



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

UNA HISTORIA DE 70 AÑOS DE
COLABORACIÓN EN SALUD CON EL

PERÚ



UNA HISTORIA DE 70 AÑOS DE
COLABORACIÓN EN SALUD CON EL
PERÚ

UNA HISTORIA DE 70 AÑOS DE COLABORACIÓN EN SALUD CON EL PERÚ

© 2015, Johns Hopkins University. Todos los derechos reservados.

Knowledge for Health II Project
Johns Hopkins Center for Communication Programs
Bloomberg School of Public Health
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
U.S.A.

+1.410.659.6300

Segunda edición: octubre 2015
Tiraje: 500 copias (versión en español)

Impreso en Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156, Lima 5, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2015-14776

The logo for K4Health features the letters 'K4' in blue and green, followed by the word 'Health' in red. A horizontal line is positioned below the text.

Knowledge for Health

EN LA PORTADA:

Una señora con su bebé en una lejana comunidad,
a lo largo de los Caminos del Inca

© 2011 Lawrence Ko

Esta publicación se ha realizado gracias a la ayuda del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), mediante el proyecto K4Health, Convenio de Cooperación No. AID-OAA-13-00068. Las opiniones aquí vertidas no representan necesariamente el punto de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni del Gobierno de los Estados Unidos.

RECONOCIMIENTOS

Gracias a los directores de la Misión de la USAID, a los oficiales de Salud y a todo el personal de la USAID que durante décadas realizó un importante trabajo en el Perú. Este informe está dedicado a los siguientes:

Directores de la Misión

Bob Culbertson (1961-1965)
William Dentzer (1965-1968)
Samuel Eaton (director interino 1968-1969)
George Greco (director interino 1970)
Louis Perez (1970-1973)
Donald Finberg (1973-1977)
Leonard Yaeger (1977-1981)
John Sanbrailo (1981-1986)
Donor Lion (1986-1988)
Craig Buck (1988-1993)
George Wachtenheim (1993-1996)
Erik Zallman (1996-1997)
Don Boyd (1997-2002)
Patty Buckles (2002-2004)
Ken Yamashita (director interino 2004-2005)
Bambi Arellano (2005-2008)
Paul Weisenfeld (2008-2011)
Dick Goughnour (2011-2013)
Deborah Kennedy (2013-2014)
Ted Gehr (director interino 2014-2015)
Lawrence Rubey (2015-)

Jefes de la Oficina de Salud

Norma Parker (1984-1986)
John Burdick (Population) (1986-1990)
Charles Mantione (Health) (1986-1990)
Heather Goldman (1991-1993)
Paul Cohen (1993-1994)
Susan K. Brems (1994-1999)
Richard Martin (1999-2004)
Susan Thollough (2004-2008)
Erik Janowsky (2008-2011)
Jo Jean Elenes (2011-2015)
Clifford Brown (2015-2016)

Reconocimientos adicionales al equipo que elaboró, contribuyó y alentó este informe:

Betty Margot Alvarado, Michele Aruca, Anne Ballard, María Estela Calderón, Stacey Irwin Downey, María Rosa Garate, Gabrielle Hunter, Emily Ianacone, Emma Posner, Basil Safi, Katherine Sánchez, Victoria Villanueva y a todo el personal de MSH en el Perú.

Reconocimientos a aquellas personas que aportaron una visión comprometida, atentos comentarios y experiencia técnica:

John Borrazzo, Susan Brems, Jaime Chang, Miriam Choy, Kimberly Cole, Armando Cotrina, Jo Jean Elenes, Elizabeth Fox, Natalia Machuca, Rachel Marcus, Richael O'Hagan, John Sambrailo, Myriam Sarco, Jane Silcock, Susan Thollaug, Merri Weinger, Veronica Valdivieso, Mary Vandembroucke y a todos aquellos beneficiarios y profesionales, tanto de la USAID como del Gobierno peruano nacional, regional y local, que dieron generosamente su tiempo para ser entrevistados, participar en los talleres o responder a la encuesta.

Diseño del informe: Erin Dowling Design

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	I
Progreso en indicadores críticos de salud	3
Alianzas para la construcción de un sistema de salud a la altura de los retos	5
Vigilancia en salud, recolección de información empírica y toma de decisiones	5
Mayor acceso a los servicios de salud y tratamiento médico	6
Mejor calidad en el cuidado de la salud y en su gestión	6
Mirando al futuro	7
LOS AÑOS INICIALES:	
ESTADOS UNIDOS Y PERÚ, UNIDOS POR LA SALUD	9
El servicio: un modelo de cooperación para el desarrollo	10
Los primeros pasos: cerrar las brechas y establecer agendas nacionales	10
Las décadas de 1940 y 1950: abriendo nuevos caminos	10
Los pasos siguientes: construcción de modelos	11
Las tendencias políticas cambian y se inicia una nueva etapa	13
Cambios sociales en el Perú	14
La respuesta de la USAID a la nueva dinámica social	14
Las décadas de 1960 y 1970: tiempos para crecer	14
La década de 1980: sucesos insólitos dan lugar a migraciones y necesidades	16
Buscando salidas a la pobreza	17
Nutrición	18
Planificación familiar y salud reproductiva	18
Supervivencia infantil	19
EL HORIZONTE MODERNO:	
EXPANSIÓN Y EVOLUCIÓN	21
La década de 1990: la recuperación económica trae rápidos progresos	22
Salud Básica para Todos	24
Supervivencia infantil	25
Mejoras en el tratamiento de enfermedades infecciosas	28
Salud materna	31
Planificación familiar y salud reproductiva	31
VIH/sida	36
Fortalecimiento del sistema de salud	38

Los años 2000: construyendo amistades y ampliando alianzas	40
Salud reproductiva y planificación familiar	43
Salud materna y salud infantil	46
VIH/sida	51
Enfermedades infecciosas	53
FORTALECIMIENTO DEL SECTOR SALUD	57
Descentralización del sector salud	58
Calidad y acceso en el cuidado de la salud	60
Los sistemas detrás del sistema de salud	66
EL PERÚ TIENE UN FUTURO SALUDABLE	69
Los años finales del apoyo de la USAID al sector salud del Perú . . .	71
Indicadores de salud	71
Desafíos actuales de la salud pública en el Perú	72
Perspectivas del futuro del sistema público de salud del Perú	74
Perú, país en transición a ser líder en el desarrollo	74
Apéndice: metodología y proceso de recojo de la información.	77
Documentos referenciales	79

ACRÓNIMOS

ABC	Abstinencia, ser fiel, usar preservativo
ACT	Terapia combinada con una base de artemisinina
APPF	Asociación Peruana de Protección Familiar
APROPO	Apoyo a Programas de Población
AQV	Anticoncepción quirúrgica voluntaria
ART	Tratamiento antirretroviral
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CPR	Tasa de prevalencia de anticoncepción moderna
CSAP	Proyecto de Acción por la Supervivencia Infantil
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DOTS	Terapia de observación directa de corto plazo
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
FETP	Programa de Entrenamiento de Epidemiología de Campo
FFP	Alimentos para la Paz
GOP	Gobierno del Perú
HCM	Proyecto de Municipios y Comunidades Saludables
HPI	Iniciativas de Políticas en Salud
IAB	Instituto Andrés Barbero
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
IRA	Infección respiratoria aguda
IRI	Riego intermitente en cultivo de arroz
MINSA	Ministerio de Salud
MR	Micro-red
MSH	Management Sciences for Health
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIMNI	Programa de Acciones Integrales para mejorar la Nutrición Infantil
PANFAR	Programa de Alimentación y Nutrición para Familias en Alto Riesgo
PF/SR	Planificación familiar/ Salud reproductiva
PHRplus	Partners for Health Reform Plus
PIM	Metodología para la mejora del desempeño
PL 480	Programa de Alimentos para la Paz
PNPF	Programa Nacional de Planificación Familiar
PRAES	Promoviendo Alianzas y Estrategias
PROCETSS	Programa de Control de ETS y Sida
PSBT	Programa de Salud Básica para Todos
QHC	Calidad en el cuidado de la salud
RNPM	Red Nacional de Promoción de la Mujer
RPM	Rational Pharmaceutical Management
SCISP	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
SINEACE	Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación de la Calidad Educativa
SIS	Seguro Integral de Salud
SISMED	Sistema Integrado de Abastecimientos Médicos
SISMUNI	Sistema de Información de Base Comunitaria
SRHO	Sales de rehidratación oral
TBC	Tuberculosis
TMM	Tasa de mortalidad materna
TRO	Terapia de rehidratación oral
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USMP	Universidad de San Martín de Porres
VIGÍA	Enfrentando a las Amenazas de las Enfermedades Infecciosas Emergentes

PRÓLOGO

por BRIAN A. NICHOLS, embajador de los Estados Unidos en el Perú



© USAID

En representación del Gobierno de los Estados Unidos de América felicito al Gobierno del Perú por su intenso trabajo, dedicación y sostenida excelencia en mejorar los sistemas de salud del país. Hace más de 70 años, los Gobiernos de los Estados Unidos y del Perú se unieron para trabajar en la gran tarea de transformar el sistema de salud del Perú. Nuestras dos naciones, juntas, han realizado destacados avances en la mejora de la salud y el bienestar de los peruanos, y estoy orgulloso de celebrar los esfuerzos del Gobierno de los Estados Unidos en ayudar al Perú a alcanzar logros tan importantes en la mejora de la salud.

Tan temprano como 1942, el Gobierno de los Estados Unidos inició el apoyo al sector salud del Perú con el establecimiento del Servicio de Cooperación Interamericano de Salud Pública. Gracias a ese servicio, profesionales de la salud de ambos países construyeron dispensarios de salud y hospitales y capacitaron a futuros líderes de la salud a lo largo y ancho del Perú. Este vigoroso comienzo puso la base para las posteriores inversiones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional desde 1965 hasta 2015.

Desde esos inicios visionarios hemos venido colaborando para lograr resultados impactantes. La mortalidad infantil y materna disminuyeron en 78 % y 65 % respectivamente a lo largo de las dos últimas décadas. Actualmente, más del 95 % de los niños peruanos reciben vacuna contra el sarampión, comparado con el 58 % al inicio de los 90. La desnutrición infantil bajó del 38 % en 1990 al 18 % en 2010, y el 70 % de los peruanos tienen ahora un seguro de salud. Estas cifras no son solo estadísticas en papel. Representan transformaciones positivas y muy significativas para millones de familias peruanas.

A pesar de logros tan significativos, quedan importantes retos. Las instituciones gubernamentales peruanas y sus aliados deben expandir los servicios, particularmente a los que viven en áreas rurales a quienes dichos servicios no llegan, a pesar de los sorprendentes logros alcanzados. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud debe continuar desempeñando un importante papel en el desarrollo global de la salud, a través de la colaboración con otros países en el desarrollo de políticas y participando en intervenciones ante amenazas y desafíos comunes. Así, el Ministerio continuará como modelo para otros países de América Latina.

Nuestros éxitos en las pasadas décadas reflejan el firme compromiso de ambos Gobiernos para desarrollar e implementar reformas en salud para bien de todos los peruanos. El Gobierno de los Estados Unidos se siente orgulloso de los logros alcanzados conjuntamente en la mejora del sistema peruano de salud, por lo que felicitamos sinceramente al Gobierno del Perú por el enorme progreso alcanzado en la mejora de la salud de sus ciudadanos. Esperamos que los próximos años nos permitan continuar como aliados en diferentes caminos para alcanzar mayores logros.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Brian'.

Brian A. Nichols,
Embajador de los Estados Unidos en el Perú



Un bebé entre mantas de
alpaca, Caminos del Inca,
Cusco.



Resumen ejecutivo

El desarrollo sostenible es posible si se incorpora a las instituciones peruanas como socias, ofreciendo puestos de liderazgo a los equipos de trabajo nacionales y brindando asesoría para que logren asumir la dirección.



La salud y el desarrollo en el Perú tienen una historia excepcional. En los últimos 70 años los resultados en el campo de la salud han sido notables, y el presente informe da cuenta de esos éxitos y de la estrecha cooperación entre el Gobierno de los Estados Unidos de América y el Gobierno del Perú. Esta colaboración empezó en 1942, y estuvo basada en el respeto mutuo y el compromiso compartido de mejorar la vida de la población, como condición fundamental para asegurar el crecimiento del sector salud en el Perú.

En 1961, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) se convirtió en la agencia líder en asistencia internacional para la planificación en la salud en el Perú. En la siguientes décadas, y a pesar de las dificultades políticas, sociales y económicas, el Perú logró importantes avances en el área de la salud y, al mismo tiempo, enfatizó el desarrollo económico y acciones para la reducción de la pobreza, logrando el crecimiento del producto bruto

interno y un incremento per cápita del 787 % y 564 % desde los años 1990 a 2013, respectivamente¹. Este crecimiento económico del Perú hizo posible que la USAID orientara sus esfuerzos en salud hacia áreas de mayor necesidad de apoyo financiero y con mayor incidencia de problemas de salud.

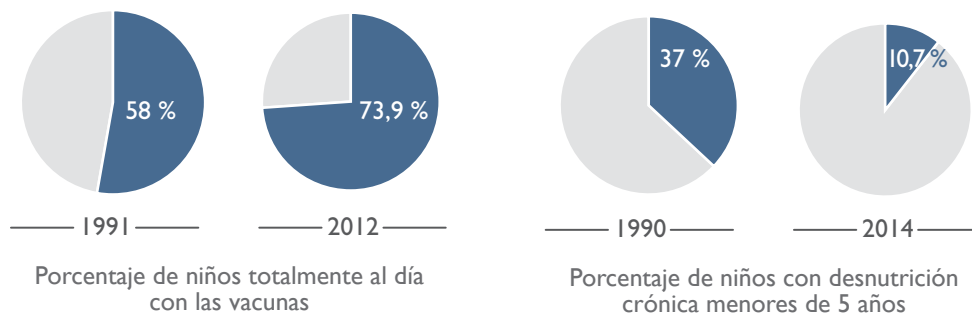
La colaboración permanente entre el Ministerio de Salud de Perú (MINSA) y la USAID ha fortalecido el sistema de salud del país en muchas áreas, cuyos avances se reflejan en importantes indicadores de salud de las últimas décadas. En esta colaboración destaca la mejora de la supervivencia infantil y de la salud materna, el incremento sostenido del acceso a los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar, el aumento de la calidad de los servicios de salud, el apoyo para la prevención del VIH/sida y otras enfermedades infecciosas y el aporte a la reforma de áreas críticas del sector.

ARRIBA: Taller regional para mejorar la calidad en el cuidado de personas con tuberculosis, Madre de Dios, setiembre de 2010.

Progreso en indicadores críticos de salud

La sostenida alianza de la USAID con el Perú ha permitido que el país alcance resultados impresionantes en salud, como los siguientes:

- La población peruana tiene mayor acceso a información y a servicios de planificación familiar, lo que permite que las familias puedan decidir si tendrán hijos, cuántos y cómo tenerlos.** La disminución de la tasa de fertilidad de 3,5 a 2,5 entre los años 1991 y 2014 ha sido significativa². Durante ese mismo periodo, la mortalidad materna disminuyó 65 % y el número de mujeres que tuvieron su parto en algún centro de salud se incrementó en 80 %. En 1990, hubo 265 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, y la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos fue solo 19,9 %. En el año 2010 la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos subió a 67,2 % y la muerte materna descendió a 93 por 100 000 nacidos vivos^{3,4,5}.
- La población infantil tiene mayores tasas de vacunación y menor desnutrición crónica.** A inicios de la década de los 90, solo 58 % de la población infantil peruana estaba al día en sus vacunas; en el año 2012, 73,9 % de esa población menor de 24 meses había recibido todas sus vacunas⁶. Durante esas dos décadas, la tasa de desnutrición infantil crónica de niños menores de 5 años se redujo a la mitad, bajando de 37 % en 1990 a 18 % en 2010 y a 10,7 % en 2014.⁷ Estas mejoras contribuyeron a una disminución



En una comunidad en el Perú, un familiar muestra con orgullo a un bebé que se ha beneficiado con lactancia materna exclusiva. La comunidad se encuentra en una zona de cuenca de un programa de supervivencia infantil ejecutado por el Proyecto HOPE/Perú en el región de San Martín. Sus intervenciones incidian en nutrición infantil, incluyendo lactancia materna exclusiva, control de enfermedades diarreicas e inmunizaciones.



© 2002 VIRGINIA LAMPRECHT, CORTESÍA DE PHOTOSHARE

A menos que se indique fuente diferente, todas las cifras y gráficos en este informe están basados en la documentación del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Lima, Perú.

Todas las iniciativas y proyectos en el Perú han tenido como fundamento dos principios básicos:

- *Alianzas basadas en la colaboración y confianza*
- *El compromiso y empoderamiento de la comunidad*



A través del proyecto Buen Inicio la USAID, conjuntamente con UNICEF, ha contribuido a mejorar la salud en las comunidades peruanas desde 1998 hasta 2006. El proyecto Buen Inicio es una iniciativa para promover el óptimo crecimiento temprano y el desarrollo de la población infantil en zonas urbanas y periurbanas de Apurímac, Cajamarca, Cusco y Loreto.

significativa de la mortalidad infantil. Mientras que en 1990 la tasa era de 57 por cada 1000 nacidos vivos, en 2014 fue de 17⁸, y en 2014 la tasa de mortalidad infantil de niños menores de 5 años llegó a 20 por cada 1000 nacidos vivos⁹.

■ **La población peruana avanzó hacia el control de enfermedades infecciosas como la malaria.**

La Iniciativa Amazónica Contra la Malaria de la USAID colaboró con el Perú y otros siete países de la cuenca amazónica para adoptar mejores prácticas internacionales en la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmitidas por insectos, monitoreando la calidad de las medicinas y la resistencia a ellas y mejorando el control de esas enfermedades. Durante el tiempo de duración de la Iniciativa, los casos de malaria en las Américas disminuyeron en 65 %, bajando de 1,2 millones de casos en el año 2000 a 427 000 en el año 2013¹⁰.

Alianzas para la construcción de un sistema de salud a la altura de los retos

La USAID ha trabajado codo a codo con el sector salud del Gobierno peruano para alcanzar logros estratégicos en ese rubro. La colaboración de la USAID con el MINSA y con los Gobiernos regionales ha sido fundamental para el progreso del Perú en materia de salud. Cada iniciativa y cada uno de los proyectos de la USAID ha contenido dos principios:

- **Alianzas basadas en la colaboración y la confianza.** Para el éxito y sostenibilidad de los proyectos de la USAID en el Perú, han sido esenciales el

desarrollo de altos grados de participación y colaboración entre los principales actores en cada nivel. En la medida en que el Perú desarrollaba sus capacidades en su sistema de salud, la función del Gobierno de los Estados Unidos también se modificaba, en un tránsito de la provisión de servicios a la asistencia técnica y el apoyo presupuestal, particularmente en el ámbito regional. En tanto existía una sólida alianza entre autoridades de salud, oficinas gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil para realizar un trabajo conjunto, era posible lograr compromisos políticos, liderazgo local y aportes en tiempo y recursos.

- **Compromiso y empoderamiento de la comunidad.** Las respuestas más efectivas a los retos del desarrollo provienen de las mismas comunidades. El equipo de la USAID trabajó de manera consistente y cercana a los líderes de la comunidad, sosteniendo con frecuencia el diálogo para atender sus preocupaciones, prioridades y opciones éticas, asociándose con ellos para encontrar e implementar soluciones apropiadas. Cuando era posible, la ejecución de los proyectos estuvo a cargo de las mismas organizaciones comunales y de las autoridades locales. En esos casos, la USAID proporcionó apoyo y la asistencia técnica necesarios y, en lugar de buscar soluciones para problemas específicos, su orientación era delegar poder a las personas y a las comunidades, entregándoles herramientas y desarrollando sus capacidades para que pudieran hacer su propio camino al desarrollo.

Estos dos principios son los que han guiado muchos proyectos e iniciativas de la USAID

en el Perú, y han permitido fortalecer el sistema de salud peruano. Entre las áreas más beneficiadas están la vigilancia en salud, la recolección de información empírica, y su uso para la toma de decisiones, para el acceso a los servicios y al tratamiento de los pacientes, a la calidad de los servicios de salud y la gestión. A continuación, una breve descripción de los programas que destacaron en cada una de estas áreas.

Vigilancia en salud, recolección de información empírica y toma de decisiones

Uno de los más importantes logros y legados de la alianza de la USAID en el Perú es, tal vez, el éxito sostenido por las Encuestas Demográficas y de Salud, que permiten al país recoger información empírica consistente y exacta para tomar decisiones informadas. La USAID trabajó con el MINSA para llevar a cabo encuestas continuas de salud de cobertura nacional. Estas encuestas contribuyeron a que los decisores de políticas pudieran tener una mejor comprensión de la salud y de las tendencias en la población. Anteriormente, la recolección de información empírica sobre fertilidad, sobre salud reproductiva, materna e infantil, sobre inmunizaciones y supervivencia a enfermedades, sobre VIH/sida, malaria y otras enfermedades infecciosas, así como sobre raquitismo y situación nutricional se recogía cada cinco años. Ahora, en cambio, esta información se recoge anualmente. Actualmente, los funcionarios de salud disponen de información actualizada para el diseño de proyectos, para el monitoreo y evaluación de programas de salud y para la formulación de políticas.

Mayor acceso a los servicios de salud y tratamiento médico

Una activa alianza promovida por la USAID con agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, proveedores de servicios de salud y grupos de la comunidad hizo posible el apoyo al MINSA para mejorar el acceso de la población peruana a los servicios de salud y al tratamiento médico, incluyendo a quienes viven en las áreas más remotas y marginales del país. Entre los éxitos más notables están los siguientes:

- **Efectiva vacunación contra el sarampión del 95 % de la población objetivo**¹¹. En el año 1999 el Perú logró el 95 % de cobertura nacional en la vacunación contra el sarampión, mediante la colaboración de la USAID, organizaciones no gubernamentales y comunidades locales en el área de supervivencia infantil e inmunización.
- **Incremento del acceso de las mujeres rurales a servicios vitales de salud materna**. Las casas de parto apoyadas por personal especializado han permitido a las mujeres optar bien por el parto horizontal (acostadas de espaldas durante el parto) o bien por el tradicional parto vertical (dando a luz de pie o sentadas). La disponibilidad de servicios de parto adaptados culturalmente ha llevado a que más mujeres usen las casas de parto especializadas, con el consiguiente logro de vidas salvadas y menor mortalidad materna en el país.
- **Fortalecimiento de la planificación familiar y acceso a anticonceptivos**. Con el apoyo de proyectos financiados por la USAID y por ONG locales, el MINSA ha hecho importantes y sostenidos progresos a lo

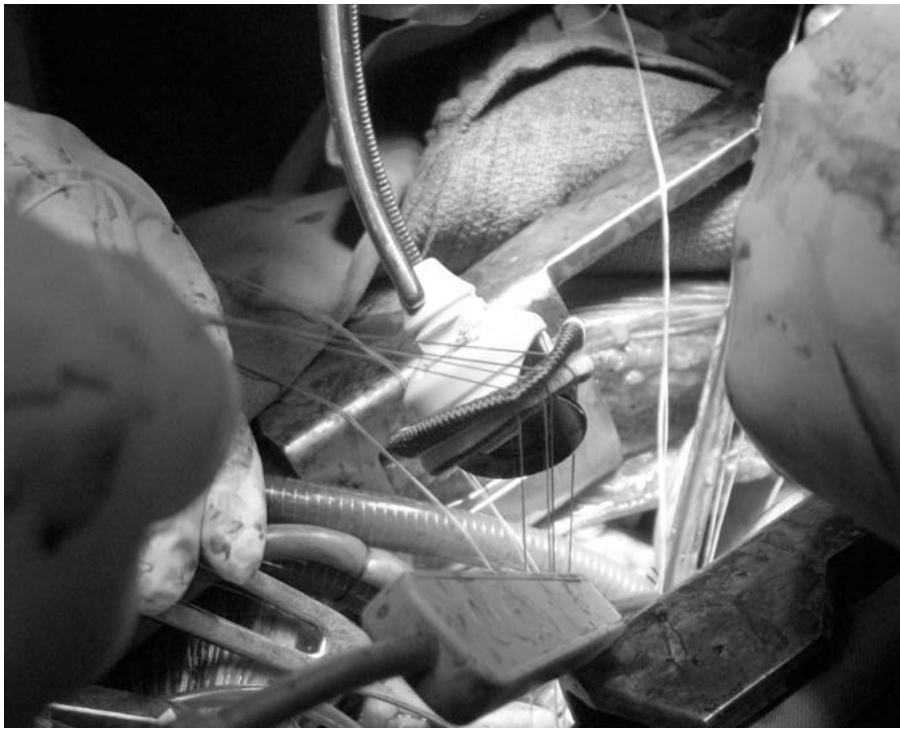
largo de los años en el fortalecimiento de su sistema logístico, y desde el año 2004 se logró cubrir en su totalidad el costo para el acceso a los anticonceptivos. Estas iniciativas mejoraron la disponibilidad de anticonceptivos en todo el país¹².

- **Dramática reducción de la mortalidad por tuberculosis**. En 1991 el Perú inició el uso de la estrategia de Terapia de Observación Directa de Corto Plazo (DOTS/DOTS-Plus para diagnosticar y tratar la tuberculosis resistente a drogas múltiples (TBC). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el programa peruano como modelo para el resto del mundo, porque dio la primera evidencia de que la estrategia DOTS/DOTS-Plus prevenía nuevos casos de TBC¹³. Las tasas de curación con el programa DOTS-Plus apoyado por la USAID superaron el 89 % en Lima y las tasas de mortalidad por TBC en el Perú cayeron en más del 50 % entre 1991 y 2001¹⁴. El Perú es uno, entre un puñado de países altamente afectados por este problema, que ha alcanzado las metas de la OMS para el control de la TBC, con el 70 % de casos detectados y una tasa de 85 % de pacientes curados¹⁵.
- **Implementación del seguro universal de salud**, fortalecimiento de la calidad del cuidado en salud y ampliación del acceso a los servicios de salud. En el año 2009, el MINSA desarrolló el sistema de seguro universal de salud con el apoyo de la USAID. Con la aprobación de la ley que posibilitó este nuevo sistema, la cobertura del seguro de salud en el Perú se incrementó del 32 % en el año 2000 al 70 % en 2014¹⁶, abriéndose la posibilidad de que muchas familias peruanas pudieran acceder a servicios de salud de alta calidad.

Mejor calidad en el cuidado de la salud y en su gestión

La calidad del cuidado de la salud reposa en la capacidad del personal administrativo y gerencial del sistema de salud. El desarrollo de capacidades de los trabajadores de salud peruanos constituyó un objetivo fundamental de la USAID, para lo cual dedicó esfuerzos significativos que han beneficiado directamente a los establecimientos de salud, a los profesionales y administradores de salud, y a los usuarios del sistema a través de varias iniciativas transversales. He aquí algunos ejemplos:

- **Desarrollo de un sistema de vigilancia en hospitales** y creación de estándares empíricos de cuidado de salud basados en la metodología de la mejora del desempeño (PIM, según sus siglas en inglés). Esta metodología fue útil para la estandarización de normas y métodos de la calidad de servicios de salud regionales. Esta estandarización se incorporó al plan nacional de fortalecimiento de atención primaria de salud y, como consecuencia, ocho universidades regionales empezaron a usar esta metodología en su currículo para la formación de profesionales de la salud en la etapa de preeservicio y en la etapa de formación y aprendizaje continuos en servicio.
- **Apoyo a la creación de sistemas nacionales de acreditación médica** y al entrenamiento de 10 000 técnicos y administradores de salud en todo el país. La USAID contribuyó a la creación de sistemas de acreditación para escuelas de medicina, enfermería y obstetricia, así como para crear la entidad nacional autónoma para la evaluación, acreditación y certificación de la educación superior del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE). Esta



Cirujanos de los Estados Unidos y del Perú trabajan conjuntamente para reemplazar una válvula mitral del corazón por una mecánica, como parte de una misión dedicada a proporcionar cirugía cardiotorácica a la población peruana más necesitada. La misión tiene, además, otros proyectos humanitarios en la zona que incluyen una clínica en una ciudad cercana, un programa de desarrollo para el tratamiento del agua y ayuda a un orfanato local.

entidad, ahora financiada totalmente por el Gobierno del Perú, administra la certificación en todo el entorno nacional y los exámenes periódicos de recertificación en medicina, enfermería y obstetricia.

Mirando al futuro

Las continuas mejoras en la disponibilidad y calidad de los servicios de la salud permitieron al Perú hacer avances sólidos para alcanzar los objetivos dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud, particularmente la meta 4 (reducción de la mortalidad infantil) y la meta 5 (mejora de la salud materna).

Desde 1986 y con el apoyo significativo de la USAID, el Perú disminuyó la mortalidad infantil en 78 %. En 2012, el Perú logró sobrepasar la meta 4, reduciendo la mortalidad infantil en dos tercios entre 1990 y 2015. También logró la disminución en 69,4 % de la tasa de mortalidad materna en los periodos de 1990 a 1996 y de 2004 a 2010. El país continúa en el esfuerzo por alcanzar la meta de 75 %.

Los testimonios detrás de los logros y las lecciones aprendidas son relevantes para otros países que trabajan para incrementar el acceso a los servicios de salud de alta calidad. Los enfoques, las estrategias y las herramientas



© 2007 ANDREA CINCOTTA/PEACE CORPS

desarrolladas y probadas en proyectos piloto pueden ser adaptadas para su aplicación alrededor del mundo.

La USAID está orgullosa de haber colaborado con el Perú para alcanzar sus logros en el sector salud a lo largo de los últimos 55 años. En el año 2015, la USAID culminará el Perú sus actividades bilaterales en salud, con la seguridad del compromiso del Gobierno peruano de continuar mejorando la salud de sus ciudadanos y con la certeza de que la fructífera relación bilateral entre los Estados Unidos de América y el Perú evolucionará con los años hacia nuevas formas de alianza en el campo de la salud regional y global.

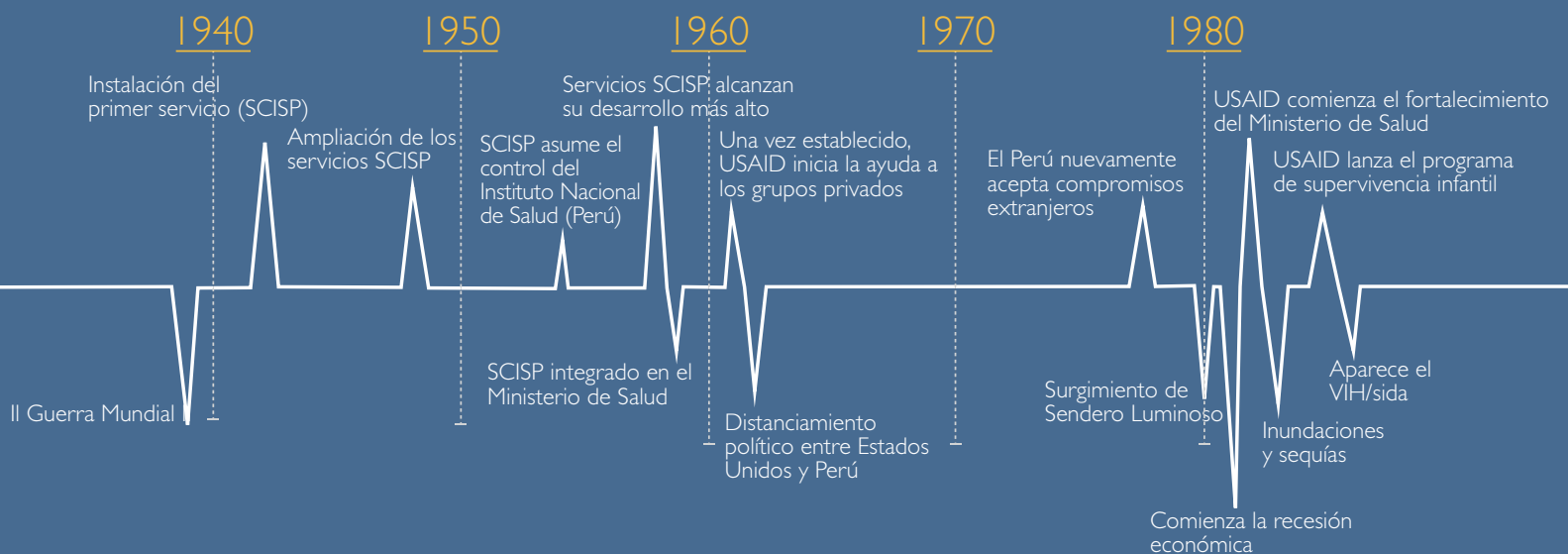


1940-1980

Los años iniciales:

los Estados Unidos y el Perú, unidos por la salud

Durante el periodo 1940-1980 las florecientes relaciones cambian con las contracciones y expansiones políticas, económicas y sociales.



Las décadas de 1940 y 1950: abriendo nuevos caminos



6208
población en
millones, 1940



6,9
tasa de fertilidad total,
1950¹



n/a*
tasa de mortalidad de niños
menores de 5 años por
cada 1000 nacidos vivos



n/a*
porcentaje del retraso del
crecimiento en niños



n/a*
mujeres que murieron por
causas maternas por cada
100 000 partos



n/a*
producto bruto interno
en millones de dólares

FUENTE:
¹INEI Censo Nacional de Población y Vivienda

*Datos no disponibles en el momento de la
publicación

El servicio: un modelo de cooperación para el desarrollo

En 1942, Nelson Rockefeller, director de la Oficina de Asuntos Interamericanos, estableció en el Perú el Instituto para Asuntos Interamericanos, lo que significó un cambio sustancial en las relaciones entre el Perú y los Estados Unidos de América. El Instituto tenía la aprobación y el auspicio del Congreso de los Estados Unidos y su objetivo era llevar a cabo programas de cooperación en salud pública y desarrollo agrícola con los Gobiernos de América Latina.

El Instituto de Asuntos Interamericanos suspendió la práctica que había aplicado el Gobierno de los Estados Unidos de proporcionar asesoría técnica, de servicios y de expertos al Perú de manera poco sistemática, planteándose un enfoque de colaboración para el desarrollo a largo plazo, con un sistema de propiedad y administración conjuntos que llevaron el nombre de *servicios*.

El primer servicio creado en el Perú, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), se incorporó al MINSA, desde su creación en julio de 1942. Más tarde, ambos países crearon similares servicios en los Ministerios de Agricultura, Educación y

otros sectores, que se convirtieron en núcleos de asistencia técnica para los Estados Unidos en el Perú. La mayoría de sus actividades estuvieron canalizadas a través de estos servicios.

Los primeros pasos: cerrar las brechas y establecer agendas nacionales

El SCISP, como socio pleno, atendía los intereses de los Gobiernos de los Estados Unidos y del Perú. Sus primeros proyectos se desarrollaron en las regiones amazónicas de San Martín y Loreto, y en las ciudades de Tingo María en la selva alta y Chimbote en la costa norte. Estos lugares atendían los intereses de Estados Unidos, que tenía necesidad de un lugar en la costa para construir una base aérea, así como medicina y productos tropicales para la guerra. Estos lugares también eran convenientes para el Perú, pues sus recursos limitados no habían permitido que el MINSA pudiera atender las necesidades de salud en esas áreas.

El SCISP inició su trabajo con la construcción de dispensarios médicos y hospitales en Tingo María, Chimbote, Iquitos, Pucallpa, así como en otros pueblos y comunidades. Adicionalmente a la instalación de nuevos centros de salud, que eran necesarios para

el MINSA, el SCSIP también intervino en el mejoramiento de la salud pública y en el fortalecimiento de las capacidades del Perú en medicina preventiva.

La decisión del SCISP de contratar personal local en medicina e ingeniería para las nuevas instalaciones médicas contribuyó a crear empleo y entrenamiento calificado para un equipo de profesionales. Asimismo, sentó las bases para que en los años siguientes la USAID promoviera una política sostenida de brindar entrenamiento en los Estados Unidos a los profesionales peruanos de la salud. Esto constituyó un factor clave para el éxito de las mejoras en muchos aspectos de la salud pública.

Los pasos siguientes: construcción de modelos

Al terminar la guerra, el SCISP puso énfasis en el reforzamiento de la salud preventiva y la salud pública, ampliando el trabajo en San Martín, Iquitos, Tingo María y Chimbote: ofrecía más servicios de salud pública a las poblaciones locales que el MINSA en otras partes del país.

El centro de salud del SCISP en Tingo María proporcionaba más servicios de salud pública que cualquier otro en el Perú, aparte

de Lima. El centro ofrecía educación en salud, control de enfermedades infecciosas, parteras, higiene dental, control de vectores y roedores, abastecimiento de agua, eliminación de aguas residuales e ingeniería sanitaria. El SCISP también tenía un hospital en la ciudad que atendía casos de cirugía tradicional y servicios médicos, incluyendo maternidad y cuidado pediátrico, así como tratamiento para la tuberculosis. Los residentes en zonas rurales tenían acceso a centros de salud, postas de salud y a servicios rurales ambulatorios de salud.

En la pequeña ciudad costeña de Chimbote, el SCISP construyó un hospital con capacidad para 50 camas e instaló un centro de salud; además, creó un centro de abastecimiento de agua e infraestructura para aguas residuales, secado de pantanos, administró una planta para la yodación de la sal y organizó un control sostenido de la malaria y programas de salud pública. Podría decirse que Chimbote hubiera tenido más problemas debido a su crecimiento acelerado (hoy alberga a 370 000 personas) por convertirse en la “ciudad capital” de la pesca y de la industria del acero si el SCISP no hubiera sentado previamente las bases de salud pública.



En su momento de más alto desarrollo, el SCISP llegó a instalar en estas regiones ocho importantes centros de operaciones, así como muchas postas y servicios de salud. Los servicios no solo incluían tratamiento médico: también proporcionaban información sobre higiene dental, control de roedores, abastecimiento de agua, eliminación de aguas residuales e ingeniería sanitaria.

Muchos se convirtieron en centros para el entrenamiento de enfermeras e inspectores sanitarios de salud pública y facilitaron la salida de peruanos a los Estados Unidos para el estudio de esta materia.





ABAJO, DE IZQUIERDA A DERECHA: Estas fotos fueron tomadas de un sitio de Facebook (www.facebook.com/ChimpoteenBlancoyNegro/photos), y claramente muestran la inauguración del Hospital La Caleta de Chimbote el día 15 de mayo de 1945. Fotógrafo de nombre desconocido. El hombre en el centro, en la foto de la izquierda, es el doctor Víctor Manuel del Águila González, exdirector del hospital.

ABAJO, EN EL CENTRO: Jorge Baca Luna y el doctor Honorio Durand con socios desconocidos.



"Cuánta nostalgia al contemplar esta fotografía con personas a quienes conocí en mi niñez en la lejana hacienda Rinconada, donde nací en 1955... El doctor Palomino y su esposa Alicia vivían en la recta de casas destinadas a los empleados, pegada a la línea del tren. Por allí quedaba la Casa-Hacienda, la casa de mi tío Santiago Mimbela, del señor Díaz (en la foto) y mi madrina Susana..."

—comentarios de Luis Ríos Mimbela



En la pequeña ciudad costeña de Chimbote, el SCISP construyó un hospital con capacidad para 50 camas, instaló un centro de salud, abastecimiento de agua e infraestructura para la eliminación de aguas residuales y drenaje de pantanos, administró una planta de yodación de la sal y estableció un control fuerte de la malaria y programas de salud pública.

En Lima, el SCISP instaló el Centro de Medicina Preventiva en el distrito del Rímac, que luego se transformó en un importante centro de salud para la ciudad, ampliando sus actividades de salud pública para incorporar la atención de higiene en todas las edades, control de TBC, salud sexual, higiene dental, nutrición, ingeniería sanitaria y estadística. También se convirtió en un centro para el entrenamiento en salud pública de enfermeras e inspectores sanitarios y posibilitó el acceso de muchos peruanos a los Estados Unidos para seguir estudios en salud pública.

Los éxitos del SCISP conducían a establecer excelentes relaciones con el MINSA, que recurría al SCISP para la asistencia en educación en salud, nutrición y estadística en salud. A fines de 1940, el MINSA solicitó que el SCISP pudiera involucrarse en actividades marginales a la salud pública y, así, en 1948 el SCISP tomó la dirección del programa nacional de salud ocupacional con el objetivo de estudiar los riesgos en salud en el trabajo en las minas y realizar exámenes médicos a los mineros para definir la posible compensación por discapacidad para los problemas de salud ocupacional. Luego de cinco años de administración del SCISP, este programa fue reconocido internacionalmente como

uno de los mejores en América Latina, pues se atendía los intereses de los trabajadores y de la industria minera. Los países vecinos empezaron a usar este programa para fines de entrenamiento.

Unos años más tarde, en 1954, el MINSA solicitó al SCISP asumir la administración del Instituto Nacional de Salud del MINSA, que se ocupaba de la producción de vacunas y otros productos biológicos. Luego de realizar una reorganización total de la estructura administrativa del laboratorio, el SCISP creó un sistema de producción de primer nivel. Al cabo de seis años, bajo la administración del SCISP, se logró despertar la confianza en las vacunas peruanas y se pudo reemplazar las vacunas importadas para enfermedades tales como sarampión, tos convulsiva, tétano y rabia con productos locales; por primera vez se inició su exportación.

Las tendencias políticas cambian y se inicia una nueva etapa

A inicios de 1950, crecía la aceptación del concepto de operaciones centralizadas y los Estados Unidos estimulaban al MINSA a tomar bajo su dirección los programas y

unidades de salud que estaban administrados por SCISP. En 1954, la unidad de Loreto fue la primera que retornó al MINSA, y en los años siguientes fueron regresando todos los programas y unidades de salud. A fines de 1961, el SCISP había dejado de ser un servicio y el resto de sus actividades fueron absorbidas por el MINSA.

La Alianza para el Progreso que propuso el presidente John F. Kennedy tenía como objetivo fortalecer las relaciones con América Latina, y la fundación de la USAID en 1961 marcaba una nueva fase en lo concerniente a la cooperación técnica y económica entre los Estados Unidos y el Perú. El primero firmó nuevos convenios de asistencia técnica con el MINSA para proporcionar el tipo de servicios que el servicio había ofrecido, sea a través de la contratación directa de técnicos o a través de convenios. El legado del servicio como un mecanismo para la estimulación de la tecnología continúa: el MINSA sigue aplicando métodos científicos para la solución de problemas y procedimientos modernos.

Entre los años 1961 y 1981, la población creció 65 %, más de siete millones de personas.²¹

Las décadas de 1960 y 1970: tiempos para crecer

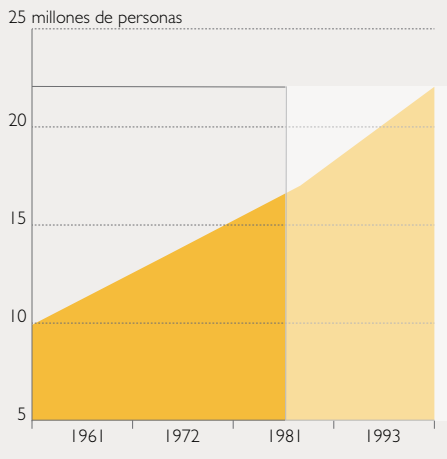
Cambios sociales en el Perú

Entre 1962 y 1977, la población del Perú creció a un promedio de 3 % anual. El país había experimentado el flujo migratorio de la sierra a la selva y a la costa, así como desde el campo a zonas urbanas, en particular a Lima, y el Perú mostraba una de las concentraciones de pobreza más grandes en América del Sur, con seis millones de pobres en la sierra y dos millones en zonas urbano-marginales.

Aun cuando el producto bruto interno (PBI) per cápita había aumentado entre 1960 y 1970, muchas familias peruanas vivían todavía en situación de pobreza, como lo muestra el PBI per cápita de \$ 548¹⁷ en 1970. En 1968, el Gobierno peruano inició un proceso de integración de la población en pobreza al desarrollo. Instituyó la reforma agraria, que beneficiaba a 342 000 familias sin tierra, y abolió el viejo sistema agrícola del latifundio. También llevó a cabo una educación descentralizada y bilingüe para millones de niños y niñas que no hablaban el español y promulgó una ley de población, llamando a la paternidad responsable.

La respuesta de la USAID a la nueva dinámica social

En los inicios de 1960, cuando no se percibían con claridad los efectos del crecimiento poblacional, la USAID promovió diversos proyectos de planificación familiar en el Perú. Las actividades consistían en apoyo a grupos de la sociedad civil, como la Asociación Peruana de Protección Familiar (APPF), afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar, y financiaba estudios a través del Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD). Sin embargo, los proyectos tuvieron corta vida, la APPF fue disuelta luego de que el Ejército asumiera el poder, y el CEPD se dedicó exclusivamente a la investigación. En el mes de agosto de 1976, el Perú desarrolló una política de población a cargo del nuevo presidente, el general Francisco Morales Bermúdez, en tanto se reconocía que era competencia del Gobierno, pues un rápido crecimiento de la población ponía en riesgo el desarrollo económico sostenible del Perú. A mediados de los 70, la USAID auspició un modelo económico-demográfico



9907
población en millones, 1961¹



6,9
tasa de fertilidad total, 1960



109
tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, 1960



n/a*
porcentaje del retraso del crecimiento en niños



n/a*
mujeres que murieron por causas maternas por cada 100 000 partos



\$2504
producto bruto interno en millones de dólares, 1960²

FUENTE:

¹INEI Censo Nacional de Población y Vivienda

²Banco Mundial

*Datos no disponibles en el momento de la publicación



Una madre carga a su hijo mientras mira su barrio con chozas sobre pilotes en Belén, en el río Amazonas (Iquitos).

que se implementó en cooperación con el Instituto Nacional de Planificación del Perú, y que mostraba que los objetivos de progreso económico y social a mediano y largo plazo no serían posibles con una tasa de crecimiento poblacional de más de 3¹⁸.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre el Cuidado de la Salud Primaria Alma Ata aprobó la primera declaración internacional sobre la importancia de la salud primaria, y delineó la función y responsabilidad de los Gobiernos en la protección de la salud de su población. El año siguiente, el Gobierno peruano aprobó formalmente un plan nacional para el acceso a los servicios de salud primaria para mejorar las condiciones de salud de las personas. Se reconocieron como competencia del MINSA importantes aspectos de este plan, que incluían un enfoque en supervivencia infantil y salud

materna, así como la incorporación de planificación familiar y salud reproductiva.

El nuevo plan abrió paso a la colaboración directa entre la USAID y el Gobierno peruano en el sector salud y, en 1979, la USAID ejecutó dos proyectos integrados de salud primaria. El Proyecto Sur Medio era el proyecto piloto en la región Ica, que incluía el acceso a salud básica, nutrición y servicios de planificación familiar. Subsecuentemente, la USAID echó a andar el Proyecto de Extensión del Cuidado de la Salud Primaria, con el objetivo de fortalecer y ampliar el acceso a los servicios de salud rurales y en zonas urbano-marginales, así como integrar los servicios de planificación familiar en el cuidado de la salud en los sectores público y privado^{19,20}.



© USAID

En el Perú, un padre lleva a su bebé a una presentación de teatro callejero llamada Condonos de Esperanza. El objetivo del teatro callejero era combatir mitos y rumores sobre los métodos modernos de planificación familiar y alentar a la población a buscar información de los proveedores de la salud.

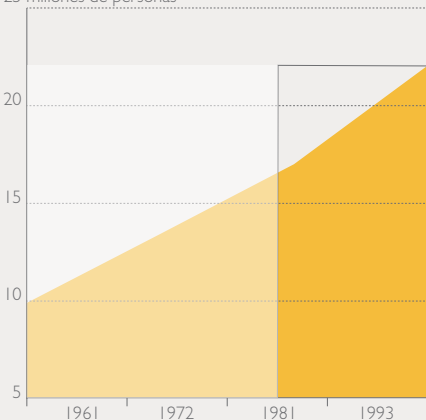
Entre 1981 y 1993, la población creció en cinco millones de personas.

La década de 1980: sucesos insólitos dan lugar a migraciones y necesidades

© 2011 | DAVID HUAMANI, CORTESÍA DE PHOTOSHARE



25 millones de personas



17 005
población en millones, 1981ⁱ



5,0
1980 tasa de fertilidad total, 1980ⁱⁱ



115
tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, 1986ⁱⁱⁱ



43,9
porcentaje del retraso del crecimiento en niños, 1984ⁱⁱⁱ



265
mujeres que murieron por causas maternas por cada 100 000 partos, 1980^{iv}



\$17 656
producto bruto interno en millones de dólares, 1980ⁱⁱⁱ

FUENTE:

ⁱINEI Censo Nacional de Población y Vivienda

ⁱⁱINEI, ENDES

ⁱⁱⁱBanco Mundial

^{iv}OMS Instituto para la Métrica de la Salud y la Evaluación

Una madre protege a su niño del polvo de un arenal en Alto Molino, Pisco.

“Sendero era un verdadero problema. Nuestras zonas de enfoque eran los fortines de Sendero, como Huancavelica y Apurímac. Allí íbamos para capacitar a los trabajadores en los centros y postas de salud, pero algunas veces teníamos que abandonar el lugar, porque Sendero estaba en los alrededores y no había nadie a quien capacitar”.

— Luis Seminario, exasesor del ministro de Salud y exespecialista en Gerencia de Proyectos, en la Oficina de Salud de USAID/Perú, trabajando en zonas conocidas como fortines de Sendero Luminoso.

Luego de once años de dictadura militar, que condujo a conflictos sociales y a una grave crisis económica, en 1979 se aprobó una nueva Constitución. Los 80 fue una década de desafíos. Se llevaron a cabo elecciones democráticas y, aunque el Gobierno de García (1985-1990) promovió reformas por la igualdad, una recesión lo dejó con escasos recursos para implementar una exitosa “estrategia de crecimiento con igualdad”. La década terminó con una hiperinflación que sobrepasaba los 3398 %²².

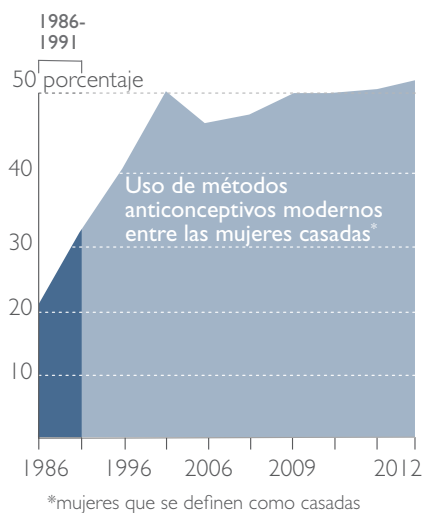
Al comenzar los años 80, la población del Perú estaba por encima de los 16 millones con un crecimiento anual de 2,8 %²³, una de las más altas en América Latina. La tasa nacional de mortalidad materna era de 265 muertes por 100 000 nacidos vivos. En junio de 1987, 44 % de la mortalidad infantil se ubicaba en niños menores de cinco años, y 65 % no llegaba al año. En 1986, la tasa de mortalidad infantil en el Perú era de 79 por 1000 nacidos vivos, la más alta en América Latina y casi 50 % más elevada que el promedio nacional de todos los países en la región²⁴.

La migración de las áreas rurales a las ciudades se había iniciado en 1970, y en 1980 seguía creciendo. El fortalecimiento de Sendero Luminoso, un grupo terrorista que entre 1980 y 1992 actuaba en las regiones andinas en el sur y en el centro del Perú, había presionado a muchas comunidades rurales a establecer grupos llamados *rondas campesinas* para la autodefensa contra los terroristas. La escalada de violencia entre esos grupos había llevado a un éxodo masivo y 600 000 personas se desplazaban de las comunidades rurales andinas hacia Lima u otros centros urbanos²⁵. En total, las actividades terroristas durante ese periodo mataron aproximadamente a 50 000 personas en el Perú, destrozando gran parte de la infraestructura y provocando conflictos masivos económicos y sociales²⁶. Los residentes en zonas rurales se trasladaban a zonas urbanas en busca de mejores oportunidades económicas y sociales, mayor seguridad, y para tener acceso a agua potable, electricidad, educación y servicios de salud. La rápida urbanización condujo al crecimiento de grandes pueblos jóvenes.

Buscando salidas a la pobreza

La recesión que tuvo lugar a inicios de 1980 precipitó una reducción del gasto público, especialmente en salud y educación. El MINSA tenía un presupuesto reducido y no podía proporcionar los servicios de salud en los niveles que requería su población meta, pues sus fondos estaban orientados al cuidado de la salud curativa, mas no a la prevención. En un intento por bajar la presión sobre el sistema nacional de salud, a fines de 1980 el MINSA comenzó a descentralizar la administración y recursos de salud hacia instancias regionales autónomas, pero no le fue posible completar el proceso de descentralización.

En este contexto, la USAID orientó algunos proyectos hacia varios sectores con el propósito de apoyar al Perú a superar su crisis económica y enfrentar sus problemas crónicos de pobreza rural y urbana, y, al mismo tiempo, aportar al reforzamiento de un proceso democrático por los derechos humanos. En los 80, la USAID abordó como



En julio de 1985, el Gobierno peruano aprobó el Decreto Legislativo N.º 346, que establecía que las parejas tenían el derecho a decidir el tamaño de familia que deseaban y a recibir información y servicios de planificación familiar de los establecimientos públicos.

aspectos centrales en salud la nutrición, la planificación familiar y la salud reproductiva, y la supervivencia infantil, así como el fortalecimiento del MINSA. Esto evolucionó hacia programas de salud del MINSA como nutrición, planificación familiar e información y supervivencia infantil.

La USAID focalizó su trabajo en la sierra y en zonas urbanas pobres. La mortalidad infantil en la sierra llegaba a 200 muertes por cada 1000 nacidos vivos y las mujeres en la sierra tenían altas tasas de fertilidad, 67 % de las mujeres rurales eran analfabetas²⁷. Si las mujeres jóvenes y niñas podían evitar un embarazo temprano, tenían la posibilidad de asistir al colegio por más tiempo. Del mismo modo, las mujeres con menos hijos contaban con más opciones para encontrar trabajo, lo que permitía aumentar los ingresos familiares²⁸. Por esta razón, la USAID diseñó programas en salud, planificación familiar, educación y servicios en nutrición para la población que vivía en la sierra.

El rápido crecimiento de la población en las ciudades del Perú constituía un desafío para el sector público, que tenía que atender las necesidades crecientes de servicios públicos,

que incluían el cuidado de la salud. En 1980, la USAID iniciaba el Proyecto de Salud Integral y de Planificación Familiar, que se ejecutaba de manera conjunta con el Proyecto Integrado de Salud Primaria, pues ambos tenían similares objetivos: elevar el uso de anticonceptivos entre las parejas peruanas en 60 %, a través de información en planificación familiar y en el acceso a anticonceptivos al alcance de sus presupuestos²⁹. Otros proyectos de la USAID continuaron el trabajo que había iniciado en 1979, integrando los servicios de salud primaria e incluyendo programas de planificación familiar y nutrición, para atender las áreas marginales en las grandes ciudades del Perú.

Nutrición

La USAID colaboró y coordinó con el Gobierno peruano con el fin de identificar, diseñar y evaluar políticas y programas para aliviar la desnutrición en el país, poniendo énfasis en la niñez preescolar y en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. La desnutrición tiene consecuencias negativas en la salud, en el crecimiento físico y

cognitivo, en su desarrollo intelectual y en sus capacidades de generación de ingresos³⁰. Por ello, la USAID puso énfasis en seguridad alimentaria y, como estrategia, proporcionaba ayuda en alimentos para aliviar la desnutrición entre las personas de bajos ingresos en zonas rurales, particularmente en la sierra y en la selva. En la zonas urbanas, la USAID apoyaba proyectos de alimentos para el trabajo que creaba una infraestructura básica para el desarrollo y que beneficiaba a alrededor de 1,5 millones de personas³¹.

Planificación familiar y salud reproductiva

Como se mencionó anteriormente, la Conferencia Alma Ata, que tuvo lugar en 1978, puso en evidencia la importancia de la planificación familiar y de la salud reproductiva como componentes fundamentales en la atención de la salud primaria. En el Perú, los responsables políticos empezaron a levantar temas como información sobre anticonceptivos y servicios, desnutrición y adecuado cuidado prenatal.

En julio de 1985, el Gobierno peruano promulgó el Decreto Legislativo N.º 346, que

declaraba que las parejas tenían el derecho a decidir sobre el tamaño de su familia y a recibir información sobre planificación familiar y servicios desde diferentes instituciones públicas. En tanto el MINSA y el Ministerio de Educación desarrollaban planes para implementar esta nueva política, la USAID otorgaba financiamiento a las organizaciones que ofrecían servicios y educación sobre población en zonas urbanas y rurales y capacitación al personal en salud y planificación familiar.

Supervivencia infantil

La USAID apoyó la creación del Grupo Coordinador de Acción para la Supervivencia Infantil en el Perú, que incluía a representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, MINSA, Instituto Peruano de Seguridad

Social (IPSS) y otros grupos de gobierno y no gubernamentales que tenían relación con la supervivencia infantil. Este grupo propuso que el MINSA pusiera énfasis en su rol normativo y como organismo para marcar normas de calidad mientras apoyaba a las ONG en la implementación en el terreno, en aspectos operativos de los programas de supervivencia infantil. Por lo tanto, las entidades privadas tenían autorización para ofrecer directamente servicios de salud y logísticos, con el apoyo del IPSS³².

La USAID también trabajó con el MINSA para fortalecer el sistema descentralizado para el acceso a los servicios de supervivencia infantil. En tanto el MINSA desarrollaba una política de comunicación en salud, a través de la investigación y de mensajes en medios masivos de comunicación para la promoción de la salud materna e infantil, la USAID se

enfocaba en el fortalecimiento del MINSA en todo el país, en los sistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica, así como en el apoyo a programas de entrenamiento para profesionales de salud en la administración clínica de algunas amenazas a la supervivencia infantil. La USAID aprobó el Proyecto de Acción para la Supervivencia Infantil en 1988.

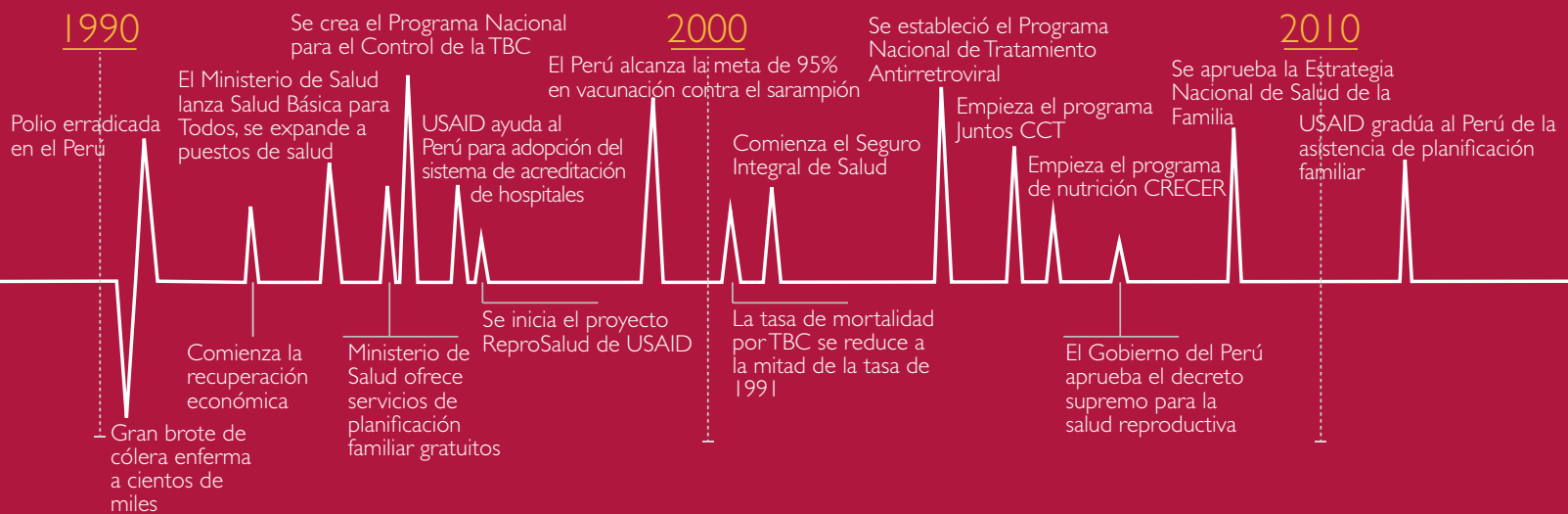
Tanto el Proyecto como el MINSA y el IPSS llevaron a cabo servicios de planificación familiar, aun cuando estaban vinculados con otros servicios de salud, tales como inmunizaciones u otras intervenciones en supervivencia infantil. En 1990, esta situación abrió el camino para considerar la urgencia de atender la planificación familiar como un aspecto independiente de la supervivencia infantil, con su propio financiamiento y proyectos.



Un médico se reúne con un grupo de pacientes en la región Puno del Perú para explicarles los servicios y costos del centro de salud.



El horizonte moderno: expansión y evolución





La década de 1990: la recuperación económica trae rápidos progresos



22 048
población en
millones, 1993ⁱ



3,5
tasa de fertilidad
total, 1991ⁱⁱ



92
tasa de mortalidad de niños
menores de 5 años por
cada 1000 nacidos vivos,
1992ⁱⁱ



37,3
porcentaje del retraso del
crecimiento en niños,
1991-92ⁱⁱⁱ



265
mujeres que murieron por
causas maternas por cada
100 000 partos, 1996ⁱ



\$25 710
producto bruto interno
en millones de dólares,
1990ⁱⁱ



66
esperanza de vida, 1990ⁱⁱⁱ

FUENTE:

ⁱINEI Censo Nacional de Población y Vivienda

ⁱⁱINEI, ENDES

ⁱⁱⁱBanco Mundial

En 1990, el Perú atravesaba una grave crisis, con una inflación de 7482 %³³. La aguda recesión e hiperinflación iniciada en 1980 había exacerbado la pobreza y la desigualdad y, en el proceso, encendió las bases para el terrorismo y el narcotráfico. Esto condujo a una migración interna, pues las personas huían de los lugares ocupados por los terroristas y por los dueños de la droga y buscaban su seguridad y oportunidades para el desarrollo en las ciudades³⁴.

La crisis económica frenó seriamente las posibilidades del país de atender la economía del MINSA y del sistema de atención de salud. A lo largo de una década, el gasto per cápita en salud había descendido casi en 90 %, desde \$ 6,81 en 1980 a \$ 0,71 en 1990³⁵. En todo el país, las familias pugnaban por lograr poner alimentos en la mesa familiar y para muchas la atención primaria de salud estaba fuera de su alcance.

A comienzos de 1990, los gastos en salud en el Perú se encontraban entre los más bajos de América. El sistema de atención pública de salud, que proporcionaba la mayor parte de salud del país, tenía un presupuesto de menos de 1 % del PBI. Por lo tanto, los servicios de salud se habían reducido fuertemente en las ciudades y estaban completamente ausentes en muchas zonas rurales. Los limitados servicios disponibles se concentraban en Lima, con escasos abastecimientos, lo que significaba que los pacientes debían llevar su propia comida y ropa de cama a los hospitales públicos³⁶.

En estas condiciones económicas, en 1991 el MINSA inició el cobro de atención en la mayoría de instituciones de salud, especialmente hospitales. El remanente adicional no permitía atender las mejoras de los servicios, solo permitió prevenir el colapso total del sistema nacional de salud durante los siguientes años³⁷. Sin embargo, como lo señala un informe de la OMS, el cobro de atención significó también la disminución del uso de los servicios de salud, como ocurre en países con ingresos bajos y medios³⁸.

En 1993 la economía del Perú inició su ascenso, pues hubo mayor flujo de caja proveniente de la venta de corporaciones nacionales, debido al proceso de privatización que había iniciado el Gobierno peruano, al mismo tiempo que ajustes fiscales y la reforma del Estado. Adicionalmente, el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se unieron a la USAID en la inversión para el apoyo a los sistemas de salud y de educación en el Perú, con flujos de financiamiento en esos sectores³⁹.



© MAUD GUYE-VUILLÈME

IZQUIERDA: A través del proyecto Buen Inicio, la USAID, conjuntamente con UNICEF, promovieron desde 1998 hasta 2006 la mejora de la salud en las comunidades peruanas. Este proyecto estimuló el crecimiento y desarrollo temprano, desde la concepción hasta los 3 años, principalmente a través de la reducción de la desnutrición crónica debida a una deficiencia de micronutrientes (hierro, vitamina A y yodo).

ABAJO IZQUIERDA: Una niña saludable y su madre. Centro de Salud Santa Elena, Ayacucho.

ABAJO CENTRO: Comuneros reunidos en los exteriores de una carpa educativa de salud de APROPO en el Perú.

ABAJO DERECHA: Letreros con información sobre cuidado prenatal prominentemente situados.



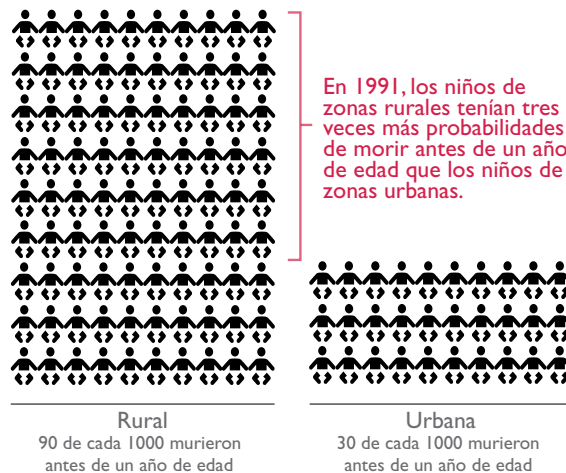
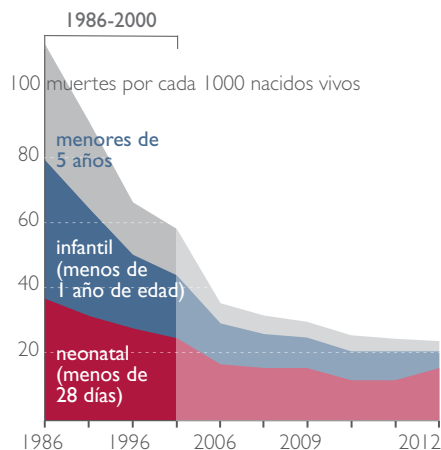
© JAIME CHANG/USAID



© 2011 PATRICIA POPPE



© 2007 ALFREDO L. FORT, CORTESÍA DE PHOTOSHARE



Mortalidad infantil en los 90

A fines de los años 80 e inicios de 1990 se dio una caída precipitosa del número de muertes por 1000 nacidos vivos, de recién nacidos, bebés y niños menores de 5 años en general. Sin embargo, el lugar de nacimiento incidía dramáticamente en su posibilidad de supervivencia.

Salud Básica para Todos

La recuperación de la economía y el crecimiento del apoyo financiero hicieron posible que el Gobierno peruano pudiera planificar y llevar a cabo diversas reformas estructurales en el sector salud, la primera de las cuales incidía en poner el peso en los programas que atendían a las poblaciones con mayores necesidades. Con el fin de llevar a cabo este propósito, el MINSA diseñó una estrategia de atención primaria iniciando parcialmente la descentralización y la democratización del sistema de salud del Perú. En 1994, lanzó el Programa Salud Básica para Todos (PSBT) para ampliar la cobertura de salud para la población en extrema pobreza. De las 9385 instituciones de salud, el programa apuntó a 2614 centros y postas de salud, de las cuales 69 % estaban ubicadas en distritos pobres o muy pobres⁴⁰. Haciendo uso de nuevos recursos financieros del Gobierno, el PSBT emprendió la reconstrucción de su infraestructura nacional en salud y contrató personal para periodos cortos para trabajar

en zonas rurales o urbano-marginales, donde vivía la población más pobre⁴¹.

Con el fin de transferir la administración de las postas de salud pública a las comunidades, se crearon los Comités Locales de Administración de la Salud (CLAS) y, a pesar de que el PSBT era un organismo centralizado, dirigido por el MINSA, estos comités locales tenían autonomía en la administración y en la gestión, aun cuando mantenían los vínculos financieros con el Gobierno⁴².

En tanto el MINSA lanzaba este nuevo programa, la USAID ofrecía apoyo al sector salud enfocándose en la mejora de la calidad de atención. Durante la década de 1990, esta estrategia se basó en tres ejes⁴³:

- Apoyo a las mejoras de los servicios de planificación familiar y salud materno-infantil dirigidos a mujeres y niños/niñas de bajos ingresos en zonas rurales y periurbanas.
- Ayuda a la población para adoptar medidas adecuadas en la prevención y

curación de su salud y hacer uso de los servicios clínicos y comunales para salud infantil, planificación familiar y salud reproductiva.

- Contribuir a la sostenibilidad programática, social y financiera de los programas y servicios de salud apoyados por la USAID.

En la medida en que se brindaba asistencia técnica al nuevo equipo de profesionales en salud pública en el MINSA, la USAID contribuía a elevar los niveles de atención en todo el país en varias áreas, particularmente en planificación familiar, inmunizaciones y salud infantil. En 1996, la USAID cooperó con el país para la adopción de un sistema de acreditación en hospitales basado en buenas prácticas en los servicios de gestión en salud, con el lanzamiento de diez nuevos proyectos. A través de estos y otros emprendimientos, en la década de 1990 los programas de población, salud y nutrición de la USAID apoyaron a siete millones de personas en el Perú, casi una tercera parte de la población⁴⁴.



Niños asháninka en la aislada comunidad selvática de Oviri, a lo largo del río Tambo, reciben alimentos preparados por mujeres de la comunidad.

Supervivencia infantil

En 1985, la USAID, con el apoyo del Congreso de los Estados Unidos, echó a andar la “revolución por la supervivencia infantil”, que luego devino en un programa de supervivencia infantil para todo el Perú. Los proyectos de la USAID dirigidos a combatir la desnutrición crónica y las infecciones respiratorias agudas, y a optimizar el abastecimiento de agua potable, contribuyeron al logro de importantes resultados en el Perú, en momentos en que el país avanzaba en la reducción de la mortalidad infantil y en la mejora de la salud de niños y niñas.

Mortalidad infantil

Entre los años 1972 y 1992, la mortalidad infantil se redujo de 109 muertes por 1000 nacidos vivos a 64 muertes por 1000 nacidos vivos⁴⁵. A lo largo de los 90, esta tasa continuó disminuyendo; en el año 2000 había descendido a 43 muertes por 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad de niños

menores de 5 años también bajó entre 1986 y el año 2000, de 115 por 1000 nacidos vivos a 60 por 1000 nacidos vivos⁴⁶. Sin embargo, en un país tan diverso como el Perú, esas cifras esconden su verdadera historia, compleja y multifacética como el propio país.

En el Perú, el lugar de nacimiento de un bebé tiene implicancias directas en su supervivencia. A inicios de 1990, la tasa de mortalidad infantil en las regiones rurales del Perú era tres veces mayor que la de Lima (90 muertes en comparación con 30 muertes por 1000 nacidos vivos). En otras palabras, los bebés nacidos en ciertas regiones del país (Inka y Mariátegui) tenían tres veces más probabilidades de morir durante su primer año que los bebés nacidos en Lima⁴⁷.

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica infantil constituía un reto muy importante para el MINSA. Hacía muchos años que la USAID había apoyado los programas de Alimentos para la Paz (PL 480) Título II (FFP según sus siglas en

inglés), con el objetivo de aliviar el hambre a través de proyectos integrados de nutrición y, sin embargo, en 1991 la tasa de desnutrición crónica en el Perú llegaba a 37 % en niños menores de 5 años. Algunas regiones del país (en ese entonces llamadas Inka, Libertadores y Cáceres) ese mismo año mostraban tasas de 50 %. Los proyectos de la USAID, como el Proyecto para la Reducción de la Mortalidad Infantil, que ofrecía alimentos y vitaminas a las familias en Lima y Cajamarca, mostraban avances, aunque limitados⁴⁸.

La crisis económica del Perú de finales de los 80 dejó a las familias en la necesidad de requerir asistencia alimentaria al comenzar la década de 1990. Muchas agencias donantes respondieron a este pedido, y como resultado, se crearon programas de asistencia alimentaria para las poblaciones vulnerables. El Gobierno peruano, el Gobierno de los Estados Unidos y otros donantes apoyaban a estos programas distribuyendo alimentos, pero había escasa coordinación entre ellos o con el MINSA⁴⁹.

“Las personas rara vez hablaban de desnutrición infantil o conocían las causas que la originaban, pero la USAID sistematizó y generó evidencia que aportó a los diferentes Ministerios del Gobierno del Perú, académicos, donantes y ONG para llegar a un consenso sobre el problema y ayudar al Perú a desarrollar una estrategia nacional de nutrición infantil”.

— Miriam Choy, Oficina Regional de Programa, USAID/Perú

Uno de estos programas era FFP, administrado en el Perú por la USAID, que en los comienzos de 1990 brindaba recursos en gran parte a los comedores populares. El programa FFP ofrecía asistencia alimentaria para identificar las causas del hambre y la desnutrición en muchos países del mundo. En el Perú, la USAID concentraba alrededor de 50 millones de dólares del programa FFP para las zonas rurales de la sierra y de la selva, donde los niveles de extrema pobreza eran mayores⁵⁰. Con anterioridad, a mediados de 1990, la mayoría de proyectos apoyados por FFP en el Perú eran programas de alimentos, aunque algunos también brindaban orientación básica de nutrición y de oportunidades de trabajo por alimento.

Entre 1990 y 1995 se realizó una evaluación de las actividades del FFP que arrojó nuevas ideas para elaborar una mejor estrategia en la reducción de la desnutrición crónica⁵¹. A mediados de 1990, una serie de estudios y evaluaciones ratificaban la decisión de la USAID de integrar la asistencia alimentaria con los servicios de salud básica. En 1997, un estudio realizado por la USAID ayudó al Perú a llevar a cabo una estrategia nacional contra la desnutrición infantil, con el objetivo de transmitir un mensaje unificado sobre este tema y la salud en general.

Aun antes de lanzarse la nueva estrategia, los proyectos de la USAID, tales como el Programa de Alimentos y Nutrición para Familias en Alto Riesgo (PANFAR), ya

vinculaban la distribución de alimentos con el monitoreo domiciliario para verificar el crecimiento con intervenciones básicas sobre salud materna y cuidado infantil. La crisis económica empezó a ceder y la USAID inició el cambio del enfoque de asistencia alimentaria. Otros programas del FFP también modificaron su estrategia de entrega de alimentos hacia la capacitación a las madres y a los proveedores de cuidado infantil sobre nutrición y salud alimentaria, con el uso de alimentos locales.

Entre 1995 y el año 2000, las donaciones de FFP para la distribución de alimentos se redujeron y se puso más énfasis en salud básica, que incluía el monitoreo del crecimiento, campañas de vacunación, consumo de agua segura y estrategias para reducir las enfermedades por infecciones respiratorias agudas (IRA) y diarreas. Las evaluaciones finales de diversos proyectos de la USAID confirmaron la efectividad de este enfoque para la reducción de la desnutrición infantil crónica. Los Informes del Programa de Nutrición Infantil y Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria dan cuenta de la reducción en la tasa en el retraso en el crecimiento infantil, un indicador de desnutrición crónica, de 5,6 % y 9,9 %, respectivamente⁵².

Infecciones respiratorias agudas

Las IRA en el Perú han sido, durante muchos años, la principal causa de muerte y

discapacidad en personas de edades diferentes. En 1990 se convirtieron en una seria amenaza para la población infantil, en parte porque las tasas de desnutrición crónica aumentaban como consecuencia de la crisis económica y, por otro lado, porque la población infantil era más vulnerable a estas infecciones⁵³.

Como integrante del Proyecto para la Supervivencia Infantil (CSAP), la USAID desarrolló grandes esfuerzos para apoyar al MINSA en el mejoramiento de la salud infantil y para reducir las tasas de mortalidad infantil en zonas rurales, como el apoyo de la USAID al plan nacional del MINSA para el control de las IRA, capacitando al personal de esta institución para la identificación temprana de este mal y su tratamiento, así como ofreciendo capacitación en comunidades para la prevención adecuada de las IRA a través de una buena higiene y la prolongación de la lactancia materna⁵⁴.

Agua segura

A comienzos de 1990, los servicios de salud eran escasos; solo 44 % de la población rural tenía acceso a servicios de agua segura, y apenas 16 % contaba con acceso a instalaciones sanitarias. Es así como, en esos tiempos, las enfermedades del tracto digestivo, derivadas de problemas de higiene y ausencia de agua potable, se convirtieron en las causas más frecuentes de la mortalidad infantil^{55,56}.

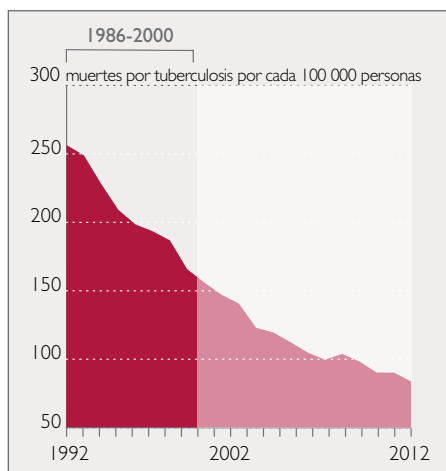


Una madre y su niño usan el río Nanay como lavandería y baño en Santa Clara (Nanay, Loreto). Las zonas rurales tienen muy poco o ningún acceso a agua potable. Las enfermedades digestivas producto de deficiencias en la higiene y falta de agua potable se encontraban entre las causas más comunes de la mortalidad materna en los años 1990.



Personal del Centro de Salud Yugoslavia (Áncash) crean un recurso visual para los servicios de tuberculosis.

En 1991, luego de instituirse el método DOTS, la tasa de muertes por TBC bajó de 256 en 1992 a 156 en el año 2000, y desde entonces continuó su descenso.



Desde 1980, el MINSa, a través de su Plan Nacional para el Abastecimiento de Agua y Alcantarillado Rural, había colaborado con las Corporaciones Departamentales de Desarrollo (CORDES) para mejorar los sistemas de agua y salubridad en el país. No obstante, ni el MINSa ni las CORDES tenían la capacidad técnica, de gestión o financiera para construir esos sistemas en miles de comunidades lejanas que los necesitaban. Por tal motivo, el equipo de la USAID orientó sus esfuerzos para cerrar esas brechas financiando propuestas como el Proyecto de Sistemas de Agua y Saneamiento Ambiental en Zonas Rurales, que permitía el acceso a agua limpia y a sistemas de alcantarillado en estas áreas⁵⁷. Se construyeron más de 1000 sistemas de abastecimiento de agua en comunidades rurales en la sierra y en la selva a través de este proyecto, que apoyó indirectamente a las actividades de la USAID bajo el CSAP⁵⁸.

Mejoras en el tratamiento de enfermedades infecciosas

Desafortunadamente, en febrero de 1991 los esfuerzos desplegados por el MINSa, la USAID y otros donantes fueron insuficientes para proteger al país de una agresiva epidemia de cólera. En el Perú se registraron 322 562 casos de cólera en 1991 y 210 836 en 1992. Esta enfermedad ocasionó la muerte de 4396 personas entre 1991 y 1994⁵⁹.

Reaccionando a esta epidemia, el Gobierno peruano desarrolló una intensa campaña educativa para prevenir a la población contra la cólera. La campaña fue exitosa, pues disminuyeron las enfermedades diarreicas, aun aquellas que no tenían relación con este mal. La campaña también contribuyó con información a las familias sobre el efecto y uso de la terapia de rehidratación oral (TRO) para tratar las enfermedades diarreicas, que en ese entonces afectaban a uno de cada cinco niños⁶⁰.

El uso de la TRO para el control de las enfermedades diarreicas significó un elemento importante en la estrategia de supervivencia infantil que utilizó la USAID. Sin embargo, tuvo que modificar su política sobre esta terapia luego de una tragedia que tuvo lugar en marzo de 1986, cuando murieron cuatro niños con sales de rehidratación oral que habían sido compradas con recursos de la USAID y que, según se descubrió luego, contenían un balance de electrolitos incorrecto. Después de la tragedia, la USAID dejó de importarlas y trabajó con el MINSa para que el país pudiera producir sus propias sales a través de CSAP⁶¹.

El CSAP también se esforzó para prevenir las enfermedades infecciosas a través de un componente de inmunización, pues, a pesar de que se habían llevado a cabo campañas masivas de vacunación, en 1990 solo 58 % de la población infantil peruana estaba al día con sus vacunas. Si bien esto significaba una

mejora considerando que cinco años antes la cobertura era de solo 36 %, se encontraba por debajo de la meta de 80 % que debía tener con seis vacunas: polio, sarampión, difteria, tos convulsiva, tétano y tuberculosis, de acuerdo con el Programa de Vacunación Universal de la OMS de 1991⁶².

Conforme a la información que arrojó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1991-1992, el Perú había alcanzado la meta de 80 % de vacunación por solo dos de las seis enfermedades: tuberculosis y polio. En 1990, la cobertura nacional de vacunación contra la TBC había llegado a 83 % y en 1991 la polio había sido erradicada del país, con el apoyo de la USAID, la OPS y el Rotary, entre otros^{63,64}. En 1999, el Perú llegó a la meta global de 95 % en la cobertura nacional en vacunación contra el sarampión, hecho que fue celebrado por el MINSa y la USAID, que tuvieron intervención a través de proyectos e iniciativas para la supervivencia e inmunizaciones de CSAP con ONG locales y comunidades⁶⁵.

Además de reforzar la cobertura de inmunizaciones contra el sarampión, la TBC y otras enfermedades, en 1990 el MINSa también logró incrementar los casos para detectar y curar la TBC, con gran éxito reconocido por la OMS, que lo consideró como modelo. El Perú también llevó a cabo una estrategia de terapia directamente observada que alcanzó la meta fijada por la OMS de 70 % para detectar la TBC y 85 % para su curación, y entre 1991 y 2001 redujo la tasa de TBC a menos de la mitad⁶⁶. En 1997, la USAID empezó con el proyecto VIGÍA, dirigido a poblaciones de alto riesgo de contraer o retomar enfermedades infecciosas, y capacitó a epidemiólogos del MINSa en la identificación de las enfermedades, prevención y control (ver recuadro).

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS A TRAVÉS DE LA DOTS*

La estrategia de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis a través de la DOTS que se usó en el Perú entre 1991 y 2001 ha sido considerada por la OMS como un modelo para el resto del mundo y como un ejemplo que puede ser replicado en otros países⁶⁷. La implementación de la DOTS en el Perú fue notable porque contribuyó a alcanzar la meta de 70 % para casos de detección y 85 % para curación en poblaciones clave definidas por la OMS⁶⁸.

Otros logros alcanzados:

- **Desarrolló estrategias alternativas para el control de la malaria**, de la fiebre amarilla y para la provisión de la terapia antirretrovirales (ART) en el Perú.
- **Desarrolló un sistema intermitente de irrigación** en seco para campesinos arroceros, para reducir la población de mosquitos que transmitían la malaria, con lo que se aseguraba la cosecha de arroz. Este era un sólido modelo de trabajo multisectorial e interdisciplinario para mejorar la salud.
- **Elaboró documentos y manuales técnicos** para prevención, control y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del VIH/sida.
- **Mejóro la red nacional de laboratorios de salud pública** apoyando su reorganización, proporcionando equipamiento e implementando un nivel 3+ de bioseguridad para laboratorios.
- **Consolidó y construyó una red nacional** para la vigilancia epidemiológica con un programa de entrenamiento hecho a la medida de las necesidades del Perú. El programa capacitó a 850 epidemiólogos a nivel básico para trabajar en instalaciones de salud o en distritos, y 55 epidemiólogos de alto nivel (equivalente a graduados en un programa de maestría) para conducir la vigilancia y el análisis de la información epidemiológica y sanitaria.
- **Capacitó a 4000 trabajadores de la salud de 70 hospitales del Perú** en la prevención y el control de infecciones en el nosocomio, que incluían medidas tales como lavado de manos, técnicas de asepsia, aislamiento y sistemas de vigilancia epidemiológica en las instalaciones hospitalarias.
- **Mejóro las capacidades para el uso adecuado de antimicrobianos** elaborando lineamientos en todo el país para la gestión adecuada y distribución de los antimicrobianos y en vigilancia farmacológica; apoyó la formulación y la implementación de planes para el uso racional de antimicrobianos en todos los hospitales.
- **Colaboró con escuelas para integrar en los contenidos de salud** temas como el control del dengue en la curricula académica, otro ejemplo de enfoque multisectorial de la salud pública.

* Siglas en inglés de terapia de observación directa de corto plazo.

FUENTE: Evaluación de tres proyectos de salud de USAID/Perú ejecutados por el MINSa en febrero de 2010.

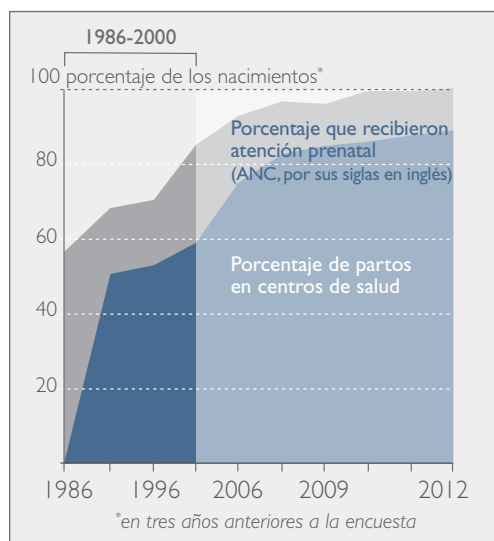
Un grupo de estudiantes de primaria disfrutan el recreo en su colegio en Altos de los Mores, que es una comunidad empobrecida en el desierto norteño del Perú, cerca de Piura.



“En la década de 1990, la USAID puso énfasis en despertar conciencia sobre la importancia de la planificación familiar. Había disponibilidad de anticonceptivos diversos, buena información y seguridad en anticoncepción, además de un número significativo de organizaciones que ofrecían servicios de planificación familiar en el Perú”.

— Lindsay Stewart, consejera en VIH/sida y Planificación Familiar, Oficina para América Latina y el Caribe, USAID

Entre 1986 y 2000, el número de mujeres embarazadas que recibían cuidado prenatal subió de 55,7 a 83,4 %.



El proyecto Buen Inicio promueve el crecimiento y desarrollo temprano, desde la concepción hasta los 3 años, fundamentalmente a través de la reducción de la desnutrición crónica y de la deficiencia en micronutrientes (hierro, vitamina A y yodo).

UNICEF



Salud materna

La historia de la supervivencia infantil en el Perú se inicia con el estado de la salud de la madre y el cuidado que recibe antes, durante y después del parto. Aun cuando las tasas de mortalidad infantil en el país habían ido reduciéndose sostenidamente durante algunas décadas antes de 1990, en 1991-1992 la tasa de mortalidad materna era de 265 muertes por 100 000 nacidos vivos, y se encontraba entre las más altas de América Latina^{69,70}.

Esta alta tasa de mortalidad materna en el Perú, particularmente en zonas rurales, se debía a ausencia de atención de la salud materna, limitado acceso a información y a servicios de planificación familiar y desnutrición⁷⁰. Como ejemplo, a fines de 1980 solo 39 % de las mujeres embarazadas que vivían en zonas rurales recibían atención prenatal, y apenas 15 % de los partos en zonas rurales tenía lugar en alguna instalación de salud⁷². Además, en 1986 solo 23 % de las mujeres casadas⁷³ manifestaban usar anticonceptivos modernos⁷⁴.

En 1994, el MINSA inició un ambicioso programa de atención primaria de salud: el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT), para ampliar su red de instalaciones de atención a la salud primaria, que incluía el cuidado de la salud materna y la planificación familiar. Entre 1995 y 2000, el Gobierno peruano aumentó el número de postas públicas de salud, clínicas y centros en un 50 %, e incrementó en 10 000 el personal paramédico en todo el país⁷⁵.

Este proceso de expansión del MINSA contó con el apoyo de la USAID a través de proyectos para el fortalecimiento del cuidado de la salud materna e infantil, teniendo en cuenta la oferta y

la demanda. Los proyectos se orientaron al desarrollo de capacidades de profesionales y sistemas de salud en zonas rurales y periurbanas, trabajando con madres y familias en comunidades lejanas, en educación en salud y prevención de enfermedades. Estos proyectos contribuyeron a la disminución de la tasa de mortalidad materna peruana de 265 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el periodo 1990-1996 a 185 muertes maternas en 1994-2000⁷⁶.

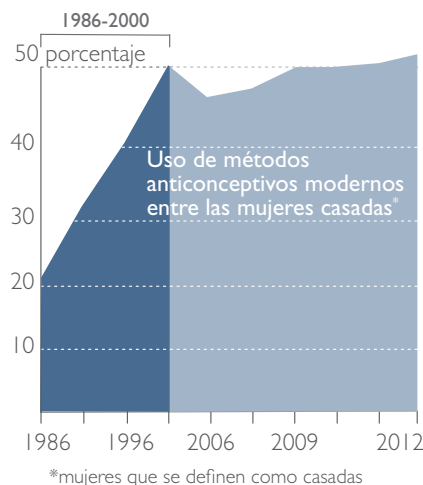
Planificación familiar y salud reproductiva

Como se mencionó anteriormente, en 1985, durante la administración del presidente Alan García, se aprobó el Decreto Legislativo N.º 346 sobre Política Nacional de Población, para que la población peruana pudiera tener acceso a información, servicios de salud y

métodos anticonceptivos (con excepción de esterilizaciones), para así tomar decisiones sobre el tamaño de su familia⁷⁷. De acuerdo con este mandato, las donaciones de la USAID constituyeron un apoyo para que el MINSA echara a andar el primer Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPP 1987-1990)⁷⁸. A través de estos proyectos, como el Proyecto de Salud Integral y Planificación Familiar, la USAID aportó con insumos e información sobre planificación familiar para las madres y las parejas, así como con capacitación y asistencia técnica a los promotores de salud comunales y farmacéuticos en zonas urbanas periféricas⁷⁹. En la medida en que más familias tenían acceso a la información y a métodos de planificación familiar, la tasa nacional de fertilidad descendió de 4,1 en 1986 a 3,5 en 1991⁸⁰.

Ese año fue declarado como el Año de la Planificación Familiar. Además, el Gobierno peruano lanzó su segundo Programa Nacional de Planificación Familiar (1991-1995), para ampliar sus programas sobre este aspecto en zonas rurales desatendidas⁸¹. Los donantes, incluida la USAID, continuaron proporcionando al MINSA 100 % de insumos en anticonceptivos, así como importante asistencia técnica, recursos en capacitación, desarrollo de gestión y vigilancia, información y apoyo en comunicación. Estos aportes permitieron al MINSA usar sus propios recursos en la construcción de postas de salud, clínicas y centros en todo el país, especialmente en zonas rurales, para ampliar los servicios de atención primaria y de planificación

A finales de los 1990s, el uso de anticonceptivos había subido a 50 %.



familiar⁸². Estos servicios eran urgentes, pues en 1991-1992 las tasas de fertilidad rurales duplicaban aquellas en zonas urbanas (seis hijos por familia comparado a tres) y más de la mitad de los embarazos en zonas rurales no habían sido previstos⁸³.

Mientras tanto, de modo global, la salud reproductiva y la planificación familiar recibían la atención de las Naciones Unidas luego de la Conferencia sobre Población y Desarrollo en El Cairo (Egipto, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (China, 1995). Estas conferencias unificaron al mundo para afirmar que las mujeres y las niñas debían tener acceso libre y voluntario a servicios de sexualidad y salud reproductiva, promovieron los derechos de las mujeres y su empoderamiento y estimularon el interés por los beneficios de la planificación familiar. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres estaban en la mira del mundo, y esto ayudó a marcar el paso para realizar cambios importantes en el Perú.

Con el apoyo de la USAID, la ONG peruana APROPO diseñó una campaña de mercadeo social para apoyar la demanda

de planificación familiar y empoderar a las familias a tomar sus propias decisiones reproductivas. En los 90, y en coordinación con el MINSA, APROPO lanzó la campaña Las Tromes y los Tromes, que tuvo gran acogida entre mujeres y hombres, gente de los medios y representantes de la sociedad civil.

En 1995, el MINSA intentó eliminar las barreras financieras para el uso de anticonceptivos ofreciendo productos de planificación familiar gratuitos y servicios para quienes los solicitaran. Este cambio representó un giro político fundamental. Anteriormente, la planificación familiar gratuita solo había estado destinada a las poblaciones pobres de zonas rurales. Ese mismo año, el Gobierno legalizó la esterilización quirúrgica como un método anticonceptivo. Con la ampliación de la prestación de servicios y la súbita disponibilidad de anticonceptivos gratuitos, el uso de métodos modernos se elevó a 43 % en mujeres casadas⁸⁴ en 1996, comparado con el 23 % de la década anterior⁸⁵.

El incremento en el uso de anticonceptivos fue muy bien recibido, pero aparecieron obstáculos en la política de liberalización del MINSA. La demanda de métodos de planificación familiar había superado la oferta y surgieron problemas en tanto algunas ONG y la Iglesia católica acusaban al MINSA de asignar metas y cuotas al personal de salud que realizaba esterilizaciones. Esto llevó a acusaciones de que el Gobierno peruano presionaba a las mujeres para que se realizaran la esterilización quirúrgica sin tener suficiente información o sin el consentimiento voluntario⁸⁶, y que se habrían producido

Líder de salud: doctora Lucy López

Haciendo posible que el Perú logre la primera compra de productos farmacéuticos

La doctora Lucy López, como especialista de Programas de la Oficina de Salud, Población y Nutrición de USAID/Perú, en la década de 1990 actuó como enlace importante entre USAID y el MINSA, en su trabajo inicial en Development Associates, una ONG norteamericana, y luego directamente en USAID/Perú.

En 1996, trabajando ya un año en USAID/Perú, la doctora López participó en las negociaciones con el MINSA sobre el financiamiento de anticonceptivos. En ese entonces, el MINSA informó sobre las restricciones presupuestales en las compras de los mismos y USAID decidió otorgar fondos para la compra de productos para la planificación familiar. Con estos fondos, el MINSA contrató a PRISMA, una ONG peruana, para mejorar el aprovisionamiento y distribución de anticonceptivos, así como la capacitación.

En 1999 el Gobierno peruano aprobó una nueva ley que permitía las compras de anticonceptivos. Sin embargo, el MINSA tuvo reparos en destinar fondos para ese objetivo y solicitó a USAID que continuara con el financiamiento total para las compras de anticonceptivos para el Perú.

La doctora López informó al MINSA que los fondos de USAID eran insuficientes para cubrir la demanda y que era necesario redefinir el uso de ese capital. En un principio, USAID aceptó financiar la compra de condones y píldoras anticonceptivas, siempre y cuando el Gobierno peruano se comprometiera a financiar los inyectables, que eran el método más popular. “El objetivo final era terminar con la compra de anticonceptivos para el Perú”, decía la doctora López. “La manera de hacerlo efectivo en el plazo más corto era alentar al Gobierno peruano a comprar desde el principio el método más popular”.

En estas negociaciones, en 1999 el MINSA realizó su primera compra nacional de anticonceptivos a través de un mecanismo para la obtención de fondos de UNFPA. A través de los tiempos y de manera gradual, el Gobierno peruano continuó incrementando los fondos para la compra de anticonceptivos para las instalaciones de planificación familiar del MINSA, persuadidos por los argumentos de la doctora López y USAID/Perú, en el sentido de que asumir esos costos aseguraba un programa sostenible y demostraba el respeto del Gobierno peruano por los derechos humanos.

En 2001 se produjeron cambios en el gobierno del Perú, y como resultado, y durante un año se suspendió la compra de anticonceptivos, aunque existía la autorización presupuestal para hacerlo. Por razones políticas, el ministro rehusó la compra de productos de planificación familiar, con lo que se provocó su agotamiento en todo el país. Como producto de una fuerte campaña por los derechos reproductivos de las mujeres (resultado del trabajo realizado anteriormente por USAID con ONG), la posición del ministro se modificó y se retomó la compra de productos para la planificación familiar. Sin embargo, en el sector público los productos se agotaron y llevó 18 meses hacer nuevos pedidos y su distribución. Al mismo tiempo, los servicios voluntarios en el sector público, prácticamente desaparecieron.

En el año 2004, después de siete años de negociaciones y monitoreo permanente, la doctora López y sus colegas de USAID/Perú lograron el objetivo de que el MINSA compre todo su abastecimiento de anticonceptivos de sus propios fondos.

“El objetivo final era terminar con la compra de anticonceptivos para el Perú. La manera de hacerlo efectivo en el plazo más corto era alentar al Gobierno peruano a comprar desde el principio el método más popular”.

DOCTORA LUCY LÓPEZ

Exgerenta de Salud de la Municipalidad de Lima, Perú, y exasesora de la Oficina de Salud Reproductiva y Planificación Familiar de USAID/Perú

“USAID siempre estuvo interesada en lograr que sus intervenciones pudieran tener sostenibilidad en el largo plazo. Sabía que las ONG estarían afectadas cuando el financiamiento terminara, de modo que apoyaron nuestros esfuerzos para desarrollar y comercializar una línea de condones que hasta ahora seguimos vendiendo en el sector privado”.

— Trixsi Vargas, especialista en Salud Sexual y Reproductiva, APROPO, Proyecto de Comercialización de Planificación Familiar

muerdes debido a procedimientos de mala calidad.

No se usaron fondos de la USAID para apoyar las campañas de esterilización⁸⁷ del Gobierno peruano. Sin embargo, en respuesta a los informes de esterilizaciones forzadas realizadas en otros países, el Congreso de los Estados Unidos adoptó la Enmienda Tiahrt⁸⁸, que definía los principios fundamentales de decisión informada como requisitos diseñados para la prohibición de los fondos de asistencia extranjera de los Estados Unidos en programas coercitivos de planificación familiar⁸⁹.

En ese entonces la crisis por la deuda llegaba a su fin, la economía del Perú mejoraba y los Estados Unidos comenzaban a disminuir sus donaciones en anticonceptivos al MINSA⁹⁰. Antes de esta fase final, los proyectos de la USAID, tales como el Proyecto Privado de Planificación Familiar Comercial, empezaban a hacer uso del mercadeo social, servicios de consejería y campañas de comunicación dirigidas a aquellas personas que podían recurrir a servicios y productos de planificación familiar privados^{91,92}. Adicionalmente, en 1996, la USAID aprobó el Proyecto ReproSalud, el cual duró diez años, que utilizaba una

metodología única de autodiagnósticos con el fin de que las mujeres en zonas muy pobres pudieran comprender mejor las necesidades de la planificación familiar y de la salud reproductiva. El proyecto incidía en un trabajo en estrecha relación con las mujeres, ofreciéndoles capacitación sobre sus derechos reproductivos, y contrataba a varones para llevar a cabo talleres con hombres para comprender la relación entre los roles masculinos tradicionales y la salud. Por otro lado, además de mejorar el conocimiento y las actitudes sobre la salud reproductiva y la anticoncepción, ReproSalud tuvo reconocimiento por incrementar el uso de los servicios de salud y empoderar a las personas, a los hogares y a las comunidades.

Durante los 90 y los inicios del año 2000, la USAID continuó apoyando a ONG locales que proporcionaban servicios fijos e itinerantes a precios módicos en la línea de planificación familiar y salud reproductiva a usuarias de lugares rurales y urbanos, a través del proyecto ALCANCE. Estas ONG tenían estrecha relación con las comunidades donde trabajaban, proporcionaban informes sobre la segmentación del mercado y ofrecían refuerzo a los servicios que daba el MINSA.

Luego del incidente por la Enmienda Tiahrt, la USAID apoyó al MINSA para llevar a cabo una encuesta anual de planificación familiar. En el año 2000, los resultados de la encuesta mostraban evidencia de que la Enmienda Tiahrt había sido violada en una clínica apoyada por la USAID, hecho que fue puesto en conocimiento del Congreso de los Estados Unidos por dicho organismo, quien también llevó los resultados de la encuesta al Gobierno peruano, el cual actuó de inmediato para suspender las actividades que violaban la Enmienda Tiahrt. Esto significaba dar la seguridad de que no habría negación de derechos o beneficios si se había definido no usar la planificación familiar, y que no se entregarían incentivos a las personas por aceptar la planificación familiar. Tanto el MINSA como la Defensoría del Pueblo, con apoyo de la USAID, trabajaron en forma conjunta para modificar la estrategia de prestación de servicios. Estos cambios incorporaban el pedido a los proveedores de servicios de recibir capacitación sobre la decisión voluntaria e informada, prohibiéndose explícitamente los incentivos o negación de beneficios y tomando medidas para mejorar la calidad de la atención, que incluía el procedimiento para asegurar la esterilización voluntaria e informada.



ARRIBA IZQUIERDA: Donación de condones de la USAID al Ministerio de Salud del Perú, noviembre de 2010.

ARRIBA: ANC, a través del proyecto Buen Inicio, promovió el crecimiento y el desarrollo temprano desde la concepción hasta los 3 años.

IZQUIERDA: Familias, como las que aparecen en la foto, tuvieron acceso a los servicios del programa Juntos, que tenía el objetivo de atender a las familias más pobres de las comunidades urbanas y rurales. La USAID financió la Iniciativa en Políticas de Salud Task Order I para colaborar con el programa y reforzar los componentes de información y consejería, al integrar las creencias culturales, sus prácticas y las relaciones de grupos indígenas.

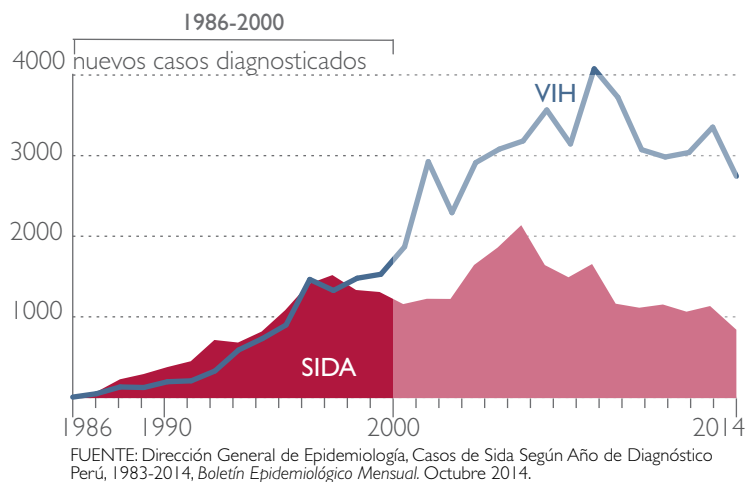


La promoción del uso de condones para hombres que tienen sexo con hombres se inició en lugares como este club nocturno.

VIH/sida

A fines de los 1980s, el VIH/sida surgió como una amenaza de enfermedad infecciosa, y a comienzos de 1990 los casos de sida registrados en el Perú se habían multiplicado. Al terminar 1990, la incidencia del sida había llegado a un aproximado de 1000 casos por año, y la mayoría de las infecciones se ubicaban geográficamente en zonas urbanas (en especial en Lima) y en otras ciudades de la costa y de la selva⁹³. Las infecciones demográficamente se concentraban entre los varones jóvenes, específicamente varones que tenían sexo con hombres y trabajadores sexuales varones.

En el Perú y durante toda la década de 1990, los jóvenes sufrieron las consecuencias del sida. En 1998, los varones representaban 75 % de todos los casos de sida registrados, de los cuales 70 % tenían de 20 a 39 años. Mientras los varones que tenían sexo con varones y los trabajadores sexuales varones eran los más afectados, un creciente número de mujeres y de varones heterosexuales contrajeron la enfermedad, y en 1987 la mujeres representaban 25 % de todos los casos de sida registrados⁹⁴.



A finales de los 90, los diagnósticos sobre el VIH/sida se intensificaron en tanto crecía la población con VIH.

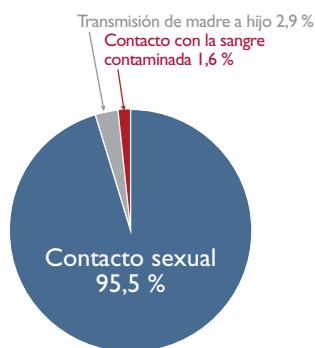
En 1986, el Gobierno peruano respondió a la naciente epidemia del sida creando una comisión multisectorial. En tanto crecían en el país los casos de sida, en 1995 el MINSA creó el Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS) para la prevención y cuidado del sida y de las ETS⁹⁵.

En 1996 el Congreso del Perú aprobó el Reglamento de Ley N.º 26626⁹⁶ para proteger los derechos de las personas que vivían con VIH/sida, como resultado de la colaboración de PROCETSS con el Congreso. Además, PROCETSS, con el apoyo del proyecto SIDAYUDA de la USAID, estableció un Consejo Asesor Nacional en VIH/sida con representantes del Gobierno, ONG, del Ejército, del sector privado y de la comunidad con VIH/sida. Mientras tanto, la USAID trabajó con ONUSIDA y otras organizaciones para disponer un grupo de donantes para alentar el apoyo para VIH/sida en prevención, cuidado y programación en el Perú⁹⁷.

La amplia colaboración de participantes en la búsqueda de soluciones para el VIH/

sida arrojó muchos beneficios. Las ONG participantes recibieron capacitación y asistencia técnica para reforzar sus capacidades técnicas y en gestión y para mejorar la sostenibilidad. El MINSA adquirió nuevos conocimientos y experiencia en la planificación, gestión y monitoreo descentralizado de las actividades de VIH/sida, así como apoyo técnico que mejoraría su capacidad para obtener recursos financieros para la prevención, cuidado y apoyo para el VIH/sida. Las ONG y el sector privado lograron tener voz en la planificación, diseño e implementación de las actividades orientadas a la prevención y cuidado de VIH/sida y las ETS⁹⁸.

En 1999, al terminar el proyecto SIDAYUDA, muchas de las mejores prácticas y algunas de sus actividades fueron transferidas a VIGÍA, un proyecto que trataba las amenazas de nuevas o reinicidentes enfermedades infecciosas. Otras actividades fueron asumidas por distintas ONG y organizaciones que habían ganado experiencia durante este proyecto⁹⁹.



A comienzos de 1990, todo el peso del sida cayó fundamentalmente sobre los hombres que tenían sexo con hombres y sobre trabajadores sexuales.

Tal vez el testimonio más importante del éxito de este proyecto fue la sostenibilidad financiera institucional que PROCETSS obtuvo del Gobierno peruano. Entre 1997 y 2000, el MINSA duplicó el presupuesto de PROCETSS, con un incremento de \$ 2,42 a casi \$ 6 millones, para que se hiciera cargo de las actividades preventivas de VIH/sida y ETS en el país¹⁰⁰.

Este importante apoyo que PROCETSS logró a escala nacional incentivó a los Gobiernos regionales y locales a continuarlo, y así el programa pudo conseguir recursos adicionales. En Iquitos, el PROCETSS tenía posibilidad de contratar solo a una persona: al coordinador regional del PROCETSS. Sin embargo, el Gobierno regional aportó el salario de más de 35 trabajadores comprometidos en la prevención y cuidado del VIH/sida/ETS, muchos de los cuales laboraban a tiempo completo en la gestión como proveedores de los servicios para el VIH/sida/ETS, como coordinadores, asesores, clínicos o técnicos de laboratorio¹⁰¹.

EL PROGRAMA DE CONTROL DE ETS Y SIDA (PROCETSS), UN MODELO PARA LA PREVENCIÓN EN LA REGIÓN

El nuevo equipo peruano que trabajaba en PROCETSS estudiaba el aumento de las infecciones por VIH/sida, y sus resultados les preocupaban cada vez más. Era urgente tomar acción para frenar estas infecciones. Necesitaban ayuda, por lo que el equipo de PROCETSS recurrió a la USAID, que contribuyó a la formación de SIDAYUDA. Con el apoyo técnico del proyecto SIDAYUDA, el equipo pudo estudiar las evidencias de los factores de riesgo y los mecanismos en la transmisión del VIH/sida. Entre sus hallazgos venía un mejor entendimiento de cómo las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden hacer que los peruanos que ya habían sido infectados por una ITS fueran más propensos a contraer VIH/sida. PROCETSS ha sido uno de los primeros que adoptó la estrategia innovadora de manejo de síntomas de ITS, la cual permitía que las clínicas de ITS iniciaran tratamientos apropiados cuando comenzaran a observar síntomas tempranos, en vez de esperar que llegara la confirmación de que el paciente tuviera una enfermedad. En 1996, el programa fue uno de los primeros en América Latina en vincular la prevención de VIH con el control de ETS a través de un sistema concertado. En 1996, ante el crecimiento de la transmisión del VIH de la madre al niño, PROCETSS diseñó otra estrategia innovadora. Se inició el uso de la profilaxis zidovudina para prevenir la transmisión de

VIH/sida durante el parto, y el Perú fue también uno de los primeros países en el uso de esta aplicación.

Además del empleo de estrategias preventivas biomédicas, PROCETSS trabajó con la USAID, ONG y otras instituciones para llegar a varones que tenían sexo con varones, trabajadores sexuales y otros grupos de alto riesgo para promover conductas saludables. En 1997, con el apoyo de SIDAYUDA, fomentó la formación de la Red Sida Perú o la Red de ONG trabajando con sida, para colaborar con las personas en comunidades de alto riesgo. Luego de recibir capacitación y material educativo entre pares a través de SIDAYUDA, los miembros de la Red devenían en educadores entre pares y trabajaban con jóvenes, varones que tenían sexo con varones y trabajadores sexuales en Lima, Callao, Iquitos y otras ciudades para promover el uso del condón, facilitando el acceso a los servicios preventivos de VIH/ETS. En la medida en que los educadores entre pares por lo general pertenecían a los grupos de alto riesgo, se establecían relaciones armoniosas para promover conductas saludables.

En reconocimiento a sus múltiples intervenciones exitosas, a finales de 1990 ONUSIDA destacó a PROCETSS como un programa modelo en la prevención del VIH/ETS en la región andina.

Fortalecimiento del sistema de salud

En los comienzos de los 90, el MINSA tuvo que enfrentar deficiencias en el sistema de salud: alta rotación, huelgas frecuentes, apoyo logístico inadecuado e incapacidad para ampliar los servicios a las zonas más alejadas y necesitadas del país¹⁰². Superar estos desafíos significaba el fortalecimiento del sistema en todos sus niveles y la mejora en la coordinación entre el ámbito nacional y las comunidades.

Los testimonios recogidos de las familias peruanas en el Proyecto 2000, ReproSalud y otros proyectos mostraban que para tener sólidas redes para el cuidado de la salud se necesitaba más que experiencia técnica. La constitución de sistemas de salud altamente calificados y políticas efectivas de salud requería contar con información y contribución directa de sus participantes, tales como las ONG, los líderes de las comunidades, los proveedores del cuidado de la salud y los responsables políticos en todos los niveles.

En el entorno nacional, la USAID contribuyó con el MINSA para llevar a cabo la Encuesta

Demográfica y de Salud Familiar Continua (ENDES Continua), de modo que los responsables políticos pudieran conocer las tendencias en lo concerniente a salud y población en el país. Desde 1986 y cada cinco años, en el Perú estas encuestas brindaron información sobre fertilidad y salud, salud reproductiva, materna e infantil; inmunizaciones y supervivencia; VIH/sida, malaria y otras enfermedades infecciosas; nutrición y retraso en el crecimiento. Las autoridades en salud y otras personas han usado esta información, recogida de manera permanente, para diseñar proyectos, monitorear y evaluar los programas de salud, y para el desarrollo de políticas¹⁰³.

A través del Proyecto 2000 y del Programa para la Acción de la Supervivencia Infantil, las autoridades en salud del MINSA, la USAID y ONG apoyaron al MINSA en el desarrollo e implementación de nuevos procesos, modelos y sistemas de información para todo el país. Crearon un sistema nacional de información y gestión en salud, un sistema para la planificación y el presupuesto basado en costos, un activo sistema de vigilancia

epidemiológica, sistemas de monitoreo de pacientes para los establecimientos de salud, y un sistema para fijar tarifas de acuerdo con el ingreso familiar. También desarrollaron normas de calidad para el cuidado materno e infantil a nivel nacional e instalaron centros de entrenamiento en hospitales para formar a los proveedores de servicios de salud en la aplicación de estas normas. Además, comenzaron a desarrollar programas de gestión farmacéutica descentralizada en todo el país, implementando guías clínicas y petitorios de medicamentos estandarizados y guías para el almacenamiento de farmacéuticos en hospitales nacionales y regionales^{104,105}.

Otros componentes fundamentales para el fortalecimiento de políticas y sistemas de salud locales los constituyeron la promoción y la construcción de alianzas. A través del proyecto POLICY de la USAID, integrantes de organizaciones regionales como la Red Nacional de Promoción de la Mujer (RNPM) recibieron formación en promoción para trabajar con las autoridades locales en temas sobre salud sexual y reproductiva¹⁰⁶.

EMPODERAMIENTO DE LAS COMUNIDADES PARA EL MEJORAMIENTO DEL CUIDADO DE LA SALUD

La misión de la RNPM es colocar la salud sexual y reproductiva en las agendas de los proveedores locales de la salud y de los Gobiernos locales. En mayo de 1998, la RNPM organizó el Simposio sobre Vigilancia Ciudadana por una Maternidad Saludable y Segura, para determinar las mejores prácticas para mejorar los programas de salud sexual y reproductiva; ahí surgió el concepto de comité de vigilancia ciudadana de servicios de salud. La USAID otorgó un fondo a la RNPM para organizar los comités de vigilancia en tres regiones.

Las integrantes de los comités, muchas de organizaciones de base como comedores comunales, clubs de madres y organizaciones del Vaso de Leche, hicieron seguimiento a las mujeres embarazadas y recogieron sus percepciones sobre los servicios de salud disponibles. El MINSA apoyó a los comités en la distribución de normas de calidad, las cuales fueron usadas por ellos en el desarrollo de los parámetros para la vigilancia.

Los comités locales tuvieron tanto éxito que, un año después, en un foro

nacional sobre derechos sexuales y reproductivos, se recomendó que cada región del Perú organizara comités para intervenir en la controversia sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Las autoridades regionales en todo el país aceptaron trabajar con los comités para hacer seguimiento y mejorar los servicios de salud. Actualmente, los comités de vigilancia ciudadana operan en once regiones del Perú, y UNFPA apoya iniciativas similares en otras regiones del país.

“*La vigilancia ciudadana es un compromiso permanente, es participación y es conciencia para crear cambios a favor de mi comunidad e influir en los decisores de políticas para que las políticas y su aplicación nos beneficien*”.

— RNPM Simposio sobre Vigilancia Ciudadana por una Maternidad Saludable y Segura, mayo 1998

Un muchacho en el valle de Tabaconas



Mujeres indígenas forman una fila en la plaza principal de Combapata para recibir su asignación mensual. El programa Juntos, un programa del Gobierno de entrega condicional de dinero, provee dinero a las familias más pobres de acuerdo con ciertos criterios. Las familias beneficiarias deben tener hijos/hijas menores de 14 años, matricularlos/las en colegios y cumplir con su vacunación. Las mujeres embarazadas deben utilizar los programas de salud pre- y posnatal. El programa Juntos se inició en 2005.

Los años 2000: construyendo amistades y ampliando alianzas



27 412
población en millones, 2007ⁱ



2,8
tasa de fertilidad total, 2000ⁱ



60
tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, 2000ⁱ



31,3
porcentaje del retraso del crecimiento en niños, 2000ⁱ



185
mujeres que murieron por causas maternas por cada 100 000 partos, 2000ⁱ



\$50 936
producto bruto interno en millones de dólaresⁱⁱ



71
esperanza de vida, 2000ⁱⁱⁱ

FUENTE:

ⁱINEI Censo Nacional de Población y Vivienda

ⁱⁱINEI, ENDES

ⁱⁱⁱBanco Mundial

Comparando la inestabilidad política, económica y social de las décadas anteriores, al comenzar el milenio el Perú estaba en mejor situación, al menos desde un punto de vista macroeconómico. Sin embargo, el país todavía se encontraba en recesión, y las mejoras macroeconómicas externas no beneficiaban a la mayoría de las familias. A comienzos de 2000, más de la mitad de la población era todavía pobre, y alrededor de 25 % vivía aún en condiciones de extrema pobreza.

En el año 2000 la economía empezó a decaer nuevamente. Más tarde, ese mismo año, el Gobierno de transición fusionó los programas de Seguro Social para la Madre y el Niño y los programas de Seguro Escolar en escuelas públicas, para crear métodos más eficientes y un mejor modo de llegar a los beneficiarios. Los programas consolidados sirvieron de base para el Seguro Integral en Salud (SIS).

Alejandro Toledo sucedió al gobierno de transición de Valentín Paniagua. Durante su administración, los programas de VIH/sida, planificación familiar y salud reproductiva, entre otros, se fusionaron en un gran programa paraguas, y cada emprendimiento se diluyó. Además, la tuberculosis, inmunización infantil y otros programas sufrieron recortes en los fondos y en su capacidad de gestión^{107,108}.

Sin embargo, en los años iniciales de su gestión, el presidente Toledo creó una Mesa de Lucha contra la Pobreza, dando voz a la sociedad civil para diseñar un programa para hacer seguimiento a las políticas sociales. Un grupo de organizaciones de mujeres, ONG, profesionales de la salud y académicos conformaron la Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos, para presionar al Gobierno en el reinicio del apoyo a la planificación familiar. En 2004, la ministra de Salud, doctora Pilar Mazetti, abrió las puertas para apoyar la planificación familiar y la salud de la mujer y otros programas descuidados¹⁰⁹.

“USAID siempre estaba dispuesta a ir a las zonas donde la gente tenía mayores necesidades, donde era más difícil llegar”.

— Edita Herrera, coordinadora de Participación, proyecto POLICY





Un recién nacido es atendido por ictericia en una incubadora de fototerapia en el Hospital Regional de Puno. Debido a financiamiento gubernamental, el Hospital de Puno está en condiciones de tener unidades de fototerapia costosas, como esta.

ABAJO IZQUIERDA: Lavado de manos, con agua y jabón, en un colegio primario en Iguain.

ABAJO CENTRO: Personal del centro de salud hace demostraciones del funcionamiento de una sala de parto vertical en un hospital en Pomabamba, Ayacucho.

ABAJO: Festival celebrando y promoviendo el agua segura.



“Hemos considerado a USAID como colegas amistosos que llegan para estimularnos. Siempre les he dicho lo feliz que me sentía de verlos. También les agradezco que llegaran a trabajar en la región San Martín, en nuestra red, en nuestra micro-red y en nuestros centros de salud para ver nuestro trabajo y el uso de las herramientas”.

— Extractos de la doctora Marcia Ríos, jefa de la Red de Salud de Moyobamba de la región San Martín

En la administración del presidente Toledo se inició también el programa de transferencias condicionadas Juntos para estimular a las familias a usar los servicios de salud, educación y nutrición y romper el ciclo de pobreza que se llevaba por generaciones. Luego de que Alan García retomase la presidencia en 2006 (su primera gestión fue en 1985-1990), el Gobierno peruano mejoró la ayuda en salud para los más pobres, ampliando el programa Juntos.

En el año 2007 la economía peruana era estimulante en la región. El Gobierno peruano lanzó una estrategia nacional de nutrición llamada CRECER, para reducir las persistentes tasas de desnutrición infantil en el país. El SIS se fortaleció en 2008 como una política de seguro universal de salud que se aprobó en 2009. La USAID apoyó a CRECER como la política de seguro universal, a través de los proyectos Buen Inicio, Alianza para la Nutrición Infantil, Municipios y Comunidades Saludables y el Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil (PAIMNI), en el caso de CRECER; y Promoviendo Alianzas y Estrategias (PRAES), Iniciativas de Políticas en Salud, Sistemas de Salud 20/20 y Políticas en Salud en el caso de la política de seguro universal^{110,111}. Desde que asumió

la presidencia el actual mandatario Ollanta Humala en 2011, su administración ha continuado ampliando el cuidado de la salud de calidad, social y culturalmente inclusiva, en un entorno de crecimiento económico.

Durante los años 2000, la USAID siguió apoyando al Perú en los trabajos de alivio a la pobreza a través de proyectos sociales de inversión en muchos sectores, que incluían al sector salud. Uno de los objetivos estratégicos era mejorar la calidad del cuidado de la salud primaria en los servicios de planificación familiar y aumentar el acceso a estos servicios de las familias más pobres del Perú. La USAID trabajó con el sector privado y organizaciones de la sociedad civil la promoción y provisión del cuidado de la salud, y colaboró con esas organizaciones y con todos los niveles del MINSA para el fortalecimiento de instituciones viables¹¹².

A través del tiempo, el apoyo de la USAID evolucionó de la prestación directa de servicios y donaciones de abastecimientos y anticonceptivos a la colaboración de asistencia técnica de alto nivel para contribuir a ofrecer servicios de salud de alta calidad a la población peruana. En los inicios de 2000, la USAID empezó a focalizar sus programas, incluyendo los programas de cuidado de la salud a las regiones con mayores

niveles de narcotráfico y explotación ilegal de sus recursos naturales, como San Martín, Ucayali, Amazonas, Loreto, Madre de Dios y Huánuco¹¹³, y promovió oportunidades y servicios, que incluían el cuidado de la salud, para actuar como alternativa a las prácticas ilegales. Estas actividades apoyaron el fortalecimiento de los Gobiernos locales, lo que últimamente hizo posible que la USAID otorgase apoyo financiero directo a iniciativas de los Gobiernos regionales, como es el caso del proyecto PAIMNI en la región San Martín.

Salud reproductiva y planificación familiar

Al iniciarse el nuevo siglo surgieron renovados desafíos para el Perú en relación con las iniciativas de salud reproductiva y planificación familiar. Entre 2001 y 2004, el MINSA redujo su programa de planificación familiar y reasignó su personal a otras divisiones¹¹⁴. Consecuentemente, a nivel central perdió su especialidad fundamental en planificación familiar, así como su capacidad para diseñar, supervisar y monitorear los servicios de planificación familiar.

Esto llevó a irregularidades y al agotamiento frecuente de anticonceptivos, incluyendo



instancias en que las mujeres tenían que pagar costos informales por servicios públicos. Como era de esperarse, a escala nacional el uso de métodos anticonceptivos modernos se redujo en 6 % entre las mujeres pobres, mientras que a inicios de 2000 el empleo de métodos tradicionales subió en 9 %.

En esta década con desniveles, algunos proyectos de salud reproductiva y planificación familiar siguieron adelante, impulsados por la demanda popular y el fuerte apoyo de las ONG, personal de salud, la USAID y otros donantes. Por ejemplo, a comienzos de 2000, la USAID trabajó con el proyecto Catalyst con un consorcio de ONG peruanas e internacionales, para ofrecer anticonceptivos a bajo costo a través de una red de parteras privadas en cinco de las regiones más pobres del país.

Otros proyectos de la USAID, como el proyecto ReproSalud, lograron incluso crecer y evolucionar, a pesar de las circunstancias desafiantes. Al terminar el proyecto en 2005, había llegado a casi medio millón de personas y había ampliado su alcance. Además de la salud reproductiva y planificación familiar, el proyecto orientó sus acciones a la capacitación y apoyo a líderes de la comunidad en asuntos relacionados con generación de ingresos, violencia doméstica, empoderamiento de la

mujer y aislamiento social, trabajando codo a codo con proyectos como POLICY (ver recuadro).

Antes de que terminara el proyecto ReproSalud, el clima para la salud reproductiva y la planificación familiar había comenzado a mejorar. En 2004 se abrieron puertas al asumir cargos en el Ministerio de Salud la doctora Pilar Mazetti, en la administración de Toledo en 2004, y el doctor Óscar Ugarte, en la segunda administración del presidente García en 2006. Bajo su liderazgo y con el apoyo de la USAID a través de proyectos como Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM) y la continuación RPM Plus, el Gobierno del Perú asumió toda la responsabilidad de financiamiento nacional de compra de anticonceptivos y de la distribución de productos a las instalaciones de salud en todo el país.

En 2006, el proyecto Iniciativas de Políticas en Salud (HPI por sus siglas en inglés) continuó el trabajo que había dejado ReproSalud, laborando con socios locales y estrategias para identificar las necesidades de las mujeres pobres en relación con planificación familiar y salud reproductiva, esta vez en la región Junín. Sin embargo, a diferencia de ReproSalud, HPI trabajó con las autoridades de salud en los diferentes niveles y posibilitó que el equipo

de trabajo del proyecto pudiera realizar su labor con decisores de política para integrar los hallazgos locales a políticas nacionales, lineamientos y programas.

Luego de implementar con el MINSA la inclusión de los servicios de planificación familiar para mujeres pobres en la seguridad social, en el año 2007 el Gobierno peruano publicó el Decreto Supremo N.º 004-2007-SA, que incorporaba la consejería en salud reproductiva y de planificación familiar entre ocho de las prioridades preventivas en todo el país. En términos prácticos, esta política requería el financiamiento del SIS para ofrecer los servicios y productos de planificación familiar. Por otro lado, el MINSA incorporó los hallazgos de HPI en sus lineamientos de consejería adecuada culturalmente, que fue aprobada en 2008 para hacer uso de las instalaciones de salud en todas las zonas con importante población indígena¹⁵.

Estas políticas constituían pasos importantes en el país. En 2006, el Perú estaba identificado como uno de los países de América Latina y del Caribe que se encontraban en el criterio de “graduación de medio término” (graduación en 3 a 6 años) de la asistencia en planificación familiar de la USAID, y se elaboró un plan de graduación. De acuerdo con los criterios de la USAID, los países que alcanzan avances

“El tema de violencia contra la mujer es un problema de salud pública que surgió de nuestro trabajo en salud sexual y reproductiva. Hemos apoyado al Ministerio de Salud creando una nueva unidad sobre los derechos de género y culturales y produciendo una guía técnica basada en violencia de género, que todavía se usa hoy en todos los niveles del sistema de salud”.

— Edita Herrera, coordinadora de Participación, proyecto POLICY

en indicadores clave que incluyen una tasa de fertilidad total de 3,2 o menos y una tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos de por lo menos 48 % logran graduarse en planificación familiar. En el año 2012 el Perú se graduó de la asistencia de la USAID en planificación familiar.

Con instalaciones y programas de salud fuertes, políticas sólidas, un cuadro de profesionales experimentados en salud y una economía robusta, el Perú está ahora mucho mejor equipado para proporcionar a sus ciudadanos el acceso a anticonceptivos y al cuidado de salud reproductiva. No obstante, las altas tasas de embarazo adolescente siguen constituyendo un desafío. Recientemente, una ley peruana prohibía la relaciones sexuales, incluso relaciones consensuadas, entre menores o con menores de 18 años o menos, lo que impedía ofrecer control natal o educación sexual a grupos de jóvenes de estas edades. En el año 2013 los esfuerzos de presión de parte de grupos de jóvenes alrededor del país, algunos con el apoyo de la USAID, lograron convencer a la Corte Suprema para despenalizar las relaciones sexuales entre adolescentes de 14 a 18 años, abriendo las puertas para permitir que las y los adolescentes del Perú pudieran recibir servicios y educación en salud reproductiva.

LOS APRENDIZAJES DE POLICY: LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL CONDUCE A MEJORES POLÍTICAS EN SALUD

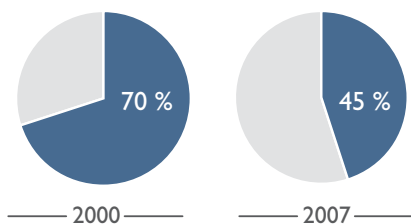
El proyecto POLICY de la USAID tenía un programa de entrenamiento en *advocacy* para que las mujeres que recibían capacitación se convirtieran luego en capacitadoras en sus comunidades, desarrollando así las habilidades de los grupos locales de mujeres en el país a través de la RNPM. La RNPM se fundó en 1990 y tenía 25 oficinas departamentales y 21 oficinas provinciales, constituidas por representantes de las instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y personas individuales. A través de este trabajo, la USAID contribuyó a identificar a las organizaciones de la sociedad civil como socias para conocer los problemas y encontrar soluciones. Estos grupos de la RNPM continúan trabajando hasta el día de hoy.

Luego de completar los cursos en políticas de salud sexual y reproductivas, la salud de la mujeres y *advocacy*, las mujeres de las 25 regiones del Perú se convertían en capacitadoras en sus propias regiones. Preparaban a los líderes y representantes de la ONG, de los Ministerios de Salud y Educación y de los Gobiernos locales. El sector público, que intervenía en los talleres, se convertía luego en aliado de la

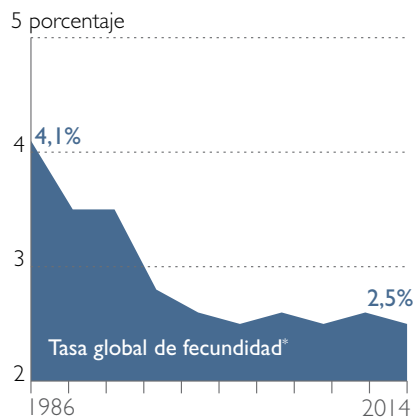
RNPM y facilitaba el acceso a decisores de política, como directores regionales de los ministerios, alcaldes y jefes de los consejos regionales.

En tanto se realizaba un trabajo estrecho con las autoridades locales, las agencias de gobierno reconocían y valoraban los insumos de las organizaciones de la sociedad civil. Eran receptivos a su trabajo y colaboraban con acciones como los comités de vigilancia ciudadana. El Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Humano contrató a la RNPM para capacitar a su personal en asuntos de violencia hacia la mujer; y el MINSA la convocó para despertar conciencia sobre los derechos sexuales y reproductivos entre los proveedores del cuidado de la salud.

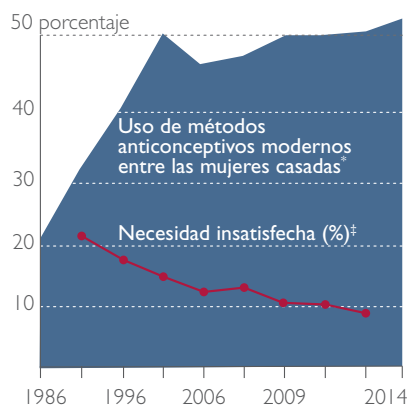
La alianza entre el proyecto POLICY y la RNPM llevó a la creación de una red de abogadas calificadas de la sociedad civil en el Perú. La alianza mostraba que una red descentralizada de organizaciones de mujeres puede tener impacto nacional y que las alianzas entre la sociedad civil y el Gobierno constituyen la base para elaborar políticas sensibles.



Porcentaje de partos en zonas rurales llevados a cabo fuera de las instalaciones de salud



*tasa global de fecundidad es el número promedio de hijos que nacerían de una mujer si todas las mujeres vivieran hasta el final de sus años fértiles.



*mujeres que se definen como casadas.
‡ necesidad insatisfecha se refiere a aquellos que dicen que quieren retrasar o evitar el embarazo pero no usan ningún método anticonceptivo.

Aun cuando en los años 2000 la tasa de fertilidad disminuía rápidamente, el uso de anticonceptivos y el porcentaje de partos en centros de salud, especialmente en zonas rurales, se mantenían rezagados¹¹⁶.

Salud materna y salud infantil

A fines de siglo pasado, el Perú tenía todavía los niveles más altos de mortalidad materna en América Latina, con una tasa de 185 muertes por cada 100 000 nacidos vivos¹¹⁷.

Además, la tasa de mortalidad materna variaba significativamente en cada región. En algunas regiones de bajos ingresos, la tasa podía estar por encima de las 500 muertes por cada 100 000 nacidos vivos¹¹⁸. Esto significaba que las mujeres que vivían en zonas como Ayacucho, Amazonas o Puno eran 14 veces más propensas a morir en el parto que las mujeres que habían llegado a Lima para tener sus hijos.

Esta alta tasa de mortalidad materna escondía un factor subyacente, y era el hecho de que muchas mujeres en el Perú daban a luz en sus casas, muy lejos de la instalación de salud más cercana y casi siempre con matronas que no estaban preparadas para hacerse cargo de las complicaciones. En el año 2000 esto era particularmente cierto en las zonas rurales de bajos ingresos, en las que casi 75 % de partos tenían lugar en instalaciones precarias, a pesar de los esfuerzos del Gobierno peruano de ofrecer servicios prenatales y de parto en esos lugares^{119,120}.

En la década de 2000, la USAID continuó apoyando los esfuerzos del MINSA de mejorar la salud materna a través de diversos

proyectos, entre los que se encuentra el Proyecto 2000, Cobertura con Calidad y Calidad en el cuidado de la salud, que trabajaban con autoridades de los Gobiernos locales, regionales y nacional, proveedores de los servicios de salud y organizaciones que brindaban apoyo en la comunidad para mejorar la calidad y llegar a los servicios primarios de salud, que incluían el cuidado materno.

Estos proyectos aportaron importantes innovaciones adecuadas culturalmente, que comprendían casas de espera, donde las mujeres rurales podían aguardar al parto durante las últimas semanas de sus embarazos. Las mujeres tenían libertad para elegir entre un “parto vertical” tradicional (por ejemplo, un parto sentada o parada) o el método moderno de parto echada de espaldas. El método que la mujer pudiera elegir no invalidaba tener personal de salud en cada parto, preparado para ayudar si surgían complicaciones. Esto salvó la vida de muchas mujeres, y cuando empezaron a usar las casas de espera en el país, las muertes maternas descendieron.

La importancia que dedicó el Perú a la salud materna permitió que las mujeres pudieran tener mejores condiciones para dar a luz. Las muertes maternas bajaron de 185 por 100 000 nacidos vivos (entre 1994 y 2000) a 93 por 100 000 nacidos vivos (entre 2004 y 2010)¹²¹.



Se crearon casas de espera donde las mujeres de zonas rurales podían aguardar durante las últimas semanas de su embarazo para dar a luz. Las mujeres podían elegir si querían el método tradicional de parto vertical o el método moderno de parto horizontal.



© 2006 ANDREA L. WIRTZ

Una familia en Huaraz. A pesar del trabajo que significa, las mujeres a menudo tienen muchos hijos. A muy temprana edad asumen un estilo de vida con estas responsabilidades y cargan a sus hijos en la espalda, mientras trabajan durante todo el día.

Salud infantil y nutrición

En el año 2000, la desnutrición crónica para niños menores de 5 años llegaba a 28 % en todo el país, mientras que en algunas zonas rurales la desnutrición llegaba a 43 %, en comparación con 10 % de las ciudades¹²². El Perú tenía también una de las tasas más altas de anemia en la población infantil en América Latina: casi 50 % de niños menores de 5 años y 69 % de niños menores de 2 años. En áreas rurales, las tasas eran aun mayores¹²³.

A pesar de estas altas tasas de desnutrición infantil, las donaciones de los Estados Unidos para el país bajaban, en parte porque a mediados de 2000 el Perú mostraba una impresionante recuperación económica con altas tasas de crecimiento. En el año 2006 el programa Alimentos para la Paz (U.S. PL 480 Título II) cerró en el Perú, eliminando una importante fuente de financiamiento para los proyectos de desnutrición infantil¹²⁴. Ese mismo año, el presidente Alan García declaró que el combate contra la desnutrición crónica era prioridad nacional.

El Gobierno peruano había empezado a consolidar e integrar algunas iniciativas en 2003, al aprobarse el Modelo de

Atención Integral de Salud, y en 2005 con la estrategia para la Atención Integrada para las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). No obstante, en 2007 se concentraron los esfuerzos en la integración con el lanzamiento de la estrategia CRECER, dirigida a reducir la desnutrición crónica infantil entre los grupos vulnerables y en riesgo y a mejorar las perspectivas para escapar de la pobreza¹²⁵.

Buen Inicio, un proyecto de la USAID, en colaboración con UNICEF, ONG y grupos comunitarios, que promovían el apoyo integral para la nutrición infantil, la salud, higiene y estimulación temprana, respaldó la creación de la estrategia AIEPI. Cuando el proyecto terminó, los resultados mostraron una reducción de la desnutrición infantil en por lo menos 20 % en cada región donde se aplicó, y brindaron lecciones importantes que sirvieron para desarrollar la estrategia CRECER¹²⁶.

La USAID apoyó al MINSA en la implementación de la estrategia CRECER en todo el país, a través de proyectos como Municipios y Comunidades Saludables (HCM según sus siglas en inglés). Dando continuidad al progreso logrado en los

programas de PL 480 Título II y Buen Inicio, el proyecto HCM ayudó a las organizaciones comunitarias locales a capacitar a las familias para la adopción de hábitos de higiene, que incluían la incorporación de alimentos nutritivos en las dietas infantiles el monitoreo del progreso de cada familia^{127,128}. También ayudó a fortalecer las organizaciones locales comunitarias y trabajó con autoridades locales, regionales y nacionales para transferir las metodologías e iniciativas a los programas de desarrollo de la salud y de la primera infancia¹²⁹.

El apoyo de la USAID al Perú contribuyó a reducir su tasa de desnutrición crónica infantil de 28 % en 2007 a 10,7 % en 2014, una disminución de casi dos terceras partes. En San Martín, la región que implementó el proyecto PAIMNI, el descenso de la desnutrición infantil fue impresionante: la tasa regional bajó a la mitad en tres años; de 28,2 % en 2009 a 14,3 % en 2012 (ver recuadro). PAIMNI ha sido uno de los proyectos apoyados por la USAID (CRECER Wari en Ayacucho fue otro) que desarrollaron con éxito la estrategia nacional de CRECER, adaptada a la realidad regional local¹³⁰.

Líder de salud: Cómo mejorar la desnutrición crónica: una lección de intervención intergubernamental e intersectorial

A finales de 2010, el presidente regional de San Martín, César Villanueva, preparaba su informe de rendición de cuentas luego de cuatro años de gobierno, y su equipo quedó impresionado porque, si bien la región tenía los niveles más altos de inversiones regionales en salud (800 millones de soles), contaba también con una tasa de desnutrición crónica de 28,6 %, más alta que la tasa nacional, de 26,06 ¹³¹.

Villanueva se comprometió con un objetivo ambicioso: hacer disminuir la tasa de desnutrición crónica en 10 puntos durante los siguientes cuatro años, y solicitó a la gerenta social adjunta, Sofía Velásquez, y al director regional de Salud, Neptalí Santillán, que se hicieran cargo de este esfuerzo ¹³².

El personal regional compartió sus prioridades con el equipo del proyecto Health Policy de la USAID, dirigido por Midori de Habich. El doctor Aníbal Velásquez, especialista principal en Evaluación y Monitoreo, propuso colaborar con las autoridades locales en la aplicación de un modelo multidimensional, en el diseño de un programa que había sido validado y publicado previamente en Lancet/OPS y que considera la participación de las autoridades locales ¹³³.

Estos esfuerzos de coordinación dieron lugar a la creación del PAIMNI, que implementaba intervenciones económicas en salud, tales como las mejoras en los servicios de calidad y educación inicial para niños menores de 5 años. Esta estrategia del proyecto planteaba (hasta la actualidad) ayudar a tomar decisiones en línea en los niveles local, regional y nacional. La participación de las familias, comunidades y municipalidades con el proyecto Municipios y Comunidades Saludables fue un elemento importante en el éxito de PAIMNI ¹³⁴.

El novedoso convenio de financiamiento entre la USAID y la región San Martín fue exitoso. La tasa de desnutrición bajó de 28,6 % a 14,3 % de 2009 a 2012, convirtiéndose en una de las tasas más bajas en desnutrición crónica en el país ¹³⁵. Como explica la licenciada Velásquez, era la primera vez que la USAID transfería fondos directamente a un Gobierno regional. “Para la región el proceso de recibir fondos directamente de USAID para PAIMNI fue demandante” nos dice, “pero nosotros aceptamos los requerimientos y aseguramos el financiamiento”.

Hoy, el programa PAIMNI continúa ayudando a la región para que alcance sus metas de salud públicas.



“ [El personal de USAID] llegó aquí y caminó por las rutas más difíciles de nuestra región. Por eso los consideramos nuestros aliados, porque han participado con las comunidades; han visto sus necesidades y ayudaron a encontrar las mejores estrategias para la solución de sus problemas”.

— Lic. Sofía Velásquez, exgerenta social adjunta y actual monitora en jefe de los Sectores Sociales del Gobierno Regional de San Martín

“Una de las actividades más importantes en los proyectos POLICY I y II ha sido el trabajo con los líderes de la sociedad civil que vivían con VIH... Fue una rica experiencia, porque ellos tenían que trabajar coordinadamente con el Congreso, y así pudieron lograr la modificación de la Ley 26226 (1996) referida a consejería...”

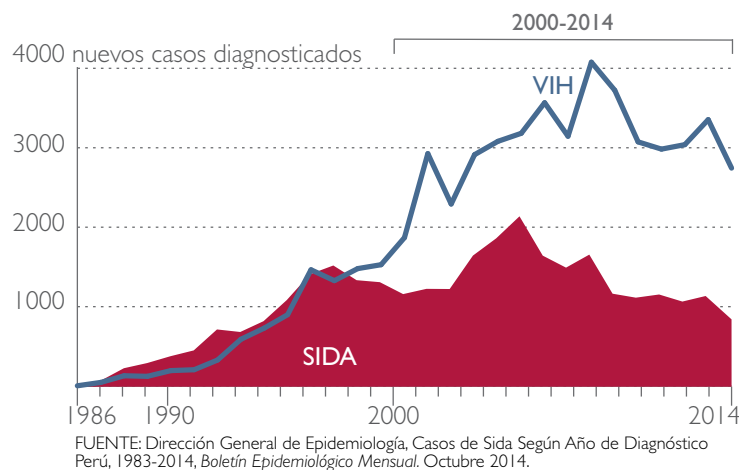
— Patricia Mostajo, jefa de los proyectos de USAID POLICY I y POLICY II (1998-2005), entrevista 17 de octubre de 2014 y en el Taller de Diálogo el 23 de octubre de 2014



ARRIBA: Un paciente con VIH en el Hospital de Iquitos

ARRIBA: Un trabajador de salud hace pruebas de malaria en el río Mazán, en la Amazonía peruana.

DERECHA: Una trabajadora de salud evalúa a un niño que muestra pruebas positivas de malaria al borde del río Mazán, en la Amazonía peruana.



A finales de los años 1990, los diagnósticos de VIH/sida eran divergentes, por cuanto era mayor el número de personas con VIH.

VIH/sida

En los años 2000, el peso de las infecciones VIH/sida en el Perú seguía concentrándose en ciudades de la región Amazonas y en la costa, incluyendo Lima y el puerto del Callao. Continuaba teniendo incidencia entre varones que tenían sexo con varones y en trabajadores sexuales¹³⁷.

Si bien en 2000 los varones representaban 75 % de las infecciones adultas, la brecha entre hombres y mujeres se cerraba. En el Perú, la mayoría de casos de transmisión de VIH/sida en heterosexuales ocurría en mujeres cuyas parejas eran bisexuales varones o clientes de trabajadores sexuales. En el caso de mujeres en edad de gestación infectadas con VIH/sida que se embarazaban, se corría el riesgo de pasar la infección a sus bebés durante el parto. En el año 2000, alrededor de 4500 niños peruanos menores de 15 años vivían con VIH, y preocupaba que pudieran ser más si la epidemia se generalizaba¹³⁸.

Los pacientes con TBC, personas con ETS y la población indígena también tenían tasas altas de infección de VIH, particularmente en las regiones de la Amazonía¹³⁹, donde la prevención y los servicios para el tratamiento eran escasos. En la medida en que las poblaciones en mayor riesgo eran también las más marginalizadas, llegar a ellas era difícil¹⁴⁰.

Aun cuando en 1999 había llegado al Perú el tratamiento antirretroviral (ART según sus siglas en inglés), que era muy eficiente, en 2001 los recursos del Gobierno eran limitados y el programa biomédico PROCETSS estaba reduciéndose¹⁴¹.

En los años 2002-2003, y a requerimiento del MINSA, la USAID financió un estudio para evaluar las condiciones para la implementación del programa ART en el Perú¹⁴². De acuerdo con las recomendaciones del estudio, en mayo de 2004 se estableció un programa nacional ART¹⁴³. Aun cuando el nuevo programa significaba un paso hacia la dirección correcta, las leyes nacionales y los lineamientos en relación con VIH/sida no lo entendían así, o simplemente eran ignorados. Es el caso de las infecciones de VIH-TBC, que no tenían lineamientos clínicos para su administración¹⁴⁴.

La mejora de la vigilancia, prevención y tratamiento requería mucho trabajo en el ámbito regional y coordinación entre los sectores y regiones.

La USAID apoyaba a las autoridades regionales de salud del MINSA para identificar temas relacionados con VIH/sida en varios niveles. Por ejemplo, el proyecto VIGÍA contribuía al desarrollo de capacidades entre los proveedores de la salud en el escenario regional. Los asesores técnicos del MINSA eran trasladados a las regiones de la Amazonía para reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica y entrenar al personal local para identificar, tratar y prevenir infecciones emergentes o reemergentes, incluyendo VIH/sida y ETS. Cuando el proyecto estaba por terminar, algunos asesores regresaron al MINSA, habiendo fortalecido su comprensión de los procesos regionales, de sus capacidades y desafíos en relación con el VIH/sida y ETS, y con mayores habilidades para la toma de decisiones¹⁴⁵.

En el año 2007, poco después de que el proyecto VIGÍA terminara, el Consejo



IZQUIERDA: Taller regional sobre la mejora de la calidad del cuidado de personas con TBC en Madre de Dios, setiembre de 2010.

DERECHA: Taller multisectorial sobre la prevención y el control de TBC en Madre de Dios, marzo de 2011.

de Ministros del Perú aprobó un Plan Estratégico Multisectorial para el VIH/sida. La USAID se comprometió a apoyar el proceso consultivo nacional que condujo a la aprobación del plan¹⁴⁶, y proporcionó apoyo para su implementación a través del programa Quality Healthcare (QHC según sus siglas en inglés)¹⁴⁷.

El programa QHC promovió el compromiso de los actores de diferentes sectores en los ámbitos nacional, regional y local con los esfuerzos por el cuidado de VIH/sida. En el contexto nacional, el equipo del proyecto apoyaba al Ministerio para poner al día las normas y los lineamientos con nuevos aportes, que incluían la primera guía nacional para el diagnóstico y administración en infecciones de VIH-TBC en adultos, aprobada en 2006¹⁴⁸.

En el aspecto regional, el programa QHC convocó a un amplio y diverso grupo de participantes de varias regiones, que incluía instituciones del Gobierno y organizaciones del sector privado, como asociaciones locales de lesbianas, gays, transgénero y bisexuales, y asociaciones de trabajadores sexuales. El proyecto participaba como facilitador y ayudaba a estas organizaciones a trabajar en forma conjunta para desarrollar, implementar, financiar y monitorear sus propios planes

regionales multisectoriales. Además, como el MINSa había iniciado un esfuerzo por la descentralización algunos años antes, las experiencias del proyecto QHC en Loreto y Ucayali constituían ejemplos documentados de una descentralización efectiva, contenida en un informe que se espera pueda servir como hoja de ruta para otras regiones¹⁴⁹. En Ucayali, el proyecto habilitó siete instalaciones del cuidado de la salud para ofrecer ART Alta Intensidad o exámenes médicos periódicos a las poblaciones en riesgo con VIH/sida. Entre los años 2008 y 2012, el número de trabajadores sexuales que recibían exámenes médicos aumentó más de cinco veces, de 227 a 1315. En el año 2011, 1802 varones que tenían sexo con varones recibieron esos exámenes, en comparación con los 414 de 2008¹⁵⁰.

La USAID continuó ofreciendo apoyo a comunidades de difícil alcance, trabajando con ONG para desarrollar campañas preventivas haciendo uso del enfoque ABC (abstinencia, fidelidad y uso correcto y consistente de los condones). También entrenó a los capacitadores y financió un proyecto para ampliar el abastecimiento de condones a través de proveedores comerciales, que incluía apoyo para servicios de consejería para el consumidor

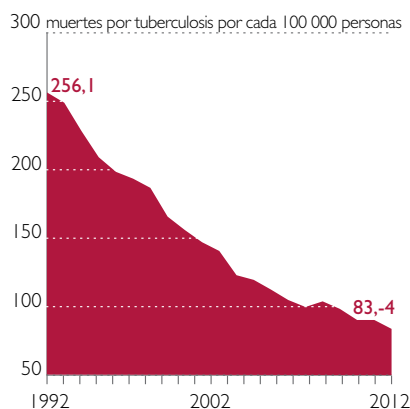
a través de líneas telefónicas de atención al cliente o en lugares diferentes¹⁵¹.

La USAID participó en varias intervenciones exitosas para promover el uso de condones en actividades de paternidad responsable y para prevenir los embarazos tempranos. Por ejemplo, la ONG peruana APROPO promovió una campaña de mercadeo social dirigida a personas entre 18 y 29 años, sexualmente activas, que no usaban condones o anticonceptivos modernos. Esta estrategia utilizaba canales de distribución del sector privado para mejorar la cobertura, y se implementó en diez ciudades. Los resultados mostraron que el mercado privado de anticonceptivos crecía en las zonas pobres de esas ciudades.

En el curso de la década, el Gobierno peruano empezó a asumir la responsabilidad de financiar esfuerzos comunitarios entre pares ubicados a distancias importantes, y ofrecía terapia ART gratuita para recién nacidos y mujeres gestante que vivían con VIH, entre otros. Este apoyo es un testimonio del importante compromiso que asumió el Gobierno del Perú en la prevención de VIH/sida y ETS^{152,153}.

“En el Perú, la tuberculosis es, en gran medida, un problema urbano. El país tiene un importante programa nacional de TBC que realizó una evaluación cultural y desarrolló un mecanismo para el tratamiento de la enfermedad en la comunidad, que fue debatido en una conferencia reciente sobre la TBC en la Organización Mundial de la Salud en Ginebra”.

— Elizabeth Fox, directora de la Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición, USAID



Entre los años 1992 y 2012 las muertes por TBC disminuyeron de 256 a 83.

Enfermedades infecciosas

En el Perú y durante décadas, las enfermedades infecciosas han sido un problema, y a inicios de 2000 esta situación empeoraba. Una línea de esperanza fue el descenso en incidencias de TBC de 256 casos por 100 000 personas en 1992 a 156 casos por 100 000 personas en 2000¹⁵⁴.

Aun cuando la región amazónica fue la más golpeada por las enfermedades infecciosas, había también otras zonas afectadas. Por ejemplo, en la costa norte y las regiones nororientales y centrales de la Amazonía se registraban muchos casos tanto de malaria


LA VIGILANCIA DE LA COMUNIDAD PREVIENE DE RECAÍDAS A LOS PACIENTES DE TUBERCULOSIS

La TBC es uno de los problemas de salud pública más importantes en zonas urbanas en las Américas. El Perú tiene más casos que cualquier otro país en la región, con excepción de Brasil, con 28 598 casos en 2000, más de la mitad que cualquier otra de las poblaciones vulnerables en Lima.

El Programa Nacional para el Control de la TBC del Perú intentó llegar a las víctimas de la enfermedad en aquellos lugares llamados “zonas candentes”. Solicitó el apoyo de la USAID para comprometer a ONG locales u organizaciones de base comunitarias para llegar a los miembros de la comunidad y hacer un nexo con las clínicas. En 1995, con el apoyo de la USAID, el Programa Nacional de Control de la TBC estableció unidades de vigilancia comunal para ayudar a monitorear a las víctimas de TBC de la comunidad y asegurarse de que los pacientes asumieran el tratamiento. Este programa tuvo resultados impresionantes. En cinco años de implementación, más de 48 000 voluntarios trabajaron con 22 000 unidades de vigilancia comunitaria para atender a 750 000 familias, casi siempre con el apoyo de las madres en esos grupos, grupos de apoyo a los pacientes

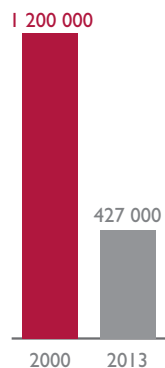
y a las familias y los padres de familia de las asociaciones. La tasa de abandono del tratamiento cayó de 5,9 % a 2,8 % en 2000. Recientemente, un grupo de promotores voluntarios en salud, llamado El Grupo de Agentes Comunitarios de Salud de El Agustino, ha sido reconocido por su trabajo por la OPS. La OPS apoya a personas con TBC y con resistencia a las drogas para lograr que el tratamiento en la casa pueda reducir su riesgo de retirarse del programa. Este grupo también coordina actividades de apoyo social para pacientes de TBC y sus familias.

Estos esfuerzos han llevado a mejoras en los indicadores de control de TBC en el distrito de El Agustino, y algunos pocos casos nuevos de TBC han mejorado la adhesión al tratamiento, hay menos muertes y una alta tasa de curación. En 2014, la OPS/OMS invitaron al alcalde de El Agustino a conmemorar el Día Mundial de la TBC en Washington, D.C. y para compartir su experiencia, comprometiéndose a la comunidad en el control de TBC local. Las unidades de vigilancia comunales del programa continúan recibiendo apoyo a través de una donación de la USAID.



Un Pueblo Limpio
es un pueblo
sin
Enfermedades
¡Todos!
Contra el Dengue.

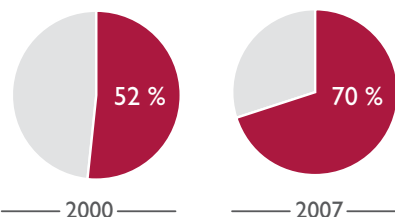
Niña al lado de un afiche que promueve la lucha contra el dengue en el distrito de Belén, Iquitos.



Luego de la implementación de la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía, los nuevos casos disminuyeron en 65 %.

como de dengue^{155,156}. Antes de los 2000, la capacidad del MINSA de responder a los desafíos por las enfermedades infecciones que enfrentaba el país tenía los obstáculos de su estructura organizativa. En ese entonces, en el Ministerio cada enfermedad tenía un programa propio e independiente y había escasa coordinación entre ellos.

A través del proyecto VIGÍA, la USAID trabajó con el MINSA para desarrollar un plan coordinado de diez años para controlar las enfermedades infecciosas con mayor carga de salud como malaria, dengue, TBC, fiebre amarilla, ETS y VIH/sida¹⁵⁷. El proyecto apoyó el fortalecimiento de capacidades del personal de salud local en regiones con un peso en esas enfermedades para prevenir las infecciones hospitalarias y el uso inadecuado de antibióticos y para dirigir la vigilancia epidemiológica y la investigación aplicada. Al final del proyecto, los programas, políticas y lineamientos de cada área fueron transferidos



Porcentaje de los niños de zonas rurales con infecciones respiratorias agudas que vieron a un proveedor de atención de la salud

El tratamiento oportuno de las enfermedades respiratorias a través del acceso al cuidado ha sido fundamental para elevar las tasas de curación.

al MINSA. El sistema nacional de salud se benefició de las lecciones aprendidas en las regiones que tenían el peso más fuerte de esas enfermedades y que podían hacerlas efectivas en otras regiones¹⁵⁸.

En 2005, el proyecto VIGÍA diseñó una iniciativa de riego intermitente en plantaciones de arroz para reducir la proliferación de mosquitos, lo que representó un avance importante en la lucha contra las enfermedades infecciosas, particularmente la malaria. La iniciativa (ver recuadro) se implementó en los años subsiguientes a cargo de la USAID's Amazon Malaria Initiative. Como parte de esta Iniciativa en Malaria, la USAID ayudó a asegurar que los programas de control de la malaria en el Perú y en siete otros países con base en el Amazonas¹⁵⁹ pudieran usar el diagnóstico y tratamiento, monitoreo de la calidad de la droga y su resistencia, y mejorar el control de los insectos transmisores de la enfermedad y de otros



© JANE SILCOCK/USAID

vectores¹⁶⁰. Durante la implementación del proyecto, el tratamiento efectivo de la malaria en la región amazónica contribuyó a una reducción de 65 % en los nuevos casos en las Américas, de 1,2 millones en 2000 a 427 000 en 2013.

El MINSA también se comprometió a controlar las enfermedades infecciosas infantiles, como sarampión, difteria, tos convulsiva y tétano. La USAID apoyó al MINSA en este esfuerzo a través del Programa Umbral de Inmunizaciones de la Corporación del Desafío del Milenio, con el objetivo de ampliar la cobertura de vacunación en zonas rurales en todo el Perú. Esto conllevó a que los trabajadores locales de salud pudieran dar asistencia técnica para asegurar el almacenaje seguro de vacunas y el transporte, mejorando la administración de las cadenas de enfriamiento y los procesos logísticos, todos orientados a través del programa¹⁶¹.



Fortalecimiento del sector salud

“A partir del proyecto PHRplus hay una consolidación...una continuidad [los proyectos] incluían elementos de reforma... con un hilo conductor. Los proyectos se fueron engarzando, y también generando un equipo que se mantuvo dando continuidad a los trabajos...nos permitió también que este equipo pueda en determinados momentos ir asumiendo cargos políticos. La continuidad es una de las fortalezas de los proyectos de USAID”.

— Midori de Habich, exministra de Salud

“Recientemente, USAID ha apoyado el fortalecimiento de los sistemas de salud a través de un proyecto de cuidado descentralizado en San Martín, que redujo la desnutrición crónica infantil en 40 %. Las herramientas creadas en este proyecto permanecerán en el Perú para el uso de los directivos de salud pública, con el objetivo de mejorar la calidad y eficiencia del cuidado de salud descentralizado”.

— Jo Jean Elenes, jefa de la Oficina de Salud y Educación, USAID/Perú

A un cuando en el Perú muchos indicadores de salud mejoraron significativamente para el año 2000, el sistema de salud se enfrentaba todavía a importantes retos para satisfacer las necesidades de su población, especialmente de la población marginada y dispersa. En dicho año, el sector salud estaba seriamente desfinanciado y sin capacidad para atender las necesidades de la población, sobre todo de los más pobres. Los clientes pagaban de su propio bolsillo 39,3 % de los costos de salud, mientras que el sistema de salud pública cubría solo 24,3 % de estos costos y la seguridad social financiaba 33,5 %¹⁶².

La USAID colaboró con el MINSA en la identificación de las necesidades de las poblaciones vulnerables del Perú a través del fortalecimiento del sistema de salud en diferentes frentes, que incluían proyectos para apoyar los esfuerzos de descentralización del sistema de salud del MINSA, la mejora del acceso y la calidad en el cuidado de la salud, y el desarrollo de sólidos sistemas de información sobre salud.

Descentralización del sector salud

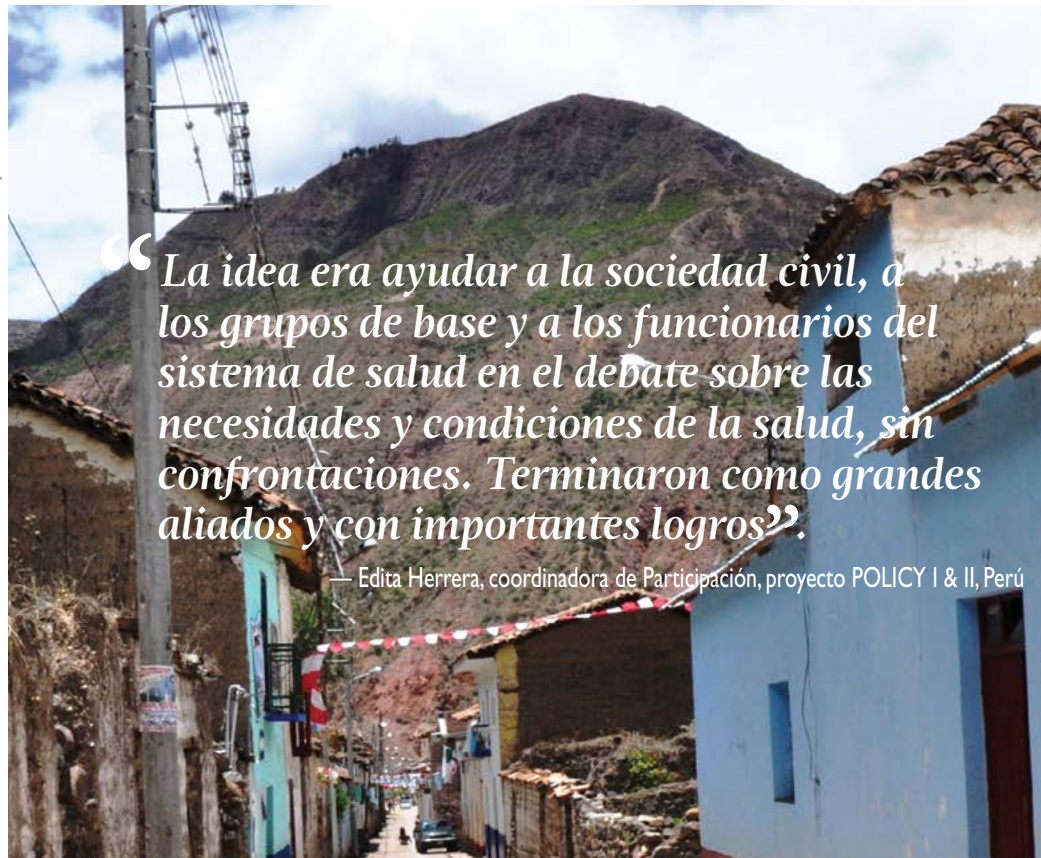
En el año 2001, debido a la falta de financiamiento del sector salud, el MINSA hizo esfuerzos para mejorar la eficiencia en los servicios y reducir los costos, promoviendo mayor integración y descentralización. Empezó con la unificación de 14 programas nacionales de salud en un modelo integrado que abarcara todas las etapas de la vida. Esto implicó eliminar los presupuestos autónomos de los programas la reorganización del MINSA con la transferencia de la responsabilidad fundamental en la entrega de los servicios de salud y aspectos de la administración a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y a las postas y centros de salud¹⁶³.

Supuso también la creación de políticas y modelos de apoyo al proceso de descentralización y a los programas de salud recientemente integrados. Por ejemplo, el año 2003, el Gobierno del Perú aprobó el Modelo de Atención Integral de la Salud Infantil, que buscaba priorizar y consolidar los servicios de salud infantil y atender los factores locales que

hacían complejo este problema, tales como la desnutrición infantil crónica¹⁶⁴.

A lo largo de los años 2000, la USAID apoyó los proyectos de descentralización y consolidación del MINSA. Los proyectos PRAES y POLICY, entre otros, ayudaron a este organismo a identificar las barreras para la entrega de servicios de salud, y a la movilización de las comunidades y de los profesionales regionales y locales y de la sociedad civil a participar en la toma de decisiones en el entorno local y en las redes de salud¹⁶⁵. POLICY facilitó el diálogo a través de organizaciones como Foro Salud, un prominente grupo integrado por organizaciones de la sociedad civil, comprometido con el diálogo de políticas y la construcción de consensos, con el fin de promover el sistema de salud del país en el contexto de la descentralización. El proyecto PRAES trabajó con los partidos políticos para fortalecer su capacidad para analizar las prioridades de salud y promover las reformas. También ayudó a negociar el Acuerdo de Partidos Políticos sobre Salud, que comprometió a 16 partidos para promover las políticas de reforma en salud¹⁶⁶.

© JANE SILCOCK/USAID



“La idea era ayudar a la sociedad civil, a los grupos de base y a los funcionarios del sistema de salud en el debate sobre las necesidades y condiciones de la salud, sin confrontaciones. Terminaron como grandes aliados y con importantes logros”.

— Edita Herrera, coordinadora de Participación, proyecto POLICY I & II, Perú

La obtención de información de los interesados ayudó a ver las barreras para el acceso de los pobres a los servicios de salud y propició la coordinación entre los ámbitos nacional, regional y local del Gobierno y la sociedad civil, en cuanto a reforma y descentralización del sector salud.

En el año 2000, el Gobierno del Perú creó la metodología Sistema Nacional de Inversión Pública para orientar a las entidades estatales en la asignación de los escasos recursos del sector público, lo que fue de mucha ayuda para la descentralización. Con el fin de mejorar el acceso a fondos públicos por parte de los Gobiernos locales y la sociedad civil, el proyecto Health Policy Initiative (HPI) y los proyectos de descentralización de la USAID trabajaron en la incorporación de la atención a temas de salud en esta metodología del Gobierno¹⁶⁷. Adicionalmente, los proyectos Calidad en Salud y Municipios y Comunidades Saludables sumaron fuerzas para ofrecer a los Gobiernos locales y a los trabajadores de salud de Ucayali, San Martín y Ayacucho un modelo para desarrollar proyectos de inversión pública y facilitar el acceso a fondos para implementarlos¹⁶⁸.

METODOLOGÍA DE LA MEJORA DEL DESEMPEÑO

La metodología de la mejora del desempeño consiste en normas de calidad para el cuidado y la prevención en la atención de la salud. Contiene cinco mecanismos para su implementación:

1. Comunicación y alianzas entre actores e instituciones, o “mapeo de actores”.
2. Colaboración con un equipo calificado para identificar las prioridades para la mejora del desempeño y un enfoque de entrega de servicios de calidad.
3. Evaluación de las mejores prácticas y temas para la mejora a través de una línea de base.
4. Evaluación semestral para identificar las mejoras y las brechas en la implementación de calidad. Después de seis meses, diseñar un plan para identificar las brechas o necesidades que surgen.
5. Reconocimiento de los éxitos y logros en los Gobiernos locales a través de incentivos no monetarios, tales como visitas de aprendizaje y certificados que reconozcan los resultados positivos, entre otros.

Adaptado del Informe de Calidad en Salud, Perú 2009

LA MICRO-RED LLUYLLUCUCHA DEMUESTRA QUE LA MEJORA DEL DESEMPEÑO DA RESULTADOS

Muchas de las instalaciones de salud en áreas rurales encaran el reto de ofrecer servicios de salud materna e infantil de alta calidad. La micro-red (MR) de Lluyllucucha en San Martín demuestra que esto puede lograrse empleando el PIM.

Desde mayo de 2009 hasta a noviembre de 2011 se incrementaron los nacimientos atendidos por profesionales competentes de 52 % a 90 %. Desde enero de 2010 se logró cero muertes maternas en esta área, de alrededor de 26 000 habitantes. Las tasas de cuidado prenatal aumentaron de 55 % a 82 %, la tasa de inmunización se incrementó de 80 % a 98 %, el embarazo de adolescentes descendió de 28 % a 12 % y el número de lactantes con diarrea cayó de 4 % a 1 %.

Senaida Mariñas, asistente técnica de salud a cargo del área del puesto de salud de Flor de Primavera, dice: “Cuando llegué aquí por primera vez en 2009, el camino para carros no era malo. Soy la única persona que trabaja aquí y atiendo diariamente un promedio de 20 a 25 personas y brindo servicios a una población de alrededor de 1100 personas. Después de cuatro años, todavía estoy aquí”.

Desde 2009, la USAID ha dado asistencia técnica a la MR Lluyllucucha para implementar el PIM en 11 puestos de salud, en dos centros de salud y en una farmacia comunal. Los planes de mejora de la red han estandarizado los servicios, reducido los tiempos de espera, mejorado la privacidad del servicio a los pacientes e incrementado la frecuencia del uso por la población de los procedimientos sanitarios

en los establecimientos que sirven a una población de 26 000 habitantes en la región amazónica.

El PIM incluye una guía para actuar en la comunidad que ha ayudado efectivamente al personal de salud –como en el caso de la señora Mariñas– a interactuar con los líderes de la comunidad, lo que ha convertido a Flor de Primavera en un modelo de puesto de salud: un ejemplo de coordinación efectiva. Gracias a que buscó y tuvo el apoyo de las autoridades locales y de las amas de casa, ha visto incrementarse la demanda por servicios de salud y ha emprendido otras mejoras de calidad.

El proceso descansa principalmente en el compromiso de los funcionarios con la satisfacción de los pacientes y en su voluntad de emplear las mejores guías prácticas al ofrecer diariamente los servicios, además de en el entrenamiento de nuevos empleados. Afortunadamente, su dedicación a los pacientes compensa cualquier resistencia al cambio. De esta manera, las mejoras en el desempeño son ahora una realidad diaria.

La doctora Marcia Ríos Noriega, jefa de la MR de Lluyllucucha, dijo: “En 2008 estuvimos atendiendo solo al 52 % de las mujeres gestantes del área, en cambio en octubre de 2012 atendimos al 96 % de ellas. En 2007 hemos tenido la última muerte materna en la micro-red. Estamos sacando a los niños de la desnutrición crónica. Lo que actualmente motiva a los funcionarios es el buen desempeño”.

En el año 2012, el Gobierno había ya mejorado los niveles de financiamiento de la salud pública, al punto de que el gasto en salud subió a 29 %, desde 25,2 % en 1995, en tanto que el gasto con fondos extrapresupuestales bajó a 37 % desde un 45,8 en el mismo año. La cobertura de la Seguridad Social (es decir, el seguro de salud financiado por descuentos en las planillas) subió desde el 25,6 % hasta a 30 % entre 1995 y 2012¹⁶⁹.

Calidad y acceso en el cuidado de la salud

Como parte del proceso de descentralización del sector salud, el MINSA encargó a las oficinas de la DIRESA asumir los servicios de abastecimiento y financieros de salud. No obstante, al principio las DIRESA no contaban con la capacidad para hacerse cargo de estas responsabilidades. Había personal insuficiente, los recursos y la capacitación eran escasos y existía una facturación elevada que hacía difícil la administración de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales. Los funcionarios del MINSA sabían que las personas involucradas en cada nivel del sistema de salud requerían asistencia para desarrollar sus capacidades técnicas y de gestión necesarias para apoyar la descentralización.

Con la cooperación de la USAID, el MINSA trabajó con las DIRESA, organizaciones de la sociedad civil, universidades e instalaciones de salud en todo el país para fortalecer su liderazgo local, y capacidad de gestión.



IZQUIERDA: Taller sobre prevención de enfermedades en nosocomio en Moyobamba, San Martín, octubre de 2009.

ABAJO: Una enfermera con Plan Internacional vacuna a una joven en su colegio en Altos de los Mores, mientras sus compañeras la observan. Altos de los Mores es una comunidad pobre en el norte del Perú, una zona de desiertos cerca de Piura. Algunas organizaciones locales e internacionales trabajan con la población sobre temas como salud, nutrición, educación y microfinanzas.

Un participante del programa Buen Inicio lee la información educativa.



“La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) es un ejemplo del aporte de USAID para la transferencia y sostenibilidad de sus esfuerzos. USAID financió la primera encuesta, pero ahora está totalmente financiada por el Gobierno del Perú”

— Jo Jean Elenes, jefa de la Oficina de Salud y Educación, USAID/Perú

EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA ES UNA NECESIDAD IMPRESCINDIBLE

A lo largo de casi 30 años, el Perú ha participado en el programa de Encuestas Demográficas de Hogares de la USAID, que es implementado en el país por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En el año 1986, el Perú condujo su primera Encuesta Nacional de Salud, que dio como resultado un banco de datos sobre reproducción, salud materna e infantil y sobre la prevalencia de enfermedades infecciosas. La información de la encuesta puso a disposición de los funcionarios del MINSA información detallada sobre la situación de la salud de la población en general y de las áreas vulnerables, para el mejoramiento del sistema de salud. Sin embargo, las encuestas se hacían cada cinco años, y solo entonces se encontraba la información para todo el escenario nacional.

En los años 2000, cuando el proceso de descentralización del sistema nacional de salud estaba en curso, quedó claro que las autoridades de salud necesitaban más información actualizada.

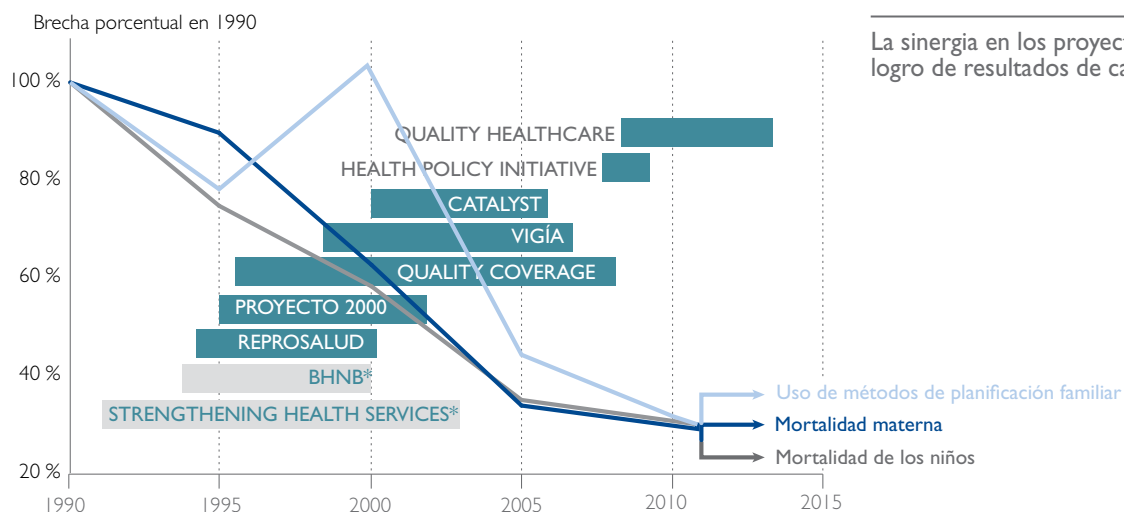
Después de aprobada la estrategia de descentralización en el año 2002, los interesados empezaron a demandar información para hacer el seguimiento de los programas de nutrición en las 24 regiones. En ese entonces, USAID propuso implementar de forma continuada la Encuesta Nacional de Salud como alternativa a las encuestas cada cierto periodo, para responder a las crecientes demandas del Gobierno y de los donantes y actualizar anualmente los indicadores de salud.

Los funcionarios de proyectos en USAID colaboraron con el MINSA para el recojo y publicación de información permanente sobre una base anual o semianual, a través de una nueva y estable unidad en el INEI.

En el año 2004, el Perú lanzó las Encuestas Continuas, convirtiéndose en el primer país en emprender este tipo de encuestas en el programa de DHS de la USAID. El país ha continuado mejorando y expandiendo las encuestas continuas a lo largo del

año 2009 e incorporó información regional sobre una base cada año. La expansión regional fue motivada por el requerimiento de informes anuales del enfoque del presupuesto por resultados, que asigna los recursos sobre la base de los logros de cada región y de las metas anuales de su programa de salud.

Al comienzo fue USAID quien financió los costos de las encuestas locales, en tanto era necesario un flujo continuo de recursos para asegurar la continuidad durante la implementación inicial. Desde entonces, la continuidad ha sido institucionalizada en el Perú y el Gobierno nacional financia el costo de todas operaciones del proceso, incluyendo el mantenimiento de la unidad que realiza las encuestas dentro del INEI. Actualmente, los poderes Legislativo y Ejecutivo se basan en la información recogida por las encuestas continuas para determinar los presupuestos para los programas de salud para las 24 regiones.



FUENTE: Adaptado de Chaw and Spelucin, 2012.

*Estos proyectos fueron financiados a través de préstamos del Gobierno del Perú con los organismos multilaterales y con el apoyo técnico de los proyectos de la USAID.

La sinergia en los proyectos contribuyó al logro de resultados de calidad en salud.

“USAID era muy hábil. Adaptó sus sistemas a las necesidades del país, de cada región. Nos ayudó cuando era necesario y desarrolló capacidades humanas y gerenciales en finanzas, pero no hacía el trabajo por nosotros”.

— Doctor Gustavo Rosell, director regional de Salud, San Martín

A partir de 2005 con la aprobación de los lineamientos políticos nacionales para el desarrollo de recursos humanos, los proyectos de la USAID contribuyeron a la acreditación regional de salud y ayudaron a crear centros regionales de competencia.

Los proyectos de la USAID, como Aliados por la Reforma de Salud Plus (PHRplus según sus siglas en inglés), brindaron ayuda técnica y desarrollo de capacidades en gestión a las autoridades regionales, directores de servicios de salud, consejos regionales y municipalidades en temas como el uso de registros regionales de salud e información epidemiológica para la salud, financiamiento y priorización. El desarrollo de capacidades en estos temas ayudó al MINSA a tener

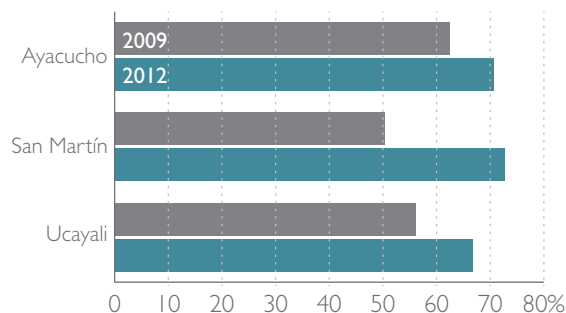
un mapa de sus competencias, funciones y responsabilidades en cada nivel del sistema descentralizado de salud¹⁷⁰.

Otros proyectos, como Cobertura con Calidad, VIGÍA, Catalyst y Calidad en Salud, capacitaron a más de 10 000 técnicos en salud y gerentes en el país, fortaleciendo sus capacidades en gestión y mejorando la calidad del servicio. También ayudaron a crear sistemas de acreditación para las facultades de medicina, enfermería y obstetricia y, más tarde, el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE). Actualmente, SINEACE está financiado íntegramente por el Gobierno peruano, y realiza certificaciones de gestión de modo nacional y exámenes

de recertificación periódicos en medicina, enfermería y obstetricia.

El proyecto Calidad en Salud (QHC por sus siglas en inglés) también apoyó a las regiones para adoptar el sistema de gestión de calidad del MINSA, a través del desarrollo e implementación de un sistema de vigilancia en hospitales, normas de atención de la salud basadas en la evidencia a partir de una metodología de mejora del desempeño (PIM; ver cuadro p. 59) y normas y métodos para servicios de salud de calidad. Luego de incorporar la metodología de mejora del desempeño en el plan nacional para fortalecer el cuidado primario, ocho universidades regionales¹⁷¹ han usado esta metodología en su entrenamiento de los futuros docentes

La adhesión a las mejores prácticas aumentó con el proyecto QHC (según sus siglas en inglés).



y en el currículo para la formación de las competencias profesionales del cuidado de la salud¹⁷².

El proyecto QHC también fortaleció la capacidad de 84 micro-redes para brindar entrenamiento, supervisión y evaluación de futuros docentes en salud materna e infantil y planificación familiar y salud reproductiva. Las micro-redes en el Perú están organizadas cuidadosamente, de acuerdo con su ubicación y función, para que puedan ofrecer con eficiencia la formación más amplia posible en servicios de salud a poblaciones locales, de manera coordinada. En los inicios de QHC en 2009, la adhesión a las mejores prácticas era de 62,5 % en Ayacucho, 50,3 % en San Martín y 55,9 % en Ucayali, con un promedio de 56,2 % entre todas las micro-redes en esas regiones. A finales del año 2012, el promedio aumentó a 70,7 %-72,8 % en Ayacucho y San Martín y a 66,7 % en Ucayali. Gran parte de este éxito fue posible por medio de la infraestructura de

información creada por la USAID a través del Sistema Integrado de Abastecimientos Médicos (SISMED), que QHC usaba para mejorar la logística de abastecimiento y reducir el agotamiento de materiales (ver cuadro página siguiente)¹⁷³.

Al mismo tiempo, las micro-redes de esas regiones (Ayacucho, Ucayali y San Martín) habían cubierto las actividades de la mejora del desempeño con sus propios recursos desde 2012, apoyando el entrenamiento, la supervisión y la evaluación permanente (ver cuadro p. 60).

Además de mejorar la educación médica, verificar los estándares y crear un sistema de gestión de la calidad, en 2009 el MINSA aprobó la política nacional de calidad en la salud, la cual permitió la implementación del seguro universal de salud centrado en el paciente¹⁷⁴. Desarrollado por el MINSA con apoyo de la USAID, el nuevo esquema de seguro universal fortaleció la calidad del cuidado de salud y amplió el acceso a los

servicios. A diferencia de precios esquemas de seguro orientados por los costos, el seguro universal priorizó la cobertura de acuerdo con la carga de enfermedad. También incorporó garantía de calidad para los pacientes y requirió el empleo de prácticas de cuidado de la salud estandarizadas, basadas en la evidencia¹⁷⁵.

A medida que la calidad del cuidado de la salud mejoró, los indicadores de salud también lo hicieron. La tasa de desnutrición crónica en niños menores a 5 años bajó a menos de la mitad entre 1990 y 2010 (38 % versus 18 %). Tanto la tasa de mortalidad materna como la tasa de mortalidad infantil disminuyeron en más de dos tercios a lo largo del mismo periodo, bajando de 265 muertes por 100 000 nacidos vivos en 1990 a 93 muertes por 100 000 nacidos vivos en 2010, y de 64 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a 20 muertes por 1000 nacidos vivos en 2010^{176,177}.

“El lanzamiento de SISMED permitió que el Perú pudiera tener información sobre las necesidades de las regiones y hacer su primera gran compra nacional de productos farmacéuticos, lo que significó un ahorro de 40 millones de soles y que el abastecedor pudiera hacer la distribución a varias agencias”.

— Delia Haustein van Ginhoven, PRISMA

“En la región amazónica era particularmente importante capacitar a las enfermeras para asegurar que las vacunas se conservaran en la temperatura adecuada; si se calentaban o enfriaban mucho, había que botarlas”.

— Rocio Mosquiera, especialista en Monitoreo, Millennium Challenge Corporation's Immunization Threshold Program

EL SISTEMA DE LOGÍSTICA MÉDICA DEL PERÚ APORTA A LA CONSTRUCCIÓN DE LA CAPACIDAD LATINOAMERICANA

En 2002, el MINSA solicitó a PRISMA, una organización no gubernamental de desarrollo, crear un sistema de logística de recetas e insumos médicos. Aprovechando sus muchos años de experiencia en distribución de alimentos y compra de anticonceptivos, PRISMA diseñó un sólido sistema llamado Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos (SISMED) para manejar toda la logística necesaria para hacer los pedidos, la compra y la distribución de medicinas e insumos médicos. Desde 2002 hasta 2006, USAID contribuyó con esta iniciativa y puso a los proyectos que financiaba a trabajar concurrentemente en el fortalecimiento de este sistema. En 2006, PRISMA instaló el sistema en seis regiones. El MINSA entonces lo extendió a cada una de las regiones en el país. SISMED se integró también a la cadena de apoyo a los sistemas de inventario de la cadena de frío para las vacunas. Eso incluyó el uso del sistema de información para hacer seguimiento a los almacenes de inmunizaciones, ordenar nuevos abastecimientos y ayudar para que la provisión sea apropiada y segura. Las intervenciones para fortalecer los sistemas de abastecimiento de fármacos se extendieron a lo largo de un rango continuo que atendía las funciones principales de:

- Selección
- Estimación y programación
- Adquisición
- Almacenamiento
- Distribución
- Uso
- Sistema de información
- Supervisión y monitoreo
- Participación ciudadana y vigilancia
- Desarrollo de capacidades

Cada una de esas funciones del SISMED requería intervenciones asociadas nacionales y regionales. PRISMA, con la pequeña cantidad de fondos que quedó al final del proyecto en el año 2006, construyó en el SISMED una plataforma *online* para el fortalecimiento de capacidades llamado PRISMA Virtual (www.sismed.minsa.gob.pe/). Actualmente, esa plataforma todavía es usada para proveer abastecimiento médico general, administración de cadenas y asistencia técnica a países a lo largo de América Latina. Adicionalmente, este espacio virtual es citado por los expertos en salud pública como una fuente clave para el desarrollo de capacidades, especialmente las relacionadas con el enfoque logístico, para adquirir cualquier cantidad de medicinas a lo largo y ancho del continente.

MSH, SIAPS



Almacén de Loreto antes de las mejoras en las prácticas de almacenamiento

MSH, SIAPS



Almacén de Loreto después de las mejoras en las prácticas de almacenamiento

Los sistemas detrás del sistema de salud

Tener información confiable ha sido el factor esencial para mejorar la calidad y el acceso al servicio de salud, especialmente en el contexto de la descentralización y la integración de programas de salud. Los profesionales del rubro y las autoridades en cada uno de los niveles del sistema nacional de salud del país

necesitaban información actualizada para diseñar, ejecutar y evaluar la efectividad de los servicios e intervenciones de salud.

Un importante elemento de los proyectos de la USAID ejecutados en el país en los años 2000 ha sido la construcción e integración de sistemas de información de salud y administración en todos los niveles del sector del país, tal como se muestra en la tabla a continuación. Estos sistemas han

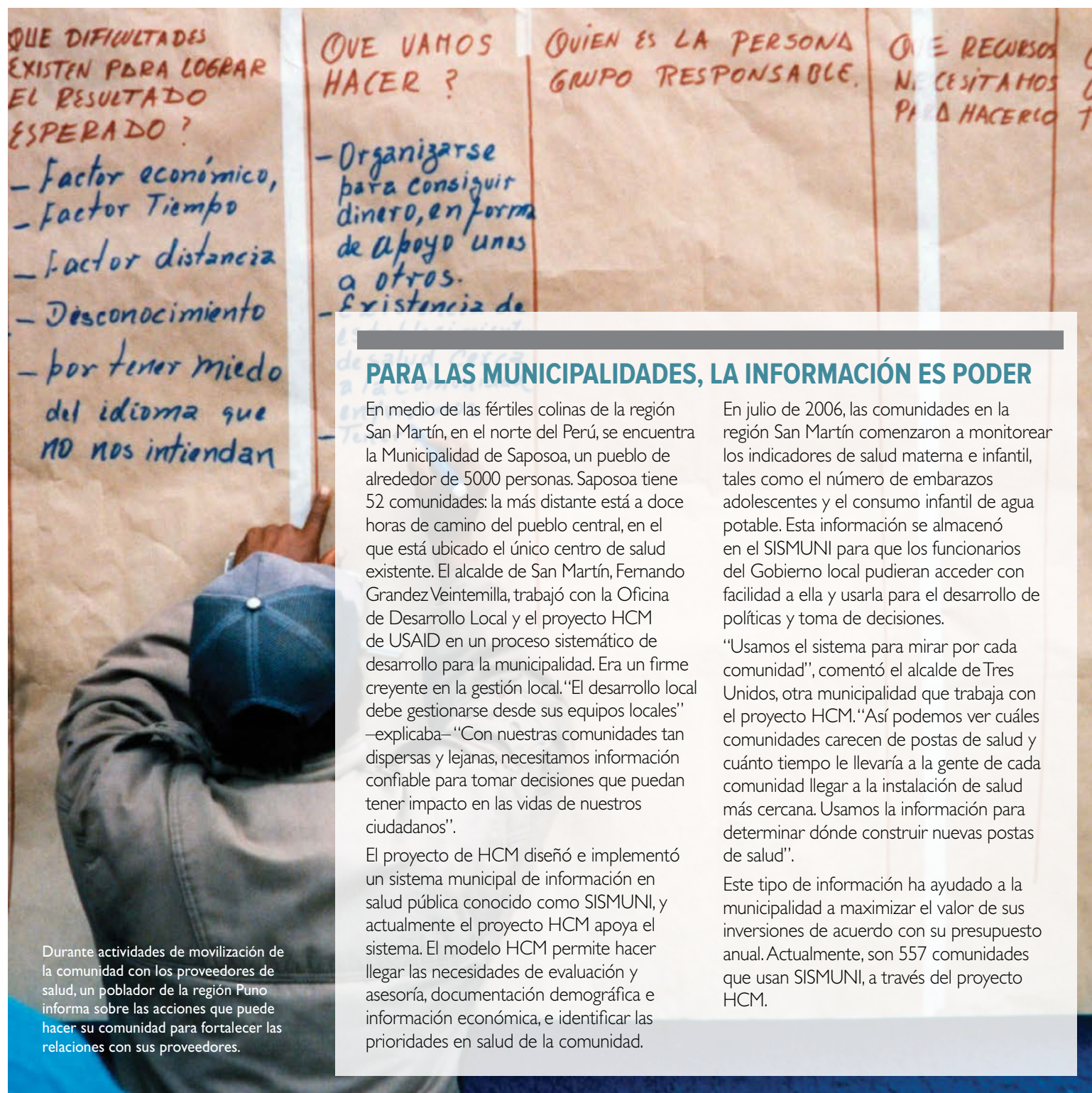
sido la columna vertebral del proceso de descentralización, apoyando el rápido flujo de información entre las comunidades de base y las autoridades de salud en Lima. Esta información ha permitido a los administradores de salud asignar recursos allí donde más se los necesitaba, asegurando así que las familias más vulnerables en las comunidades más remotas del Perú tengan acceso a los servicios de salud.

LISTA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN FUNDAMENTAL APOYADOS POR USAID EN LOS AÑOS 2000

- **SICI (Sistema de Información de Ingresos y Gastos):** Sistema de administración financiera para ayudar a hospitales y otras instalaciones de salud a seguir y analizar gastos e ingresos.
- **SPP (Sistema de Planificación y Presupuesto):** Sistema para ayudar a las autoridades regionales de salud a preparar sus presupuestos anuales.
- **STE (Sistema de Tasas y Excepciones):** Sistema para contribuir con los establecimientos de salud a mejorar la recuperación de costos y precisar el gasto público.
- **SISMED (Sistema Integrado de Abastecimiento de Medicinas y Material Médico):** Sistema de logística para obtener y distribuir insumos médicos y productos farmacéuticos.
- **ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud):** Recoge información sobre indicadores de salud (por ejemplo: indicadores de reproducción, salud materna e infantil y nutrición), así como prevalencia de enfermedades infecciosas (en curso).
- **Sistema de Información de Salud:** Sistema para informar y analizar determinantes de salud, situación de la salud de la población y disponibilidad de sistema de salud.
- **SISMUNI (Sistema de Información de Base Comunitaria):** Sistema de información de la salud pública municipal para información demográfica y económica local.
- **SEEUS (software para la encuesta de análisis de la satisfacción del usuario):** Sistema para el análisis y seguimiento de las quejas del paciente.
- **SISGALENPLUS (Sistema de Información Perinatal 2000 [SIP2000 v3] y Sistema de Administración Integral del Hospital):** Empleado por hospitales y establecimientos de salud para la toma de decisiones operacionales y de administración, para informes, facturación, administración y manejo de las historias médicas y de los archivos.

“Una característica única de SISMUNI es que recoge la información de salud desde las bases. La comunicación se inicia en las comunidades y es llevada a las regiones, algo nuevo en el sistema de salud”.

— Doctor Edgar Medina, director del proyecto de Municipios y Comunidades Saludables, Proyecto HCM



QUE DIFICULTADES EXISTEN PARA LOGRAR EL RESULTADO ESPERADO?

- Factor económico,
- Factor Tiempo
- Factor distancia
- Desconocimiento
- por tener miedo del idioma que NO nos entiendan

QUE VAMOS HACER?

- Organizarse para conseguir dinero, en forma de apoyo unos a otros.
- Existencia de

QUIEN ES LA PERSONA GRUPO RESPONSABLE.

QUE RECURSOS NECESITAMOS PARA HACERLO

PARA LAS MUNICIPALIDADES, LA INFORMACIÓN ES PODER

En medio de las fértiles colinas de la región San Martín, en el norte del Perú, se encuentra la Municipalidad de Saposoa, un pueblo de alrededor de 5000 personas. Saposoa tiene 52 comunidades: la más distante está a doce horas de camino del pueblo central, en el que está ubicado el único centro de salud existente. El alcalde de San Martín, Fernando Grandez Veintemilla, trabajó con la Oficina de Desarrollo Local y el proyecto HCM de USAID en un proceso sistemático de desarrollo para la municipalidad. Era un firme creyente en la gestión local. “El desarrollo local debe gestionarse desde sus equipos locales” —explicaba— “Con nuestras comunidades tan dispersas y lejanas, necesitamos información confiable para tomar decisiones que puedan tener impacto en las vidas de nuestros ciudadanos”.

El proyecto de HCM diseñó e implementó un sistema municipal de información en salud pública conocido como SISMUNI, y actualmente el proyecto HCM apoya el sistema. El modelo HCM permite hacer llegar las necesidades de evaluación y asesoría, documentación demográfica e información económica, e identificar las prioridades en salud de la comunidad.

En julio de 2006, las comunidades en la región San Martín comenzaron a monitorear los indicadores de salud materna e infantil, tales como el número de embarazos adolescentes y el consumo infantil de agua potable. Esta información se almacenó en el SISMUNI para que los funcionarios del Gobierno local pudieran acceder con facilidad a ella y usarla para el desarrollo de políticas y toma de decisiones.

“Usamos el sistema para mirar por cada comunidad”, comentó el alcalde de Tres Unidos, otra municipalidad que trabaja con el proyecto HCM. “Así podemos ver cuáles comunidades carecen de postas de salud y cuánto tiempo le llevaría a la gente de cada comunidad llegar a la instalación de salud más cercana. Usamos la información para determinar dónde construir nuevas postas de salud”.

Este tipo de información ha ayudado a la municipalidad a maximizar el valor de sus inversiones de acuerdo con su presupuesto anual. Actualmente, son 557 comunidades que usan SISMUNI, a través del proyecto HCM.

Durante actividades de movilización de la comunidad con los proveedores de salud, un poblador de la región Puno informa sobre las acciones que puede hacer su comunidad para fortalecer las relaciones con sus proveedores.

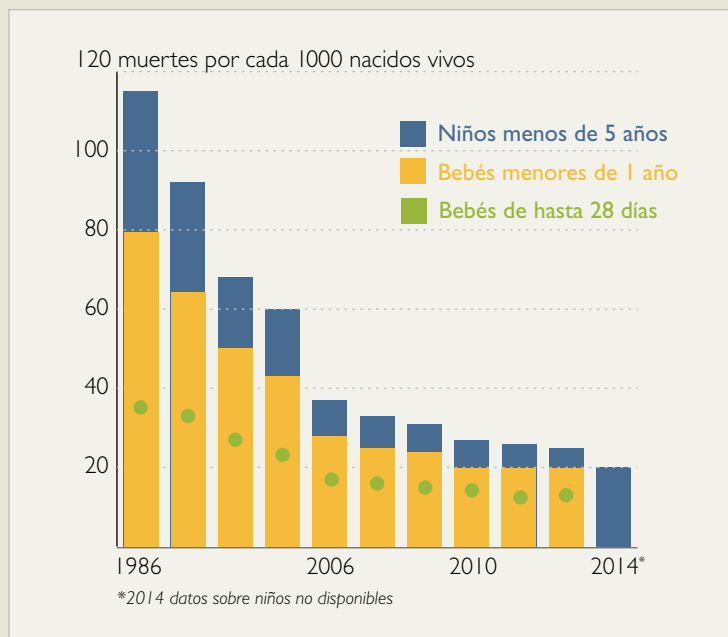


El Perú tiene un futuro saludable

“Nosotros sabíamos que el apoyo de USAID terminaría en algún momento y que necesitábamos encontrar una forma de conservar lo que habíamos logrado. Hemos institucionalizado muchos de los procesos que aprendimos mientras recibíamos el apoyo técnico de USAID; ahora estamos en condiciones de desarrollar iniciativas propias en la Dirección Regional de Salud (DIRESA)”.

— Dr. Gustavo Rosell, director regional de Salud, San Martín

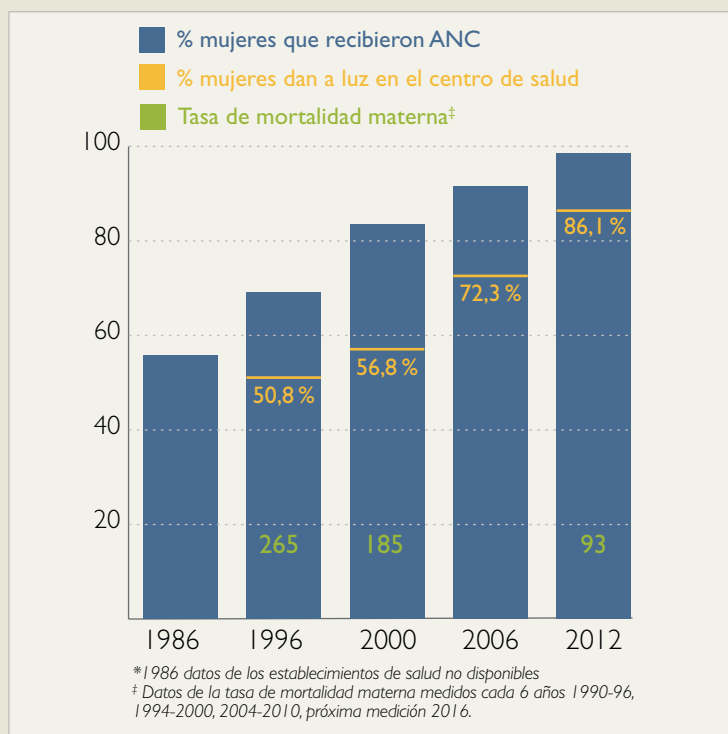
Indicadores de la mortalidad de los niños



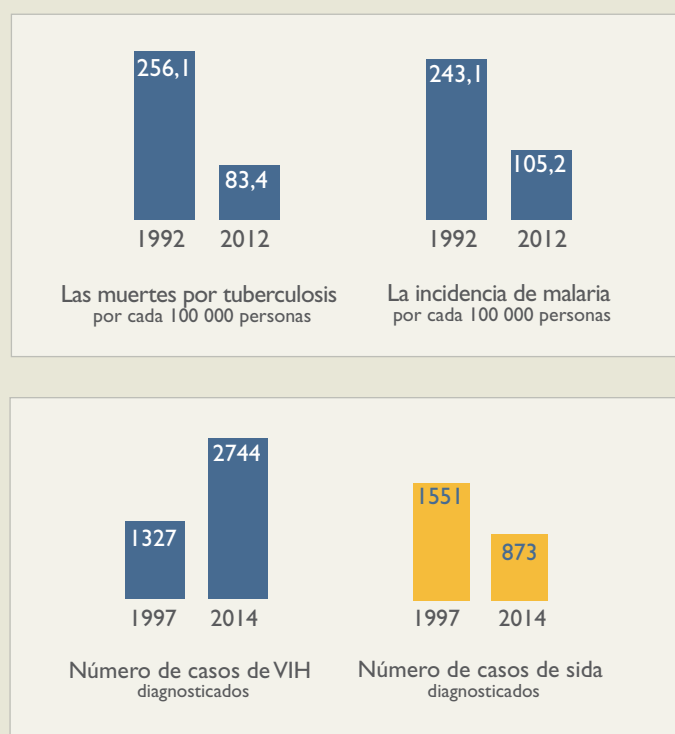
Indicadores de crecimiento de la población



Indicadores de la salud materna



Indicadores de enfermedades infecciosas



Los años finales del apoyo de la USAID al sector salud del Perú

Los indicadores de salud del Perú muestran claramente cuán lejos ha avanzado el país durante los más de 50 años de colaboración con la USAID. Se han logrado sólidos avances hacia el alcance de sus propósitos dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las encuestas nacionales dan cuenta de la dramática historia que ha significado el progreso para que el país pueda llegar a la meta 4 y avanzar hacia la meta 5, al reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, respectivamente.

Indicadores de salud

Mortalidad de los niños

Para el Perú, la reducción de la mortalidad infantil ha sido una meta importante. En 1986, 115 niños nacidos vivos no llegaban a los 5 años: 75 morían antes de cumplir un año, y 35 morían dentro los primeros 28 días. Desde 1986, el Perú ha disminuido la tasa de mortalidad en 78 %, correspondiendo la más

grande disminución a los periodos en que se recogió información de 2000 y de 2004-2006 (un 38 % de disminución). En 2012, el Perú sobrepasó la meta 4, reduciendo en dos tercios la mortalidad infantil entre 1990 y 2015. Durante ese mismo periodo también descendió dramáticamente la mortalidad infantil y neonatal, lo que favoreció esos logros.

La diarrea y las infecciones respiratorias agudas (IRA) están entre las mayores causas de mortalidad y morbilidad infantil en el mundo, a pesar de que ambas son prevenibles y curables. Durante la alianza de la USAID con el Perú, proyectos específicos apoyaron las actividades para reducir tanto la diarrea como las infecciones respiratorias agudas. Las infecciones que producen diarrea se extienden por medio de alimentos contaminados con manos, superficies y líquidos en pobres condiciones sanitarias y falta de acceso a agua potable segura e higiene adecuada.

Durante el tiempo que duró la alianza, los proyectos USAID apoyaron las actividades

que redujeron tanto la diarrea como las infecciones respiratorias agudas. Durante los periodos de recolección de información de 2000 y de 2004-2006, el Perú vio disminuir en 90 % las infecciones respiratorias agudas, y entre 1991 y 2012 se incrementó en 33 % el porcentaje de niños con IRA que fueron tratados en instalaciones de salud donde podían recibir los cuidados de emergencia que necesitaban. El mayor uso de los servicios de salud a menudo indica tanto mejoras en disponibilidad y acceso a esos servicios como mayor confianza en el sistema de salud. Estas mejoras en salud infantil han contribuido a que el Perú logre la meta 4 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Salud materna

El Perú también ha dado grandes pasos en el mejoramiento de la salud materna, disminuyendo la mortalidad en 65 % entre los años 1990 y 2010. La tasa de mortalidad materna (TMM) es considerada un indicador general de la situación de la salud de la

población y del funcionamiento del sistema de salud, porque pueden evitarse la mayoría de las muertes maternas con servicios obstétricos apropiados y con proveedores de servicios bien capacitados. Los indicadores que siguen demuestran una disminución de 69,4 % en la TMM entre los periodos de recolección de la información de 1990-1996 y de 2004-2010. Es un logro muy importante. En la ciudad capital, Lima, la TMM bajó a 52 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, a pesar de que esa tasa es casi siete veces menor que la tasa de la región altiplánica de Puno, donde la TMM es de 361 muertes por cada 100 000 nacidos vivos¹⁷⁸.

Indicadores críticos de salud

El progreso en estos Objetivos de Desarrollo del Milenio muestra mejoras en el sistema de salud del país, lo que se refleja en el gasto per cápita del sector público de salud, que casi se ha triplicado desde el año 2000, subiendo de \$ 111 por persona a \$ 331 en el año 2013¹⁷⁹.

A medida que, año tras año, los funcionarios del sector público de salud trabajaban con la USAID para fortalecer el sistema de salud desde las postas de las comunidades de base hasta el ámbito nacional del Ministerio de Salud, también el apoyo de la USAID al país cambiaba y evolucionaba. A lo largo de la última década y media, la USAID ha dado asistencia técnica de alto nivel para que el país pueda ofrecer a su población servicios de salud de alta calidad.

En tanto la USAID se preparaba para concluir su trabajo en el sector salud en el Perú, su preocupación se centraba en asegurar la continuidad de los logros alcanzados en los pasados 55 años, para lo cual trabajó estrechamente con el Ministerio de Salud, las ONG y los Gobiernos regionales y locales. La USAID colaboró con el MINSA y el Gobierno Regional de San Martín para desarrollar un modelo descentralizado de oferta de servicios de salud y de su administración, así como hizo entrega directa de recursos económicos a los Gobiernos regionales para ese fin. Adicionalmente, el modelo de Municipios y Comunidades Saludables comprometidas con el desarrollo local ha contribuido con dotar de herramientas importantes a los ciudadanos del Perú para seguir avanzando en base a los logros en salud de las décadas previas.

Desafíos actuales de la salud pública en el Perú

En momentos en que la asistencia de la USAID en salud llegaba a su fin, el desafío más urgente que el Perú tenía era terminar la reestructuración del sistema de salud. Desde hace diez años, el Gobierno del Perú ha transferido la responsabilidad de ejecutar la entrega de los servicios de salud desde el Ministerio de Salud a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA). Estas instancias tendrán que trabajar con sus Gobiernos regionales para continuar el

fortalecimiento de la provisión de servicios de salud en sus propias redes.

Aunque el modelo San Martín, desarrollado a través del proyecto PAIMNI del Gobierno regional y apoyado por la USAID, ofrece una hoja de ruta para continuar ese proceso, la mayoría de las regiones necesitará el apoyo del Ministerio de Salud para fortalecer los sistemas locales y las capacidades de los administradores de salud. Los sistemas regionales deberán equipar al personal regional, distrital y local con las habilidades gerenciales indispensables para identificar prioridades, asignar eficientemente fondos financieros y otros recursos, atender las desigualdades en el desempeño del servicio y asegurar la efectiva entrega del servicio.

Otro desafío es fortalecer la capacidad para disminuir los efectos de la rotación de personal, un problema que debilita el sistema peruano de salud. Entre las maneras de enfrentarlo están las siguientes:

- Empleando herramientas tales como miniuniversidades del Programa de Orientación para Nuevos Empleados como parte de la orientación y entrenamiento formales de los trabajadores de salud.
- Ejecutando programas de entrenamiento continuo en todos los segmentos del sector salud para asegurar que el personal reciba actualización y puesta al día con las nuevas y cambiantes prácticas del cuidado de la salud.

ALCANCES SOBRE LA CARRERA PROFESIONAL DE LA EXMINISTRA DE SALUD MIDORI DE HABICH

Midori de Habich Rospigliosi llegó a ser ministra de Salud del Perú en 2012, luego de haber pasado 17 años trabajando en la implementación de proyectos de salud con las autoridades respectivas y organizaciones privadas. Fue especialista en asistencia técnica para la implementación de proyectos y luego jefa de proyectos de USAID. La exministra de Salud estuvo entre los muchos funcionarios de proyectos de USAID seleccionados para ocupar puestos de alto nivel en el ámbito regional y en el sistema nacional de salud, como en caso del actual ministro de Salud, el doctor Aníbal Velásquez Valdivia.

A inicios de su carrera como socia de USAID, la exministra trabajó en el componente de financiamiento del Proyecto 2000, desarrollando con el equipo del componente herramientas y metodologías para mejorar el financiamiento, el costeo, la eficiencia y la eficacia presupuestaria. Asimismo, estuvo involucrada en un estudio para mejorar la focalización del sector para orientar los subsidios hacia las familias más vulnerables del Perú. El estudio fue útil para desarrollar el enfoque de presupuesto por resultados y las políticas iniciales de protección social que llegaron a ser implementadas en 2010. Además, fue útil en el diseño del Sistema de Focalización de Hogares del Perú, utilizado ahora con ajustes por el Ministerio de Inclusión Social y anteriormente por el Ministerio de Economía y Finanzas.

La exministra explica que “una ventaja fundamental de los proyectos de USAID

ha sido dar oportunidad al país de poner a prueba sus teorías en el campo mismo y ver si son consistentes con lo que dice la práctica en muchos contextos regionales”. Añade: “Los proyectos de USAID permiten a los países tener evidencia sólida y de primera mano para usarla en la formulación de propuestas prácticas y viables”.

Midori de Habich continuó brindando asistencia técnica a lo largo de los años 2000. Como parte del Proyecto PHRplus, y con el doctor Óscar Ugarte, quien posteriormente llegó a ser también ministro de Salud, diseñaron un modelo para descentralizar las funciones de salud entre los varios niveles de gobierno. El modelo incluía un proceso de acreditación gubernamental a ser implementado en un periodo de ocho años.

La administración del presidente Alan García aprobó el modelo, pero en lugar de seguir el calendario de aplicación, decidió acelerar el proceso con una política que llegó a ser conocida como “*shock* de descentralización”. La USAID, con la asistencia técnica del proyecto PRAES, y bajo responsabilidad de la exministra de Habich, adaptó el modelo al nuevo calendario y continuó dando apoyo al Gobierno peruano y a las regiones. “La adaptabilidad de la USAID nos permitió ser más efectivos y responder a las necesidades del Ministerio de Salud, esta flexibilidad facultó a la USAID para adaptarse a los vaivenes nacionales y al cambio en las prioridades de políticas”.

El proyecto PRAES se fusionó con otro proyecto de USAID, Iniciativas de Política de Salud (IPS), para formar el Proyecto Políticas en Salud, el cual se centró en la creación de políticas pertinentes para el desarrollo de recursos humanos, la distribución y abastecimiento de medicamentos e insumos médicos y el apoyo a la política de protección financiera.

La exministra explica que “a partir del Proyecto PHRplus hay una consolidación... una continuidad [los proyectos] incluían elementos de reforma... con un hilo conductor. Los proyectos se fueron engarzando, y también generando un equipo que se mantuvo dando continuidad a los trabajos... nos permitió también que este equipo pueda en determinados momentos ir asumiendo cargos políticos. La continuidad es una de las fortalezas de los proyectos de USAID”.

Cuando Ollanta Humala llegó a la presidencia en 2011, el proyecto Políticas en Salud ya estaba en marcha. Durante el primer año de gobierno, la prioridad del Ministerio de Salud fue extender la cobertura universal del seguro de salud. Como jefa del equipo del proyecto Políticas en Salud, Midori de Habich apoyó al ministro de Salud Óscar Ugarte en la implementación del seguro universal de salud en un contexto de descentralización del sector. A mediados de 2012, Midori de Habich fue designada ministra de Salud, cargo en el que se desempeñó hasta noviembre de 2014.

- Dando apoyo continuo desde el MINSA al sistema de incentivos para resolver el problema de la distribución geográfica desigual de trabajadores. Elevar la retención del personal calificado en cuidado de la salud a través de la mejora de las compensaciones.

El éxito del Perú en alcanzar mayores logros en la descentralización del sistema de salud dependerá de su habilidad para instalar mecanismos de colaboración altamente participativos, de su capacidad para construir las competencias de sus trabajadores de salud en todos los niveles, y de asegurar suficientes recursos humanos y financieros para las instituciones de salud.

Perspectivas del futuro del sistema público de salud del Perú

El Perú ha vivido recientemente un desarrollo económico sostenido gracias al clima externo favorable a las inversiones, a la prudente política macroeconómica y a las reformas estructurales profundas. Entre 2005 y 2013 disminuyó el porcentaje de la población que vive en la pobreza de 45 % a 24 %¹⁸⁰. La economía peruana es una de las que más rápido crecimiento han tenido en la región, y se espera que esto continúe en el mediano plazo. De acuerdo con el Banco Mundial, los estimados más recientes de crecimiento del PBI para 2014 están por encima del promedio regional (3,5 %) para el Perú, comparado con el 1,2 % de la región. Una robusta economía habla bien del sector público de salud.

Las reformas financieras de salud, la definición más precisa del papel del Ministerio de Salud, y su mayor concentración en el establecimiento de normas y estándares, buscan garantizar la

protección de la salud para todos los peruanos para 2021, independientemente de su condición económica, cultura, ubicación geográfica, y de si es público o privado el servicio de salud al que tienen acceso.

El sector salud del Perú tiene logros en salud pública para compartir con el hemisferio occidental y el mundo. El Ministerio de Salud está en condiciones de ser el modelo para otros países de América Latina. Igualmente, a través de la Organización Panamericana de la Salud y otras organizaciones regionales, el Ministerio de Salud puede jugar un papel importante en el desarrollo de la salud global, compartiendo su amplia experiencia y colaborando con otros países a diseñar e implementar políticas de salud pública.

Perú, país en transición a ser líder en el desarrollo

Tal vez el mayor testimonio del progreso económico y del desarrollo de un país es el reconocimiento de otras naciones como líder del desarrollo. Esto es posible en la medida en que el país termine su proceso de receptor de la cooperación a aliado autosuficiente para el desarrollo. Aunque este avance es un proceso continuo, las tendencias sociales y económicas y el progreso logrado en la década pasada demuestran que, a medida que los indicadores de desarrollo sigan mejorando, es justificada una gradual reducción en los programas de apoyo al desarrollo.

La USAID apoyó al Perú a lo largo de los pasados 55 años para que la salud acompañara el desarrollo. Empezó con la entrega directa de servicios de salud, pasó a los alimentos para mujeres y niños, a ladrillos y cemento para las instalaciones de salud, materiales de salud para las micro-redes,

recopilación de información, fortalecimiento del sistema de salud, y, finalmente, apoyo técnico y en políticas de alto nivel para salvar vidas gracias a un robusto sistema de entrega de servicios de salud pública. Durante este camino, el Gobierno del Perú ha hecho grandes avances en incorporar a su sistema de salud y autofinanciar muchas mejoras promovidas por la USAID. Desde el proceso de certificación médica del SINEACE hasta el seguro universal de salud y docenas de sistemas de información y servicios médicos, incluyendo el ENDES Continuo.

El Perú, con la cooperación de la USAID, ha mejorado la capacidad de planificar y administrar las actividades de salud de los Gobiernos regionales y locales. Los actuales esfuerzos en estos campos incrementarán la inclusión social, y eventualmente ayudarán a prevenir y mitigar los conflictos, al paso que el país recorre su camino como líder del desarrollo.

Al iniciarse una nueva fase de colaboración, la alianza desarrollada entre el Gobierno de los Estados Unidos de América y el Gobierno del Perú se fortalecerá en su trabajo conjunto como líderes del desarrollo en los años venideros. En 2015, la USAID concluirá sus actividades de cooperación bilateral en salud, orgullosa de los importantes progresos logrados en el Perú. Luego de muchas décadas de trabajo, la USAID está segura de que el Gobierno del Perú cuenta con el conocimiento, la habilidad y el deseo de continuar el fortalecimiento de sus sistemas de salud. La USAID aspira al desarrollo permanente del Perú, presenciar su liderazgo en salud de modo global y las mejoras en los sistemas de salud en todo el país, que tendrán un impacto positivo en millones de peruanos en los años futuros. ■

“Tenemos que llegar a ser actores principales en nuestra historia. Si nos lo proponemos, podemos reducir la desnutrición, las muertes maternas, el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual. Creo y estoy convencida de que, si empezamos con pequeñas experiencias, podemos pasar a la acción y lograr cambios nacionales”.

— Mg. Rosa Muñoz, profesora de la Escuela de Obstetricia,
Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, UNSCH

En Uripa, Apurímac, una familia
regresa a casa al finalizar el día,
luego de pastear a sus animales.

© 2012 DAVID HUAMANI, CORTESÍA DE PHOTOSHARE



Barcos en Puerto Maldonado

Apéndice: metodología y proceso de recojo de la información

El presente informe de la USAID fue preparado empleando un proceso estructurado de recolección de información, discutido y aprobado por USAID/ Perú antes de su ejecución.

El equipo K4 Health empleó un enfoque metodológico mixto de los siguientes cinco pasos, para recoger la información cualitativa y cuantitativa:

- (1) Revisión de escritorio de los documentos e información disponible de fuentes secundarias,
- (2) grupos focales de informantes clave de beneficiarios,
- (3) entrevista a informantes clave,
- (4) encuestas,
- (5) identificación de los agentes de cambio

Las entrevistas se llevaron a cabo en Washington, en Lima y en todas las regiones del país, en tanto las entrevistas requerían un grupo representativo de beneficiarios y de implementadores. El desafío fue revisar los resultados y productos en las áreas de salud, desde el fortalecimiento del sistema de salud hasta la planificación familiar. Después de revisar la lista de los proyectos locales y globales, la recolección de información se organizó por portafolio. Se seleccionaron tres regiones para captar lo mejor de estas ricas experiencias: Ayacucho, Ucayali y San Martín. Para otras regiones los datos para la investigación se obtuvieron durante la revisión de escritorio de los archivos de proyectos.

Revisión de escritorio

USAID/Perú entregó al equipo K4Health un paquete de resúmenes hechos de informes relevantes tanto publicados como no publicados, informes de implementación de proyectos e informes de evaluación de

prácticamente todos los proyectos de las décadas de los 80, 90 y 2000. El equipo de investigación buscó también estudios sobre desarrollo de la salud escritos por autores locales e internacionales, y verificó los datos cuantitativos en el Instituto Nacional de Estadística (INEL).

Reuniones de trabajo durante la investigación

Además de la continua comunicación entre la USAID y los equipos de investigación K4Health, tuvieron lugar tres reuniones en Lima para discutir y aprobar el enfoque y las herramientas.

Grupos focales de informantes clave

Se organizó en una región un pequeño grupo focal con beneficiarios de un proyecto de cambio conductual con la participación de mujeres clave y personal de salud. Esta experiencia dio la oportunidad para el recojo de historias de vida y lecciones aprendidas.

Taller de formación de informantes clave

El equipo K4Health condujo en el Perú un pequeño taller con un grupo selecto de entrevistados que tenían experiencia muy cercana con el portafolio de USAID/Perú en salud. La mayoría de los entrevistados fueron también implementadores de uno o más proyectos. El pequeño grupo fue seleccionado de la lista de informantes clave que ofreció USAID/Perú. El objetivo del taller fue construir una línea de tiempo para orientar al equipo K4Health en el portafolio de salud de USAID/Perú correspondiente a los 24 años pasados y también captar ideas de informantes clave adicionales y de los materiales de base que deberían ser destacados en el balance que se va a dejar y en las secciones de los “líderes”.

Entrevista a informantes clave

El equipo K4Health condujo entrevistas cualitativas o entrevistas en profundidad con 14 informantes clave que viven tanto en el Perú como en los Estados Unidos de América, y que incluyen a funcionarios actuales y otros retirados de la USAID, a aliados implementadores y a aliados del Gobierno. Y cuando fue posible, el equipo K4Health condujo entrevistas cara a cara; sin embargo, cuando no fue posible el contacto directo, hizo las entrevistas por teléfono o por correo electrónico.

Encuesta a informantes clave

El equipo K4Health desarrolló una encuesta por internet y la empleó para identificar las áreas que los informantes clave conocían y en que eran expertos. La encuesta estaba en ambos idiomas, inglés y español, y fue aplicada *online*, usando el *software* SurveyMonkey. Empleando invitaciones por correo electrónico, 84 informantes clave fueron invitados a participar en la encuesta *online*, 38 entrevistados (23 en inglés y 15 en español) produjeron una tasa de respuesta de 45 %. Sin embargo, fue variable el número exacto de los que respondieron cada pregunta.

Identificación de los líderes de desarrollo (agentes de cambio)

A través de las discusiones con los informantes clave referidos anteriormente, el equipo K4Health identificó a los líderes de desarrollo, es decir, personas u organizaciones (incluyendo aliados, Gobierno, sociedad civil y donantes) que jugaron un papel esencial para promover las mejoras de salud en el Perú. Estas personas fueron luego entrevistadas y sus historias de vida han sido destacadas en este informe.



Documentos referenciales

1. Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Mundial <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2014.
3. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2013.
4. *Ibíd.*
5. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2010.
6. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2013.
7. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2014.
8. *Ibíd.*
9. *Ibíd.*
10. El Grupo QED, LLC con CAMRIS International and Social & Scientific Systems, Inc. *Evaluación Externa de Iniciativa contra la Malaria en el Amazonas y la Iniciativa para las Enfermedades Infecciosas en América del Sur*. USAID. Washington, DC, 2007.
11. USAID, “Child Survival and Disease Programs Fund Progress Report, FY2000.” 2001. Tomado de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pdabt278.pdf
12. Entrevista con Lucy López, exfuncionaria de USAID, en octubre de 2014.
13. Pedro G. Suarez. “The dynamics of tuberculosis in response to 10 years of intensive control effort in Perú.” *Journal of Infectious Diseases*, 2001.
14. Sonya Shin; Jennifer Furin; Jaime Bayona; Kedar Mate; Jim Yong Kim; Paul Farmer. “Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Perú: 7 years of experience”. *Social Science & Medicine* 59 (7): 1529–39, 2004. Tomado de: doi:10.1016/j.socscimed.2004.01.027.PMID 15246180.
15. WHO, *Health: A Key to Prosperity—Success Stories in Developing Countries*. World Health Organization, Communicable Disease, Geneva, Switzerland, 2000. Tomado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66616/1/WHO_CDS_2000.4.pdf?ua=1
16. Encuesta Nacional de Hogares 2014.
17. Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Mundial <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>
18. USAID *FY Informe al Congreso de Estados Unidos*. 1975.
19. Necochea Lopez, Raul. *Una historia de la Planificación Familiar en el Siglo Veinte en el Perú*, Prensa UNC, 2014.
20. Clam & Mayne Inc. & Corporación Universitaria de Investigación. *Informe Final de la Evaluación de los Proyectos Integrados de Salud y Planificación*, 1985, pp. 219 & 230. Tomado de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDABH950.pdf.
21. The United States Census Bureau. International Programs: International Data Base – Perú. Tomado de: <http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php>.
22. Banco Central de Reserva (BCRP), <http://www.bcrp.gob.pe/estadisticas/cuadros-anales-historicos.html>. (July 9, 2015.)
23. Agencia para el Desarrollo Internacional, Presentación al Congreso del Año Fiscal 1980 Anexo III Latinoamérica y el Caribe, Washington, DC, 1980, s.n. p. 333, 1980.
24. Encuestas Demográficas y de Salud Programa USAID (n.d.) Tomado de: <http://www.statcompiler.com>.
25. Kimberly Theidon, “Terror’s Talk: Fieldwork and War” *Dialectical Anthropology* 26: 19–35, 2001.
26. Thomas M. Leonard, *Encyclopedia of the Developing World*, Routledge, Taylor & Francis Group: New York, NY, p. 45, 2013.
27. Agencia para el Desarrollo Internacional, Presentación al Congreso del Año Fiscal 1981 Anexo III América Latina y el Caribe. Washington, DC: USAID, p. 325, 1981.
28. <http://www.prb.org/pdf09/fp-econ-bangladesh.pdf>
29. Price Waterhouse. Auditoría financiada por USAID/Perú para la Organización “Apoyo a los Programas de Población” comprendida en el Proyecto, Junio 28, 1984 a 28 de febrero, 1990. Tomado de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDABC719.pdf
30. <http://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/nutrition>
31. Agencia para el Desarrollo Internacional (1981) Presentación al Congreso del Año Fiscal 1981 Anexo III América Latina y el Caribe. Washington, DC: USAID, p. 325, 1981.
32. MSCI Medical Service Corporation International. Peru Child Survival Project, Evaluation Report. Arlington, Virginia: Medical Service Corporation International, p. 196, 1990. Evaluation. No. PDC 1406-I-00-7114-00
33. Banco Central de Reserva (BCRP), <http://www.bcrp.gob.pe/estadisticas/cuadros-anales-historicos.html>. (July 9, 2015.)
34. Janina Leon, “Addressing transitory and chronic poverty: Social policies in Peru 1990–2010.” In Social protection, growth and unemployment: Evidence from India, Kenya, Malawi, Mexico and Tajikistan. United Nations Development Programme, Bureau for Development Policy. New York, NY; 2013.
35. *Ibíd.*
36. Chemonics International (n.d.). *USAID/Peru—21 Year Supporting Efforts to Improve the Quality of Healthcare Delivery: A Quality Healthcare Program Technical Brief*. USAID. Tomado de: [http://www.chemonics.com/OurWork/OurProjects/Documents/Peru %20Quality %20Healthcare %20Technical %20Brief %20- %2021 %20Years.pdf](http://www.chemonics.com/OurWork/OurProjects/Documents/Peru%20Quality%20Healthcare%20Technical%20Brief%20-%2021%20Years.pdf)
37. Christina Ewig, *The Politics of Health Sector Reform in Peru*. Prepared for the Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms, Washington, DC; April 18-19, 2002.
38. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049197/en/>
39. Christina Ewig, 2002.

40. Reporte de Gestión. Vol. 1. Programa salud básica para todos. Febrero 22, 1995.
41. Janina Leon, 2013.
42. USAID Center for International Health Information, Programs in Population, Health and Nutrition. November 1997. Tomado de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacc690.pdf
43. Planificación Familiar al Alcance de las Poblaciones de Alto Riesgo-ALCANCE, Ayuda contra SIDA-SIDAYUDA, Cobertura con Calidad, Enfrentando Amenazas de Enfermedades Infecciosas Emergentes-VIGIA, FOCUS-Adolescentes, Proyecto 2000, , Salud Reproductiva en la Comunidad-ReproSalud, Apoyo a la Salud Reproductiva (PASARE), Planificación Familiar Privada Comercial, Proyecto de Fortalecimiento de Instituciones de Salud-SHIP, Max Salud, Buen Inicio y otros.
44. Celina Salcedo, Ex Coordinadora de la región Ayacucho de la ONG Manuela Ramos, ONG responsable de la ejecución del Proyecto ReproSalud de USAID. Entrevista personal el 22 de octubre de 2014.
45. INEI, Censo Nacional del Perú, Perú 1993.
46. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú Continuous DHS, 2012.
47. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, September 1992.
48. Perú, *Misión de AID en el Análisis del Sector Salud en el Perú*. The Development Group, Inc., Evaluación, Población e Indicadores Demográficos, situación económica, estado de salud, morbilidad y mortalidad. PN-ABM-46Z. Alexandria, VA, 1991.
49. Equipo de Salud USAID/Perú (Octubre 2014) Entrevista personal.
50. <http://oig.usaid.gov/sites/default/files/audit-reports/1-527-00-003-p.pdf>
51. Equipo de Salud USAID/Perú (Octubre 2014). Entrevista personal
52. <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ifpridp01105.pdf>
53. Medical Service Corporation International. "Peru Child Survival Project, Evaluation Report." Evaluation. No. PDC 1406-I-00-7114-00. Arlington, Virginia, 1990.
54. *Ibid.*
55. *Ibid.*
56. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation Peru 1980-2012.
57. Medical Service Corporation International, 1990, above.
58. <http://www.ircwash.org/sites/default/files/827-PE-6929.pdf>
59. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00036609.htm>
60. USAID. (2000). USAID Child Survival and Disease Programs Fund Progress Report, FY2000. Tomado de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pdabt278.pdf.
61. *Ibid.*
62. *Ibid.*
63. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, September 1992.
64. http://www.unicef.org/media/media_18981.html
65. USAID. (2000). USAID Child Survival and Disease Programs Fund Progress Report, FY2000. Tomado de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pdabt278.pdf
66. Pedro G. Suarez, "The dynamics of tuberculosis in response to 10 years of intensive control effort in Peru." *Journal of Infectious Diseases*, 2001.
67. *Ibid.*
68. OMS, "Control global de la tuberculosis: Informe OMS 2001" WHO/CDS/TB/2001.287). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2001.
69. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú. September 1992.
70. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú 2013.
71. Misión AID Perú 1991. Análisis del sector Salud en el Perú, Alexandria, Va: 1991. Evaluación, Población e Indicadores Demográficos, situación económica, estado de salud, morbilidad y mortalidad. PN-ABM-46Z
72. Medical Service Corporation International, 1990.
73. La Encuesta Demográfica y de Salud incorpora a mujeres casadas o convivientes con el término unidas, en el informe original de ENDES en castellano.
74. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 1986.
75. J.M. Gribble; S.Sharm; E.P Menotti, "Family planning policies and their impacts on the poor: Peru's experience," *International Family Planning Perspectives*: 33:4. December 2007.
76. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2013.
77. James N. Gribble, Suneeta Sharma and Elaine P. Menotti, 2007.
78. Gustavo Angeles, David K. Guilkey and Thomas A. Mroz, *The Determinants of Fertility in Rural Peru: Program Effects in the Early Years of the National Family Planning Program*. Measure evaluation, Carolina Population Center. University of North Carolina at Chapel Hill, 2001.
79. Management Sciences for Health, family planning management training, "Management Development Plan for Family Planning Organizations in the Peruvian Public Sector," 1987.
80. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú. September, 1992.
81. James N. Gribble, Suneeta Sharma and Elaine P. Menotti. (2007).
82. *Ibid.*
83. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú. September, 1992.
84. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar incorpora a las mujeres casadas o convivientes como unidas, según la versión original de ENDES en castellano.
85. IINEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 1997.
86. Lucy López (17 de octubre 2014). Entrevista personal.
87. Testimonio de Mark Schneider, Assistant Administrator for Latin America and the Caribbean, U.S. Agency for International Development, before the House International Relations Committee, Subcommittee on

- International Operations and Human Rights, Washington, DC, February 25, 1998.
88. Foreign Operations, Export Financing, and Related Programs Appropriations Act, 1999. House debate, Congressional Record, Vol. 144, No. 124, September 17, 1998, pp. H7946-H8013.
 89. Audit of USAID/Peru's Family Planning Program (Report No. 1-527-01-009-P), July 2001.
 90. James N. Gribble, Suneeta Sharma and Elaine P. Menotti, 2007.
 91. USAID. Private Commercial Family Planning Project Report, 2000.
 92. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 1997.
 93. Carlos F. Cáceres, MD, PhD and Walter Mendoza, MD, "National response to the HIV/AIDS epidemic in Peru." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Volume 51, Supplement 1, May 1, 2009.
 94. The Synergy Project, "Evaluation of the USAID AIDS Help Projec." TvT Associates, Inc. and University of Washington, USAID/Peru, 2000.
 95. Carlos F. Cáceres, MD, PhD and Walter Mendoza, MD, 2009.
 96. *Ibíd.*
 97. The Synergy Project, 2000.
 98. Carlos F. Cáceres, MD, PhD and Walter Mendoza, MD, 2009.
 99. *Ibíd.*
 100. The Synergy Project, 2000.
 101. Carlos F. Cáceres, MD, PhD and Walter Mendoza, MD, 2009.
 102. Medical Service Corporation International, "Peru Child Survival Project, Evaluation Report." Arlington, Virginia, 1990.
 103. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 1991/92.
 104. USAID, Sistematización de Proyecto 2000. Lima Perú: s.n., 2002. Informe Final.
 105. Management Sciences for Health, "RPM PERU Final Report." Arlington, VA 22209 USA: U.S. Agency for International Development, 2000.
 106. Ellen Wilson, Patricia Mostajo, and Edita Herrera. (2000). "Health Reform, Decentralization, and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health." POLICY Project.
 107. USAID, AIDS Help Evaluation Report, 2000.
 108. Stéphanie Rousseau, "The politics of reproductive health in Peru: Gender and social policy in the global south." *Social Policy*:14 (1): 93-125. First published online Marcha 28, 2007 doi:10.1093/sp/jxm002
 109. *Ibíd.*
 110. Janina Leon, 2013.
 111. USAID/Peru, Country Strategic Plan for Peru. FY 2002-FY 2006.
 112. *Ibíd.*
 113. USAID/Peru, Country Development Cooperation Strategy 2012-2016.
 114. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, September 2006.
 115. Futures Group International, Task Order 1. USAID case study on Health Policy Initiative: Multi-tiered approach to meeting the needs of the poor in Peru, April 2008.
 116. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Peru Continuous DHS, Perú 2012, 2014.
 117. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2000.
 118. Ministry of Health statistic as reported in "Core Package Final Report: Overcoming Operational Policy Barriers," POLICY Project. s.l.: USAID, 2005.
 119. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2000.
 120. Ministry of Health statistic as reported in "Core Package Final Report: Overcoming Operational Policy Barriers," POLICY Project. s.l.: USAID, 2005.
 121. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, 2013
 122. UNICEF, "Informe Final y de Utilización de Fondos para USAID Proyecto Buen Inicio." UNICEF. New York, NY, 2005.
 123. *Ibíd.*
 124. Sunny S. Kim; Jean-Pierre Habicht; Purnima Menon; and Rebecca J. Stolfus. "How do programs work to improve child nutrition? Program Impact Pathways of Three Nongovernmental Organization Intervention Projects in the Peruvian Highlands." IFPRI Discussion Paper 01105. International Food Policy Research Institute, Washington DC, 2011. Tomado de: <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ifpridp01105.pdf>
 125. Pan American Health Organization. (n.d.). "Implementing Comprehensive Childhood Health Care in Peru." Tomado de: http://www.paho.org/paho-usaid/index.php?option=com_content&view=article&id=5344:peru-implementing-comprehensive-childhood-health-care-peru&Itemid=3455&lang=en
 126. UNICEF, Informe Final y de Utilización de Fondos Para USAID. Proyecto Buen Inicio UNICEF. Nueva York, 2006.
 127. Lucy López, (Setiembre 2014). Entrevista personal con el equipo de Salud de USAID Perú.
 128. Luis Seminario, (Setiembre 2014). Entrevista personal con el equipo de Salud de USAID Perú.
 129. LMS-Peru. Proyecto de USAID Municipios y Comunidades Saludables. Informe Final. Julio 2006–Octubre 2010.
 130. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). *INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, (2007-2012).
 131. Dr. Neptalí Santillán. Entrevista personal en Lima el 24 de diciembre de 2014.
 132. Sofía Velásquez. Entrevista personal en octubre 2014. Neptalí Santillán. Entrevista personal el 24 de diciembre de 2014.
 133. La Sra. De Habich y el Dr. Velásquez fueron luego Ministros de Salud del Perú, de julio 2012 a noviembre 2014, y desde diciembre 2014 hasta la actualidad.
 134. Por una vida saludable, MSH, USAID, 2014, pp 16-17. Tomado de: <http://www.regionsanmartin.gob.pe/paimni/> (March 30, 2015.)
 135. USAID. (n.d.). *El programa de acciones integrales para el mejoramiento de la nutrición infantil*. Tomado de: <http://www.politicasensalud.org/site/09-destacado1.php?co=41>
 136. CF Cáceres, MD, PhD and Walter Mendoza, MD, 2009.
 137. Instituto Nacional de Salud. *Evaluación Final del Proyecto VIGIA*. Lima, Perú 2007.
 138. USAID, "HIV/AIDS Health Profile on Peru."

- March 2005. Tomado de: [http://www1.umn.edu/humanrts/research/Peru-HIV %20 USAID %20Report %20Peru %202005.pdf](http://www1.umn.edu/humanrts/research/Peru-HIV%20USAID%20Report%20Peru%202005.pdf)
139. Instituto Nacional de Salud, 2007.
 140. USAID, March 2005.
 141. Instituto Nacional de Salud, 2007.
 142. CF Cáceres, MD, PhD and Walter Mendoza, MD, 2009.
 143. Instituto Nacional de Salud, 2007.
 144. *Ibíd.*
 145. *Ibíd.*
 146. CF Cáceres, MD, PhD and Walter Mendoza, MD, 2009.
 147. Chemonics Corporation International Inc. with Jhpiego, “Peru Quality Healthcare.” USAID 2013.
 148. *Ibíd.*
 149. *Ibíd.*
 150. *Ibíd.*
 151. Proyectos Ejecutados por APROPO, con Financiamiento de USAID
 152. TvT Associates. The Synergy Project. http://www.usaid.gov/pop_health/aids/ or www.synergyaids.com
 153. CF Cáceres, MD, PhD and Walter Mendoza, MD, 2009.
 154. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú. 2013.
 155. El impacto económico de la malaria en el Perú. MINSA-Perú, 1999.
 156. Instituto Nacional de Salud (2007)
 157. *Ibíd.*
 158. The QED Group, LLC, with CAMRIS International and Social & Scientific Systems, Inc. (2007). “External Evaluation of the Amazon Malaria Initiative and the South America Infectious Disease Initiative.” USAID. Washington, DC
 159. Bolivia, Brazil, Colombia, Ecuador, Guyana, Suriname y Venezuela
 160. The QED Group, LLC, with CAMRIS International and Social & Scientific Systems, Inc. (2007).
 161. Social Impact, Inc. MIDEGO Inc. (2011). USAID/Peru Millenium Challenge Corporaation (MCC): Immunizations. Arlington, VA: United States Agency for International Development (USAID).
 162. National Health Accounts 2012, MOH, 2014.
 163. James N. Gribble, Suneeta Sharma and Elaine P. Menotti, 2007.
 164. *Ibíd.*
 165. LTG, Associates, Inc, Social & Scientific System, Inc. (2004). “Assessment of the Partners for Health Reformplus (PHRplus) Project.” USAID: Washington DC.
 166. OECD, “Taking systems approach to accountability in developing countries.” In *Accountability and Democratic Governance: Orientations and Principles for Development*. OECD Publishing, 2014. Tomado de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183636-6-en>
 167. USAID. Health Policy Initiative document.
 168. Management Sciences for Health. “Proyecto Municipios y Comunidades Saludables II.” USAID/MSH Healthy Communities and Municipalities II Project USAID/MSH.
 169. 2012 Report on National Health Accounts, Ministry of Health. Peru.
 170. LTG, Associates, Inc., Social & Scientific System, Inc. (2004). “Assessment of the Partners for Health Reform Plus (PHRplus) Project.” Washington, DC: USAID.
 171. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho; Universidad Nacional de Ucayali; Universidad Peruana de la Amazonía; Universidad Alas Peruanas, Cusco; Universidad Nacional Madre de Dios; Instituto Tecnológico de Moyobamba; Universidad Nacional San Martín y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
 172. Management Sciences for Health. “Proyecto Municipios y Comunidades Saludables II.” USAID/MSH.
 173. USAID/Peru Quality Healthcare Program Strengthens the Healthcare System in Peru, June 2013. Tomado de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00j9bv.pdf
 174. I. Chaw and J. Spelucin, “Revisión Documental de 21 años de experiencias de mejora de la calidad de atención en los servicios de salud. Periodo 1990-2011” USAID|Peru|Quality Healthcare Program, Lima 2012.
 175. Abt Associates, “USAID/Peru/ Promoting Alliances and Strategies.” USAID, Washington DC, 2009.
 176. Chemonics International (n.d.). *USAID/Peru—21 Year Supporting Efforts to Improve the Quality of Healthcare Delivery: A Quality Healthcare Program Technical Brief*. USAID. Tomado de: [http://www.chemonics.com/OurWork/OurProjects/Documents/Peru %20Quality %20 Healthcare %20Technical %20Brief %20- %20 21 %20Years.pdf](http://www.chemonics.com/OurWork/OurProjects/Documents/Peru%20Quality%20Healthcare%20Technical%20Brief%20-%2021%20Years.pdf)
 177. Encuestas Demográficas y de Salud Programa USAID (n.d.) Tomado de: <http://www.statcompiler.com>.
 178. Fondo de Población de Naciones Unidas Perú (n.c.) “Perú: Mortalidad Maternal.” Tomado de [http://www.unfpa.org.pe/infosd/mortalidad_ materna/mor_mat_04.htm](http://www.unfpa.org.pe/infosd/mortalidad_materna/mor_mat_04.htm)
 179. Ministerio de Salud, Rumbo a la universalizacion de la proteccion social de salud, Reforma es más salud.
 180. INEI, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). INEI Demographic and Health Survey*, Lima, Perú, (2007-2012).

Limitaciones

En la medida en que la contribución de la USAID a los programas de salud del Perú es amplia y compleja, muchas actividades e intervenciones no han podido ser cubiertas en esta memoria. Es más, ha sido difícil captar detalles sobre los programas de salud que forman parte de este informe debido a limitada disponibilidad de informes sobre salud, evaluaciones de proyectos y ausencia de personal de la USAID de años previos a 1990. Aun cuando los autores han intentado hacer un equilibrio a partir de ejemplos y enlaces en las regiones a través del tiempo, los proyectos y documentos que se citan en este informe reflejan solo una fracción del trabajo que apoyó la USAID en los últimos 55 años. No obstante, pueden encontrarse evaluaciones de proyectos e informes en el Development Experience Clearinghouse en <https://dec.usaid.gov>. La relación de los programas actuales de USAID en el Perú pueden encontrarse en <https://usaid.gov>.

