política tarifaria. b) Se elaboró el marco metodológico del SIU c) Se elaboró un mapa de pobreza d) Se elaboró el software SIU e) Se elaboraron manuales SIU f) Se hizo la revisión metodológica del SIU g) Se elaboró un catálogo tarifario general h) Se elaboró la guía de fijación de tarifas i) Se elaboró la propuesta tarifaria de los hospitales piloto Belén y Regional de Trujillo j) Se hizo la línea de base de la experiencia piloto.	Estaba previsto en el Convenio y en el Contrato. Fue ratificado en las enmiendas 4 y 9 y previsto en los planes operativos entre 1998-2002.	Para facilitar procesos de fijación de tarifas en los hospitales piloto Belén y Regional de Trujillo de la DISA La Libertad.

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	Se implementó a nivel central en la DGSP, la OGP y la USIS; y como estudio piloto en los hospitales Belén y Regional de la DISA La Libertad. Implicó un proceso de validación en estos dos hospitales y de capacitación a 2 directores; 8 médicos; 8 asistentes sociales; y a 21 funcionarios administrativos como equipo clave de los hospitales piloto. Se hicieron talleres y visitas de asistencia técnica. La gestión de estas acciones estuvo a cargo del EAT y del subcontratista GRADE. Intervino igualmente el PSNB para la validación de la ficha SIU; dos asesores de la alta dirección del MINSA y 04 consultores externos a corto plazo. Fue formalizado a través de un Acta firmada por diferentes instancias del MINSA a nivel central acordando el uso de la ficha SIU; y a través de un Informe la Oficina de Asesoría Legal sobre el catálogo tarifario. Se financió inicialmente con cargo a fondos de la donación y posteriormente con recursos del tesoro público Entre los factores limitantes que confrontó su puesta en marcha se pueden citar: • La ausencia de una definición política a nivel central para la focalización del subsidio público por temor al riesgo		

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	político. - La ausencia de una decisión para la definición de la política tarifaria del MINSA en los ES no obstante contra la base legal requerida. - La limitada capacidad técnica sobre el tema en las contrapartes institucionales. - El constante cambio de autoridades y contrapartes.		
Diseño y, validación del Mecanismo de Pago Prospectivo-MPP y de la Hoja Automatizada de Epicrisis-HAE	Para el MPP: - Se elaboró el reporte de requerimientos de información clínica para el diseño del mecanismo de pago. - Se elaboró reporte de cálculo de tarifas de pago hospitalario. - Se elaboró el reporte HRG (versión británica de grupos clínicos relacionados) y parámetros de reembolso - Se hizo la primera y segunda actualización del tarifario HRG - Se elaboró material de capacitación en presupuestación prospectiva Para el HAE - Se diseñó el software respectivo - Se elaboraron manuales - Se diseñó un módulo de consolidación - Se elaboraron materiales de capacitación en codificación clínica - Se elaboraron Informes de monitoreo Se implementó a nivel central en la OEI y la DGSP; a nivel de DISA en la Oficina de Estadística y a nivel de hospitales piloto en la sección de historias clínicas y en las oficinas de estadística.	No estaba previsto en el Convenio ni en el Contrato Se incluyó en la enmienda 9 y 14 y en los planes operativos 2000-2002.	Para contribuir a la gestión hospitalaria

QUE SE HIZO	COMO SE HIZO	POR QUE SE HIZO	PARA QUE SE HIZO
	Implicó un proceso de validación en estos dos hospitales y de capacitación en Hoja Automatizada de Epicrisis a 24 estadísticos; 400 médicos; 100 enfermeras; y de capacitación en Mecanismo de Pago Prospectivo a 20 médicos, 5 enfermeras, 3 estadísticos, 2 asistentes sociales. Estas acciones se hicieron a través de exposiciones demostrativas y entrenamiento en el manejo del software. La gestión de estas acciones estuvo a cargo del EAT y del subcontratista PHR como contraparte extranjera. Intervino igualmente la OEI a través de la Dirección de Estadística y la Dirección de Informática; y un consultor en informática a corto plazo. No fue formalizado. Se financió inicialmente con cargo a fondos de la donación y de PHR y posteriormente con recursos del tesoro público. Entre los factores limitantes que confrontó la puesta en marcha del HAE se pueden citar: • El constante cambio de autoridades y de personal. • La poca continuidad de los comités de historias clínicas Las debilidades del personal para el análisis de información • La insuficiente e inadecuada infraestructura informática En cuanto al MPP, aún está por decidirse su aplicación.		

IV. Lecciones aprendidas

A. Sobre el contrato y la modalidad de ejecución del Proyecto

1. Los proyectos que persiguen objetivos sociales y de desarrollo deberían diseñarse, implementarse y evaluarse con el concurso activo de todos los involucrados en el mismo.

La falta de participación de todos los involucrados en la búsqueda de reducción de la mortalidad materna y perinatal ha sido el talón de Aquiles del Proyecto. De haber creado las condiciones para que todos ellos se expresen y, por tanto, tuvieran capacidad de influir en la marcha del Proyecto, probablemente habría modificado el curso de desarrollo de los productos. Igualmente, es probable que se habría logrado facilitar intervenciones directamente orientadas a beneficiar a varios de ellos, particularmente en el área de mejora continua de la calidad de los servicios de salud materno-infantil. Es también probable que el poder casi total que detentó el nivel central y las DISA del MINSA para la toma de decisiones, hubiera sido mediatizado por el ejercicio del poder de otros actores, lo que podría haber moderado los cambios dramáticos que arbitrariamente se tomaron cada vez que cambiaban funcionarios clave. Igualmente, se habría facilitado la institucionalización de los productos más allá del propio MINSA, incorporando en este proceso a instituciones y organizaciones clave de la sociedad civil.

2. El contexto institucional actual del MINSA debilita las posibilidades de institucionalización de los proyectos de largo plazo.

Los proyectos de largo plazo, como el Proyecto 2000, se desarrollan en un contexto institucional en el cual existen muchas de las debilidades propias de la escasa institucionalidad del Estado Peruano. Quizás la más importante de ellas es la débil formulación de políticas estratégicas de Estado y la consecuente inexistencia de un servicio civil estable. Así, a cada cambio de funcionarios clave en el nivel central y de las DISA, ha seguido el cambio de orientaciones y prioridades, entre ellas la percepción y rol que se asigna a los proyectos de largo plazo. Esto se replica en los niveles regional y operativo, incrementando notablemente el nivel de esfuerzo e inversión en un esfuerzo por volver a iniciar procesos para evitar su desaparición.

3. Las contrapartes en el nivel central no necesariamente son las más adecuadas para proyectos de mejora de servicios de salud.

Hemos aprendido que funcionarios del nivel central no necesariamente comparten la visión de las necesidades y demandas de los servicios de salud. En ocasiones, cuando un proyecto está dirigido a mejorar los servicios de salud, los funcionarios del nivel central podrían convertirse en obstáculos en lugar de facilitadores. Es altamente probable que funcionarios regionales y locales, y la propia sociedad civil, podrían desempeñar con mayor eficiencia la función de contraparte de este tipo de proyectos. Resulta paradójico que proyectos destinados a mejorar la salud de la población se diseñen, implementen y evalúen sin su participación, y muchas veces sin su conocimiento.

4. Las contrapartes en el nivel central deberían ser funcionarios de línea.

La propia experiencia del Proyecto 2000 nos ha enseñado que cuando el MINSA delega en consultores temporales la función de contraparte de un proyecto, los esfuerzos y el tiempo de toma de decisiones se dilata innecesariamente, desde que estos consultores carecen del poder de decisión y no ocupan ninguna posición dentro de la jerarquía del MINSA. Este tipo de delegaciones atenta severamente contra la posibilidad de institucionalización de productos de un proyecto. Cuando funcionarios de línea del MINSA cumplieron la función de contrapartes del Proyecto 2000, los procesos han sido más fluidos, y el MINSA ha podido recuperar una serie de valiosos productos que de otra manera corrían el grave riesgo de perderse para siempre.

Adicionalmente, los convenios que dan vida a los proyectos deberían especificar las instancias que actuarán como contrapartes según los distintos productos que deben desarrollarse, de modo que el cambio de funcionarios tenga un impacto menor en la marcha de un proyecto, toda vez que dichos funcionarios tienen asignado un rol específico sobre el cual rendir cuentas.

5. Es necesario establecer metas y reglas de juego para los interlocutores en el desarrollo de un proyecto

Desde el inicio del Proyecto nos sorprendió que los funcionarios del MINSA no comulgaban con las ideas, propósito ni productos solicitados al contratista institucional. Aparentemente, el grado de participación del MINSA en el diseño del Proyecto no habría sido de una magnitud significativa. Si a esto agregamos el hecho de la elevada rotación de personal y funcionarios del MINSA, es comprensible la posterior falta de identificación y pertenencia con el Proyecto. Es necesario encontrar formas de colaborar y coordinar y no competir o crear barreras u obstáculos.

6. Debería utilizarse un concepto social de la institucionalización.

Debido a su propia naturaleza, los proyectos sociales deberían tener objetivos de institucionalización más allá de sus contrapartes estatales. Por ejemplo, los esfuerzos por reducir la mortalidad materna e infantil requieren del concurso de una serie de instituciones y actores, tanto del Estado como de la sociedad civil. Dado que se requiere que todos estos actores cumplan ciertas funciones para poder alcanzar el objetivo trazado, los proyectos deberían realizar esfuerzos para que estas funciones se institucionalicen en el funcionamiento regular y normatividad de estos actores. No debería repetirse el error de restringir el concepto de institucionalización a los cambios que se proponen únicamente en el nivel del Estado.

7. El propósito, público objetivo, contrapartes y ritmos de ejecución de un proyecto deberían variar de acuerdo a sus objetivos.

El Proyecto tuvo la dificultad que en su marco lógico existía un sólo propósito que en realidad integraba dos intervenciones complementarias pero diferentes: una a nivel operativo para mejorar los servicios de salud, y otra a nivel general que buscaba modificar la política de financiamiento. Se esperaba que ambas intervenciones producirían un incremento en el uso de los servicios de salud, pero lo cierto es que los procesos y ritmos involucrados en ambas fueron completamente distintos y difícilmente podrían coincidir durante la vida de un Proyecto para alcanzar el propósito planteado.

8. Es mejor que proyectos que plantean modificar estructuras y funciones del Estado se rijan por acuerdos cooperativos, en lugar de contratos

Durante la vida del Proyecto ha podido comprobarse que los productos inicialmente establecidos en el contrato, fácilmente fueron modificados, y que estas modificaciones continuaron dándose a lo largo de toda su existencia. Esto generó no sólo una innecesaria tensión por tratar de seguir las pautas originales del contrato, sino un esfuerzo administrativo adicional para hacer continuas modificaciones al contrato original. Un acuerdo cooperativo que establezca los objetivos y metas en términos generales y permita una construcción del camino a seguir, parecería ser más conveniente.

B. Sobre la implementación del Proyecto

1. Las metas planteadas al Proyecto 2000 fueron muy ambiciosas.

El camino que el país debe transitar para reducir la mortalidad materna y neonatal es muy complejo, ya que requiere de intervenciones múltiples dentro de toda la estructura del sistema de salud. No existen intervenciones simples ni de bajo costo. Alcanzar las metas de asegurar la vida y la salud de gestantes y recién nacidos requerirá de una inversión y esfuerzo sostenidos durante

muchos años. Adicionalmente, requerirá de una concertación con la labor de otros sectores estatales, y con la valiosa participación de la sociedad civil. Desde esta perspectiva, delegar toda la responsabilidad de estos cambios en un proyecto resulta inadecuado. Debería delimitarse objetivos específicos limitados para un proyecto, de modo que se complemente con la acción de otros proyectos, posiblemente con financiamiento de otros donantes, para de manera conjunta y compartida afrontar cada una de las facetas del problema.

2. Debería demostrarse la eficacia y efectividad de innovaciones, antes de generalizarlas.

El Proyecto 2000 utilizó distintas estrategias en el diseño, desarrollo e implementación de sus intervenciones. El balance es altamente favorable a aquellas en las cuales se optó por aprender en pequeño y demostrar eficacia y efectividad antes de pasar a ámbitos mayores. Desgraciadamente quienes actuaron como contraparte del Proyecto entre los años 1995 y 2000 no tenían la misma opinión, privando al Proyecto de esta posibilidad, lo que consecuentemente introdujo niveles de ineficiencia en los procesos, particularmente los referidos a la mejora continua de la calidad. Las intervenciones deberían respetar las necesarias etapas en la construcción del conocimiento basado en evidencias, desde la validación de su eficacia y efectividad, antes de implementarse con características de programa. Debería valorizarse la necesidad de múltiples y simultáneas experiencias piloto de aprendizaje y desarrollo.

3. Las relaciones de confianza mutua incrementan las posibilidades de éxito y reducen el desperdicio de esfuerzo en la marcha de un proyecto.

Es necesario que desde el inicio de un proyecto, y a lo largo de su existencia, se establezca un necesario ambiente de confianza entre todos los involucrados en el mismo, de modo que su labor se asemeje más a un trabajo asociado para el beneficio mutuo que a una de control basado en la desconfianza. En líneas generales, podemos afirmar que este ingrediente estuvo débilmente presente durante la vida del Proyecto 2000.

4. Una realidad heterogénea requiere abordarse con estrategias heterogéneas.

El Perú es un crisol de culturas y está marcado por la enorme diversidad de condiciones ambientales en las que sus ciudadanos desarrollan su existencia. Hemos aprendido que intervenciones homogéneas pueden tener éxito parcial en algunos lugares, y fracasar en otras. Los peruanos estamos desafiados para ser creativos, innovadores y renovar constantemente nuestras estrategias a fin de responder adecuadamente a la diversidad de retos que debemos enfrentar.

5. Debemos aprender de otras experiencias y modelos de calidad, pero adaptándolas y siendo creativos para responder mejor a nuestra realidad y nuestras necesidades.

Según las características del país y su sistema sanitario, la mejora de la calidad de los servicios de salud debería tener los siguientes atributos: (a) Responder a la necesidad de alcanzar objetivos en función de las prioridades sanitarias nacionales, y no ser inespecífica. De este modo se concentraría el uso de escasos recursos en lugar de diluirlos; (b) Responder a un enfoque sistémico, buscando la satisfacción de usuarios y no usuarios de los servicios. De este modo podría superarse un enfoque centrado exclusivamente en la relación individual entre prestador-usuario que excluye a la población no usuaria de los servicios; y (c) Implementarse en los procesos clave de las intervenciones sanitarias más eficaces para alcanzar las prioridades sanitarias nacionales. De esta manera, la mejora de calidad adoptaría formas diferentes y se aplicaría en ámbitos diferentes según cada caso, conservando su carácter integral y dejando espacio para la utilización de modelos de intervención.

6. Al inicio de un Proyecto debería determinarse con claridad las contrapartes técnicas para cada producto.

Una dificultad permanente durante la implementación del Proyecto 2000 fue la ausencia de contrapartes técnicas en el MINSA para una serie de productos. Varios productos no contaban, ni funcional ni estructuralmente, con contrapartes claramente identificadas, por ejemplo el Sistema de Identificación de Usuarios, la MCC, el SIP, el SICI, la HAE, entre otros. De esta manera, los acuerdos a los que se arribaba con quienes asumieron dicha representación, resultaron ser frágiles y de difícil institucionalización.

7. Los procedimientos de planeamiento y ejecución presupuestal públicos no son los más recomendables para un proyecto de inversión o desarrollo.

A lo largo de la vida del Proyecto, fue notoria la dificultad para complementar la inversión de los fondos de donación con los de contrapartida nacional. En gran parte, la dificultad se produjo porque las normas de ejecución presupuestal pública no contempla un tratamiento especial para el manejo de este tipo de proyectos. Un proyecto requiere de períodos de velocidad variada para su implementación, dada la necesidad de la continua investigación, afinamiento, validación y ajuste de las intervenciones. Pero la ejecución presupuestal impone a la contraparte nacional una enorme presión por ejecutar fondos según un plan establecido y dentro de un rango de tiempo restringido. De esa manera, en muchas ocasiones la ejecución presupuestal de la contrapartida nacional siguió un ritmo totalmente diferente a la ejecución de la donación, limitando seriamente la complementariedad de ambas.

8. La contraparte nacional debería tener el rol protagónico al momento de institucionalizar.

El Proyecto 2000 no estableció con claridad los compromisos del MINSA respecto de institucionalización. El Convenio Bilateral que dio origen al Proyecto no especificó, por ejemplo, que el MINSA debería modificar la normatividad, emitir directivas, cambiar su estructura y modificar su presupuesto, con la finalidad que los sistemas, métodos e instrumentos desarrollados en la vida de un proyecto puedan incorporarse en la vida regular de la institución. Esta ausencia de definición inicial trasladó una gran parte de esta responsabilidad en el contratista institucional, el cual no dispone ni de los medios ni de la jerarquía requerida para propiciar estos cambios.

9. Es más difícil institucionalizar los productos de un proyecto cuando éstos se refieren a procesos parciales.

El Proyecto 2000 tenía un claro mandato para mejorar la salud materno-infantil. Este mandato es una fortaleza, pues precisa claramente los límites de su acción, pero simultáneamente es una debilidad, por cuanto los sistemas de gestión, organización y prestación de servicios existen integrados en la realidad. La acción limitada sobre ciertos servicios crea conflictos dentro de las instituciones y debilita el sentido de pertenencia de las intervenciones y productos. En futuros diseños, debería actuarse de un modo integrado y debe esperarse mejoras específicas.