

**MINISTERIO DE SALUD  
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD  
PARSALUD**

**PRIMERA FASE DEL  
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD  
PARSALUD I**

**LECCIONES APRENDIDAS**

## CONTENIDO

I	Definiciones Básicas sobre PARSALUD I.....	1
II	Organización de PARSALUD I.....	3
III	Principales Logros .....	4
IV	Evaluaciones sobre PARSALUD I.....	10
V	Conclusiones .....	12
VI	Lecciones Aprendidas para un PARSALUD II.....	13

### I DEFINICIONES BÁSICAS SOBRE PARSALUD I

#### I.1 Definición General

El Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PARSALUD es un proyecto de inversión pública, cuya primera fase no fue evaluada por el Sistema Nacional de Inversión Pública - SNIP, porque PARSALUD inició operaciones antes que aquél. El objetivo principal de PARSALUD es apoyar el proceso de modernización y reforma del sistema de salud, buscando mejorar la salud de la población materno infantil de menores recursos, mediante la expansión del acceso a servicios efectivos, eficientes y de calidad.

#### I.2 Modalidad Financiera

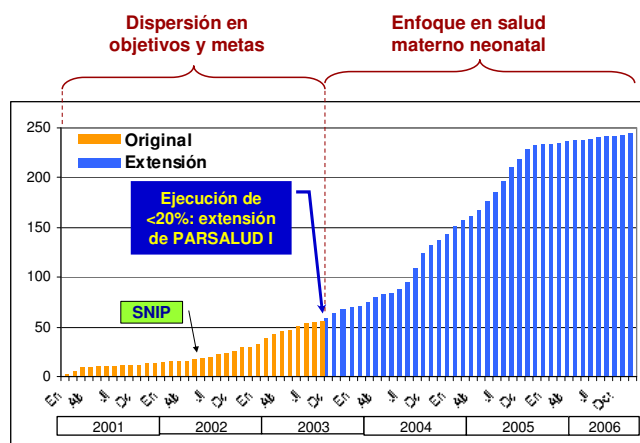
El Programa fue financiado por el Gobierno peruano, el Banco Interamericano de Desarrollo – BID y el Banco Mundial – BM. Ellos convinieron en que este proyecto, para que cumpla con los objetivos trazados, debiera tener una duración de al menos 10 años. Por lo tanto, acordaron desarrollar un Programa Multifase o Multietápico (entre 2 y 3 periodos), aunque el compromiso por el crédito externo se cumpliera una a una en cada etapa/fase. En este sentido, BID, BM y Gobierno peruano firmaron los respectivos Convenios de Préstamo únicamente para la primera etapa/fase o PARSALUD I.

El propósito de esta concepción multietápica fue que las etapas posteriores fueran consolidando lo avanzado, al mismo tiempo que fueran profundizando en el proceso de reforma sectorial.

#### I.3 Duración de Proyecto

El Programa completo tendría una duración de 10 años. El PARSALUD I originalmente debió durar 3 años, hasta diciembre de 2003, sin embargo, por la ejecución financiera menor al 20% y, obviamente no haber alcanzado los objetivos propuestos, el Gobierno y ambos Bancos convinieron en extenderla hasta finales del 2006.

Fueron dos las razones que explicaron esta lenta ejecución: 1) la introducción del SNIP en el 2002, que obligó a que cada una de las inversiones específicas en infraestructura y equipamiento, tuviera su estudio de preinversión declarado viable por el SNIP; y 2) la dispersión de objetivos y metas.



#### I.4 Financiamiento

Cuando se formuló el Programa en 1999 coordinadamente entre las autoridades del Ministerio de Salud - MINSA, del Ministerio de Economía y Finanzas – MEF y funcionarios de ambos Bancos (BID y BM), se estimó un costo total de US\$ 239.3 millones (87 del BID, 80 del BM y 72.3 del Tesoro Público como contrapartida). Estos presupuestos fueron aprobados por los respectivos Directorios de los Bancos (octubre 1999 por el BID y diciembre 1999 por el BM).

Sin embargo, cuando iba a ser suscrito por el MEF -agencia oficial del Gobierno para las operaciones de endeudamiento- se observaron dos impedimentos que obligaron a regresar a las negociaciones con el BID y BM. Un impedimento provenía del hecho que los US\$ 155 millones de deuda (87 del BID y 80 del BM), determinaba que en los 3 años de duración del Programa (2001-2003) se ejecutaría más de US\$ 55 millones por año, lo que representaba casi el triple de la asignación histórica de la década anterior para el MINSA. Un segundo impedimento era el destino de la mayor parte del financiamiento, el pago de las prestaciones de salud vía el Seguro Materno Infantil; es decir el país se estaba endeudando para pagar gasto corriente. Por lo tanto, el MEF propuso un redimensionamiento del PARSALUD I, descontando del endeudamiento los recursos comprometidos para reembolsos del aseguramiento público (Seguro Materno Infantil entonces, hoy Seguro Integral de Salud – SIS). Entonces, los Convenios de Préstamo que finalmente fueron suscritos y ejecutados tenían el siguiente presupuesto:

- Contrato de Préstamo N° 1208/OC-PE suscrito con el BID por US\$ 87 millones, cuya reducción acordada a US\$ 28 millones fue establecida por medio de una Carta suscrita el 30 de septiembre del 2003 por Representante del BID y el Ministro de Economía.
- Contrato de Préstamo N° 4527-PE suscrito con el BM por US\$ 27 millones.

La contrapartida del tesoro público debió ser de US\$ 16,7 MM (paripassu o porcentaje de contrapartida de 30% para BID y 15% para BM). Con ello, el presupuesto total por toda fuente de financiamiento debió ser de US\$ 71.7 millones (28 del BID, 27 del BM y 16.7 de TP). Sin embargo, durante los primeros años de ejecución no se recibió el total de la contrapartida, en particular durante el 2004; en total se alcanzó a recibir US\$ 14.3 millones. Para suplir esta brecha de financiamiento, el PARSALUD I aplicó al Fondo Perú Canadá, aprobándosele en total US\$ 6.2 millones. Entonces, el presupuesto total del PARSALUD I fue de US\$ 75.5 millones (28 de BID + 27 de BM + 14.3 de TP + 6.2 de Fondo Perú Canadá).

## I.5 Ámbito de acción por fuente de financiamiento

El proyecto original de US\$ 239.3 millones tenía como ámbito de inversión el nivel nacional, a través de una ejecución progresiva. Al ser redimensionado el proyecto a menos de la tercera parte (75.5 millones), se acordó enfocar las inversiones, en particular las de infraestructura y equipamiento (mejoramiento de la oferta de servicios) en 8 Direcciones de Salud – DISAs (correspondiente a 7 regiones), denominadas priorizadas:

- Puno, Cusco, Apurímac I y Apurímac II con fondos del BM.
- Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Bagua con fondos del BID.

## II ORGANIZACIÓN DE PARSALUD I

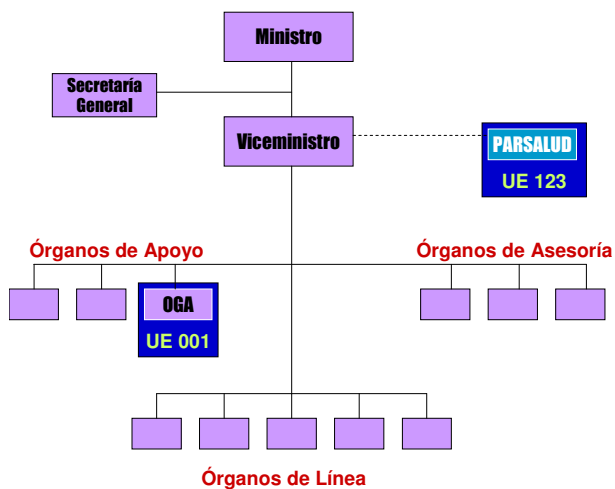
### II.1 Componentes de PARSALUD I

El PARSALUD I estaba organizado en cuatro componentes:

1. Fortalecimiento de la Demanda, en particular el desarrollo del SIS, cuyo objetivo era promover el mayor uso de los servicios de salud materno infantiles, buscando que reducir las barreras que limitan el acceso, en particular el económico.
2. Mejora de la oferta de servicios de salud en las 8 Direcciones de Salud priorizadas, cuyo objetivo era mejorar la capacidad resolutive (mejora de infraestructura y equipamiento, así como la capacitación asistencial y gerencial de los recursos humanos) de las redes obstétricas y neonatales de cada región.
3. Modernización del MINSa, cuyo objetivo era apoyar al MINSa en la instalación de procesos que mejoraran su capacidad de gobernar el sistema público de salud.
4. Administración del Programa.

### II.2 Ubicación dentro de la Estructura del MINSa

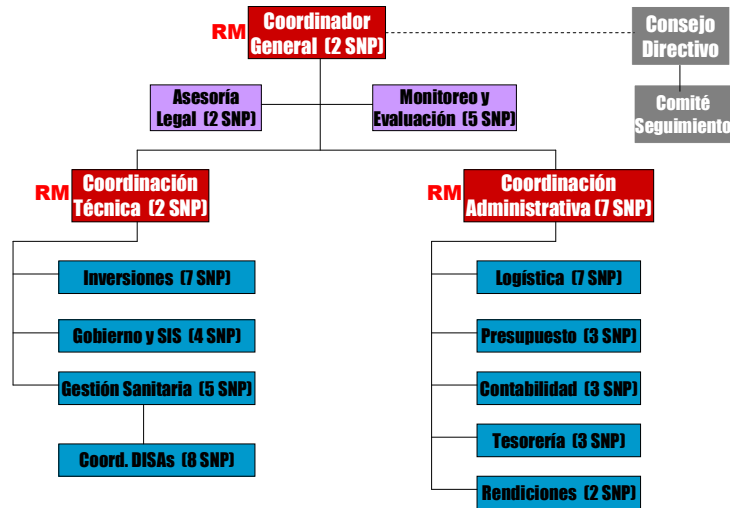
La Unidad Coordinadora de Proyectos – UCP del PARSALUD I fue una unidad funcional del Ministerio de Salud – MINSa que dependió del Viceministro de Salud. Además, por los dispositivos que la crearon y que respondieron a un compromiso con los Bancos financiadores, fue una Unidad Ejecutora, la 123 del Pliego 011-MINSa.



### II.3 Organización interna de la UCP

La finalidad de la UCP fue supervisar y coordinar la ejecución de las actividades del PROGRAMA, así como realizar toda la labor administrativa (contable, financiera y logística), y de monitoreo y evaluación.

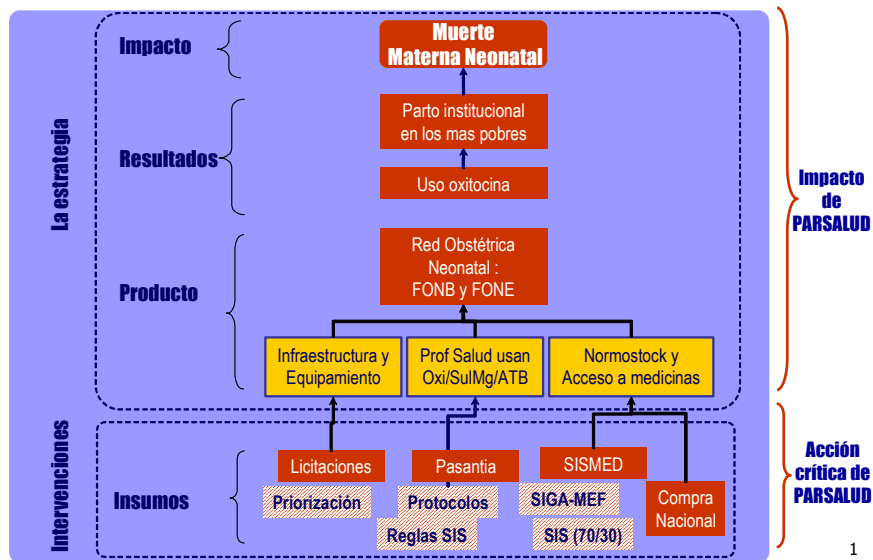
El Organigrama de la UCP fue aprobado (No Objeción, según la terminología de las fuentes cooperantes) oportunamente por ambos Bancos y estaba compuesto de la siguiente forma:



### III PRINCIPALES LOGROS

#### III.1 A nivel de resultados

El marco conceptual del PARSALUD I después de aprobada su extensión a finales del 2003, priorizaba las intervenciones (y por lo tanto su impacto) en el grupo materno neonatal.



La intervención del PARSALUD I benefició a alrededor de 167,000 gestantes de manera directa así como a 134,000 recién nacidos, y, de manera indirecta, a más de 630,000 mujeres en edad fértil y 1,200,000 niños de 1 a 4 años. Estas intervenciones permitieron que PARSALUD I apoyara al MINSA y las 7 Regiones, a aumentar el parto

institucional (que se atiende en los hospitales y centros de salud) de las zonas rurales de 24% (2000) a 44% (2005).

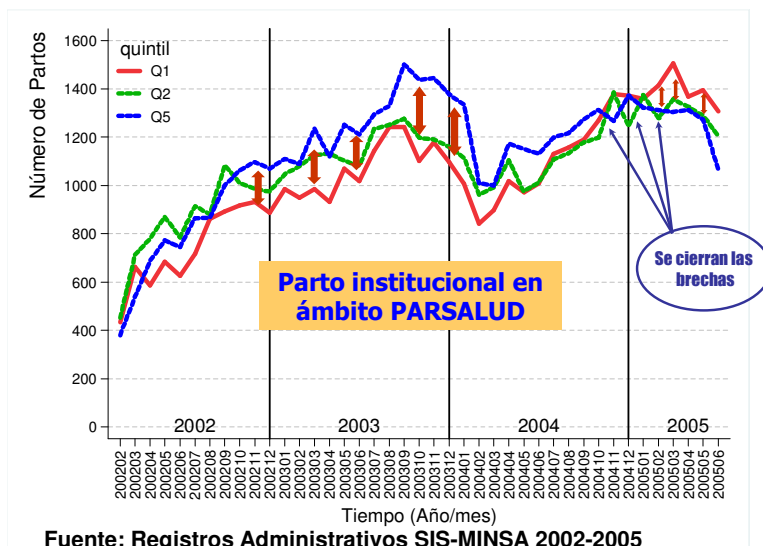
Uno de los objetivos del Programa fue incrementar el uso de servicios de salud, proponiéndose contribuir a reducir la brecha de inequidad en la afiliación al SIS. Se observa en la gráfica adjunta que hubo un incremento sostenido en la afiliación al SIS en el ámbito del PARSALUD I, incluso mayor en el quintil más pobre. Sin embargo, se nota una drástica reducción de la afiliación entre el último trimestre del 2003 y el primer trimestre del 2004 que coincide con la aplicación de la ficha única de identificación de beneficiarios (FESE), usada por el SIS como mecanismo para realizar la evaluación socioeconómica del hogar y resolver sobre la afiliación del solicitante. La aplicación del FESE respondió principalmente a una estrategia de contención de costos –antes que de focalización de servicios-, ante la restricción presupuestal agudizada a finales del 2003.



Fuente: Registros Administrativos SIS-MINSA 2002-2005

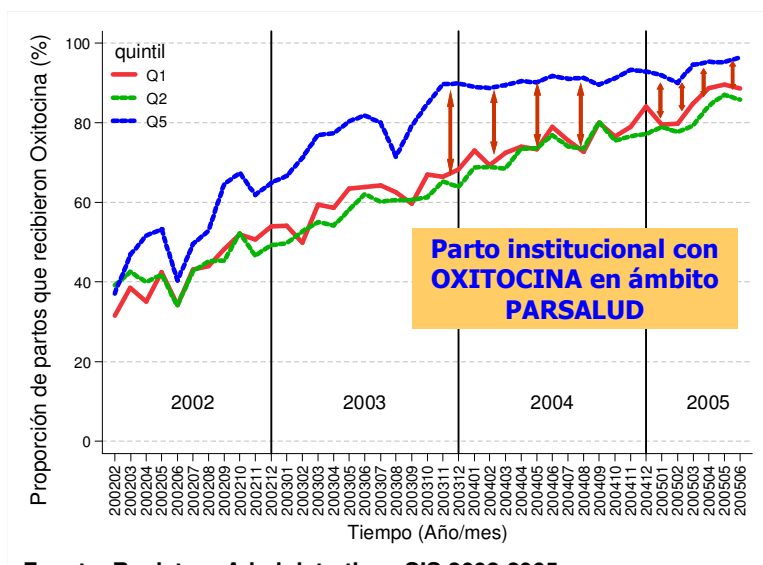
La aplicación universal de esta ficha no parece haber contribuido a discriminar el quintil 1 del 5 de manera apropiada, pues en ambos grupos se experimentó una súbita reducción en la afiliación. Sin embargo, la decisión posterior de ajustar el instrumento y restringir su aplicación al ámbito urbano, tuvo efectos positivos, ya que la brecha entre los quintiles 1 y 5 se empezó a ampliar en favor del quintil más pobre durante buena parte del 2004 y el 2005 (línea roja), aunque no en la magnitud esperada ni de manera sostenida.

La cobertura del parto institucional en la zona rural presentó una tendencia de rápido crecimiento, habiéndose duplicado entre el 2000 y el 2005 a nivel nacional, y en la mayoría de departamentos el incremento fue cercano al 100%. Por ejemplo, en los departamentos del ámbito del PARSALUD I como Cusco, Huancavelica, Huanuco y Puno, el incremento fue superior al 100%. En general, al final del programa la cobertura del parto institucional rural osciló entre 30% y 74%.



Contrario es el fenómeno observado con la evolución de la cesárea; cabe recordar que la cesárea es indispensable que ocurra en al menos el 5% de los partos, en respuesta a igual porcentaje de presentación de complicaciones que demandan intervención quirúrgica. La proporción de cesáreas en el año 2005 en el ámbito rural nacional fue de 5.3, cifra ligeramente mayor al 3.8% observado el 2000. En el ámbito de PARSALUD I, en todos los departamentos la proporción de cesáreas en el ámbito rural fue menor al 5%, excepto Puno que fue de 6.4%.

En todos los departamentos del ámbito del Programa se observó una tendencia creciente del uso de la oxitocina al momento de la atención del parto; al finalizar el 2005 su utilización superaba el 90%, porcentaje que contrastaba con los valores promedio observados en el 2002 y 2003 de entre 40 y 60%.



Similar tendencia se observó en el uso del sulfato de magnesio, aunque al finalizar el 2005 el uso no superó el 70% de casos de hipertensión gestacional severa. A diferencia del uso de oxitocina que es un fármaco de uso muy difundido entre obstetrices y enfermeras, el sulfato de magnesio (por su estrecho margen terapéutico) siempre fue restringido al uso de los médicos e inclusive con especialidad ginecológica. Este factor, aunado al hecho que recién en 1995 se dispuso de los

ensayos clínicos randomizados doble ciego que demuestran la eficacia del fármaco, determinó que este fármaco no pueda ser manejado por obstetrices o enfermeras durante el periodo del Programa.

### III.2 A nivel de metas físicas

Se ha formulado y conseguido la viabilidad de más de 160 perfiles de proyectos, entre el fortalecimiento de los establecimientos de salud, la referencia-contrarreferencia y la red de laboratorios. Además, se ha mejorado la infraestructura de la totalidad de los servicios maternos infantiles de mediana complejidad identificados como la referencia de las emergencias obstétricas y neonatales (casi el 15% del total de hospitales y centros de salud) en las 8 DISAs priorizadas: 188 establecimientos por un total de US\$ 22 millones. También se ha mejorado el equipamiento materno infantil en más del 50% del total de establecimientos de salud: más de 22 mil equipos para 788 establecimientos por un total de US\$ 21 millones. Se incluyen 86 ambulancias.

#### CONSOLIDADO DE OBRAS EJECUTADAS 2002-2006

DISA	Nº OBRAS	INVERSION EN US \$
APURIMAC -I	24	2,494,356.73
APURIMAC - II	21	1,613,245.60
CUSCO	19	4,286,124.97
PUNO	20	3,208,566.87
<b>TOTAL BM</b>	<b>84</b>	<b>11,602,294.17</b>
BAGUA	24	3,514,633.52
HUANCAVELICA	23	2,848,401.98
HUANUCO	19	1,941,176.99
AYACUCHO	38	2,253,442.56
<b>TOTAL BID</b>	<b>104</b>	<b>10,557,655.05</b>
<b>TOTALES</b>	<b>188</b>	<b>22,159,949.22</b>

#### CONSOLIDADO DE EQUIPAMIENTO ADQUIRIDO 2002-2006

DISA	Nº EE.SS	Nº Equipos	Monto de Inversión USD
AYACUCHO	144	4,801	3,607,142.00
HUANCAVELICA	104	3,929	2,641,979.00
HUANUCO	98	3,603	3,084,617.00
BAGUA	91	2,921	1,869,393.00
<b>TOTAL BID</b>	<b>437</b>	<b>15254</b>	<b>11,203,131</b>
CUSCO	96	3,476	2,915,156.00
PUNO	116	2,197	2,975,680
APURIMAC I	57	888	1,860,182
APURIMAC II	49	996	1,828,731
<b>TOTAL BM</b>	<b>318</b>	<b>7557</b>	<b>9,579,749</b>
<b>TOTAL</b>	<b>755</b>	<b>22811</b>	<b>20,782,880</b>

Además, se pueden distinguir otros logros que se pueden clasificar por los niveles de la organización del sector salud:

**a) A nivel del MINSA**

- Asistencia Técnica en desarrollo de normatividad sanitaria: Funciones Obstétricas y Neonatales; Categorización de Servicios; Referencia y Contrarreferencia; Guías metodológicas para Programas de Promoción de la Salud; Listado de Equipamiento Biomédico Básico para Establecimientos de Salud; Arquitectura, Equipamiento y Mobiliario de establecimientos del primer nivel de atención; Política de Inversiones; Política Tarifaria; Estándares Básicos en Salud; Focalización de Hogares; Definición de Servicios de Provisión Básica de Salud.
- Propuesta de Reestructuración del MINSA.
- Reformulación de los Acuerdos de Gestión orientados a resultados sanitarios.
- Formulación de Hoja de Ruta de la descentralización en salud.
- Normatividad para Acreditación de Sedes docentes para Pasantías en Emergencias Obstétricas, Laboratorio y Bancos de Sangre.
- Diseño de Programas de Especialización en Gerencia de Salud y otro en Monitoreo y Evaluación.
- Formulación de fichas de 320 productos farmacéuticos y 100 insumos para la Subasta Inversa.

**b) A nivel del SIS**

- Evaluación del Seguro Materno Infantil y Seguro Escolar Gratuito; y Diseño de procesos del SIS.
- Ejecución administrativo financiera (Unidad Ejecutora) durante 2001.
- Implementación del SIS como Organismo Público Descentralizado - OPD (mobiliario, equipamiento informático) en 2002-2003.
- Capacitación en conceptos de economía de salud y aplicación de fichas de focalización.
- Asistencia al SIS en mejoras de sus procesos de gestión financiera (focalización, mecanismo de pago, auditorias).
- Evaluación del SIS en el 2006. Lamentablemente este estudio fue cancelado por incumplimiento de la firma internacional seleccionada.
- Sistema de transacciones entre SIS y prestadores en el 2006. Este servicio fue cancelado por incumplimiento de requisitos del consorcio nacional de firmas seleccionado.
- Clasificación socioeconómica en Lima y Callao en el 2006. Esta actividad fue cancelada por incumplimiento del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, con el cual se celebró una ejecución por encargo.

Las tres últimas actividades han sido incorporadas como prioritarias para la segunda fase del PARSALUD.

**c) A nivel de las DIRESAS**

- Apoyo financiero a planes operativos regionales de atención materno infantil.
- Asistencia técnica en monitoreo y evaluación de indicadores materno infantiles.
- Implementación de Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) del MEF (112/144 UE de los cuales 96 estaban on line).

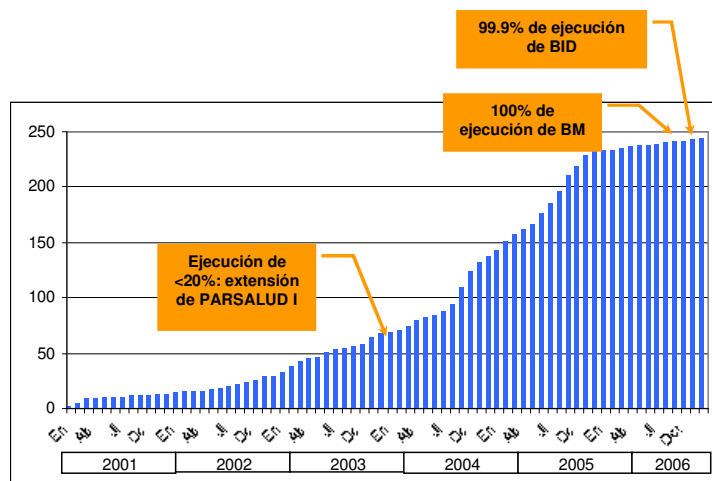
- Implementación de la versión 2.0 del software del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (SISMED) en 16 DIRESAS.
- Asistencia técnica para optimizar el uso de las reglas de facturación y reembolsos del SIS (mayores recursos).
- Creación (ordenanza regional) de las Unidades de Gestión Tecnológica encargadas del mantenimiento de equipos médicos.

**d) A nivel de los Establecimientos de Salud**

- Elaboración de 160 perfiles Proyectos de Inversión Pública - PIPs según SNIP.
- Construcción, ampliación o rehabilitación de servicios materno infantiles (2º y 3º nivel de atención) y Equipamiento y mobiliario médico.
- Adquisición de ambulancias, camionetas rurales y equipos de radiocomunicación para los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Capacitación asistencial a 800 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y obstétricas) y 624 técnicos en: Emergencias obstétricas y neonatales; Tecnologías perinatales; Laboratorio; Banco de Sangre.
- Capacitación gerencial en: Gestión de servicios (53 profesionales); Monitoreo y evaluación.
- Adecuación cultural de los servicios materno infantiles: desarrollo de Diplomado intercultural; Capacitación en Quechua (313 profesionales); asistencia a implementación de Casas maternas; adecuación a servicios para ofrecer Parto vertical.
- Plan de educación y comunicación para aumentar la demanda de servicios en 2 microrredes con menor cobertura de parto institucional.
- Piloto en 2 DIRESAs de sistema de costos y tarifas.

**III.3 A nivel financiero**

Se ejecutó el 100% de los recursos asignados, dentro del plazo de extensión autorizado por las adendas respectivas. Porque el 2001 el financiamiento del BM estuvo disponible antes que el del BID, en el 2006 el BM concluyó en junio, en tanto que el BID después (incluso se extendió por razones administrativas hasta el 2007).



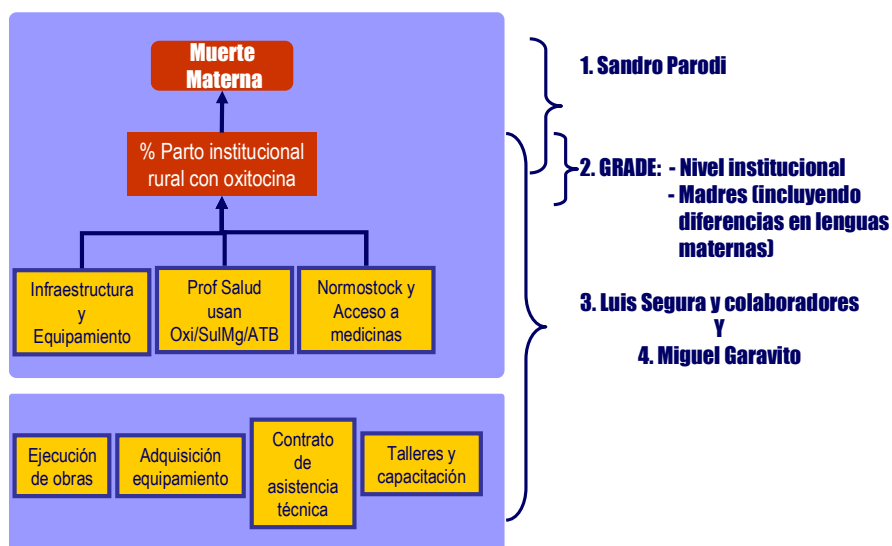
## IV EVALUACIONES SOBRE PARSALUD I

### IV.1 Estudios realizados

Se han realizado 4 estudios de evaluación sobre PARSALUD I entre el 2006 y 2007:

1. Parodi, Sandro y Stoeling D. Evaluating the impact of the PARSALUD Health Reform Program, Peru. Harvard Kennedy School – Masters of Public Administration in International Development - Second year policy analysis paper. 2007.
2. GRADE. The PARSALUD Program in Peru: Evaluating its impact on access to institutional delivery and adequate maternal care. Investigación financiada por Global Development Network. 2006-2007.
3. Segura, Luis y colaboradores. Evaluación de PARSALUD I. Estudio realizado por contrato con PARSALUD I. 2006.
4. Garavito, Miguel y colaboradores. Evaluación del PARSALUD I, periodo 2002-Junio 2007. Análisis interno realizado por Unidad Técnica y Unidad de Monitoreo del PARSALUD I. 2006-2007.

Estos estudios, estaban enfocados a distintos niveles del marco lógico del Programa como se señala en la figura adjunta.



Todos estos estudios, excepto el de Sandro Parodi, concluyen que PARSALUD I ha logrado cumplir con sus objetivos y ha tenido el impacto esperado. El Estudio de Parodi tenía como objetivo probar un método de evaluación innovadora, que se emplea cuando los programas o proyectos no han sido implementados (en este caso se ha aplicado a un Programa que sí se ha ejecutado). Aparentemente la forma como fue escogido el grupo geográfico de control (denominado grupo sintético), es responsable de la ausencia del impacto que los otros estudios informan.

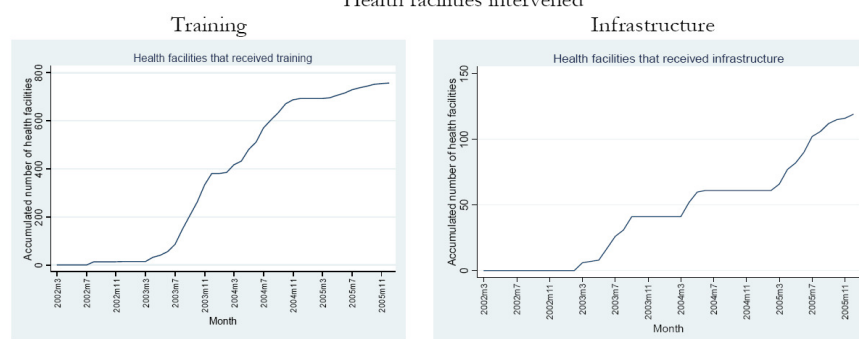
En general han existido grandes limitaciones para realizar estudios de evaluación del PARSALUD I:

- No se levantó una línea de base al inicio de la ejecución del Programa. Ello obligó a realizar Estudios de Evaluación sobre la base de los datos disponibles (fuentes secundarias) de grupos intervenidos y de control. La principal consecuencia de la

falta de una línea basal, es la imposibilidad de ser totalmente concluyente con el impacto encontrado.

- PARSALUD no llegó a almacenar la información de todas sus intervenciones en bases de datos. Por ejemplo, no existe una base de datos para el equipamiento y mobiliario médico (ubicación real de los equipos adquiridos, en el almacén de la DISA o en el establecimiento de destino predeterminado); ello determinó que esta variable no se haya podido evaluar respecto del impacto, como ha sido posible con capacitación e infraestructura.
- El modelo de intervención -mejora de la capacidad resolutive en los establecimientos FONB o FONE- debió implementarse simultáneamente (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicinas e insumos). Sin embargo, no ocurrió así. Como se observa en la figura adjunta, capacitación y mejoramiento de infraestructura no han sido ejecutados al mismo tiempo.

Figure 1  
Health facilities intervened



## IV.2 Principales Resultados

El estudio realizado por GRADE es el que mejor consolida los resultados alcanzados por PARSALUD I. La presentación de estos resultados son agrupados en dos categorías: a nivel de la oferta de servicios y a nivel de la demanda de ellos.

### a) A nivel de Oferta de Servicios:

- En los ámbitos intervenidos por PARSALUD, se ha encontrado mejores resultados que en los ámbitos no intervenidos, en los siguientes indicadores:
  - Número de partos institucionales (34.4% más).
  - Número de cesáreas (93.8% más)
  - Número de partos con oxitocina (81.0% más)
  - Reducción de la probabilidad de parto con hemorragia postparto en 8.5%.
- Este impacto positivo se debe a la capacitación. No se encontró asociación con infraestructura. No pudo evaluarse equipamiento por falta de información.
- Dentro de la capacitación, se encontraron efectos positivos con la capacitación en tecnología perinatal (aumento de partos, cesáreas y partos con oxitocina), y efectos contrarios con la capacitación en emergencias obstétricas (reducción de número de cesáreas).
- Dentro de la capacitación, se encontraron efectos positivos en la capacitación de médicos y obstetras (aumento de partos, cesáreas y partos con oxitocina), y efectos contrarios con los técnicos de enfermería (reducción de la cantidad de

cesáreas y partos con oxitocina, en favor de la referencia a establecimientos con profesional).

**b) A nivel de la demanda de servicios:**

- Se preguntó a una muestra de madres que tuvieron parto en establecimientos intervenidos y no intervenidos por PARSALUD, sobre:
  - Procedimientos médicos: episiotomía (dolor en relaciones sexuales y subirse en ella para presionar barriga), tiempo para retiro de placenta (inyección antes de que salga placenta), anemia (tener mareos o debilidad en 40 días de puerperio), cuerpo olvidado en vagina (sangrado intenso o fiebre alta en puerperio), hematoma (hinchazón o moretón en puerperio), incontinencia urinaria (escape de orina en puerperio), estado del recién nacido (bebé lloró rápido al nacer).
  - Adecuación cultural: antes del parto (consulta sobre posición para dar a luz o que alguien le acompañara en el parto), durante (sentirse avergonzada por la bata que le pusieron, incomodidad por la iluminación, lavarle con líquido frío) o después (acercarle el bebé inmediatamente, consulta para llevarse la placenta).
  - Percepción de calidad: horario de atención, comodidad durante estadía en el establecimiento, tiempo de espera, trato de personal administrativo, de enfermería y médico, explicaciones del médico u obstetrix, privacidad de la atención, señalización en el servicio.
- No se encontró impacto favorable en los establecimientos intervenidos por PARSALUD en el promedio de las tres variables evaluadas.
- Al desagregar se encontró:
  - Efecto positivo en: consulta para conservar la placenta; consulta en madres de áreas rurales o quechuas o aymaras sobre posición para dar a luz y conservación de placenta; en madres quechuas, mejorar el trato del personal (en especial médicos y obstetrixes) y explicaciones del médico u obstetrix.
  - Efecto negativo en: acercar con prontitud el recién nacido, particularmente en madres urbanas y de lengua quechua.

## V CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que podemos obtener sobre PARSALUD I son las siguientes:

1. El MINSA tiene la capacidad para ejecutar un proyecto de inversión pública como PARSALUD I, cumpliendo sus metas físicas, financieras y de resultados poblacionales.
2. El tiempo de ejecución de un proyecto como PARSALUD, debido a sus objetivos que son alcanzables en el mediano plazo y debido a procesos prolongados como el SNIP, no debe programarse con un plazo que sea menor a 5 años.
3. PARSALUD I no incidió mucho en la ejecución simultánea de las intervenciones que apuntaban a mejorar la capacidad resolutive. La capacitación, las obras y la entrega de equipamiento, que debió otorgarse tempranamente en la vida del proyecto, terminó de ejecutarse en los últimos meses del proyecto.
4. El modelo de intervención de PARSALUD I se concentró en mejorar la atención de la población que ya accedía a los servicios de salud. La atención para poblaciones

dispersas no fue priorizado. Tampoco fueron priorizadas las acciones preventivo promocionales.

5. La operatividad de PARSALUD I dependía de su capacidad interna (equipo calificado y organización flexible), pero también de su capacidad de relacionamiento con el MINSA, las Regiones, los Bancos y el MEF. Cualquier retraso en este largo flujo de decisiones y actos administrativos, significaba la postergación o la cancelación de actividades del Plan Operativo.

## **VI LECCIONES APRENDIDAS PARA UN PARSALUD II**

Las principales lecciones aprendidas que podemos obtener sobre PARSALUD I, las cuales habría que tomar en cuenta para la operatividad del PARSALUD II son las siguientes:

1. Debe levantarse una línea de base que sea el insumo para una futura evaluación de impacto.
2. Velar por la implementación de un modelo integral de intervención en los dos resultados de PARSALUD II: aumento del parto institucional y reducción de la desnutrición infantil. Los Programas Estratégicos por resultados (que viene implementando la Dirección Nacional del Presupuesto Público del MEF desde el 2008), Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional, que fueron diseñados principalmente a partir del Estudio de Factibilidad de PARSALUD II, contienen tales intervenciones. En ellos PARSALUD II tiene intervenciones directas y otras en que debe ejercer abogacía.
3. El modelo de atención integral, significa:
  - En el Componente de Oferta, alinear la mejora de la capacidad resolutoria simultáneamente en todos sus factores (infraestructura, equipamiento, competencia del recurso humano, disponibilidad de medicamentos e insumos).
  - En el Componente de Demanda, incidir en mejorar/fortalecer la intervención a nivel de las familias y comunidades (prácticas saludables).
  - En el Componente de Modernización, acompañar al MINSA, al SIS, a la SEPS (próximamente SUNASA) y a las Regiones en la implementación de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.
4. La intervención integral debe concretarse a nivel del beneficiario (madre gestante y niño menor de 3 años). Ello se expresa en programar y ejecutar las acciones y hacer seguimiento a los beneficiarios nominalmente (nombres y apellidos, y DNI).
5. La integralidad en la intervención significa también, extender la cobertura a los grupos poblacionales dispersos. Para ello, debe trabajarse en un modelo de atención que contemple proveer tres tipos de accesos (equivalentes a los grupos que actualmente tienen acceso):
  - Atención de medicina general, no urgente (aquella que se puede programar).
  - Atención de medicina especializada, incluyendo odontología, no urgente (aquella que se puede programar).
  - Atención de urgencias médicas (atención inmediata y referencia hasta el establecimiento con capacidad resolutoria).
6. Debe reglamentarse la operatividad de los arreglos institucionales entre PARSALUD, el MINSA, las Regiones, los Bancos financiadores y el MEF. Debe incluir un sistema de monitoreo de la ejecución interinstitucional del Plan Operativo Anual, para tomar las decisiones pertinentes.