

Programa/Nombre del Proyecto, Numero de Proyecto	Seeing is Believing: Combatiendo la Ceguera en Perú, P3035
Ubicación del proyecto, País	Perú
Organización Socia	
Fecha de inicio y fin del Proyecto. Fase del Proyecto	Julio 2014 a Junio 2017
Costo total del Proyecto	USD \$1'206.723
Finalidad de la Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Usar los criterios DAC, evaluar en qué medida se han cumplido los objetivos y resultados del proyecto en el último año y medio (desde julio 2014 hasta diciembre 2015). - Identificar los desafíos y lecciones aprendidas. - Delinear recomendaciones formativas para el período restante de implementación del proyecto.
Tipo de Evaluación (intermedia, final de la fase)	Intermedia
Organización implementadora /Persona de contacto	
Nombres y organizaciones de los miembros del Equipo de Evaluación	Marco Aspilcueta (Perú) Pedro Gómez (México)
Metodología básica	Análisis de información primaria (campo) y secundaria (informes)
Fecha de inicio y fin de la Evaluación	01 de Abril – 11 de Mayo 2016
Destinatario del Informe Final de Evaluación	CBM-Quito, Ecuador
Fecha de presentación del informe	11 de Mayo del 2016

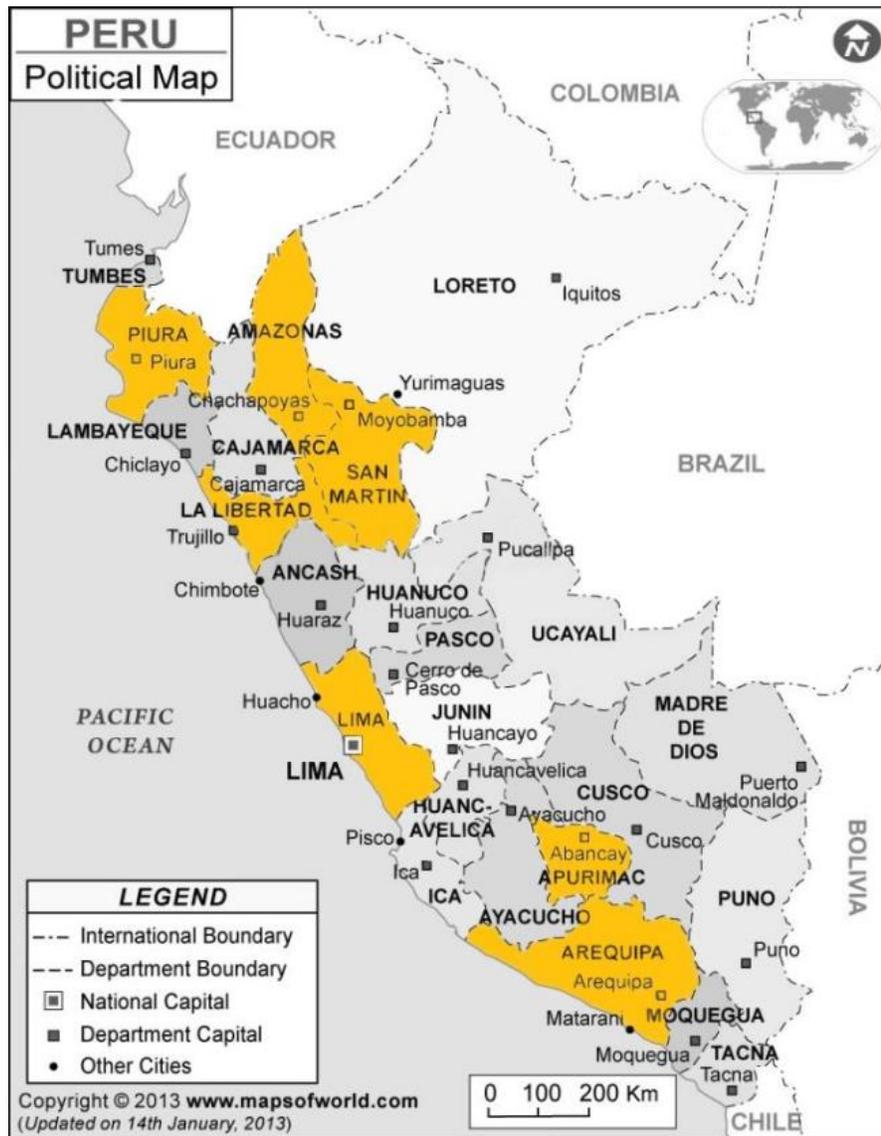
ÍNDICE

Lista de abreviaturas y acrónimos	03
Mapa del proyecto/ Área del programa	04
RESUMEN EJECUTIVO	05
PRIMERA PARTE: INTRODUCCION	08
1. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA EVALUACION	09
2. ANTECEDENTES	10
3. METODOS Y LIMITACIONES DE EVALUACION	13
SEGUNDA PARTE: ANALISIS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES	15
4. RELACIONAMIENTO DEL PROGRAMA CON LA POLITICA DE GOBIERNO	16
5. EFICIENCIA DEL PROGRAMA DEL COMPONENTE MEDICO	17
6. EFICACIA DEL PROGRAMA	21
7. IMPACTO	37
8. SOSTENIBILIDAD DE LOS SOCIOS	39
9. TEMAS RELEVANTES TRANSVERSALES AL PROGRAMA	45
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	51
LECCIONES APRENDIDAS	54
ANEXOS	55

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CBM	Christian Blind Mission
CECOM	Centro Comunitario Oftalmológico Maranata
COMEP	Centro Oftalmológico Monseñor Enrique Pelach
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DNJ	Clínica Divino Niño Jesús
FON	Fundación Oftalmológica del Norte
INO	Instituto Nacional de Oftalmología
IPROS	Instituto de Prevención y Rehabilitación Oftalmológica de la Selva
IRO	Instituto Regional de Oftalmología
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINDEF	Ministerio de Defensa
MININTER	Ministerio del Interior
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
ONG	Organización No Gubernamental
RAAB	Rapid assessment of Avoidable Blindness
SiB	Seeing is Believing

MAPA DEL PROYECTO/ ÁREA DEL PROGRAMA



RESUMEN EJECUTIVO

Los socios del Programa constituyen un grupo de clínicas con experiencia y con la calidad médica necesaria para realizar las cirugías de Catarata. Los resultados revisados de Agudeza Visual posterior a la Cirugía de Catarata son buenos, con un porcentaje de 85% con Agudeza Visual mejor a 20/60.

El indicador más importante del programa es el número de cirugías de catarata realizadas. Se ha logrado un avance del 66% de la meta correspondiente al periodo de Julio 2014- Diciembre 2015, y de 31% de la meta total (3 años). Aun con la reprogramación de metas, es probable que el Programa no cumpla con las metas, excepto que se amplíe el tiempo de ejecución del Programa por seis meses.

Sólo IPROS de Tarapoto logró cumplir con la meta programada; FUNDAR y DNJ alcanzaron más del 70%, pero no llegaron a cumplirla. AMAZONAS (Bagua), FON (Piura) y CECOM (Trujillo) lograron sólo un porcentaje entre 45-59%. Con el menor desempeño, se encuentra COMEP de Abancay, con tan sólo 10% de la meta propuesta.

El retraso del inicio de las operaciones del programa y la poca respuesta del trabajo comunitario en el primer momento del programa parecen haber incidido en los resultados. El retraso en la entrega de insumos, también parece haber afectado este logro.

Asimismo, en algunos casos como COMEP, la limitación está asociada a su debilidad institucional, debida no sólo a la falta de recursos financieros para hacer frente a cualquier coyuntura, sino también a la falta de un modelo de gestión sostenible.

En el caso de IPROS, FUNDAR y DNJ, socios que presentan los mejores resultados, su éxito está relacionado a la calidad y estabilidad de su equipo médico.

Las alianzas estratégicas con los actores e instituciones locales, han sido fundamentales para realizar la labor de promoción y atención comunitaria. Su ayuda también permite mejora la focalización de la población-meta.

La capacitación de recurso humano, mejora los procesos del proyecto. La capacitación provista por el Programa a través de DNJ, ha permitido que socios como FON, CECOM e IPROS, mejoren de manera significativa la calidad de consejería, la administración, el trabajo comunitario y la capacidad técnica del equipo médico.

El rol y apoyo de CBM es muy apreciado por todos los socios que conforman el cluster del Programa. En todos los casos, se reconoce que su apoyo ha sido fundamental para consolidar el funcionamiento de las clínicas que hoy participan del Programa.

Sobre el impacto en la población beneficiaria, los pacientes entrevistados manifestaron su satisfacción con el servicio recibido. La operación de cataratas ha significado un cambio importante en su vida familiar y laboral.

Los socios del cluster son sostenibles, especialmente aquellos que tienen un modelo que combina labor social con eficiencia privada. Aquellos socios como FON, IPROS, FUNDAR o CECOM que tienen como aliado una clínica privada, pueden asegurar un servicio de calidad y sustentar su ingreso en base a las ventas del servicio en el mercado.

DNJ cuenta con infraestructura, equipo y una capacidad médica de calidad comprobada. No obstante, creemos que debería adoptar algunos elementos que vienen siendo aplicados por los demás socios del cluster para consolidar su sostenibilidad en el mercado oftalmológico, tales como flexibilizar sus precios, brindar nuevos servicios quirúrgicos (faco, retina), aplicar tarifas en escala y poder atender a pacientes de mayores recursos que pueden pagar por el servicio.

En el caso de COMEP, se necesita impulsar la oferta del servicio, incursionando en los mercados regionales y mejorando los recursos humanos, especialmente haciendo posible que haya una mayor permanencia del equipo quirúrgico en la clínica.

En todos los casos se reconoce que el Programa de CBM ha sido un factor que contribuye a la sostenibilidad de sus fundaciones y empresas (clínicas). No obstante, el concepto de gratuidad total del servicio no contribuye a la sostenibilidad en el mediano y largo plazo. Por ello, adquiere mucho sentido la estrategia del Programa de reducir progresivamente el subsidio de 25% en el primer año, a 20% en el segundo, y a 15% en el tercero.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

1. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

1.1. Objetivos

- Usar los criterios DAC, evaluar en qué medida se han cumplido los objetivos y resultados del proyecto en el último año y medio (desde julio 2014 hasta diciembre 2015).
- Identificar los desafíos y lecciones aprendidas.
- Delinear recomendaciones formativas para el período restante de implementación del proyecto.

1.2. Alcance

- Se evaluaron 7 proyectos/clínicas que trabajan en Prevención de Ceguera.
- El período de implementación cubierto por esta revisión es de julio 2014 a diciembre 2015 (1 año y medio).
- Revisión teórica y visitas en sitio a las siguientes localidades en Perú: Lima, Arequipa, Piura y San Martín.
- El grupo objetivo está conformado por los equipos directivos de los respectivos socios del proyecto (7) así como usuarios seleccionados.
- Marco de regulación: El plan del programa y la política del sector de la salud del país.

1.3. Determinar el público objetivo:

CBM usará esta Revisión de Medio Término para identificar áreas de fortalezas y desafíos del programa SiB (Seeing is Believing). Igualmente, sobre la base de las conclusiones y recomendaciones de la Revisión de Medio Término, CBM, en coordinación con los socios, determinará las acciones que deben ponerse en marcha para alcanzar los objetivos y resultados del proyecto.

Además, los socios del programa SiB usarán la revisión (incluyendo los Directores Médicos) para determinar las áreas principales que requieran fortalecerse así como las buenas prácticas del programa (desde las perspectivas médicas como programáticas), con el fin de garantizar el

aprendizaje. Además, a través de los respectivos enfoques participativos se espera que se genere la apropiación e inclusión de los resultados y recomendaciones de la Revisión de Medio Término. Esto incluirá un taller al final de la revisión en donde se compartirá y discutirá la metodología, los enfoques y los resultados preliminares con los socios.

Adicionalmente, CBM usará los resultados para su propio aprendizaje y para determinar el éxito general del programa. También el donante, Standard Chartered Bank, usará los resultados para determinar el éxito global del programa.

Como consecuencia, se espera una mejora de la calidad de servicio brindado por los distintos socios del proyecto en el marco de este programa, así como la satisfacción de los usuarios finales.

2. ANTECEDENTES

Perú tiene una población de 29'733.800 y ocupa el puesto 77° de 187 países en el Índice de Desarrollo Humano. De acuerdo con el RAAB (Diagnóstico rápido sobre ceguera prevenible por sus siglas en inglés) 2011 en Perú, existe un 2% de prevalencia de ceguera (600.000 personas) y un 83.2% de todas las causas de ceguera pueden tratarse o prevenirse.

El 75% de la población vive en zonas urbanas y el 24.1% en zonas rurales y el 25.8% de peruanos son pobres, definiendo la 'pobreza' como la incapacidad de pagar los costos diarios de vida, tales como los alimentos, vestimenta y otros artículos esenciales. El 6% vive en extrema pobreza lo que significa que no pueden pagar el costo vida de los alimentos. Las cifras de pobreza en las zonas urbanas y costeras son 16.5% y se incrementa a 53-58% en las zonas rurales¹.

La causa principal de ceguera es catarata (58%) equivalente a 348.000 personas. Actualmente, la tasa quirúrgica de la catarata es 1.681 y necesita

¹ Instituto Nacional Peruano para Estadísticas e Información, 2012

llegar a 3.000 con el fin de satisfacer las necesidades de la población. Esto incluirá ponerse al día sobre el volumen acumulado de casos de catarata.

El proyecto se enfocará en la causa principal de ceguera, catarata, aunque cualquier persona a la que se le identifique con otras condiciones oculares será referida a los servicios respectivos.

Una de las principales barreras para el acceso a la atención ocular se refiere a los costos. Las personas no pueden pagar el tratamiento y en algunos casos la falta de fondos para movilizarse hasta las instalaciones de provisión de servicios de atención ocular. Esto se abordará específicamente mediante el subsidio de una proporción significativa de todas las operaciones, de acuerdo con los recursos económicos de cada paciente.

Otra gran barrera para que las personas accedan a los servicios de atención ocular es la falta de conciencia de que el tratamiento es posible. La salud ocular comunitaria y las campañas de concienciación ayudarán a abordar esta barrera. El temor a la cirugía, basado en mitos o creencias religiosas, también se abordará durante las campañas de concienciación y mediante los servicios de asesoramiento de nuestros socios los cuales proporcionarán a cada paciente información detallada acerca de técnicas de operación y abordará cualquier otra inquietud que podrían tener.

El programa trabajará con 7 hospitales base de socios en 13 de las 24 regiones en Perú. Lima, Loreto, Ica, Arequipa, Cuzco, Puno, Apurímac, Piura, Lambayeque, Tumbes, La Libertad, San Martín y Amazonas.

CBM ha estado trabajando sobre la Prevención de la Ceguera en Perú desde 1990, y ha estado trabajando y apoyando a los siete proveedores de atención ocular por muchos años. En 2012, CBM agrupó a estos socios bajo un clúster nacional para prevención de ceguera. Esto ha permitido trabajar a los socios de manera más integral y tiene un impacto más significativo tanto a nivel regional como nacional.

2.1. Resumen del alcance del Programa

Objetivo General	Contribuir a la prevención de ceguera prevenible en el Perú, principalmente mediante el incremento de cirugías de catarata realizadas.
Objetivos Específicos	<ol style="list-style-type: none">1. Proveer cirugías de catarata de alta calidad y cuidado posterior para 250.000 pacientes en 13 regiones de Perú.2. Fortalecer el trabajo comunitario dirigiendo 1,494 campañas de acercamiento comunitario y mejorando el acceso a los servicios para cataratas en 13 regiones de Perú.3. Mejorar la calidad, eficiencia y sostenibilidad de siete socios de atención ocular en la provisión de cuidado ocular en Perú.4. Fortalecer las redes entre proveedores de atención ocular y construir alianzas con actores clave en cuidado ocular para abogar para el mejoramiento de servicios de atención ocular en Perú.
Presupuesto	USD \$1'206.723
Duración	Julio 2014 a Junio 2017

3. MÉTODOS Y LIMITACIONES DE EVALUACIÓN

3.1. Fuentes de información

Información secundaria: se revisaron los documentos disponibles del programa (documentos base, el marco lógico, informes semestrales, reporte de monitoreo de indicadores, presupuesto y gastos, documentos de política, informes de los socios, entre otros).

Información primaria: El principal instrumento de campo de la presente evaluación fue una entrevista semi-estructurada la misma que fue aplicada a los representantes de los socios, al personal hospitalario involucrado en el programa, a los usuarios y líderes comunitarios, y a los representantes de Gobierno². Cabe mencionar que todos los aspectos incluidos en esta evaluación fueron también indagados con el Coordinador Nacional del Programa³.

3.2. Población a entrevistar

Se entrevistaron a actores claves, como: Socios (representantes), usuarios, líderes comunitarios/ personal hospitalario y representantes del Gobierno (local y del sector).

3.3. Limitaciones de la evaluación

1) Limitaciones del trabajo de campo. Como lo establecieron los TDR, estuvo previsto visitar en campo 4 de los 7 socios. Los otros 3 fueron entrevistados en Lima. Esto limitó conocer otros actores clave localizados en estas tres zonas.

2) Dadas las limitaciones de tiempo establecidas en los TDR, la evaluación del impacto del Programa en la población beneficiaria fue limitada. Se hicieron entre 4-7 entrevistas de campo en cada zona que fueron escogidas por los socios. Con más tiempo de trabajo de campo, hubiera sido posible entrevistar

² Las Guías de entrevista semi-estructurada no son encuestas. Es un medio metodológico que permite recoger información relevante de campo, y que se ciñe a las preguntas que requieren ser respondidas para esta evaluación de acuerdo a los TDR.

³ No se le aplicó ninguna encuesta al Coordinador Nacional, solamente consultas de manera abierta (sin un formato de encuesta) a través de reuniones coordinadas.

por lo menos a unas 10 personas de manera aleatoria y de esta manera tener información de una población más diversa⁴.

⁴ Este número es referencial y está limitado a la duración de la evaluación. Con unos dos días adicionales de trabajo de campo, se hubiera podido entrevistar a unos 10 pacientes, escogidos de manera aleatoria.

SEGUNDA PARTE
ANALISIS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES

4. RELACIONAMIENTO DEL PROGRAMA CON LA POLITICA DE GOBIERNO⁵

El Gobierno cuenta con el “Plan Estratégico Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable- 2014-2021”, cuyo objetivo es mejorar la respuesta del sector salud ampliando el acceso a los servicios oftalmológicos de calidad para la población peruana en el marco del modelo integral e inclusivo de atención primaria en salud, a nivel nacional⁶.

Es importante señalar que la estrategia de intervención del Plan incluyen: atención primaria, alianzas intrasectoriales e intersectorialidad (otros sectores del Estado, sociedad civil, sector privado), comunicación e incidencia, organización de servicios en red, territorialidad, capacitación continua de recursos humanos de salud, formación académica especializada, intervenciones basadas en evidencias, investigación y sistematización, y alianzas con la cooperación internacional.

En este escenario, las acciones del Programa de CBM se enmarcan dentro de la política de gobierno, porque no sólo realiza intervenciones directas a través de la operación de cataratas y atención oftalmológica, sino que también realiza alianzas con organizaciones privadas (clínicas, organizaciones de base, entre otras) y públicas (MINSA) para mejorar las capacidades del personal de salud en las regiones donde viene funcionando.

⁵ “Plan Estratégico Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable- 2014-2021”, Lima, Junio 2011, Ministerio de Salud del Perú.

⁶ La Coordinación Nacional de la Estrategia se encarga de la implementación de la misma, y de la articulación con los servicios de los sectores del Estado y los actores sociales involucrados con la Salud Ocular de la población tales como el MINSA, ESSALUD, MIDIS, MININTER, MINDEF, Gobiernos Regionales y Locales, ONG, asociaciones del sector privado, organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación internacional.

Asimismo, cabe mencionar que DNJ sigue siendo miembro del Comité de Prevención de Ceguera de Perú-CONAPRECE, aunque al momento no tiene un cargo directivo.

El Programa de CBM es relevante para la realidad del país donde la Tasa de cirugía de Catarata es de 1,130 por millón de habitantes, que es menor a lo esperado⁷.

En el Perú, existe la política para enfrentar la ceguera por catarata. El problema es la aplicación de la norma, ya que muchas veces el personal del MINSA tiene que dar prioridad a otras actividades, especialmente en las regiones fuera de Lima. Por ejemplo, la DIRESA en Piura tiene un presupuesto de 60 mil soles/año y ni siquiera tiene una meta. Cuando surge una emergencia de salud pública como al Chikungunya o dengue, se deja de atender programas como este de cataratas y se da prioridad a la emergencia.

5. EFICIENCIA DEL PROGRAMA DEL COMPONENTE MEDICO

Los socios del Programa constituyen un grupo de clínicas con experiencia, con calidad humana y con la calidad médica necesaria para realizar las cirugías de Catarata. Los resultados revisados de Agudeza Visual posterior a la Cirugía de Catarata son buenos, con un porcentaje de 85% con Agudeza Visual mejor a 20/60.

⁷ Fuente: VISIÓN 2020, www.v2020la.org

Tabla # 01
Resultados de la agudeza visual alcanzada
Periodo Julio 2014-Diciembre 2015

SOCIO	ZONA	Num cirugías de cataratas	Número de personas con Agudeza Visual post quirúrgica mejor a 20/60	% de calidad
IPROS	Tarapoto	1,222	1,156	95%
DNJ	Lima	2,493	2,174	87%
CECOM	Trujillo	566	486	86%
FUNDAR	Arequipa	1,103	899	82%
AMAZONAS	Bagua Grande	237	187	79%
COMEP	Abancay	73	56	77%
FON	Piura	706	488	69%
TOTAL		6,400	5,446	85%

Fuente: Reporte CBM, entregado por el Coordinador Nacional⁸
 Elaboración: Propia

El personal se siente motivado trabajando en este Programa. Algunos han recibido capacitaciones, y otros lo harán en los próximos meses. Esto constituye un estímulo extra para realizar su trabajo en el programa.

Los pacientes muestran su agradecimiento a la ayuda brindada. Constatamos que han recibido servicio de cirugía gratuita y que se les ha apoyado en su lugar de origen o en su defecto, fueron transportados a la clínica para ser operados. Los centros (clínicas de los socios del cluster) visitados gozan de buena reputación y hace que disminuyan los miedos de los pacientes que requieren operarse.

La mayoría de los socios han tenido la asesoría de International Eye Foundation (IEF), que son expertos en procesos y mejorar la eficiencia de programas, y donde han adaptado el modelo de atención por módulos, dando mayor fluidez en la atención de los pacientes.

Los datos de cobertura de pacientes nuevos vs subsecuentes varían mucho en cada centro, desde un 270% más de pacientes nuevos (FUNDAR) hasta un

⁸ Estos datos fueron entregados por el Coordinador Nacional del Programa en formato electrónico Excel y fueron comparados con la información de las clínicas durante las entrevistas en las regiones.

41% de pacientes nuevos (COMEP). No se pudo validar esta información con los documentos que se nos dieron. El porcentaje mencionado pertenece al reporte Julio-Diciembre 2015 Progress report enviado al donante.

En cuanto al trabajo de consejería, la conversión de pacientes que llegan a programarse y se operan es 50% o más en todos los centros visitados (En DNJ fue de 70%, en IPROS 95%, en FON 50% y en FUNDAR 90%).

A excepción de FON, este es un buen indicador que merece ser resaltado (Las principales barreras en FON fueron la distancia de los pacientes y problemas de acceso por el clima).

Debemos destacar también que del total de cirugías realizadas en el periodo de evaluación, 34% fueron totalmente subsidiadas y el 66% parcialmente subsidiadas. Los socios que muestran un porcentaje mayor de operaciones totalmente subsidiadas son FON de Piura y FUNDAR de Arequipa. Las demás presentan un porcentaje menor.

Tabla # 02
Composición de los Subsidios otorgados
Julio 2014-Diciembre 2015

SOCIO	ZONA	Totalmente subsidiadas	Parcialmente subsidiadas	TOTAL
FON	Piura	48%	52%	100%
FUNDAR	Arequipa	37%	63%	100%
IPROS	Tarapoto	31%	69%	100%
DNJ	Lima	31%	69%	100%
COMEP	Abancay	31%	69%	100%
CECOM	Trujillo	30%	70%	100%
AMAZONAS	Bagua Grande	30%	70%	100%
TOTAL		34%	66%	100%

Fuente: Reporte CBM, entregado por el Coordinador Nacional⁹
Elaboración: Propia

⁹ Estos datos fueron entregados por el Coordinador Nacional del Programa en formato electrónico Excel y fueron comparados con la información de las clínicas durante las entrevistas en las regiones.

Respecto a la eficiencia de las campañas de tamizaje realizadas, el Programa muestra un ratio de 127 personas tamizadas por campaña. IPROS de Tarapoto y FUNDAR de Arequipa tienen los ratios más altos, mientras FON de Piura, AMAZONAS de Bagua Grande y DNJ de Lima, muestran los ratios más bajos.

Tabla # 03
Número de personas tamizadas por campaña
Julio 2014-Diciembre 2015

SOCIO	ZONA	Núm de personas tamizadas	Núm de campañas de tamizaje	Tamizados/Campañas*
IPROS	Tarapoto	14,211	24	592
FUNDAR	Arequipa	4,961	15	331
COMEP	Abancay	1,525	12	127
CECOM	Trujillo	5,292	51	104
FON	Piura	9,685	106	91
AMAZONAS	Bagua Grande	1,569	23	68
DNJ	Lima	6,013	109	55
TOTAL		43,256	340	127
* El total de personas tamizadas, dividido entre el número de campañas es igual a 127				

Fuente: Reporte CBM, entregado por el Coordinador Nacional¹⁰
 Elaboración: Propia

Cirugías de Cataratas ejecutadas vs otras cirugías ejecutadas

De acuerdo a la información oficial del Programa, se esperaba en el Plan inicial realizar cinco operaciones de cataratas por cada cirugía mayor o menor realizada, diferente a cataratas. Los resultados a Diciembre 2015, revelan que esta relación es de 1.3, es decir, que por cada cirugía diferente se realizaron poco más de una operación de catarata. El socio que más se acerca al plan original es DNJ con casi 3 operaciones de catarata por cada cirugía diferente.

¹⁰ Estos datos fueron entregados por el Coordinador Nacional del Programa en formato electrónico Excel y fueron comparados con la información de las clínicas durante las entrevistas en las regiones.

Tabla # 04
Cirugías de Catarata vs otras cirugías,
Comparativo: logrado y planeado
Julio 2014-Diciembre 2015

SOCIOS	Cirugías Mayores	Cirugías Menores	TOTAL CIRUGIAS SIN CATARATAS	CATARATAS	CATARATAS /OTRAS CIRUGIAS
COMEP	36	232	268	73	0.3
FUNDAR	1,298	151	1,449	1,103	0.8
CECOM	93	445	538	566	1.1
IPROS	333	811	1,144	1,222	1.1
FON	278	98	376	706	1.9
AMAZONAS	47	68	115	237	2.1
DNJ	714	141	855	2,493	2.9
TOTAL LOGRADO	2,799	1,946	4,745	6,400	1.3
TOTAL PLANEADO	1,450	3,000	4,450	20,700	5

Fuente: Reporte CBM, reporte entregado por el Coordinador Nacional¹¹
 Elaboración: Propia

6. EFICACIA DEL PROGRAMA

6.1. Cumplimiento de los objetivos, las metas y factores que afectaron su cumplimiento

El indicador más importante del programa es el número de cirugías de catarata realizadas. Se ha logrado un avance del 66% de la meta correspondiente al periodo de Julio 2014- Diciembre 2015, y de 31% de la meta total (3 años). Aun con la reprogramación de metas, es probable que el Programa no cumpla con las metas, excepto que se amplíe la duración del Programa por seis meses más y se adopten medidas correctivas, tales como la decisión de hacer mayor pesquisaje y detección, y tomen la decisión de hacer más cirugías, especialmente aquellos que tuvieron los resultados más bajos.

Sólo IPROS de Tarapoto logró cumplir con la meta programada; FUNDAR y DNJ alcanzaron más del 70%, pero no llegaron a cumplirla. AMAZONAS (Bagua),

¹¹ Estos datos fueron entregados por el Coordinador Nacional del Programa en formato electrónico Excel y fueron comparados con la información de las clínicas durante las entrevistas en las regiones.

FON (Piura) y CECOM (Trujillo) lograron sólo un porcentaje entre 45-59%. COMEP alcanza sólo el 10% de la meta propuesta.

Tabla # 05
Logros vs metas de cirugías de catarata
a Diciembre 2015

Socio	Zona	Logro	Meta Julio 2014- Diciembre 2015	Avance
IPROS	Tarapoto	1,222	1,150	106%
FUNDAR	Arequipa	1,103	1,400	79%
DNJ	Lima	2,493	3,500	71%
AMAZONAS	Bagua Grande	237	400	59%
FON	Piura	706	1,250	56%
CECOM	Trujillo	566	1,250	45%
COMEP	Abancay	73	700	10%
TOTAL		6,400	9,650	66%

Fuente: Reporte CBM, entregado por el Coordinador Nacional¹²
Elaboración: Propia

Tabla # 06
Logros vs metas de cirugías de catarata
a Diciembre 2015
(metas de 3 años Julio 2014-Junio 2017)

Socio	Zona	Logro	Meta total/ 3 años	Avance
IPROS	Tarapoto	1,222	2,400	51%
FUNDAR	Arequipa	1,103	3,000	37%
DNJ	Lima	2,493	7,500	33%
AMAZONAS	Bagua Grande	237	900	26%
FON	Piura	706	2,700	26%
CECOM	Trujillo	566	2,700	21%
COMEP	Abancay	73	1,500	5%
TOTAL		6,400	20,700	31%

Fuente: Reporte CBM, entregado por el Coordinador Nacional¹³
Elaboración: Propia

¹² Estos datos fueron entregados por el Coordinador Nacional del Programa en formato electrónico Excel y fueron comparados con la información de las clínicas durante las entrevistas en las regiones.

¹³ Estos datos fueron entregados por el Coordinador Nacional del Programa en formato electrónico Excel y fueron comparados con la información de las clínicas durante las entrevistas en las regiones.

En el caso de IPROS (Tarapoto), su buen resultado está asociado a la calidad, permanencia y disponibilidad del equipo médico, especialmente del cirujano, así como a su capacidad financiera para cubrir los costos necesarios cuando no llegaron a tiempo los recursos de parte de CBM. También es importante destacar que IPROS tiene una política de incentivos con el personal, quienes reciben un pago si es que se alcanza la meta planificada.

Otro aspecto que merece ser destacado es que IPROS cuenta con una clínica móvil que le permite realizar las campañas en comunidades rurales alejadas. Esto incrementa la efectividad de atención con aquella población que no puede desplazarse fácilmente hacia la clínica base.

¿Por qué no cumplieron las metas?

En el caso de FUNDAR y de acuerdo a su percepción, las causas están asociadas al incremento de competencia en la región, como la CLÍNICA ESPÍRITU SANTO, OFTALMOSALUD, entre otras. Asimismo, la paralización del proyecto minero Tía María de la empresa minera Souther Peru Cooper Corporation, también habría afectado la demanda. Desde la opinión del equipo evaluador, la expansión económica de Arequipa de los últimos 10 años, ha provocado un incremento de las inversiones en empresas, incluyendo clínicas, lo que lleva a un incremento de la competencia en este rubro.

De otro lado, FUNDAR, se planteó realizar tres campañas en zonas como Espinar, Cusco, las cuales no tuvieron el resultado esperado¹⁴.

En el caso del socio Divino Niño Jesús-DNJ, la red que se estableció durante el funcionamiento de Clinton Foundation, fue desactivada, por lo que el proceso de recuperación y reactivación fue lento para realizar la labor comunitaria en el 2014. Asimismo, DNJ manifestó que durante la formulación del Proyecto, tuvieron que fijar metas un poco más altas que las esperadas, basadas en la experiencia previa con Clinton Foundation.

¹⁴ Sólo se lograron operar a cuatro pacientes.

En el caso de AMAZONAS (Bagua Grande), las limitaciones están relacionadas a la capacidad operativa de la clínica, ya que su director y médico principal tiene que compartir su tiempo con el MINSA y ESSALUD, donde también trabaja (50%). Otros factores que afectaron los logros son: los problemas de clima que condicionan la realización de las campañas comunitarias, como fue el caso de Chiriaco, ocurrido el primer semestre del 2015. El retraso de la entrega de insumos, parece haber afectado también la capacidad operativa de la clínica y los resultados.

En el caso de FON (Piura), los aliados del Programa como el MINSA, no pudieron responder adecuadamente a las campañas propuestas, ya que tuvieron que priorizar la atención de emergencias como el dengue o el chikungunya en el año 2015. En este caso, la reducción de la labor comunitaria afectó sus resultados. Asimismo, la capacidad de la clínica se vio reducida en este periodo porque no tenían el personal médico completo.

En el caso de CECOM (Trujillo), las restricciones están asociadas a un aumento de la oferta del servicio de operación de cataratas por parte del Instituto Regional de oftalmología (IRO) y otras clínicas locales¹⁵.

En el caso de COMEP (Abancay), el poco resultado se debe a que no ha tenido el liderazgo médico ni administrativo para hacer caminar el programa. Asimismo, pasaron por un largo proceso de reorganización interna que retrajo la dinámica de la clínica¹⁶.

Tampoco contaron con la disponibilidad plena del equipo médico. Se espera que con el nuevo oftalmólogo contratado mejoren los resultados, aunque es difícil que logren alcanzar las metas propuestas. Asimismo, la poca capacidad

¹⁵ Luego de la búsqueda, no se ha podido tener acceso a esta información. No obstante, el dato es relevante por cuanto el Doctor Burga de CECOM ha sido ex Director del IRO y tiene importante conocimiento de su dinámica.

¹⁶ Este proceso sucedió en los años 2013-2104 y afectó el 2015, según la versión de COMEP.

financiera y el retraso de los fondos, que recién llegaron en enero del 2015, también afectaron su desempeño.

Factores que explican el resultado

Son varios los factores que afectaron el logro del Programa en su conjunto. En primer lugar, la brecha tiene su origen en la fijación inicial de metas. De acuerdo a lo manifestado por los socios, las metas fueron formuladas teniendo como referencia los resultados obtenidos por Clinton Foundation, un programa similar que fue implementado anteriormente. No obstante, las condiciones del 2012, año en que se formuló el Programa, cambiaron en el 2014¹⁷.

Otro de los factores que ha afectado los logros, es que el Programa tuvo una demora en el arranque de las operaciones. La remisión de insumos tuvo un retraso considerable, y algunos casos como COMEP de Abancay, no pudieron cubrir este déficit porque carecían de recursos propios, situación que pudo ser solucionado por otros socios como IPROS de Tarapoto que sí contaba con el financiamiento necesario para cubrir este déficit inicial. El retraso de la remisión de insumos también ha sido factor que afectó los resultados.

Asimismo, el nivel de metas alcanzado también puede estar asociado a la capacidad de ejecución del gasto. Socios como IPROS, FUNDAR y DNJ, que tienen un mejor resultado de operaciones realizadas, muestran a la vez una mejor efectividad de presupuesto gastado. En el extremo, socios como COMEP y CECOM, muestran una menor efectividad de gasto.

Sobre el ratio costo-beneficio (gasto del Programa- Número de Operaciones efectuadas), el Programa muestra un ratio de 74 dólares por cirugía. Los socios FUNDAR, DNJ, IPROS y CECOM presentan el mejor ratio de eficiencia, no más de 69 dólares por cirugía. En el extremo, AMAZONAS y COMEP tienen los ratios más altos, menos eficientes.

¹⁷ El taller para la elaboración del plan fue en abril del 2012.

Estos dos ratios de eficiencia tienen una correlación con los resultados, es decir, los socios que mejor ejecutan el presupuesto y que son más costo-efectivos también muestran un mejor desempeño en la consecución de las metas propuestas.

Tabla # 07
Costo-Beneficio según Socio
Periodo Julio 2014-Diciembre 2015
(en dólares)

Socio	Gastado por Socio	Gasto Oficina de Coordinación (Prorrateado)(1)	Total Gasto	N° de Operaciones de Catarata	Costo/Beneficio-operaciones (Sin Oficina Central)	Costo/Beneficio-operaciones (Con Oficina Central)
FUNDAR-AREQUIPA	26,396	23,503	49,899	1,103	24	45
DNJ-LIMA	103,290	23,503	126,793	2,493	41	51
IPROS-TARAPOTO	59,575	23,503	83,078	1,222	49	68
CECOM-TRUJILLO	15,596	23,503	39,099	566	28	69
FON-PIURA	36,597	23,503	60,100	706	52	85
AMAZONAS-BAGUA GRANDE	27,433	23,503	50,936	237	116	215
COMEP-ABANCAY	40,687	23,503	64,190	73	557	879
OFICINA CENTRAL + GASTO DE APOYO A IMPLEMENTACION DE LOS SOCIOS (2)	164,523					
TOTAL	474,097			6,400		74

(1) Se asume el costo de la Oficina de Coordinación como un costo fijo prorrateado por igual en cada región, bajo la premisa que su dedicación técnica y administrativa es similar en cada caso.

(2) El Gasto relacionado al apoyo a la implementación de los socios es administrado por Divino Niño Jesús

Fuente: Reporte CBM, entregado por el Coordinador Nacional¹⁸

Elaboración: Propia

Tabla # 08
Eficiencia del gasto
Periodo Julio 2014-Diciembre 2015
(en dólares)

Socio	Total Presupuestado U\$	Total Transferido CBM U\$	Total Gastado por socio U\$	Gastado/Transferido U\$	Gastado/Presupuestado U\$
AMAZONAS-BAGUA GRANDE	42,343	26,730	27,433	103%	65%
FUNDAR-AREQUIPA	42,146	25,924	26,396	102%	63%
IPROS-TARAPOTO	86,124	62,990	59,575	95%	69%
DNJ-LIMA	262,116	198,427	173,677	88%	66%
FON-PIURA	64,052	57,145	36,597	64%	57%
COMEP-ABANCAY	72,762	65,286	40,687	62%	56%
CECOM-TRUJILLO	42,291	32,347	15,596	48%	37%
OFICINA CENTRAL	78,322				
TOTAL U\$	690,156	468,849	379,961		

Fuente: Reporte CBM, Lima

Elaboración: Propia

¹⁸ Estos datos fueron entregados por el Coordinador Nacional del Programa en formato electrónico Excel.

En suma, el retraso del inicio de las operaciones del programa y la poca respuesta del trabajo comunitario en el primer momento del programa parecen haber incidido en los resultados. No obstante, esto puede explicar sólo una parte de la situación.

Creemos que en algunos casos como COMEP, la limitación está asociada a su debilidad institucional, debida no sólo a la falta de recursos financieros para hacer frente a cualquier coyuntura, sino también a la falta de un modelo de gestión sostenible (véase el análisis de sostenibilidad más adelante).

Factores que explican el éxito

Respecto a los resultados positivos, un factor de éxito decisivo está relacionado a la calidad y estabilidad del equipo médico. En el caso de IPROS, FUNDAR y DNJ, socios que presentan los mejores resultados, se aprecia no sólo un buen equipo médico, sino que éste estuvo disponible para llevar a cabo las consultas y operaciones en el momento oportuno¹⁹.

No podemos dejar mencionar la importancia de las alianzas estratégicas con los actores e instituciones locales, especialmente para realizar la labor de promoción y atención comunitaria. En la mayoría de casos, las campañas se coordinan con instituciones como la iglesia, clubes de madres, entidades de gobierno como el MINSA y las Municipalidades, entre otras, que tienen una presencia importante en las comunidades.

Para lo que resta del Programa, es importante que los socios que presentan las mayores dificultades, logren superar tres aspectos fundamentales: 1) incrementar la cobertura del trabajo comunitario, que es la cantera de donde provienen los pacientes potenciales, 2) fortalecer la consejería, que es un elemento clave para que los pacientes tomen una decisión 3) consolidar el equipo médico, especialmente garantizando una mayor dedicación del cirujano, como es el caso de COMEP. Adicionalmente, es importante fortalecer el modelo de gestión de algunos socios que se sustenta en un enfoque social, con una

¹⁹ De acuerdo a la evaluación de campo del Doctor Pedro Gómez, miembro del equipo evaluador.

estrategia que les permita combinar trabajo social comunitario con una mayor eficiencia.

Reprogramación de metas

Cabe mencionar que las metas ya han sido ajustadas y reprogramadas. Se habló con los socios al respecto. Aun así, ellos creen que lograrán las metas aproximadamente 6 meses después de la fecha de terminación prevista.

Tabla # 09
Metas Reprogramadas de
Cirugías de catarata a
Junio del 2017

Socios	Metas nuevas
DNJ	7,093
FON	2,100
AMAZ.	237
CECOM	2,100
IPROS	3,072
COMEP	223
FUNDAR	2,303
TOTAL	17,128

Fuente: Reporte CBM, Lima
Elaboración: Propia

6.2. Atención al grupo meta (focalización)

Las clínicas socias del Programa cuentan con el apoyo de una red de instituciones y organizaciones de base que les permite llevar a cabo las campañas y focalizar mejor la población-meta del Programa. Esta red está conformada por organizaciones privadas y públicas, que tienen una presencia en las comunidades y que además atiende a una población potencialmente compatible con la del Programa.

Por ejemplo, en el caso de DNJ, el trabajo comunitario se realiza con organizaciones como el vaso de leche, comedores populares, organizaciones de

la iglesia, el Club de Leones. En el caso de IPROS, FON, FUNDAR, AMAZONAS y CECOM, el MINSA, municipalidades y organizaciones de base, son aliados fundamentales.

Una de las estrategias que ha sido implementada y que puede mejorar aún más, es el aprovechamiento de las redes de entidades del Estado como el MINSA y las municipalidades. Estas instituciones realizan programas de prevención y atención de salud precisamente con adultos mayores, que son una población potencial para el Programa del Cluster. Por ejemplo, en Piura y Arequipa, la captación de pacientes tuvo como principal aliado al MINSA y a las municipalidades, además de otras organizaciones civiles. No obstante, es necesario que los socios que tienen como aliados a MINSA, deban tener un plan de contingencia que les permita mantener la capacidad de convocatoria en las campañas comunitarias. No se puede depender de un solo aliado.

De otro lado, estas instituciones aliadas, no sólo ayudan a incrementar la cobertura de potenciales beneficiarios (pacientes), sino que, al mismo tiempo, focalizan mejor su población-meta, ya que muchas veces estas instituciones como el MINSA o Programas de Gobierno como "Pensión 65", ya cuentan con una evaluación previa para identificar a la población pobre.

De otro lado, los socios identifican a la población que realmente necesita del subsidio para ser atendidos y operados por cataratas a través de la evaluación que realizan los consejeros. Si bien el personal de consejería de todos los socios que realiza la evaluación tiene experiencia en identificar la población necesitada, esta decisión se realiza de manera discrecional, utilizando criterios heterogéneos.

En este sentido, se requiere que la identificación pueda hacerse de manera más objetiva a través de criterios más estandarizados, tales como el análisis de las características de la vivienda (número de miembros del hogar, número de perceptores de ingreso, material de los pisos y paredes, número de

dormitorios, localización de la vivienda, entre otros.). Esto ayudaría a reducir la discrecionalidad al momento de evaluar la población que se quiere ayudar.

6.3. Buenas prácticas utilizadas

1) Los programas que combinan la oferta de un servicio privado, cuyo incentivo está claramente alineado con la eficiencia del mercado (las clínicas), con una fundación que cumple con una labor social, tienen más oportunidad de ser sostenibles, ya que pueden acceder al crédito del sistema financiero, al mismo tiempo que pueden acceder a donaciones, entre otras fuentes.

Los precios escalonados favorecen el incremento del ingreso de las clínicas y pueden servir para focalizar a la población que realmente necesita de un subsidio, parcial o total. Este es caso de IPROS, FUNDAR o FON²⁰.

La cirugía y consulta gratuita debe ser ofrecida a pacientes en extrema pobreza, pero aun ellos debieran aportar a su salud. El sistema de todo gratis, es un arma de doble filo. Cuando terminan los proyectos, las personas no quieren aportar esperando que aparezca un nuevo proyecto similar. Se debiera hacer conciencia que la enfermedad y su tratamiento debe ser responsabilidad compartida con el paciente, aunque sea a través de algún aporte mínimo. Este es un modelo que debería ser integrado en clínicas como DNJ y COMEP.

De otro lado, la oferta de un servicio gratuito puede provocar dudas y generar desconfianza. COMEP manifestó que algunos pacientes pueden llegar a desconfiar frente a la oferta de un servicio gratuito, y prefieren viajar a Cusco y pagar por la operación de catarata, inclusive a costos mayores.

Los aliados locales y el apoyo de instituciones como el MINSA, que muchas veces ya tienen una evaluación previa de la población pobre, pueden ayudar a saber quiénes son pacientes que pueden pagar y quiénes no.

²⁰ A manera de ejemplo: una cirugía de catarata va de precio 0 subsidiado hasta 2,500 soles. Hay variedad de precios de cirugía de acuerdo a la capacidad del paciente de pagar.

2) Tener alianzas estratégicas para la promoción y atención comunitaria con municipalidades, hospitales de gobierno, iglesias, clubes de servicio, son una fuente importante para obtener pacientes y crear un conocimiento de los servicios que ofrecen los miembros del Programa. En este sentido, la participación de los líderes comunitarios, es esencial para generar confianza en la población.

Asimismo, el uso de la radio local, el perifoneo y la entrega de volantes es un método útil de avisar a la población.

3) Un quirófano móvil, como el de IPROS en Tarapoto, ha demostrado mucha efectividad para realizar cirugías de catarata en localidades rurales pequeñas y dispersas que no cuentan con un quirófano.

4) La capacitación de recurso humano, mejora los procesos del proyecto. Como veremos más adelante, la capacitación provista por el Programa a través de DNJ, ha permitido que socios como FON, CECOM e IPROS, mejoren de manera significativa la calidad de consejería, la administración, el trabajo comunitario y la capacidad técnica del equipo médico (ver cuadro de capacitaciones más adelante).

La calidad y permanencia (poca rotación) del personal de las clínicas socias, ha sido también un factor importante en su desempeño y en el cumplimiento de las metas.

5) Un sistema de incentivo afianza el compromiso de los promotores comunitarios con los objetivos de la clínica. La experiencia de clínicas como FON en Piura, que paga 100 soles/día por meta lograda, genera un mayor compromiso de los profesionales que realizan esta labor comunitaria.

6) El uso de maquetas, presentaciones en Power Point y otras herramientas visuales ayudan mucho con el trabajo de consejería. El proceso de información y convencimiento puede verse disminuido cuando no se trabaja de manera

didáctica con los pacientes. Esta es una práctica que han venido aplicando exitosamente socios como FUNDAR, IPROS, DNJ y FON.

Asimismo, la comunicación con la población a través de su lengua materna es esencial, tal como ha sucedido con FUNDAR y COMEP, que vienen trabajando en zonas alto andinas donde hay una población quechua-hablante importante.

7) La calidad de los servicios médicos-quirúrgicos de las clínicas visitadas es una fortaleza del cluster.

6.4. Percepción del trabajo de CBM

6.4.1. Rol de CBM y la Oficina de Coordinación Nacional

El apoyo CBM es muy apreciado por todos los socios que conforman el cluster del Programa. En todos los casos, se reconoce que su apoyo ha sido fundamental, inclusive desde mucho antes. Ha permitido consolidar el funcionamiento de muchas de las clínicas que hoy participan del Programa. Por ejemplo, fundaciones como IPROS (Tarapoto) se crean como resultado de la presencia y apoyo de CBM (Hay que mencionar que CBM tiene unos 40 años de presencia en el Perú). Con su apoyo, los socios también han podido ampliar sus redes y contactos institucionales.

Los socios manifiestan que CBM fue esencial en el diseño del Programa, especialmente porque fue un garante frente al Standard Chartered Bank para la formulación del proyecto.

¿Qué aspectos no funcionaron bien?

El retraso del inicio de las operaciones del Programa también afectó, al menos en el primer año, la consecución de resultados, especialmente porque CBM no entregó los insumos a tiempo. En el caso de COMEP, los fondos llegaron en enero del 2015. Esto constituye un aspecto crítico que no debe repetirse.

De otro lado, algunos socios perciben que los requerimientos administrativos son excesivos, especialmente los que conciernen a la rendición de gastos. Sostienen que esta demanda administrativa no estaba prevista inicialmente. En todo caso, se recomienda a CBM hacer una revisión de aquellos requerimientos administrativos que pueden simplificarse, sin perder la calidad de información que se necesita.

Sobre el rol del Coordinador Nacional de CBM, en general, los socios perciben que el Coordinador Nacional cumple bien con su trabajo de monitoreo administrativo y técnico en las siete zonas del Programa, además de coordinar las actividades específicas con los socios.

Los socios sugieren que el Coordinador Nacional apoye algunos temas que son importantes para su desempeño. Uno de ellos es facilitar acuerdos y alianzas estratégicas con instituciones que se localizan a nivel de Lima, como el MINSA, donde se pueda plantear trabajos conjuntos a nivel nacional. Otro tema sugerido, es el apoyo en la difusión de los resultados del Programa.

Los socios también proponen que el Coordinador Nacional de CBM pueda centralizar el stock de medicamentos en un solo punto del clúster y luego distribuirlos a cada socio acorde a sus necesidades. El vencimiento del stock de medicamentos ocasiona pérdidas.

Si bien estas son necesidades y propuestas que pueden ayudar a la gestión de los socios, la labor del Coordinador Nacional debe priorizar la tarea de monitoreo y coordinación que se le ha encomendado, y apoyar aquellas que le sean factibles. Algunas de las propuestas pueden exceder el rol y la capacidad operativa del coordinador.

6.4.2. Rol de DNJ como coordinador del Programa y proveedor de capacitación

DNJ es la institución que apoya con la administración del Cluster y trabaja estrechamente con CBM en la ejecución del Programa. Los socios perciben que esta tarea es desempeñada con orden y eficiencia. Sin embargo, DNJ manifiesta que esta responsabilidad le genera una gran carga de trabajo que inicialmente no estaba prevista²¹.

Respecto a su labor como proveedor de capacitación a los miembros del cluster, los socios manifiestan que la asistencia recibida les ha servido mucho para mejorar aspectos de la gestión de las clínicas relacionados a la consejería y el trabajo comunitario. Más adelante veremos con más detalle este resultado.

6.5. Aspectos destacados de la gestión del Programa

Algunas buenas prácticas de los socios también constituyen aspectos destacados de la gestión del Programa.

El primero, se refiere al modelo de gestión que tienen algunos socios que cuentan con una fundación y una clínica privada al mismo tiempo, cuyo incentivo está claramente alineado a la eficiencia del mercado (con las clínicas), y por el otro lado, la existencia de una fundación que cumple con una labor social. Este modelo los hace más sostenibles.

Bajo este modelo, los precios de operación de catarata son variables y en escala, donde el paciente puede escoger la opción que mejor se adapte a su economía, a la vez que incrementa el ingreso de las clínicas que la utilizan.

Segundo, las alianzas estratégicas para la promoción y atención comunitaria con municipalidades, hospitales de gobierno, iglesias, clubes de servicio, son una fuente importante para obtener pacientes.

²¹ Información brindada por la Dirección Médica y Administrativa de DNJ.

Tercero, la calidad y permanencia (poca rotación) del recurso humano de las clínicas socias, ha sido también un factor importante en la gestión del Programa.

En algunos casos, un sistema de motivación por metas logradas permite un mayor compromiso de los promotores comunitarios con el Programa.

6.6. Aspectos que requieren ser mejorados

6.6.1. A nivel de Socios en las regiones

- Fortalecer el trabajo comunitario y la consejería, especialmente con los socios como COMEP, CECOM, FON y AMAZONAS que presentan un bajo nivel de avance de las metas. Ampliar la cobertura y mejorar la capacidad de convencimiento de la consejería pueden tener un efecto directo en la atención de más pacientes.

Esta tarea implica además de consolidar la alianza con instituciones como el MINSA y municipalidades, especialmente donde el Programa no ha tomado contacto.

- Incorporar en la gestión de la clínica un enfoque que combine la labor social con un modelo privado de mercado y eficiencia. Esto hará más sostenible la actividad. Asimismo, la flexibilización de los precios puede permitir incrementar los ingresos de la clínica, a la vez que focalizaría mejor el subsidio hacia aquella población que realmente lo requiere. Esta perspectiva podría ser bien aprovechada por socios como DNJ y COMEP.
- Mejorar los criterios de evaluación de pacientes que requieren del subsidio. Actualmente los socios utilizan algunos criterios para seleccionar los pacientes que requieren parcial o totalmente el subsidio del Programa. Sin embargo, muchas veces éstos son subjetivos y no están estandarizados. Por ejemplo, en el caso de IPROS, los Gestores (promotores) verifican si la persona no tienen ningún apoyo y las condiciones en las que vive. En el

caso de FON, muchas veces los pacientes ya vienen clasificados porque provienen del MINSA, quien ya cuenta con criterios de focalización de población pobre. En el caso de FUNDAR, la evaluación consiste en indagar por el tipo de trabajo del paciente, los perceptores del ingreso, la persona que paga la cirugía, entre otros temas similares.

Con el propósito de mejorar esta selección, se recomienda usar criterios prácticos que sean objetivos, tales como el material de los techos y pisos de la vivienda, el tamaño de la familia, acceso de agua potable, acceso a electricidad, nivel de educación del jefe de hogar, entre otros. Muchos de estos indicadores se suelen usar en programas anti-pobreza.

6.6.2. A nivel de la Oficina de Coordinación Nacional de CBM

- Reducir el retraso de la transferencia de fondos e insumos a los socios. Esto afecta directamente su desempeño, especialmente aquellos que tienen recursos limitados.

Una manera de optimizar la distribución de insumos es comprándolos en el mercado local. De esta manera, la distribución se realizaría de manera más rápida y se reduciría el vencimiento del stock de los insumos.

- Simplificar los requerimientos administrativos, sin afectar los requerimientos de CBM.
- Creemos que el número de indicadores de desempeño del Programa puede ser menor. No todos los indicadores tienen la misma importancia. Un número mayor no significa necesariamente que el programa será mejor monitoreado. Por el contrario, un número mayor de indicadores puede afectar la calidad de la data e incurrir en mayores costos de recolección y supervisión.

Los indicadores relacionados a las cirugías son los más importantes, ya que reflejan de manera directa la naturaleza del Programa y el resultado

esperado. Los indicadores educación en salud y beneficiarios, y capacitación, si bien son parte del marco lógico, deberían en lo posible ser reducidos a una lista menor, quedando sólo los mejores proxy.

7. IMPACTO

7.1. Impacto en la población beneficiaria (principales impactos, evidencia que hay mejor calidad de vida)

Los pacientes entrevistados manifestaron su satisfacción con el servicio recibido. La operación de cataratas ha significado un cambio importante en su vida familiar y laboral²².

Algunos socios, como IPROS, mostraron historias documentadas de casos de pacientes que mejoraron su calidad de vida luego de las operaciones. Esta práctica, si bien es mandatoria para todos los socios, creemos que sería valioso para el programa trate de documentar un número mayor de casos²³. Esta tarea puede ser llevada a cabo y sistematizada por algún profesional contratado por CBM, cuando no haya opción que se haga en cada región.

Se adjunta en la sección de anexos, algunas historias de vida del Programa en Tarapoto.

7.2. Impacto en la mejora de las capacidades de los socios (capacitaciones)

En general, los socios se han mostrados satisfechos con la capacitación proveída por DNJ. Se reconoce que la capacitación en consejería y aspectos

²² Dadas las limitaciones de tiempo de la evaluación, sólo fue posible entrevistar a pacientes propuestos por las propias clínicas (socios), y no se pudo escoger beneficiarios de manera aleatoria que hubieran posibilitado entrevistar a pacientes con resultados diferentes.

²³ De acuerdo al Coordinador Nacional, todos los socios deben documentar al menos 2 historias por semestre para efectos de ser seleccionadas para el reporte que se envía al donante. Finalmente se escoge una de las 14 recibidas para ser enviada a los donantes. En la visita de campo, sólo IPROS de Tarapoto manifestó que tenían historias de vida.

administrativos han tenido una incidencia positiva en la gestión de los socios. Tendría mucho sentido seguir fortaleciendo estas áreas, especialmente con los socios que presenten esta debilidad.

Tabla # 10
Personas capacitadas por el Programa
Periodo Junio 2014-Diciembre 2015

TIPO	Indicador	DNJ (Lima)	FON (Piura)	AMAZONAS (B.Grande)	CECOM (Trujillo)	IPROS (Tarapoto)	COMEP (Abancay)	FUNDAR (Arequipa)	TOTAL
Especialistas en cuidado de la vista	Número de Promotores de de salud Comunitarios capacitados	0	20	0	5	45	0	14	84
	Número de consejeros/as entrenadas	0	0	1	1	2	1	0	5
	Número de oftalmólogos entrenados en SICS	2	0	0	0	1	1	0	4
	Otras capacitaciones (administración, gestión, etc)	0	0	0	2	1	1	0	4
Nivel comunitario	Número de trabajadores comunitarios entrenados	0	0	1	1	0	0	0	2
	Número de asistentes oftálmicas y enfermeras capacitadas en diversas áreas	0	0	0	0	1	0	0	1
SUBTOTAL		2	20	2	9	50	3	14	100
Cuidado Primario de la visión	Número de personas del MINSA capacitados en salud ocular comunitaria	133	182	22	50	55	36	0	478
	Número de Trabajadores de salud primaria entrenados y capacitados en salud ocular comunitaria	0	30	73	0	35	1	0	139
SUBTOTAL		133	212	95	50	90	37	0	617
GRAN TOTAL		135	232	97	59	140	40	14	717

Fuente: Reporte CBM, entregado por el Coordinador Nacional²⁴
Elaboración: Propia

En el caso de IPROS, FON, COMEP, AMAZONAS, CECOM, se aprecia mucho la capacitación en consejería, ya que tiene una incidencia directa en la decisión de los pacientes. La capacitación en trabajo comunitario y aspectos administrativos también son muy valorados. En el caso de COMEP, la capacitación a los oftalmólogos también ha sido muy bien valorada.

De otro lado, los socios también han brindado capacitación al personal del MINSA, principalmente en tamizajes. En este periodo, se ha capacitado a 478 profesionales, de los cuales el 66% fueron capacitados por DNJ y FON.

²⁴ Estos datos fueron entregados por el Coordinador Nacional del Programa en formato electrónico Excel y fueron comparados con la información de las clínicas durante las entrevistas en las regiones.

Si bien es cierto que DNJ realiza una evaluación final de la capacitación brindada, no hay un seguimiento para verificar que estos conocimientos adquiridos mejoran la capacidad técnica y administrativa de las clínicas. Se recomienda hacer este ejercicio al menos una vez por año.

Se requiere continuar con la mejora de capacidades de los equipos técnicos de las clínicas socias. El personal entrevistado manifestó que le gustaría seguir mejorando sus conocimientos en enfermedades oculares y prevención de las mismas. Otro aspecto que se debe seguir fortaleciendo es la consejería, ya que la preparación o actualización es un proceso continuo de cualquier organización. Cuando más entrenadas estén las consejeras en el conocimiento de las enfermedades de los ojos, en métodos de trato con el paciente, uso de tecnología, reportes y otros, el cluster estará más fortalecido.

FON y COMEP han planteado la necesidad de capacitar al cirujano de la clínica. En el caso de FUNDAR, la capacitación debería enfocarse en la mejora de los sistemas de información, elemento clave para mejorar la eficiencia administrativa de la clínica.

8. SOSTENIBILIDAD DE LOS SOCIOS

La sostenibilidad de los socios se sustenta básicamente en la capacidad que tienen para mantenerse en el mercado del servicio oftalmológico. Para el análisis, tomaremos en cuenta dos aspectos: la rentabilidad de la actividad y el modelo de gestión en un escenario de competencia en el mercado.

De acuerdo a la información financiera proporcionada, los Socios del Programa que han alcanzado el mejor ratio de ingreso/gasto son FUNDAR de Arequipa y CECOM de Trujillo, con ratios de 1.60 y 1.20 respectivamente. Los socios COMEP e IPROS muestran ratios de 1.03 y 1, respectivamente. Finalmente, los ratios más bajos provienen de DNJ de Lima y FON de Piura con ratios de 0.97 y 0.94. En estos dos últimos casos podemos decir que los ingresos fueron inferiores a los gastos. La clínica AMAZONAS no proporcionó datos al respecto.

Tabla # 11

Ingresos y Gastos de los Socios del Programa-año 2015				
Socio	Ingresos	Gastos	Utilidad	Ingreso/Gasto
FUNDAR (1)	No disponible	No disponible	No disponible	1.60
CECOM-Centro Comunitario Oftalmológico Maranata	206,702	172,797	33,905	1.20
COMEP-Centro Oftalmológico Monseñor Enrique Pelach	592,873	577,820	15,053	1.03
IPROS- Instituto de Prevención y Rehabilitación Oftalmológica de la Selva (2)	175,151	175,151	0	1.00
DNJ-Diviño Niño Jesús	4,502,952	4,632,697	-129,746	0.97
FON-Fundación Oftalmológica del Norte	211,784	224,602	-12,818	0.94
AMAZONAS	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
(1) FUNDAR solo proporcionó como información el ratio Ingreso/gasto				
(2) De acuerdo a IPROS, el ingreso solo proviene del proyecto y su gasto ha sido al 100%. Periodo Julio 2014-Diciembre 2015				

Fuente: Reporte financiero de Socios

Elaboración: Propia

Es importante considerar que algunos de los socios como CECOM, IPROS y FON, trabajan estrechamente con clínicas privadas, cuyos propietarios son a la vez los socios y/o promotores de las asociaciones que conforman el cluster²⁵.

En el caso de Arequipa, la ORGANIZACIÓN DE LUCHA CONTRA LA CEGUERA, es la organización sin fines de lucro aliada que realiza los Programas sociales, mientras que FUNDAR es la empresa privada.

Según la información proporcionada por los socios, las clínicas privadas aliadas de IPROS, FON y CECOM muestran buenos ratios de rentabilidad, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla # 12

Estado de Pérdidas y ganancias de las empresas (clínicas) relacionadas a los Socios- año 2015				
Clínicas relacionadas a los Socios	Ingresos	Gastos	Utilidad (1)	Ingreso/Gasto
CLINICA OFTALMOLOGICA DE LA SELVA (2)	571,029	391,807	179,222	1.46
CLINICA OFTALMOLOGICA DE PONGO (3)	1,115,245	905,660	209,584	1.23
CENTRO DE CIRUGIA DE CATARATA LUZ Y VIDA (4)	177,838	151,688	26,150	1.17
(1) Antes de impuestos y repartición de utilidades				
(2) Trabaja con IPROS				
(3) Trabaja con FON				
(4) Trabaja con CECOM				

Fuente: Reporte financiero de socios

Elaboración: Propia

²⁵ En el caso de CECOM, la clínica aliada es CENTRO DE CIRUGIA DE CATARATA LUZ Y VIDA; en el caso de IPROS, la CLINICA OFTALMOLOGICA DE LA SELVA; y en el caso de FON, la CLINICA OFTALMOLOGICA DE PONGO.

Sostenibilidad basada en la eficiencia y el mercado

Mientras las asociaciones sin fines de lucro tienen una misión predominantemente social, las clínicas privadas se dedican a brindar sus servicios oftalmológicos al mercado con fines lucrativos, como cualquier otra empresa.

De esta manera, CECOM, IPROS, FUNDAR, FON y sus clínicas aliadas sustentan su estrategia de sostenibilidad en dos componentes: 1) Las asociaciones cumplen fundamentalmente con una labor social, canalizan apoyo financiero (donaciones), desarrollan actividades de promoción y atienden a una población-meta bien identificada, y 2) Las empresas (clínicas) se dedican a brindar los servicios oftalmológicos de manera competitiva en un mercado abierto. Es importante destacar que el "sello de calidad" del servicio médico deriva del prestigio de la clínica privada que ha sido construido por muchos años.

En estos casos, la atención de los pacientes es canalizada a través de las clínicas privadas aliadas. Los pacientes de catarata del cluster son atendidos en estas clínicas, ya que cuentan con la infraestructura, quirófano, recursos humanos, logística, equipo y material médico necesarios para realizar su trabajo. De esta manera, la estrategia consiste en un modelo que combina dos componentes: la oferta de un servicio privado, cuyo incentivo está claramente alineado a la eficiencia del mercado (las clínicas), y por el otro lado, la existencia de una fundación que cumple con una labor social.

Del otro lado, tenemos a DNJ y COMEP, quienes cumplen con una misión social y también brindan sus servicios al mercado abierto, pero bajo la forma legal y organizacional de una asociación sin fines de lucro.

Aun cuando estas asociaciones tienen muchas fortalezas (como en el caso de DNJ que cuenta con infraestructura, equipo y una capacidad médica de calidad comprobada), creemos que debería adoptarse algunos elementos que vienen siendo aplicados por los demás socios del cluster para consolidar su

sostenibilidad en el mercado oftalmológico, como por ejemplo flexibilizar las tarifas y considerar la posibilidad de cobrar a los pacientes que tienen la capacidad de hacerlo, aún si el pago es sólo parcial.

En el contexto del Programa, es necesario que se adopte como enfoque de trabajo la flexibilidad de precios, es decir, que se asuma que la población puede pagar parcial o totalmente el costo del servicio²⁶.

Visto así, los ingresos se sustentan en el pago parcial o total de los clientes, y donde más bien el subsidio resulta de una evaluación del paciente que realmente no puede pagar. Esta estrategia puede permitir que la fundación cumpla con su misión social a través de un servicio de buena calidad, tal como sucede con los demás socios del cluster. De esta manera, los ingresos pueden aumentar y hacer más sostenible la actividad. Con la excepción de DNJ, actualmente los socios tienen tarifas escalonadas, donde el pago depende de la capacidad real de los pacientes.

Por ejemplo, si un paciente puede pagar todo, un tercio o un quinto del precio, se acepta su propuesta. El subsidio parcial o total, deriva de la evaluación que se realiza por lo general en el área de consejería. De esta manera, se cumple con la labor social pretendida sin dejar de lado la sostenibilidad de la clínica, que se sustenta en la gestión privada, la competencia y el mercado.

En suma, creemos que los socios del cluster son sostenibles, especialmente aquellos que tienen un modelo que combina labor social con eficiencia privada. Más bien, en casos como DNJ debería adoptarse más elementos de este modelo, flexibilizar sus precios, brindar nuevos servicios quirúrgicos (faco, retina²⁷), aplicar tarifas en escala y poder atender a pacientes de mayores recursos que pueden pagar por el servicio.

²⁶ El programa subsidia 25%/20%/15% en forma integral y el resto en forma parcial.

²⁷ Actualmente la clínica DNJ atiende estos casos, pero el servicio quirúrgico de retina lo terceriza a través de la clínica OFTALMOLÓGICA CONTRERAS, que tiene el equipo necesario.

En el caso de COMEP, se necesita ampliar su cobertura e impulsar más la oferta del servicio, incursionando en los mercados regionales y mejorando los recursos humanos, especialmente haciendo posible que haya una mayor permanencia del equipo quirúrgico en la clínica.

¿Contribuyó el Programa a la sostenibilidad del cluster?

En todos los casos se reconoce que el Programa de CBM ha sido un factor que contribuye a la sostenibilidad de sus fundaciones y empresas (clínicas). No obstante, el concepto de gratuidad total del servicio no contribuye a la sostenibilidad en el mediano y largo plazo. Por ello, el subsidio parcial y escalonado establecido por el Programa, es un acierto.

8.1. Sostenibilidad con aportes del Gobierno

Si bien existe el “Plan Estratégico Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable 2014-2021” del MINSA, no se visualiza una posibilidad real que el gobierno aporte a la sostenibilidad de los socios. En todo caso, lo interesante es consolidar las alianzas estratégicas con el MINSA a fin de fortalecer el trabajo comunitario y la capacitación del personal de salud. Esto permitiría ampliar la cobertura del cluster con una población que haya sido identificada y focalizada por el MINSA (con cataratas y como pobre), y que pueda derivarse a las clínicas de los socios para su atención respectiva.

8.2. Involucramiento y apoyo del Gobierno central y local²⁸

Se ha realizado un trabajo conjunto entre el Programa y el MINSA, aunque el resultado es diferenciado en cada una de las regiones. Las acciones más destacadas son:

- **Capacitación del personal del MINSA** con apoyo de CBM. Hasta Diciembre 2015, CBM ha capacitado a 478 profesionales de la salud en

²⁸ Sólo fue posible hacer una entrevista directa con la persona responsable de la “Estrategia Regional de Salud Ocular de la DIRESA” de Piura.

tamizaje y enfermedades oculares. Las regiones donde hubo un mayor número de capacitados fueron Lima (DNJ) y Piura (FON).

- **Convenio de trabajo del MINSA, a través de la “Estrategia Regional de Salud Ocular de la DIRESA”** con FON de Piura. El acuerdo establece que el MINSA ayuda en organizar las campañas comunitarias de tamizaje y se logre identificar pacientes que requieren de la operación de catarata. De manera complementaria, FON capacita al personal del MINSA en tamizajes y otros aspectos relacionados a enfermedades oculares, fortaleciendo de esta manera la política de atención que tiene el gobierno en la región.

En este caso la contribución de CBM es esencial, ya que en esta región el MINSA sólo cuenta con un presupuesto de 60 mil soles/año para la estrategia de salud ocular, monto que resulta extremadamente limitado para luchar contra la ceguera. Esta limitación se expresa en el hecho que este programa no tiene un indicador de resultados, ni incentivos para su personal.

Esta situación se ve agravada con la poca capacidad de cirugía en catarata que tiene el MINSA en Piura, a pesar de contar con 8 oftalmólogos.

En estas condiciones, la alianza estratégica entre FON y el MINSA permite mejorar las capacidades del MINSA, a la par que FON puede identificar más pacientes. No obstante, en el 2015, el apoyo del MINSA se redujo porque el personal médico tuvo que priorizar las emergencias del dengue y la chikungunya. Esto, afectó los resultados.

- **Convenio entre MINSA y CBM en Amazonas.** A través de este acuerdo, ha sido posible atender pacientes identificados con catarata en el MINSA y atenderlos a través de la clínica de AMAZONAS.

9. TEMAS RELEVANTES TRANSVERSALES AL PROGRAMA

9.1. Inclusión de personas con discapacidad

Los socios vienen atendiendo a personas con discapacidad. En el caso de DNJ se ha atendido casos de personas sordo-mudas. En el caso de FUNDAR, se ha atendido casos de personas con reumatismo y sordera.

No obstante, hay limitación en atender en cirugía de Catarata a las personas con discapacidad, ya que la mayoría de los centros visitados no tienen máquina ni anestesiólogo para poder realizar estas operaciones de manera segura. Solo FUNDAR cuenta con un anestesiólogo para estos casos.

De otro lado, todos los centros visitados cuentan con quirófanos ubicados en la primera planta y rampas para sillas de ruedas.

Excepto DNJ, las clínicas con segunda planta no cuentan con elevador o rampas de acceso, no son accesibles, pero en la mayoría de las clínicas los pacientes se atienden en primera planta.

9.2. Estrategias de concientización

Los métodos más usados han sido: las campañas comunitarias con los diferentes aliados, principalmente las municipalidades, las parroquias y los programas sociales del Gobierno como "Pensión 65". En el caso de DNJ, el trabajo de concientización se realiza con las organizaciones de base, tales como el vaso de leche, comedores populares, la iglesia, entre otras. Un elemento central en esta tarea es contar con líderes locales que conozcan la realidad y generen confianza en la localidad. En el caso de IPROS, la práctica es bastante similar. En el caso de FON y AMAZONAS, el MINSA ayuda mucho con este propósito.

No obstante, esta tarea muchas veces se ve limitada por el desconocimiento de la población adulta mayor, que muchas veces se ve influenciada por los comentarios de la gente que carece de sustento, quienes afirman haber tenido

“malas experiencias” con las operaciones de catarata en su entorno familiar. A esto se suma, la idea infundada de que la operación puede volverlos ciegos. Para atenuar esta falsa percepción, es importante que los socios mantengan la calidad del servicio y se informe a la población en las campañas acerca de los beneficios de la cirugía.

Asimismo, la recomendación de boca en boca sigue siendo la más efectiva para que los pacientes acudan al servicio y tengan la confianza de operarse.

Si el Programa puede trasladarse a las comunidades para operar y hay los medios necesarios (quirófano), es una buena manera para identificar y operar pacientes de manera efectiva.

9.3. Género

No se identificaron casos donde se haya limitado la participación de la mujer. Los socios manifestaron que se atiende sin distinción a ambos sexos.

No obstante, un elemento que merece destacarse es que la mayor parte de personas dedicadas al trabajo comunitario en las regiones, especialmente los líderes, son mujeres. Esta situación puede propiciar una mayor participación de mujeres, y por ende, una mayor probabilidad de que sean beneficiadas por el Programa.

9.4. Protección infantil

La atención es principalmente al adulto mayor. Las políticas de atención de los socios concuerdan con las políticas de CBM en este rubro.

En todos los casos consultados, los casos de niños son derivados a otras instituciones. Por ejemplo, cuando DNJ tuvo algunos casos, fueron derivados al INO.

Solo en FUNDAR operan niños ocasionalmente. En la mayoría de los centros no operan niños por falta de servicios de anestesia general.

9.5. Participación de los socios en la intervención del Programa

Como se ha mencionado a lo largo del documento, los socios son los principales ejecutores del Programa. Identifican la población beneficiaria potencial, realizan las campañas con apoyo de instituciones aliadas y llevan a cabo la atención médica, principalmente la cirugía de cataratas.

Respecto al Planeamiento, los miembros del cluster participaron en la junta de planeación inicial del Programa y han continuado participando de las reuniones que ha convocado el Coordinador Nacional, como aquella que se realizó recientemente en Abril del 2016 en Lima, en el marco de la evaluación de medio término, con el propósito de revisar aspectos programáticos del cluster y formular medidas que permitan mejorar su desempeño.

CONCLUSIONES

1) Los socios del Programa constituyen un grupo de clínicas con experiencia y con la calidad médica necesaria para realizar las cirugías de Catarata. Los resultados revisados de Agudeza Visual posterior a la Cirugía de Catarata son buenos, con un porcentaje de 85% con Agudeza Visual mejor a 20/60.

2) El indicador más importante del programa es el número de cirugías de catarata realizadas. Se ha logrado un avance del 66% de la meta correspondiente al periodo de Julio 2014- Diciembre 2015, y de 31% de la meta total (3 años). Aun con la reprogramación de metas, es probable que el Programa no cumpla con las metas, excepto que se amplíe el tiempo de ejecución del Programa por seis meses.

Sólo IPROS de Tarapoto logró cumplir con la meta programada; FUNDAR y DNJ alcanzaron más del 70%, pero no llegaron a cumplirla. AMAZONAS (Bagua), FON (Piura) y CECOM (Trujillo) lograron sólo un porcentaje entre 45-59%. Con el menor desempeño, se encuentra COMEP de Abancay, con tan sólo 10% de la meta propuesta.

El retraso del inicio de las operaciones del programa y la poca respuesta del trabajo comunitario en el primer momento del programa parecen haber incidido en los resultados. El retraso en la entrega de insumos, también parece haber afectado este logro.

Asimismo, en algunos casos como COMEP, la limitación está asociada a la poca utilización de los recursos financieros y a su debilidad institucional, debida no sólo a la falta de recursos financieros para hacer frente a cualquier coyuntura, sino también a la falta de un modelo de gestión sostenible. En los años 2013-2014, COMEP pasó por un proceso de reorganización para mejorar su eficiencia, que afectó inclusive el 2015.

3) En el caso de IPROS, FUNDAR y DNJ, socios que presentan los mejores resultados, su éxito está relacionado a la calidad y estabilidad de su equipo médico. Si bien CECOM y FON tiene también una buena calidad de equipos y

experiencia médica, sus resultados se vieron afectados por la menor cobertura de pacientes, como resultados de las limitaciones del trabajo comunitario.

4) Las alianzas estratégicas con los actores e instituciones locales, han sido fundamentales para realizar la labor de promoción y atención comunitaria. Su ayuda también permite mejora la focalización de la población-meta.

5) La capacitación de recurso humano, mejora los procesos del proyecto. La capacitación provista por el Programa a través de DNJ, ha permitido que socios como FON, CECOM e IPROS, mejoren de manera significativa la calidad de consejería, la administración, el trabajo comunitario y la capacidad técnica del equipo médico.

6) El rol y apoyo de CBM es muy apreciado por todos los socios que conforman el cluster del Programa. En todos los casos, se reconoce que su apoyo ha sido fundamental para consolidar el funcionamiento de las clínicas que hoy participan del Programa.

7) Sobre el impacto en la población beneficiaria, los pacientes entrevistados manifestaron su satisfacción con el servicio recibido. La operación de cataratas ha significado un cambio importante en su vida familiar y laboral.

8) Los socios del cluster son sostenibles, especialmente aquellos que tienen un modelo que combina labor social con eficiencia privada. Aquellos socios como FON, IPROS, FUNDAR o CECOM que tienen como aliado una clínica privada, pueden asegurar un servicio de calidad y sustentar su ingreso en base a las ventas del servicio en el mercado.

DNJ cuenta con infraestructura, equipo y una capacidad médica de calidad comprobada. No obstante, creemos que debería adoptar algunos elementos que vienen siendo aplicados por los demás socios del cluster para consolidar su sostenibilidad en el mercado oftalmológico, tales como flexibilizar sus precios, brindar nuevos servicios quirúrgicos (faco, retina), aplicar tarifas en escala y

poder atender a pacientes de mayores recursos que pueden pagar por el servicio.

En el caso de COMEP, se necesita ampliar su cobertura e impulsar más la oferta del servicio, incursionando en los mercados regionales y mejorando los recursos humanos, especialmente haciendo posible que haya una mayor permanencia del equipo quirúrgico en la clínica.

9) En todos los casos se reconoce que el Programa de CBM ha sido un factor que contribuye a la sostenibilidad de sus fundaciones y empresas (clínicas). No obstante, el concepto de gratuidad total del servicio no contribuye a la sostenibilidad en el mediano y largo plazo. Por ello, adquiere mucho sentido la estrategia del Programa de reducir progresivamente el subsidio de 25% en el primer año, a 20% en el segundo, y a 15% en el tercero.

RECOMENDACIONES

1), Se recomienda extender su operación por los menos unos seis meses más, hasta alcanzar las metas propuestas, ya que el programa viene realizando un buen trabajo en las siete regiones

Es importante que los socios que presentan los resultados más bajos, implementen las siguientes estrategias: 1) incrementar la cobertura del trabajo comunitario, que es la cantera de donde provienen los pacientes potenciales. Ampliar las alianzas con instituciones es clave. 2) fortalecer la consejería, que es un elemento indispensable para que los pacientes tomen una decisión 3) consolidar el equipo médico, especialmente garantizando una mayor dedicación del cirujano, como es el caso de COMEP. Adicionalmente, es importante fortalecer el modelo de gestión que combine el apoyo social con la eficiencia en el mercado.

2) Se recomienda que, sobre la focalización del grupo-meta, si bien los socios hacen un buen trabajo al respecto, se requiere que se haga de manera más objetiva, utilizando variables como número de miembros del hogar, número de perceptores de ingreso, material de los pisos y paredes, número de dormitorios, localización de la vivienda, entre otros. Esto ayudaría a reducir la discrecionalidad al momento de otorgar un subsidio.

3) Se recomienda a CBM, sobre la carga de reportes, hacer una revisión de aquellos requerimientos administrativos que pueden simplificarse, sin perder la calidad de información que se necesita. Esto puede realizarse con un plan de revisión administrativo, que implique identificar las variables que son necesarias y que no pueden ser omitidas, especialmente cuando existe un compromiso con el financiador del Programa.

4) Se recomienda a CBM buscar la manera de reducir el retraso de la transferencia de fondos e insumos a los socios. Esto afecta directamente su desempeño, especialmente aquellos que tienen recursos limitados. Para ello, se debería identificar los cuellos de botella que originan este retraso, llegar a

medidas correctivas específicas con los actores (unidades administrativas) que intervienen en la gestión, aprobación y desembolso de los fondos.

5) Se recomienda seguir mostrando los impactos en la población beneficiaria a través de historias de vida. Valdría la pena evaluar la posibilidad de contratar a un consultor conocedor del tema, que pueda sistematizar y ampliar estos resultados, por lo menos seis meses antes que finalice el programa.

6) Se recomienda que, el número de indicadores de desempeño del Programa sea menor. No todos los indicadores tienen la misma importancia. Un número mayor no significa necesariamente que el programa será mejor monitoreado.

Debe priorizarse aquellos indicadores que tienen una relación directa con el desempeño del cluster, como por ejemplo: número de cataratas, número de personas con agudeza visual post quirúrgica, número de tamizajes y número de personas entrenadas.

7) Se recomienda que la venta de lentes es una fuente importante de Ingresos que ayudan a la sustentabilidad de un proyecto. Es importante fortalecer los servicios ópticos en todos los centros. Los socios que no hayan potenciado esta opción, deberían realizar un plan de inversión para organizar la tienda y gestionar el financiamiento para tener el stock necesario.

8) Se recomienda la apertura de servicios como Retina (foto-coagulación, Inyección de anti-angiogénicos) por el aumento de la prevalencia de Diabetes en el país, ayuda a fortalecer la sustentabilidad del Programa.

9) Se recomienda que todos los centros lleven un sistema digital para el manejo de estadísticas. Solo FUNDAR y DNJ llevan un sistema digital. Debe formularse un plan de corto plazo, fijando el presupuesto necesario y las fechas para su implementación. En esta tarea, DNJ puede ser un apoyo importante.

10) Se recomienda implementar un sistema de detección y operación de Cataratas en una sola visita a la clínica. La mayoría de los centros requiere

varias visitas de los pacientes antes de ser operado (varía de 3 a 5 visitas antes de la operación). Esto puede provocar pérdida de pacientes en el camino. Esto implica que los socios que todavía no cumplen con esta condición, puedan reajustar sus flujos administrativos y corregir aquellos cuellos de botella que extienden el número de visitas de los pacientes. La capacitación de DNJ, puede ayudar en este proceso. El paciente debería ser operado en no más de dos días.

11) Se recomienda la compra local de insumos y no traerlos de la India. Esto puede servir para hacer más eficiente la atención y evitar pérdidas por vencimiento del producto. Se debe buscar la manera de implementar un Centro de Acopio para todos los socios.

LECCIONES APRENDIDAS

1) Una buena práctica para los socios está referida a generar una gestión basada en un modelo que combina dos componentes: la oferta de un servicio privado, cuyo incentivo está claramente alineado a la eficiencia del mercado (las clínicas), y por el otro lado, la existencia de una fundación que cumple con una labor social. Esta práctica ha demostrado buenos resultados, como el caso de IPROS o FUNDAR, por ejemplo.

2) Una buena práctica de esta experiencia está asociada a la búsqueda de un modelo operativo de sostenibilidad de las clínicas. La cirugía y consulta gratuita debe ser ofrecida a pacientes en extrema pobreza, pero aun así, ellos debieran pagar algo si es posible. El sistema de todo gratis, es un arma de doble filo. Cuando terminan los proyectos, las personas no quieren aportar esperando que aparezca un nuevo proyecto similar. El concepto de gratuidad total no contribuye a la sostenibilidad de los socios en el mediano y largo plazo. Se requiere de un esquema mixto que combine ayuda con eficiencia.

3) Las alianzas estratégicas con instituciones son importantes, pero no se puede depender sólo de uno de ellas. Hay que tener siempre alternativas a la mano para lograr los resultados.

4) Un sistema de incentivos por metas logradas puede permitir un mayor compromiso de los promotores comunitarios y un mejor resultado para el Programa, tal como lo vienen haciendo FON o IPROS.

Anexos

ANEXO 1

EJEMPLO HISTORIA DE IMPACTO DEL PROGRAMA

IPROS-TARAPOTO



Watson (Derecha) acompañado de su hermano Frank (Izquierda)

Watson Guevara Sánchez tiene 28 años. Es el mayor de tres hermanos y tío de varios pequeños y pequeñas. Aún no es padre, pero está en la búsqueda de una novia. En el año 2014, mientras conducía –es chofer de auto- sintió que algo entró en su vista. Al llegar a casa, uno de sus hermanos le comentó que su ojo derecho estaba rojo. Sin embargo, no le prestó atención. A la tercera madrugada del incidente en la carretera, el ojo izquierdo también le molestaba. Después de unos días, acudió a un médico quien le recetó unas gotas para aplicarse en ambos ojos. Los resultados no fueron positivos, al contrario “Fui a un doctor en otro lugar, me dieron unas gotas de cuarenta soles, me eché a los ojos, pero fue peor. No veía nada”.

Pasaron nueve meses hasta que recibió el diagnóstico correcto. Hoy es su primer control, después de la intervención de catarata en el ojo derecho realizada el día de ayer. Watson confiesa que “Tranquila está mi vista. Estoy tranquilo. Hay harto cambio. Ayer no miraba nada. No podía caminar solo. Ahora ya camino solo. Mis hermanos, mi hermana me ayudaban, me ponían la ropa, los zapatos. Ahora ya puedo hacerlo solo”.

Hoy, espera volver al trabajo lo más rápido posible. “Siento que la operación ha cambiado mi vida”, finaliza.

Proyecto 3035 CLUSTER Perú

ANEXO 2

LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS

N°	NOMBRE	INSTITUCION	CARGO
01	CESAR GONZALES	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	DIRECTOR
02	ALBERTO LAZO	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	DIRECTOR ADMINISTRATIVO
03	CINTIA MONTORO	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	TECNICA ENFERMERIA
04	CRISTINA FLORES	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	TECNICA ENFERMERIA
05	SUMIKO BURGA	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	OFTALMOLOGA
06	CECILIA MEDINA	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	OFTALMOLOGA
07	GLORIA DURAN	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PROMOTORA MUNICIPAL SJM
08	GLORIA CHAVEZ	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PROMOTORA MUNICIPAL SJM
09	DORCAS GUILLERMO	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	LIDER COMUNITARIO
10	ELIZABETH PEREZ	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	AREA COMUNITARIA COORD.
11	CRISTINA ALFARO	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	AREA COMUNITARIA
12	JOSELIN QUISPE	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	CONSEJERAS
13	PATRICIA LONDOÑE	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	CONSEJAS
14	LAURA MOTA	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PACIENTE
15	JULIO LOPEZ	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PACIENTE
16	LUCIA TORRE	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PACIENTE
17	FILOMENA LOPEZ	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PACIENTE
18	EUFEMIA MARCA	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PACIENTE
19	GUILLERMO OCHOA	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PACIENTE
20	ALBERTO VIERA	CLINICA DIVINO NIÑO JESUS	PACIENTE
21	LUIS FELIPE AREVALO	IPROS	DIRECTOR
22	CESAR CORONEL	IPROS	ADMINISTRADOR
23	BETSY INUMA	IPROS	TECNICAS ENFERMERIA
24	MARY GOMEZ	IPROS	TECNICAS ENFERMERIA
25	BILMER RENGIFO	IPROS	GESTOR PROMOTOR
26	CARLOS VEGA	IPROS	GESTOR PROMOTOR
27	TERESA GUERRA	IPROS	LIDER COMUNITARIO

28	LIZ SORIA	IPROS	LIDER COMUNITARIO
29	KELLY ROSAS	IPROS	CONSEJERA
30	CARLOS INGA	IPROS	PACIENTE
31	LUIS PONGO	FON	DIRECTOR
32	ANIE GIRON	FON	ASISTENTA ADMINSTRATIVA
33	ADI GRANADINO	FON	CONSEJERA
34	ELOISA CRUZ	FON	CONSEJERA
35	MARIELA CHUYES	FON	TECNICO ENFERMERIA
36	FLOR SUAREZ	MINSA	COORDINADRA RED BAJO PIURA
37	PANTA AREVALO	FON	PACIENTE
38	JOSEFA ALDANA	FON	PACIENTE
39	BEATRIZ PANTA	FON	PACIENTE
40	JOSE GIRO	FON	PACIENTE
41	FANY CHOQUE	MINSA	COORDINADORA REGIONAL (ESTRATEGIA SALUD OCULAR)
42	LUIS SALAZAR	COMEP	ADMINSTRADOR
43	DONALD MEJIA	AMAZONAS	DIRECTOR
44	ARTEMIO BURGA	CECOM	DIRECTOR
45	GIOVANNI SALAS	FUNDAR	DIRECTOR
46	NANCY OPORTO	FUNDAR	ADMINISTRADORA
47	ELIADA YANA	FUNDAR	TRABAJADORA COMUNITARIA
48	PATRICIA TAPIA	FUNDAR	CONSEJERA
49	EVELIN ROJAS	FUNDAR	ESTADISTICA
50	CARMEN VEGA	FUNDAR	OFTALMOLOGA
51	FELIX ORTEGA	FUNDAR	OFTALMOLOGO
52	EFRAIN LEON	FUNDAR	PACIENTE
53	PASCUAL CONCHA	FUNDAR	PACIENTE

ANEXO 3

EVALUACION CBM CAMBARIENDO LA CEGUERA EN EL PERU ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

TIPO:.....

FECHA:.....

LUGAR:.....

CLINICA (RELACIONADO A):.....

PERSONA:

CARGO:.....

Tipo de entrevista semi-estructurada	Alcance
Representantes de los socios	<p>Concordancia del programa con la política de gobierno.</p> <p>Alcance y resultados del asesoramiento del programa al gobierno.</p> <p>Cumplimiento de los objetivos y metas (Total de cirugías de cataratas ejecutadas versus el total de otras cirugías mayores o menores ejecutadas, con referencia al plan inicial).</p> <p>Nivel de llegada al grupo-meta del Programa de acuerdo al perfil buscado y cobertura.</p> <p>Factores que han contribuido a los logros del programa (internos y externos)</p> <p>Factores que han limitado los objetivos del Programa, si los hubiera (internos y externos)</p> <p>Factores externos a considerar en el reajuste del Programa.</p> <p>Buenas prácticas aplicadas por los socios que merecen ser replicadas.</p> <ul style="list-style-type: none">- En el incremento de pacientes- Que superen barreras y alcancen los objetivos quirúrgicos. <p>Resultados de la gestión CBM: Percepción (satisfacción) del rol del Coordinador Nacional.</p> <p>Resultados de la gestión CBM: Percepción (satisfacción) del rol de la oficina central de CBM.</p>

	<p>Resultados de la gestión CBM: Percepción (satisfacción) del rol de otro actor relevante del Programa.</p> <p>Principales factores o aspectos de la gestión que son positivos y merecen ser destacados.</p> <p>Principales factores o aspectos de la gestión que necesitan ser mejorados.</p> <p>Contribución del Programa a la calidad de vida de los usuarios y sus familias.</p> <p>Impacto de la capacitación del programa sobre la cirugía</p> <p>Impacto del asesoramiento, gestión y trabajo comunitario</p> <p>Otros impactos relevantes no previstos en el plan inicial.</p> <p>Factibilidad que el Gobierno asuma el subsidio después de culminado el Programa</p> <p>Nivel de involucramiento de los Gobiernos Locales y Regionales</p> <p>Sostenibilidad de la capacidad organizacional y técnica de los socios después del cierre del programa</p> <p>Sostenibilidad financiera de los socios a la culminación del Programa</p> <p>Nivel de accesibilidad de la población objetivo a los servicios del Programa</p> <p>Barreras que se han superado para mejorar la inclusión de los discapacitados</p> <p>Estrategias implementadas por los socios para lograr una mejor conciencia.</p> <p>Medios más eficaces para motivar el acceso a los servicios.</p> <p>Nivel de involucramiento de los socios en la implementación del programa en el Planeamiento.</p> <p>Nivel de involucramiento de los socios en la implementación del programa en la ejecución.</p> <p>Nivel de participación de mujeres en el programa.</p> <p>Barreras identificadas que limitaron el acceso al programa.</p> <p>Políticas de protección infantil que formulan y aplican los socios</p>
Personal hospitalario	Factores que han contribuido a los logros del programa (internos y externos)

	<p>Factores que han limitado los objetivos del Programa, si los hubiera (internos y externos) Factores externos a considerar en el reajuste del Programa.</p> <p>Buenas prácticas aplicadas por los socios que merecen ser replicadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el incremento de pacientes - Que superen barreras y alcancen los objetivos quirúrgicos. <p>Resultados de la gestión CBM: Percepción (satisfacción) de los socios ejecutores.</p> <p>Resultados de la gestión CBM: Percepción (satisfacción) del rol de otro actor relevante del Programa.</p> <p>Contribución del Programa a la calidad de vida de los usuarios y sus familias.</p> <p>Impacto de la capacitación del programa sobre la cirugía</p> <p>Impacto del asesoramiento, gestión y trabajo comunitario</p> <p>Otros impactos relevantes no previstos en el plan inicial.</p> <p>Barreras que se han superado para mejorar la inclusión de los discapacitados</p> <p>Estrategias implementadas por los socios para lograr una mejor conciencia.</p> <p>Medios más eficaces para motivar el acceso a los servicios.</p> <p>Nivel de participación de mujeres en el programa.</p> <p>Barreras identificadas que limitaron el acceso al programa.</p>
<p>Usuarios y líderes comunitarios</p>	<p>Nivel de llegada al grupo-meta del Programa de acuerdo al perfil buscado y cobertura.</p> <p>Factores que han contribuido a los logros del programa (internos y externos)</p> <p>Factores que han limitado los objetivos del Programa, si los hubiera (internos y externos) Factores externos a considerar en el reajuste del Programa.</p> <p>Buenas prácticas aplicadas por los socios que merecen ser replicadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el incremento de pacientes - Que superen barreras y alcancen los objetivos quirúrgicos. <p>Resultados de la gestión CBM: Percepción (satisfacción) de los socios ejecutores.</p> <p>Resultados de la gestión CBM: Percepción (satisfacción) del rol de otro actor</p>

	<p>relevante del Programa.</p> <p>Principales factores o aspectos de la gestión que son positivos y merecen ser destacados.</p> <p>Principales factores o aspectos de la gestión que necesitan ser mejorados.</p> <p>Contribución del Programa a la calidad de vida de los usuarios y sus familias.</p> <p>Impacto de la capacitación del programa sobre la cirugía</p> <p>Impacto del asesoramiento, gestión y trabajo comunitario</p> <p>Otros impactos relevantes no previstos en el plan inicial.</p> <p>Nivel de accesibilidad de la población objetivo a los servicios del Programa</p> <p>Barreras que se han superado para mejorar la inclusión de los discapacitados</p> <p>Estrategias implementadas por los socios para lograr una mejor conciencia.</p> <p>Medios más eficaces para motivar el acceso a los servicios.</p> <p>Nivel de participación de mujeres en el programa.</p> <p>Barreras identificadas que limitaron el acceso al programa.</p>
Representantes de Gobierno	<p>Concordancia del programa con la política de gobierno.</p> <p>Alcance y resultados del asesoramiento del programa al gobierno.</p> <p>Contribución del Programa a la calidad de vida de los usuarios y sus familias.</p> <p>Factibilidad que el Gobierno asuma el subsidio después de culminado el Programa</p> <p>Nivel de involucramiento de los Gobiernos Locales y Regionales</p> <p>Barreras que se han superado para mejorar la inclusión de los discapacitados</p>

