



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PERU

**CALIDAD
EN SALUD**

Revisión documental de experiencias de mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud Período 1990 – 2011

Enero 2013

La impresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud bajo los términos del Contrato No. GHS-I-02-07-00004-00. El contenido de este documento es responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Edición

Oscar Cordon Cruz, USAID | Perú | Calidad en Salud

Contenido

Siglas, Acrónimos y Abreviaturas	5
1. Resumen Ejecutivo	7
2. Introducción	11
2.1 Antecedentes	11
2.1.1 Contexto Internacional	11
2.1.2 Contexto Nacional.....	14
3. Metodología utilizada en la revisión documental	17
3.1 Métodos, técnicas e instrumentos utilizados para la generación de los productos de consultoría	17
3.2 Metodología para el logro de cada uno de los objetivos de consultoría.....	17
3.3 Instrumentos utilizados para la búsqueda y análisis de la información.....	18
4. Resultados.....	21
4.1 Factores intervenidos por los proyectos que contribuyeron en la mejora de la calidad de los servicios de salud	22
4.1.1 Condiciones mínimas de infraestructura y equipamiento	22
4.1.2 Implementación de gestión y organización de los servicios de salud	22
4.1.3 Implementación de políticas y normas en salud.....	23
4.1.4 Gestión de la calidad	23
4.1.5 Trabajo en equipo.....	24
4.1.6 Relaciones interpersonales.....	25
4.2 Variables analizadas en cada uno de los proyectos	25
4.2.1 Objetivos de cada intervención	25
4.2.2 Metodología utilizada por las diferentes intervenciones	27
4.2.3 Factores que influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad	31
4.2.4 Mecanismos de monitoreo y evaluación	44
4.2.5 Metodologías o propuestas que persisten en el tiempo	45
4.2.6 Impacto de los proyectos en los indicadores de salud	46
4.2.7 Resultados de las intervenciones/experiencias analizadas.....	48
5. Conclusiones y recomendaciones.....	53
6. Bibliografía.....	59
Anexos	63
Anexo I. Definiciones relativas a calidad	65
Anexo II. Ficha Resumen de documentos consultados	69
Anexo III. Entrevistas a profundidad para informantes clave.....	71
Anexo IV. Grupos Focales	73
Anexo V. Matriz de priorización de Regiones a Evaluar	75

Anexo VI. Matriz a aplicar a cada una de las intervenciones de Calidad en Salud. Perú. 1990 - 2011.	77
Anexo VII. Matriz explicativa de variables que influyeron en el éxito o fracaso de intervenciones de Mejora de la calidad. Perú. 1990-2011	79
Anexo VIII. Matriz para correlacionar los periodos de implementación de los proyectos de calidad según el contexto externo e interno del país. Perú. 1990-2011.....	97
Anexo IX. Directorio.....	101

Siglas, Acrónimos y Abreviaturas

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional
AMARES	Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una Región del Perú
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CCC	Proyecto Cobertura con Calidad
CDC	Centro de Desarrollo de Competencias
CEE	Comunidad Económica Europea
CLAS	Comunidad Local de Administración de Salud
CMGC	Consultoría de Mejoramiento y Garantía de la Calidad
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional
DIRESA	Dirección Regional de Salud
EESS	Establecimientos de Salud
EFQM	European Foundation for Quality Management
HPI	Iniciativa de Políticas en Salud
ISO	International Organization for Standardization
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
MR	Micro red
MINSA	Ministerio de Salud
MMD	Metodología de Mejora de Desempeño
n.v.	Nacidos vivos
PARSALUD	Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PASARE	Proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva
PDCA	Plan, Do, Check, Action. Círculo de Deming
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PMC	Proceso de Mejoramiento Continuo
PRAES	Promoviendo Alianzas y Estrategias
PSNB	Proyecto Salud y Nutrición Básica
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TQM	Total Quality Management
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ¹

¹ Nota aclaratoria: algunos enunciados con relación a logros obtenidos por algunos proyectos y aspectos relacionados con la transferencia de los mismos se describen solo hasta el momento de haber concluido la redacción de este reporte en marzo del 2012.

1. Resumen Ejecutivo

La presente revisión se desarrolló con la finalidad de diseñar orientaciones para el futuro en base a los resultados y lecciones aprendidas obtenidas durante los últimos 21 años por las diversas intervenciones y experiencias realizadas en el Perú en favor de la mejora de la calidad de atención. Las preguntas que motivaron el desarrollo de la revisión fueron:

- ¿Qué factores fueron propicios o no, para que estas diferentes intervenciones en Calidad de los Servicios de Salud fueran sostenibles en el tiempo?
- ¿Qué factores contribuyeron a institucionalizar y formalizar los enfoques al interior de las instituciones?
- ¿Cuál fue el aporte individual y colectivo de las diversas intervenciones y en base a ello diseñar orientaciones para el futuro?

El objetivo general de la revisión fue:

“Estudiar y analizar las Intervenciones de Mejora de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud, promovidas o realizadas por organizaciones públicas y privadas a partir de 1990 hasta la fecha”

Objetivos Específicos:

1. Describir y analizar las intervenciones formales a favor de la calidad precisando sus características teóricas, metodológicas y operacionales, y las interrelaciones que pudiesen haberse establecido entre las diferentes propuestas.
2. Identificar los logros y limitaciones de cada una de las propuestas en mejora de la calidad de la atención preferentemente de población materna e infantil, precisando sus aportes en la construcción de un abordaje sistémico.
3. Analizar las experiencias a ser revisadas en términos de su sostenibilidad en los últimos años y describir los factores que influyeron favorable o desfavorablemente en hacerlas sostenibles.
4. Realizar un análisis estratégico de las propuestas, identificando las características del ambiente externo e interno que influyeron en su implementación.
5. Determinar el papel del Ministerio de Salud, en su rol rector, con relación a estas intervenciones.
6. Proponer orientaciones programáticas para el fortalecimiento de la calidad de la atención en salud en el país.
7. Determinar los indicadores que permitan hacer el análisis de tendencias en los cambios logrados en la calidad de los servicios de salud.

Se revisó un primer grupo de experiencias que fueron financiadas por USAID o por el gobierno con fondos de tesoro público. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Proyectos que incluyeron experiencias de Calidad financiadas por USAID o con fondos del Tesoro Público

Intervenciones financiadas por USAID y/o el Tesoro Público:	
1. Proyecto REPROSALUD	1995 - 2000
2. Proyecto 2000	1995 - 2002
3. Proyecto Max Salud	1995 -2011
4. Proyecto Cobertura con Calidad (CCC)	1996 - 2007
5. Proyecto VIGÍA	1997 - 2007
6. Proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva (PASARE)	1998 - 2000
7. Proyecto CATALYST	2000 - 2006
8. Proyecto Nexos	2005 - 2009
9. Proyecto Iniciativa de Políticas en Salud (HPI)	2007 - 2009
10. Proyecto Calidad en Salud	2008 - Vigente

Un segundo grupo incluyó proyectos que fueron financiados por los bancos de cooperación o por la unión europea y aparecen en la Tabla 2

Tabla 2. Proyectos que incluyeron experiencias de Calidad financiadas por la Unión Europea o por bancos internacionales de cooperación

Intervenciones financiadas por la Unión Europea/ Banco Mundial/ Banco Interamericano de Desarrollo/ Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Tesoro Público:	
1. Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud	1993 - 2000
2. Proyecto de Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca (APRISABAC)	1993 - 2000
3. Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB)	1994 -2000
4. Programa de Apoyo a los Acuerdos de Gestión.(PAAG)	1997 - 1998
5. Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una Región del Perú (AMARES)	2003 - 2007

El último grupo de proyectos revisado incluyó experiencias del seguro social del Perú y del Ministerio de Salud. Estos se incluyen en la Tabla 3.

Tabla 3. Proyectos que incluyeron experiencias de Calidad ejecutadas con fondos propios del Seguro Social y del Ministerio de Salud del Perú

Experiencias propias del Seguro Social del Perú y del Ministerio de Salud.	
1. Experiencias propias del Seguro Social del Perú (EsSalud)	1990 - Vigente
2. Experiencias propias del Ministerio de Salud (MINSa)	1993 - Vigente

Una vez agrupados los proyectos, se procedió a estructurar una ficha con la cual se procedió a identificar las actividades más importantes de los mismos, sus áreas de intervención, sus líneas de trabajo y sus instrumentos. Estos fueron ordenados según una línea de tiempo del más reciente al más antiguo. Se elaboraron también guías de entrevistas a profundidad de las cuales se extrajo datos importantes que sirvieron de sustento a las respuestas de las interrogantes planteadas en la revisión. Se prepararon tablas que identificaron el grado de sostenibilidad lograda por cada proyecto según criterios identificados para cuatro áreas: a) nivel político/normativo, b) nivel de operación, c) recursos humanos que fueron capacitados en los temas y d) sistemas que quedaron desarrollados e implementados como parte de los resultados de los proyectos.

Con la revisión de bibliografía tanto nacional como internacional, de las observaciones y comentarios obtenidos de las entrevistas así como del análisis de los cuadros preparados se procedió a identificar conclusiones y recomendaciones según los diferentes resultados obtenidos de los proyectos incluidos en la revisión.

Los resultados se interpretaron de acuerdo a la existencia o no de ciertos factores clave tales como: tipo de liderazgo ejercido, la utilización o no de campeones que promovieran las intervenciones, su contribución en la formación de recursos humanos, su incorporación dentro de las operaciones regulares de las organizaciones, su inclusión en las políticas y sistemas de planeamiento, financiamiento, aseguramiento, información, gestión de recursos humanos, monitoreo y supervisión. Se pudo observar en los cuadros de resúmenes de proyectos que fueron muy pocas las intervenciones que pudieron ser institucionalizadas en base a dichos criterios. Un mayor detalle de los mismos podrá observarse en la página 45.

Entre las conclusiones más importantes a las que se llegó con la revisión se pueden mencionar: a) la gran importancia de enfocar los proyectos de mejora de la calidad no sólo en la población, sino también en los proveedores y el sistema de salud, sobre todo en los órganos de línea que serán los que tomen decisiones con respecto a su seguimiento; b) el impacto negativo que tuvo la ausencia de lineamientos de política del sector salud en la década de los noventa y parte del dos mil, hecho que afectó negativamente en la sostenibilidad de los planes y programas; c) lo crítico que resulta incluir, desde el diseño de la intervención, una línea de base con indicadores que permita identificar los cambios atribuidos al proyecto; y d) se pudo constatar a través de esta revisión que la mayoría de proyectos de calidad en el Perú han utilizado algunas de las metodologías en calidad validadas internacionalmente, parte de ellas o sus combinaciones. Se pudo evidenciar que las intervenciones o experiencias de mayor éxito en resultados y sostenibilidad fueron aquellas que tuvieron un diseño de intervención mejor planificado, objetivos claros, estudio de línea basal y mediciones periódicas comparativas.

Finalmente el lector podrá encontrar una serie de recomendaciones agrupadas en seis categorías, la primera abordando el marco político dentro del cual se implementaron intervenciones hacia la mejora de la calidad. La segunda, acerca de las metodologías de calidad disponibles y que han sido aplicadas en el país. La tercera agrupa recomendaciones acerca del entrenamiento en servicio como parte del proceso de inducción del personal que ingresa a las instituciones de salud y como parte de los procesos de re-entrenamiento. Una cuarta categoría da ejemplos de recomendaciones sobre el rol de la gestión en la mejora de la calidad de atención.

El reporte finaliza con dos secciones, una enfocada en áreas técnicas específicas de proyectos que se han implementado en el país y que incluyeron metodologías de mejora de la calidad. La segunda proporciona recomendaciones en relación al trabajo que se debiera promover con instituciones académicas y profesionales (universidades, instituciones formadoras de recursos humanos y colegios profesionales) en

aras de dar seguimiento a planes y proyectos de mejora de la calidad, tanto a nivel regional como local, como parte del ejercicio de gobernanza de la salud y de la participación ciudadana hacia la mejora de la calidad de la salud.

2. Introducción

El presente informe constituye el tercer entregable de una consultoría, asignada a los doctores Isabel Chaw y Juan Spellucin, para realizar una revisión documental de *Estudio y Análisis de; Las Intervenciones de Mejora de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud, y las experiencias desarrolladas en el Perú a Favor de la Mejora de la Calidad de Atención de Salud, en un Periodo de 21 Años (1990-2011)*.

El abordaje significó seleccionar, ayudados por la opinión de expertos², las intervenciones y experiencias a revisar, definir criterios de inclusión al estudio y hacer una revisión sistemática de todas las intervenciones seleccionadas a favor de la mejora de la calidad de los servicios de salud en el Perú.

De la revisión bibliográfica realizada, así como de las entrevistas efectuadas, se desprende el hecho de que durante el periodo de estudio se implementaron diferentes intervenciones y experiencias. Estas incluían variadas metodologías, estrategias y despliegues con diversos resultados; lo que hizo necesario que inicialmente se tuviera que elaborar una breve pero importante síntesis de los antecedentes de la calidad en el mundo, su influencia progresiva en los servicios de salud, así como la definición de algunos conceptos (ANEXO I) que facilitarían el entendimiento y la homogenización de la terminología utilizada en el informe.

2.1 Antecedentes

Evolución histórica de la calidad en salud. Hitos importantes:

2.1.1 Contexto Internacional

Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

En 1910, Flexner evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912, Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria. En 1913, a consecuencia de los informes de Flexner y Codman, el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951, en Estados Unidos de America, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961, Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de

² Ex y actuales Directores de Calidad del MINSa, Ex y actuales directivos de USAID

calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen las auditorías médicas como método de control interno de la institución, con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición para la acreditación de centros de tratamiento y de hospitales.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta comenzó a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) la administración total de la calidad (TQM). Asimismo la acreditación en hospitales amplía su enfoque y entra hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En el año 1991, el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica.

El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa. En octubre del 2010, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional auspició una reunión de expertos para discutir la aplicación de varios modelos de mejora continua que la agencia había financiado en los últimos años en varios países del mundo, específicamente en el campo de la salud. En la misma, representantes de más de diez organizaciones que implementan diferentes modelos de calidad para mejorar la salud materno infantil debatieron, durante una semana, sobre sus experiencias³.

Uno de los hallazgos fue que aunque todos estos modelos buscan un objetivo común, mejorar la calidad de los servicios de salud, las formas y pasos en que estos se aplican difieren. Estas variaciones en la forma en que los modelos se implementan producen confusión en el personal que los implementa. La discusión reveló que aunque existen esas diferencias, existen también muchos factores que son comunes a todos. Estas similitudes deberían ayudar a evitar que se introduzcan barreras en la implementación y que se pierdan oportunidades de sinergia y colaboración entre las agencias e instituciones que implementan los modelos.

El grupo de expertos realizó una revisión sistemática y una comparación de los diferentes modelos implementados por las siguientes instituciones y proyectos: a) Proyecto BASICS, b) Engender Health, c) Jhpiego, d) John Snow Inc, d) Proyecto HealthCare Improvement, e) Proyecto Immunizaciones Basics, f) Proyecto Maternal and Child Health Integrated Program – MCHIP, g) Management Sciences for Health – MSH, h) Proyecto PSP-One Private Sector Partnership for Better Health y g) la organización Save the Children.

Algunos de los elementos comunes encontrados en las metodologías analizadas son:

1. Estándares: los diferentes modelos de mejora de la calidad parten de elementos referenciales comunes, ya sea de guías técnicas nacionales o internacionales, según el tipo de servicio de salud que vaya a abordarse.

³Technical Report: Finding Common Ground – “Harmonizing the Application of Different Quality Improvement Models in Maternal, Newborn, and Child Health Programs”. Report commissioned by the Maternal and Child Health Division of the Bureau for Global Health of the United States Agency for International Development (USAID) and prepared by the USAID Health Care Improvement Project, October 2010

2. Personas que funcionen como los motores de la intervención: pueden ser individuos o equipos que apoyen los procesos de mejora.
3. Análisis situacional: la mayoría de los modelos inician desarrollando una medición inicial, con la cual se identifican las áreas que están fallando, las brechas que existen en el cumplimiento de los estándares y donde se revisan las prácticas que se están realizando en el momento.
4. Propósitos específicos: cada metodología tiene propósitos u objetivos específicos por los cuales se utilizan. Estos identifican qué es lo que se quiere alcanzar con la intervención o los cambios que se promoverán. Asimismo, ayudarán a identificar el nivel de avance o progreso que se tiene para llegar a la meta.
5. Identificación de la mejor intervención: la mayoría de modelos utilizan varias herramientas que ayudan a seleccionar la intervención o el cambio que se desea implementar, con el objetivo de reducir la brecha de desempeño encontrada.
6. Implementación de Intervenciones: los modelos revisados aplican intervenciones específicas o realizan cambios específicos que ayudan a cerrar las brechas encontradas entre el desempeño ideal (estándares) y las prácticas actuales encontradas en el análisis situacional.
7. Monitoreo y documentación de resultados: estos modelos utilizan sistemas regulares de medición por medio de indicadores de proceso o de resultado que verifican los avances alcanzados. Para ello se auxilian de herramientas como auto-encuestas, auditorías externas, o gráficos de serie que identifican tendencias en el tiempo.
8. Involucramiento de personal comunitario: en la mayoría de países en desarrollo, donde se usan estas metodologías para ayudar a los programas de atención materno infantil, se invitan a organizaciones de base comunitaria para que participen en diferentes actividades como: abogacía, sensibilización y aumento de concienciación.
9. Motivación e incentivos: algunos de estos modelos incluyen premios e incentivos monetarios y no – monetarios para aumentar la motivación de los proveedores de servicios de salud para que mantengan los cambios de comportamiento acordes al estándar.
10. Plan de expansión: cuando se ha logrado alcanzar cambios significativos con el modelo y se ha mostrado que ha existido una mejora en el desempeño, la mayoría de estos modelos contempla mecanismos que permiten expandir las intervenciones a nivel nacional.
11. Sostenibilidad: muchos de estos modelos contemplan, adicionalmente, el uso de las intervenciones en un nivel más amplio para que las mismas queden institucionalizadas, de manera que se asegure que los prestadores de servicios continúen desempeñándose según los estándares en el largo plazo.

Los modelos revisados se analizaron utilizando los elementos arriba descritos como un marco de referencia que permitiera mostrar que a pesar de que existen términos específicos que se utilizan con cada uno de ellos, también existen similitudes y que cada método puede utilizarse con propósitos diferentes para revisar brechas de desempeño y de calidad. Los revisores concluyeron el reporte dando a notar que muchas veces las instituciones incorporan nombres nuevos para dar la impresión de que existe innovación; aunque, al analizar las definiciones se identificó que se estaban refiriendo a los mismos conceptos utilizados anteriormente.

En dicho informe, se incluyó una recomendación solicitando a los proyectos y organizaciones participantes a rehusarse de realizar cambios en el nombre de los procesos, ya que eso complica mucho la coordinación que debería existir entre los programas. Al mismo tiempo, hicieron una invitación a los donantes y financiadores para que apoyen a los modelos que verdaderamente incorporan elementos nuevos y efectivos para mejorar los resultados sanitarios. En sus recomendaciones finales, los revisores invitan a las organizaciones y proyectos que ya trabajan con diferentes modelos de mejora del desempeño y de la calidad, a que promuevan el intercambio de sus metodologías y las prueben con el objetivo de seguirlas mejorando.

Los revisores hicieron un llamado a los implementadores de modelos de mejora de desempeño y de la calidad, para que continúen monitoreando y evaluando los resultados de sus modelos, con el objetivo de poder demostrar su contribución y que en base a esos resultados modifiquen y mejoren los enfoques y las intervenciones. Una de las áreas que ha quedado bastante abandonada ha sido la documentación del costo de las intervenciones, lo cual debería ser incluido en los mecanismos de información y de análisis. Se sugirió además que los sectores normativos de cada país deberían crear espacios de coordinación que apoyen la identificación de lecciones aprendidas durante la selección de “mejores prácticas”.

2.1.2 Contexto Nacional

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSa) ha promovido iniciativas de mejora de la calidad de las prestaciones de salud, ya sea manera directa o por medio de diversas entidades cooperantes internacionales, cuyos esfuerzos son generalmente implementados y puestos en marcha por los trabajadores y equipos de los servicios de salud y formalizados por el órgano rector para su práctica generalizada.

Es en este marco, que el Ministerio de Salud desde 1993 viene impulsando una serie de mecanismos a favor de la institucionalización de un sistema de gestión de calidad en el país, que permita implementar con eficiencia las políticas de calidad establecidas y por ende brindar servicios de salud seguros, eficientes y en mejora permanente.

A pesar de que los aspectos relacionados a la mejoras de la calidad de los servicios de salud tienen una relación directa con los aspectos estructurales de la oferta de los servicios de salud, es importante también tener en cuenta los aspectos relacionados a los demandantes de los servicios. Debemos reconocer que el desarrollo económico, el acceso a la educación, el incremento de la participación organizada, las descentralización, entre otros factores han contribuido a través del tiempo a transformar al demandante de los servicios en una persona más activa, más conocedora de sus derechos y más participativa.

Durante los últimos años, el aseguramiento universal, la seguridad del paciente, la participación ciudadana, entre otros, han influido positivamente la orientación a favor del usuario de los servicios de salud.

En 1993, en el Perú se genera la primera iniciativa formal destinada a mejorar la calidad de la atención de salud: la conformación del Sistema de Acreditación de Hospitales en el año 1996, tras un amplio proceso de coordinación que involucró a las principales organizaciones de salud bajo la conducción del Ministerio de Salud.

Concurrentemente, varios proyectos de desarrollo sanitario,⁴ implementados en diferentes regiones del país, pusieron especial interés en la implementación de intervenciones sobre la calidad de la atención, dando lugar a una profusión de experiencias que, aunque importantes, no compartían una misma orientación y con frecuencia quedaron limitadas a su período de realización.

Con el fin de dar direccionalidad a todos estos esfuerzos por el mejoramiento de la calidad de atención, el Ministerio de Salud inicia el proceso de diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud con la aprobación del Documento Técnico: “Sistema de Gestión de Calidad en Salud” en el año 2001, hecho que marca un hito en la formación de la política pública de calidad a nivel sectorial.

⁴ Lazo, Oswaldo. *Documento de técnico política nacional de calidad en salud*. 2009.

El año 2006⁵, se aprueba la segunda versión del mencionado documento técnico, en el que se precisan las funciones de los órganos de dirección y operación del sistema en el marco de la descentralización; así como se instrumentalizaron la mayoría de las normas vigentes en la actualidad, las cuales permitieron ir formando las bases de la normalización del SGC del MINSA.

En los últimos años se vienen produciendo diversas iniciativas en la política pública en salud en el país, algunas con directas implicancias sobre la calidad de la atención de salud. Entre ellas se tiene la aprobación del Plan Nacional Concertado de Salud en el 2007 - 8, donde se recoge de manera explícita la preocupación por el desarrollo de calidad de la atención de salud a través de su Quinto Lineamiento de Política: “Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad”. Bajo esta orientación, la Dirección General de Salud de las Personas, formuló la Política Nacional de Calidad en Salud, aprobada en el año 2009⁶.

Este mismo año, se promulga la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud⁷, mediante la cual se busca dar inicio a un nuevo periodo en la atención de salud de la población peruana. El aseguramiento universal garantiza el acceso al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)⁸, que contempla la provisión de un conjunto de atenciones sobre las cuales se otorgan garantías explícitas de calidad y oportunidad.

Estas garantías expresan el derecho de la población peruana a una atención con calidad y desafían la capacidad de respuesta de las Organizaciones de Salud, pues les exige fortalecer la capacidad resolutoria de sus establecimientos y servicios, y sobre todo les exige mejorar la calidad de la atención de salud que brindan. Justamente, la implementación de sistemas de gestión de calidad en salud que operen bajo un adecuado control institucional y vigilancia ciudadana buscan dar cuenta de este cometido.

El 2009 se promulgó la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud⁹, mediante la cual se modifica la Ley General de Salud, ampliando y precisando un conjunto de derechos.

Adicionalmente, es menester tener presente las implicancias de la descentralización sobre las Organizaciones de Salud, principalmente aquellas del subsector público estatal que previamente conformaban el Ministerio de Salud y que luego del proceso de descentralización pasaron a formar parte de los Gobiernos Regionales. En consecuencia, se constituyeron veinticinco organizaciones de salud bajo la denominación de Direcciones Regionales de Salud o similares.

⁵ MINSA, *Sistema de Gestión de La Calidad en el Perú*. NTP N°5 RM N° 519-2006/MINSA

⁶ MINSA, *Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud*. RM 727-2009/MINSA

⁷ Congreso de la República. *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*. Ley N° 29344

⁸ MINSA, *Plan Esencial de Aseguramiento Universal*, D.S. N° 016-2009/SA

⁹ Congreso de la República. *Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud*. Ley N° 29414

3. Metodología utilizada en la revisión documental

3.1 Métodos, técnicas e instrumentos utilizados para la generación de los productos de consultoría

Tipo de estudio: Descriptivo, cualitativo.

Diseño analítico:

Se realizó una revisión analítica retrospectiva de las diversas intervenciones y experiencias en Gestión de la Calidad en Salud, realizadas en el Perú, en los últimos 21 años, incluyendo los aspectos desarrollados por el organismo rector (experiencias) del Ministerio de Salud.

La metodología incluyó los siguientes pasos:

- Revisión documentaria de las intervenciones y experiencias seleccionadas en base a los criterios de inclusión.
- Realización de entrevistas semi-estructuradas a personajes clave de La Libertad, Lambayeque, San Martín, Cusco y Ayacucho.
- Desarrollo de grupos de enfoque con personal de salud que participó de alguna manera en las intervenciones o experiencias de las regiones señalados en el párrafo anterior.
- Sistematización de la información en dos matrices, una que facilitó la evaluación de la sostenibilidad de las propuestas y otra que permitió correlacionar todos los hechos según su presentación cronológica.
- El análisis se desarrolló en base a los datos obtenidos en las diferentes matrices de recojo de información señaladas en los Anexos II a la IX, y se utilizaron gráficas para ilustrar cada una de las variables estudiadas.

3.2 Metodología para el logro de cada uno de los objetivos de consultoría

1. Determinación de los criterios de exclusión de las intervenciones / experiencias que no serían consideradas para el estudio. Se consideraron los siguientes aspectos:
 - Si la intervención o experiencia estuvo orientada básicamente a brindar apoyo financiero.
 - Si la intervención o experiencia no aportaba objetivos, metodologías o resultados relacionados a la Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud.
2. Descripción y análisis de las intervenciones/ experiencias a favor de la gestión de la calidad, precisando las características teóricas, metodológicas y operacionales, así como las interrelaciones que pudiesen haberse establecido entre las diferentes propuestas. Para ello se utilizaron herramientas como la revisión documentaria de las diferentes propuestas, así como instrumentos de la investigación cualitativa, que permitieron recuperar información a través de las entrevistas a profundidad a informantes claves y de la realización de los grupos de enfoque con personal de salud de las zonas seleccionadas para la visita.
3. Identificación de los logros y limitaciones de cada una de las intervenciones en mejora de la gestión de la calidad de la atención, preferentemente de población materna e infantil, precisando sus aportes en la construcción de un abordaje sistémico. Para identificar los logros se revisaron las

líneas de base de cada propuesta, las evaluaciones de término y medio término realizadas. Esta revisión documental se contrastó con la información de las entrevistas con actores clave.

4. Se analizaron las intervenciones y experiencias en términos de su sostenibilidad en los últimos 5 años y se describieron los factores que influyeron favorable o desfavorablemente... Para lograr este objetivo, fue fundamental el punto de vista de aquellos que fueron parte de la prestación de los servicios en las zonas seleccionadas y que todavía continuaban trabajando en ellas.
5. Se realizó un análisis estratégico de las intervenciones y experiencias, identificando las características del ambiente externo e interno que influyeron en su implementación. Los insumos para el análisis estratégico fueron obtenidos a través de los actores, tanto desde aquellos que fueron responsables de la propuesta y su implementación, como de los actores regionales que participaron como operadores.
6. Se determinó el papel del Ministerio de Salud, en su rol rector, frente a estas intervenciones y experiencias. Para ello se recogió, a través de las entrevistas, la percepción de las autoridades que trabajaron o trabajan actualmente en la Dirección de Calidad del MINSA. Esto se contrastó con las autoridades sanitarias, directivos actuales y ex directivos, de las diferentes regiones seleccionadas.
7. Se propusieron orientaciones programáticas para el fortalecimiento de la calidad de la atención en salud en el país sobre la base del análisis de todo lo recogido; tomando como base lo exitoso, las lecciones aprendidas y aquellas estrategias que permitieron la sostenibilidad de algunas de las intervenciones y experiencias.
8. Se determinaron los indicadores que permitieron hacer el análisis de tendencias en los cambios logrados en la calidad de los servicios de salud en cada una de las intervenciones y experiencias revisadas. Se hizo una extracción de aquellos indicadores más relevantes que hubieran mostrado sostenibilidad en el tiempo.

3.3 Instrumentos utilizados para la búsqueda y análisis de la información

1. **Glosario:** Como parte de esta consultoría, se utilizó un listado de definiciones que se tuvieron en cuenta en el desarrollo de la misma. Estas se incluyeron en un glosario actualizado de términos usados en gestión de la calidad en salud. (Anexo I),
2. **Revisión de documentación:** La búsqueda de información se hizo a través de las bibliotecas especializadas en documentos producidos por los proyectos, programas e instituciones públicas, tanto del MINSA como de cooperación externa. Además se utilizó la búsqueda a través de páginas Web que mantienen archivada la información publicada por el MINSA o los proyectos de cooperación durante la década del 90, como la biblioteca virtual del MINSA, y con las entrevistas a profundidad se complementó la lista bibliográfica a revisar. En lo posible se priorizaron los estudios de base, las evaluaciones de término y de medio término de los proyectos y los documentos técnicos que fueron oficializados por el MINSA. Para la sistematización del recojo de la información se utilizó la ficha respectiva - "Ficha resumen de documentos consultados" - (Anexo II).

La revisión documental permitió recuperar los enfoques desarrollados en gestión de calidad por cada intervención o experiencia seleccionadas.

3. **Entrevistas semi estructuradas:** Este instrumento buscó profundizar el tema en evaluación. Se realizó con una guía de preguntas - “Entrevistas a profundidad para informantes clave” - (Anexo III), que se orientó a conocer las diversas posiciones de los informantes clave, sobre los aspectos más relevantes de la propuesta de calidad en salud trabajada o implementada. Contó con un margen de libertad para repreguntar o formular nuevas interrogantes a partir de la información que se fuera obteniendo. El ordenamiento de las preguntas siguió una secuencia lógica que permitió abarcar las diferentes categorías que planteaban los términos de referencia, es decir:
- Características teóricas, metodológicas y operacionales de la intervención (incluye articulación con otras propuestas)
 - Factores internos y externos que influyeron en su implementación
 - Logros y limitaciones de la propuesta
 - Sostenibilidad de la experiencia
 - Rol rector del MINSA en relación con estas intervenciones.

La guía de las preguntas varió de acuerdo al informante clave entrevistado, ya sea que hubiera sido parte del equipo técnico que elaboró o implementó la propuesta o si fue contraparte de las instituciones públicas donde se implementó. Este instrumento se utilizó con aquellos informantes clave del nivel macro y meso. Finalmente, las entrevistas con informantes clave, expertos nacionales y académicos del campo de la calidad en salud, nos permitieron tener como insumo un directorio de personas contactadas con experiencia en calidad. Los cuales aparecen listados en el Anexo IX – Directorio.

Grupo de enfoque: Es una técnica cualitativa que consiste en promover la conversación o discusión entre determinados interlocutores sobre temas en particular, en este caso: las intervenciones de calidad en salud que se produjeron o que se están implementando en su ámbito de trabajo. El propósito del grupo de enfoque fue examinar los contenidos y significados de los discursos vertidos por los participantes, interconectando sus respuestas y sus puntos de vista. En este espacio se fomentó la conversación, el intercambio de puntos de vista; el investigador, una vez que propone las preguntas, dejaba de intervenir. Interesaba conocer el punto de vista grupal que iba emergiendo durante la sesión, lo que no excluyó los posibles conflictos y eventuales discrepancias.

Este instrumento de recojo de información se utilizó con sus respectiva guía (Anexo IV. Grupos Focales de Enfoque). Se aplicó en los niveles regionales seleccionados y con profesionales de salud que trabajaban en el primer nivel de atención y hospitales II-1 por un espacio de por lo menos 10 años (Se realizaron grupos con: autoridades, funcionarios y responsables de las intervenciones, trabajadores de la salud y representantes de la sociedad civil, que participaron en dichas intervenciones.)

Los grupos seleccionados tuvieron un mínimo de cuatro participantes. El personal debió tener algún contacto con las propuestas que se evaluaron.

Tanto para las entrevistas como para los grupos focales, se hicieron las coordinaciones previas para no afectar el trabajo cotidiano de los entrevistados. En los casos en los que el entrevistado no deseara que su nombre figurara, se respetó su deseo. En todos los casos se grabaron tanto las entrevistas como los grupos focales, previa autorización verbal del participante.

Como era poco viable, por el tiempo disponible, recoger la información de todo el país, se planteó priorizar regiones para el recojo de información. Para lo cual se utilizó la matriz de priorización de

regiones a evaluar (Anexo V). Gracias a ella se pudo seleccionar, en base a las variables priorizadas (que incluía las zonas de intervención de USAID y zonas donde habían existido experiencias exitosas y de impacto en la salud materna infantil), tres regiones: San Martín, Ayacucho y La Libertad. Adicionalmente, se aprovechó de que uno de los consultores vivía en Cusco para que recogiera información de dicha región.

Finalmente, siendo la experiencia de Max Salud diferente a las trabajadas previamente, se aprovechó la visita de uno de los consultores a La Libertad para visitar también Lambayeque y recoger información de esa experiencia.

Se desarrolló una matriz para cada una de las intervenciones y experiencias de Gestión de la calidad en Salud (Anexo VII), con la cual se extrajo información en temas de interés, como:

- Las variables que influyeron en el éxito o fracaso de la intervención
- Las metodologías utilizadas.
- Los objetivos de la intervención.
- Los mecanismos de monitoreo y evaluación.
- Sugerencias acerca de acciones que hubieran ayudado a la sostenibilidad.
- Las buenas prácticas incluidas en la intervención.

Con la información recopilada se procedió a describir y analizar cuáles de estas metodologías habían continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué había permanecido en el tiempo, tratando de explicar cuáles fueron las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.

Se utilizó una matriz que permitiera correlacionar el análisis estratégico y todas las intervenciones o experiencias en gestión de la Calidad en Salud en el Perú entre el 1990 y 2011 (Anexo VIII), la misma sirvió también para identificar en forma cronológica las intervenciones de calidad en salud, los panoramas políticos sanitarios predominantes, así como el enlace con la normalización procedente del órgano rector. Asimismo, permitió identificar los enlaces de los diferentes proyectos con la emisión de normas nacionales.

Cabe mencionar que durante todo el proceso de búsqueda, se mantuvieron abiertos todos los instrumentos de recojo de información a fin de seguir enriqueciéndolos con los comentarios, opiniones o datos procedentes de los entrevistados.

4. Resultados

El contexto del Perú al inicio de la década de los 90 era crítico, el país se encontraba en una crisis económica sin precedentes. En el sector salud se había pasado de un gasto per cápita en salud de 70 \$ al año a inicio de la década de los ochenta, a 9 \$ per cápita por año a inicios de los 90. El Ministerio de Salud (MINSa), que ya era deficiente en la oferta de servicios de salud antes de los 90, experimentó un colapso de los servicios en ese momento¹⁰.

No había insumos como gaza o guantes, se suturaba las heridas con agujas gruesas en los hospitales de mayor complejidad. Para poder estar hospitalizados, los pacientes tenían que llevar sus alimentos y ropa de cama. No había ropa de sala para realizar las operaciones, por lo tanto muchas de ellas quedaban suspendidas. La mayoría de los establecimientos del primer nivel de atención estaba a cargo de un técnico de salud, y en casos extremos solo existía la infraestructura; pero no había personal y los horarios de atención eran limitados.

Frente a esta realidad, durante los últimos 20 años se han implementado muchas intervenciones por medio de proyectos dirigidos a mejorar la calidad de atención de los servicios de salud. Algunos de ellos han sido financiados con donaciones de agentes cooperantes como: la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Comunidad Económica Europea (CEE), la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) o el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID); otros, con endeudamiento externo a través de la banca multinacional en especial del Banco Mundial (BM) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Además, en muchos de estos proyectos, en especial los de mayor envergadura, el financiamiento ha sido compartido con una contrapartida nacional a partir de recursos públicos.

La mejora de la calidad de los servicios de salud ha sido enfocada de maneras particulares por los distintos proyectos. Algunos han buscado mejorar las condiciones mínimas de infraestructura y equipamiento, otros mejorar la organización y la gestión. Otros se han enfocado en adecuar políticas y normas de salud, mientras que otros en implementar programas de gestión de la calidad y dentro de ello mejorar las adecuadas relaciones personales. Los proyectos con mayor financiamiento han intervenido en más de uno de estos factores que contribuyen a la mejora de la calidad, mientras que los de menor financiamiento se focalizaban en un solo factor de la calidad.

En este trabajo revisaremos de manera general algunos de estos factores que intervienen en la mejora de la calidad de los servicios, y como los diferentes proyectos han contribuido en su implementación. Luego, presentaremos los resultados de la presente investigación en relación a los términos de referencia de la consultoría, es decir: objetivos de cada intervención, metodologías utilizadas para cada intervención, las variables que más influyen (o influyeron) en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad de los servicios de salud, mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención, la descripción y análisis de las distintas metodologías, determinando cuales tuvieron continuidad durante los últimos 5 años y los motivos de la misma. Finalmente, en este capítulo de resultados estableceremos una línea del tiempo que ilustre como influyó la intervención de los proyectos en los indicadores de impacto de salud como mortalidad materna, mortalidad infantil y desnutrición crónica infantil.

¹⁰ Entrevista al Dr. Augusto Meloni Navarro – Ex Director General de la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa del MINSa

4.1 Factores intervenidos por los proyectos que contribuyeron en la mejora de la calidad de los servicios de salud

4.1.1 Condiciones mínimas de infraestructura y equipamiento

Como ha sido mencionado por profesionales entrevistados, los servicios de salud a inicios de la década de los noventa tenían problemas serios de infraestructura y equipamiento (diseños deficientes, carencia de servicios básicos de agua, servicios de salud desarticulados entre sí, desorden en los niveles de complejidad de servicios y establecimientos, inexistencia de estándares -de recursos humanos, equipamiento, infraestructura e insumos-, y carencia y falta de mantenimiento del equipamiento).

Los grandes proyectos de los noventa:- “Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud”, el “Proyecto 2000” y el “Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB)” trabajaron en muchas de estas deficiencias, las cuales eran fundamentales para salir de la crisis en que se encontraba el sistema nacional de salud.

Proyectos como el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud se abocaron en crear condiciones mínimas para satisfacer las necesidades más urgentes de atención de salud en las áreas más deprimidas del país, mediante el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los establecimientos y la dotación de equipos básicos, medicamentos e insumos. Todo ello tenía como fin producir un aumento en la calidad y cantidad de atención preventiva y curativa básica, para beneficiar a los grupos de menores ingresos en todo el país.

El Proyecto 2000 también apoyó en mejorar las condiciones de equipamiento e infraestructura de sus zonas de intervención, priorizando el área materna infantil. Por otro lado, el PSNB -al igual que los otros grandes proyectos de la década del noventa- dirigieron buena parte de sus recursos en mejorar la infraestructura y equipamiento, priorizando el área materno infantil en sus zonas de intervención.

A partir del 2001, el Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD I) asume el rol de mejora en la infraestructura y equipamiento de los servicios de salud de las zonas más deprimidas del país. El mismo ha continuado a partir del 2008 gracias a PARSALUD II. Durante esta última década, los gobiernos regionales y locales han ido asumiendo, año a año, una mayor participación en el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de su ámbito.

Los procesos de mejora de la calidad requieren las condiciones mínimas de infraestructura y equipamiento para que puedan tener éxito. Por ello, es importante reconocer la importante inversión realizada por los diferentes proyectos y por lo diferentes niveles de gobierno en las últimas dos décadas.

4.1.2 Implementación de gestión y organización de los servicios de salud

En la década de los noventa era evidente el desorden en la organización y gestión de los servicios. No existía una adecuada definición del nivel de complejidad por establecimiento de salud (EES): por un lado habían puestos de salud que realizaban labores que correspondían a hospitales (como cesáreas), y por el otro habían hospitales que realizaban actividades de establecimientos del primer nivel (como atención de resfríos comunes). En esta época se generan las bases teóricas, a través de la experiencia de los grandes proyectos, para organizar el primer nivel de atención en redes y micro redes (MR) de servicios de salud. También surgió, como consecuencia de la misma experiencia, la propuesta de

atención integral de salud. Ambos conceptos están plasmados en las diferentes normas que se dieron a partir del 2003 hasta la actualidad¹¹.

En el año 2003 surgieron los gobiernos regionales elegidos por voto popular y, a partir de ese entonces hasta el año 2008, se transfieren las funciones de salud a los gobiernos regionales. Esto ha significado un reajuste en las propuestas de reorganización de los servicios de salud, los cuales se encuentran en la actualidad bajo la responsabilidad de los gobiernos regionales. Las direcciones regionales, redes y micro-redes de salud se encuentran en un proceso de reacomodo y reorganización frente al nuevo panorama de la descentralización. Han existido proyectos y otras intervenciones que todavía continúan prestando asistencia técnica en estos temas, entre los cuales han destacado: PRAES, Pro Descentralización y Políticas en Salud, habiendo tenido en este tiempo tanto éxitos como reveses.

4.1.3 Implementación de políticas y normas en salud

En la década del noventa se establecieron los “Lineamientos de Políticas de Salud 1995 – 2000”, incluyendo la restructuración del sector como tercer lineamiento. El objetivo de dicha restructuración era que los servicios de salud fueran más **eficaces** y **eficientes**. De esta manera, se incrementaría la cobertura y la calidad de los servicios de salud, promoviendo la competencia entre las unidades productoras de servicios, la organización de redes pluralistas de servicios y el desarrollo progresivo del financiamiento a la demanda. Hasta esa época se financiaba fundamentalmente la oferta.

Es a partir de este documento, el cual incluye la mejora de la calidad de los servicios como parte de un lineamiento de política, que se han elaborado una serie de normas relacionadas a la calidad de los servicios. Estos abarcan diversos temas, desde aspectos generales -como la Política Nacional de Calidad en Salud (que tuvo una importante asistencia por parte del Proyecto Iniciativa de Políticas en Salud)- hasta temas muy específicos como la Acreditación de los Establecimientos de Salud (EES) o la Auditoría de la calidad de atención de salud (en la cual han participado proyectos como AMARES, Cobertura con Calidad, entre otros).

4.1.4 Gestión de la calidad

La gestión de la calidad, como veremos a continuación, ha sido trabajada tanto por una serie de proyectos de cooperación como institucionalmente desde el MINSa.

Proyectos como Iniciativa de Políticas en Salud (HPI), Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una Región del Perú (AMARES), entre otros, trabajaron en la implementación de sistemas de gestión de la calidad en los diferentes niveles de gobierno, abarcando desde la propuesta local de HPI, hasta una propuesta para trabajar a nivel regional y nacional para el caso de AMARES.

En Junio del 2001 la Dirección General de Salud de las Personas, en su proceso de restructuración, consideró contar con una Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación, la cual tuvo como principal función la conducción y desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud a nivel nacional. A partir de Noviembre del 2002, ésta Dirección se constituyó como Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud.

Mediante la RM 768-2001 SA/DM, el Ministerio de Salud impulsó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, dirigido a mejorar la calidad de la prestación en los servicios de salud que brindan los establecimientos de la red del Ministerio de Salud a nivel nacional.

¹¹ MINSa: *Salud Integral – Compromiso de todos: Modelo de Atención Integral de Salud*. RM. 729-2003

Posteriormente se amplía el ámbito de acción a todo el sector mediante la segunda versión del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el mismo que actualmente se encuentra vigente y que fuera aprobado por la RM No 590-2006.SA/DM del 30 de mayo de 2006.

El MINSA, como órgano rector, es el responsable técnico de las normas y de velar por su cumplimiento y actualización; y es así que en el campo de la Gestión de la Calidad, se ha emitido las siguientes normas (en orden cronológico):

- RM 768-2001 SA/DM, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud para el ámbito de la red prestadora del MINSA.
- RM N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el “Modelo de reglamento de organización y funciones de los Hospitales”.
- RM N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva n° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 “*Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud*”.
- RM N° 474-2005/SA/DM del 23 de junio de 2005, que aprueba la N.T.P. de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- RM N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los “Lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los Institutos”.
- RM No 590-2006.SA/DM del 30 de mayo de 2006, la cual aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en el Perú, con alcance nacional.
- RM N° 640-2006 del 14 de julio de 2006, que aprueba el Manual de Mejora de la Calidad.
- RM N° 676-2006 del 24 de julio de 2006, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente.
- RM N°456-2007/MINSA del 4 junio de 2007, que aprueba la NTS N° 050 -MINSA/DGSP-V.02 de la Norma de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 596 -2007.MINSA del 20 de julio de 2007, que aprueba el “*Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud*”.
- RM N° 623-2008-SA/DM, que aprueba los Documentos Técnicos “*Plan para el estudio del Clima Organizacional 2008-2011*” y “*Metodología para el Estudio del Clima Organizacional*”
- RM N° 270-2009/MINSA del 23 de abril de 2009, que aprueba la “*Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo*”, la cual es publicada en *El Peruano* el 25 de abril de 2009.
- RM N° 370-2009/MINSA del 9 de junio de 2009, publicada en *El Peruano* el 10 de junio de 2009, que aprueba la “*Directiva que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud*”.
- RM N° 727-2009/MINSA del 29 de Octubre de 2009, que aprueba la Política de Calidad en Salud.
- RM N° 1021-2010/MINSA, del 30 de diciembre de 2010, que aprueba la “*Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía*”.

4.1.5 Trabajo en equipo

Aunque existe mucha experiencia por parte de los distintos proyectos en la promoción del trabajo en equipo, este no se ha logrado institucionalizar como una práctica del sector salud.

El liderazgo y el trabajo en equipo como estrategia dentro de la propuesta del Proyecto 2000 -para la implementación de los proyectos de mejora y el Proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva (PASARE)-

ocupó un papel fundamental en la instalación y desarrollo de los procesos de mejora de la calidad. Esto se daba especialmente en los casos en que se fomentaba el trabajo en equipo y la participación democrática de los diferentes grupos que constituían los servicios de salud, y si se contaba con la capacidad para hacer cumplir las soluciones acordadas colectivamente.

4.1.6 Relaciones interpersonales

Conforme aumentaba la cantidad de recursos humanos en los establecimientos de salud (EESS), los conflictos personales en los mismos fueron incrementando. La ausencia de perfiles profesionales adecuadamente establecidos, y que en muchos casos no se tomen en cuenta sus respectivas competencias para atender a la población, son una serie de necesidades sentidas. Existen varios proyectos -como el Proyecto 2000, el PSNB, Calidad en Salud y CATALYST en Progresía (Relaciones interpersonales y comunicación eficaz)- que incorporaron dentro de sus propuestas mejoras en las relaciones personales tanto a nivel inter-proveedores como proveedor-usuario.

4.2 Variables analizadas en cada uno de los proyectos

4.2.1 Objetivos de cada intervención

A continuación, en la Tabla 4, se muestran los principales objetivos de cada una de las intervenciones revisadas.

Tabla 4. Objetivos de intervenciones revisadas

PROYECTOS	ZONAS DE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS
PROYECTO REPOSALUD (1995-2000)	Ayacucho, Huancavelica, Ancash, Puno, La Libertad, San Martín, Ucayali, Lima este.	Empoderar a las mujeres para que aumenten su confianza y ejerzan su capacidad de tomar decisiones. Fortalecer la participación de la comunidad, para que las mujeres desarrollaran habilidades individuales y organizativas Apoyar las iniciativas de las organizaciones comunitarias de base, que mostraran potencialidad para mejorar la salud reproductiva de la mujer.
PASARE (1998-2000)	Puno, Ayacucho y Región Chavín (Ancash y Huánuco)	Fortalecer las redes de salud para mejorar el acceso y la calidad del servicio a través de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.
PROYECTO 2000 (1995-2002)	Ancash, Andahuaylas, Ayacucho, Huancavelica, Ica, La Libertad, Lima Este, Moquegua, Puno, San Martín, Tacna y Ucayali.	Mejorar la salud y el estado nutricional de niños pequeños y mujeres en edad fértil. Incrementar el uso de servicios de salud materna e infantil, disminuyendo las barreras de acceso a los servicios de salud, particularmente aquellas de tipo económico, cultural e informativo. Mejorar la calidad y eficiencia de la organización y prestación de servicios de salud materna y perinatal.
PROYECTO MAX SALUD (1995-2011)	Lambayeque y Cajamarca	Implementar un modelo alternativo de oferta de servicios de atención primaria de salud de alta calidad, a través de la institucionalización y ampliación del Programa de MCC de modo que, al mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de las usuarias, se convierta en un factor positivo que contribuya a la sostenibilidad financiera de la institución.
PROYECTO COBERTURA CON CALIDAD	Huancavelica, Huánuco, Cusco, Junín, San Martín,	Contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad Materna y perinatal.

PROYECTOS	ZONAS DE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS
(1996-2007)	Ucayali, Ayacucho, Pasco, Piura I y Piura II	Contribuir en el desarrollo y sostenibilidad de servicios de salud de calidad, organizados para la atención integral, priorizando a la mujer y el recién nacido. Fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a través de la capacitación de los recursos humanos en los diferentes aspectos de salud Sexual y Reproductiva. Promover el desarrollo de capacidades personales y sociales orientados al mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y adolescente, con estilos de vida saludable y conducta personal responsable en SSR.
PROYECTO VIGÍA (1997-2007)	Nacional	Mejorar el estado de salud de la población en alto riesgo de sufrir enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. Fortalecer las capacidades locales y nacionales para identificar, controlar y prevenir las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes eficazmente en el Perú.
HPI (2007-2009)	Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, San Martín y Ucayali	Contribuir a mejorar la salud materna e infantil, la salud reproductiva y la planificación familiar con enfoque de género, derechos e interculturalidad. El objetivo era fortalecer las políticas y capacidades del sector salud para mejorar su desempeño e incrementar el acceso a servicios de salud de calidad dentro del contexto de la descentralización. La propuesta de calidad tenía como fin el mejoramiento de procesos, desempeños y recursos para la atención de salud en los establecimientos y servicios y tiene como resultado: a) mejor calidad de la atención de salud y (b) mayor satisfacción de sus usuarios. En tal sentido, el PGC es un conjunto alineado y articulado de Proyectos de Calidad.
CALIDAD EN SALUD (2008-vigente)	Ayacucho, San Martín, Ucayali, Cusco, Loreto, Madre de Dios, Lima y Callao.	Contribuir con el esfuerzo del gobierno peruano a la solución y mejora de los aspectos críticos en la calidad y eficiencia de los servicios de salud y estrategias sanitarias. Brinda asistencia técnica especializada en el nivel local, regional y nacional para asegurar una gestión eficiente de los recursos a través de servicios de salud de calidad a la población más pobre del país.
PROYECTO NEXOS (2005-2009)	Cusco	Fortalecer los vínculos entre las comunidades y las autoridades, trabajando con 28 establecimientos de atención primaria de salud dirigida por las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) para mejorar la salud en los hogares más pobres y remotos.
CATALYST (2000-2006)	Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, San Martín y Ucayali.	Fortalecimiento, expansión, acceso y mejoramiento de la calidad de los servicios de información y atención en salud sexual y reproductiva, en planificación familiar y materno-infantil, en un marco de derechos humanos y de equidad de género, con énfasis en el trabajo comunitario con los más pobres y desposeídos. Contribuir a la reducción de la mortalidad materno- perinatal.
PROYECTO AMARES (2003-2007)	Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas	Facilitar los procesos de modernización y reforma del sector salud promoviendo una mejor interacción entre los servicios de salud, las instituciones y la población para que esto traiga como consecuencia una mejora en los determinantes de la salud y en la situación de las poblaciones.
PSNB (1994-2000)	Piura, Cusco, Cajamarca y Lima	Mejorar la situación de salud y nutrición de las mujeres en edad fértil y niños menores de 3 años, a través del incremento de la cobertura y calidad de los servicios de salud del primer nivel y del mejoramiento de las prácticas de salud y nutrición de la población de su ámbito de intervención.

PROYECTOS	ZONAS DE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (1993-2000)	Nacional	Crear condiciones mínimas para satisfacer las necesidades más urgentes de atención de salud en las áreas más deprimidas del país, mediante el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los establecimientos y la dotación de equipos básicos, medicamentos e insumos. Todo ello, para producir un aumento en la calidad y cantidad de atención preventiva y curativa básica, a los grupos de menores ingresos. Fortalecer al MINSA en su papel de ente normativo del sector, así como de los órganos descentralizados en su carácter de coordinadores y normativos en el ámbito de su competencia.
APRISABAC (1993-2000)	Cajamarca	Fortalecimiento de los servicios de salud. Desarrollo comunitario. Saneamiento básico.

Los objetivos de cada uno de las intervenciones fueron diseñados teniendo en cuenta el momento de la intervención y en muchos casos las prioridades sanitarias. Es por ello que con mucha frecuencia se puede verificar que el objetivo principal estuvo dirigido a mejorar la salud materna infantil y en algunos casos inclusive se menciona la reducción de la mortalidad materna. Dentro del esquema de un marco lógico, se puede considerar que la disminución de la mortalidad materna es más un fin, ya que existen una serie de supuestos que tendrían que darse y que van más allá de la intervención de un proyecto, aun teniendo en cuenta que hubo proyectos que manejaron importantes recursos financieros.

Otras intervenciones consideraron objetivos más específicos como mejoras en la calidad de atención de los servicios, mejoras de la cobertura, y de la capacidad resolutoria ya sea a través de equipamiento o mejora de los procesos.

También fue interesante observar que en algunos objetivos estuvieron incluidos el fortalecimiento de las competencias de los usuarios y de las organizaciones de base, como una estrategia de mejora de la calidad de los servicios, a partir de la demanda.

4.2.2 Metodología utilizada por las diferentes intervenciones

A continuación, en la Tabla 5, se muestran las metodologías utilizadas en cada una de las intervenciones.

Tabla 5. Metodología de intervenciones revisadas

PROYECTOS	METODOLOGÍA
PROYECTO REPROSALUD	La base fue la movilización y educación de la comunidad. Primero seleccionaban una organización femenina en la zona de intervención. Segundo era el autodiagnóstico en SSR, género y servicios de salud. Tercero definían un problema en SSR y lo intervenían. Cuarto capacitaban promotores comunitarios que difundieran la propuesta en cascada. Se complementó con un mayor uso de los servicios de salud, mejora en la equidad de género y actividades generadoras de recursos.
PASARE	Se capacitaba a un facilitador de un EESS. Formaba su grupo de mejora. Se definía un problema (generalmente relacionado a PF) y las estrategias para solucionarlo. Cada mes todos los facilitadores de la red (grupo rector de la red) se reunían, revisaban los problemas planteados en los EESS y sus soluciones y viabilizaban actividades. A nivel superior los coordinadores de red se reunían con el director subregional. Parte de la estrategia fue promover el trabajo en equipo y escucha al cliente dentro de los hospitales intervenidos.

PROYECTOS	METODOLOGÍA
PROYECTO 2000	<p>El Proyecto adoptó un modelo de calidad de atención basado en un enfoque que redefine el papel del sistema de salud en la satisfacción de las necesidades y demandas de la población. En la búsqueda de este propósito, se organizaron equipos multidisciplinarios que, de manera continua, analizaban críticamente procesos claves de la prestación y organización de los servicios. Como resultado de este análisis, se identificaron problemas por resolver y oportunidades de mejorar, construyéndose un plan de intervenciones orientadas a mejorar la calidad de la atención.</p> <p>Intervención en los siguientes procesos organizacionales y prestacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manejo estandarizado: guía de manejo, organización de la prestación y continuidad de la prestación. Relación entre proveedor-usuario-comunidad. Promoción de prácticas saludables en salud materno-infantil. Diálogo intercultural. Uso de datos y análisis de información, decisión basada en evidencias. Gestión y disponibilidad de recursos. RRHH competentes, equipamiento, medicamentos e insumos. <p>Todos estos procesos impulsados por la educación permanente en salud. Autoevaluación en relación a estándares, brecha, actividades.</p>
PROYECTO MAX SALUD	<p>Mejorar la satisfacción del cliente, para lo cual implementa una serie de herramientas de mejora de la calidad para realizar un mejor análisis de como satisfacer al cliente. Utilizaba para una intervención inmediata, la tasa de utilización de los servicios y para una intervención a mediano plazo, las encuestas de satisfacción a los usuarios. Esto llevó a estrategias distintas, las primeras relacionadas a disminuir el costo de la consulta, contratar una obstetra y difusión intensiva de los servicios. La siguiente estrategia estuvo dirigida a mejorar los tiempos de espera a través de proyectos de mejora.</p> <p>En la segunda etapa se conformó equipos de MCC que trabajaron estableciendo brechas sobre algunos estándares de calidad en salud materno infantil previamente establecidos. Luego de ello implementaron actividades para cerrar las brechas.</p>
PROYECTO COBERTURA CON CALIDAD	<p>Desarrollo de instrumentos de capacitación para la mejora continua. Capacitación al personal en el uso de dichos instrumentos orientados al binomio madre niño. Áreas intervenidas: PF y Salud Reproductiva.</p>
HPI	<p>Implementación del proceso de la Gestión Local de la Calidad, la garantía y mejora a nivel local, principalmente en redes y MR.</p> <p>El sistema estaba organizado en tres componentes: Dirección, Garantía y Mejora y Control y Vigilancia Social.</p> <p>Sus características son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Articula la atención y la calidad. Alinea las intervenciones por la mejora de la calidad de atención a los Objetivos de la Calidad de la organización. Integra y homogeniza la gestión de las intervenciones en calidad para una micro red u hospital. Promueve la participación social en la mejora de la calidad de la atención, desde el diseño y planificación hasta la implementación, pero fundamentalmente generando mecanismos de vigilancia social de la calidad. <p>Los PGC facilitan la incorporación de las intervenciones en calidad como actividades regulares de las DIRESA, para ser sujeto de programación, presupuestación y evaluación.</p>

PROYECTOS	METODOLOGÍA
CALIDAD EN SALUD	<p>La Metodología de Mejora de Desempeño (MMD) es un enfoque gerencial y está sustentado en la Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento, para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud.</p> <p>Consiste en la utilización sistemática, consistente y efectiva de buenas prácticas de atención y de gestión para el óptimo funcionamiento de los servicios, y la recompensa por el cumplimiento de las buenas prácticas a través de mecanismos de reconocimiento.</p> <p>La implementación y desarrollo de la MMD se realiza a través de los siguientes momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Momento preliminar : Diálogo social Momento 1 : Definición de las buenas prácticas Momento 2 : Implementación de buenas prácticas Momento 3 : Medición del progreso Momento 4 : Reconocimiento de logros <p>Cualquiera sea el resultado, el equipo de salud debe iniciar un nuevo ciclo del proceso, fortaleciendo los aspectos positivos de la experiencia anterior, corrigiendo las deficiencias e insuficiencias y reforzando continuamente la capacidad para mejorar su propio desempeño.</p> <p>Este ciclo debe repetirse como mínimo dos veces al año, lo que genera un proceso de mejora continua a cargo de los propios equipos locales, el mismo que es conducido y apoyado por las MR, la Red y las DIRESA o DISA.</p>
PROYECTO NEXOS	<p>El Proyecto Nexos utilizó un proceso conocido como SEED-SCALE para facilitar el desarrollo liderado por la comunidad, en asocio con el gobierno, para lograr impactos sostenibles en salud a escala regional.</p> <p>Este proceso empodera al nivel comunitario y disemina el éxito local. El escalamiento es la expansión de esta actividad, tanto en la cobertura geográfica y a través del desarrollo sectorial para el sostenimiento del mejoramiento de la calidad de vida.</p> <p>Son cuatro los componentes del proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Construir a partir del éxito: Fortalecer lo que funciona. Crear una triple vía entre los tres socios: comunidad, gobierno local y personal de EESS. Tomar decisiones basados en evidencia, no por opiniones. Buscar el cambio de comportamiento como resultado primario.
CATALYST	<p>Asistencia técnica a través de cuatro componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejora de la capacidad resolutive de los EESS - FON. Centro de Desarrollo de Competencias (CDC). Hospitales con capacidad de brindar pasantías en emergencias obstétricas y neonatales. Mejora continua de la calidad de los servicios: facilitó la ejecución de un sistema de mejora de la calidad en cada región. Participación y cogestión en salud. Apoyó a los CLAS. Se buscó empoderar a las organizaciones de base para que ejerzan una participación efectiva en cogestión de los establecimientos de salud.
PSNB	<p>Los componentes de la Consultoría de Mejoramiento y Garantía de la Calidad (CMGC) fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> Control Interno: que incluía una propuesta de supervisión, monitoreo y evaluación de la calidad. Categorización dirigida a la acreditación en el primer nivel de atención. Proyectos de mejoramiento de la calidad. Diploma de Especialización en Gerencia de Servicios de Salud. Herramientas de programación y presupuestación. Sistema Gerencial en Redes de Servicios de Salud. <p>La metodología de proyectos de mejoramiento de la calidad incluía talleres de capacitación para elaborar proyectos de mejora de la calidad, indicadores y estándares.</p> <p>Además también paralelamente se trabajó un diagnóstico de los procesos de atención en salud materno infantil en los EESS del ámbito de intervención. Se estableció brechas. Se elaboró un plan de mejora para alcanzar los estándares. Se capacitó en servicio, a través de una consultora. Se evaluó los procesos luego de un tiempo. Tanto en la primera evaluación</p>

PROYECTOS	METODOLOGÍA
	como en la evaluación final hubo participación de la DIRESA.
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	<p>Apoyo a la red de establecimientos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipamiento, medicamentos e insumos Capacitación a funcionarios, directivos y técnicos. Incrementó de la capacidad de gestión de las redes. Sistemas operativos. Sistema de supervisión y monitoreo del MINSA Sistema de información Aprovisionamiento de insumos Mantenimiento de EESS y equipos. Comunicaciones Reestructuración sectorial Reestructuración institucional
APRISABAC	<p>En el aspecto de Gestión de la Calidad: los servicios de salud deberían incorporar progresivamente el enfoque de calidad que debía estar centrado en la satisfacción del usuario.</p> <p>El objetivo era brindar una atención eficiente y oportuna a todos los que demanden una atención, a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evitar o disminuir el tiempo de espera en las consultas. Evitar o disminuir las oportunidades perdidas. Mejorar rendimiento y la productividad (horas /producción/servidor). Disminuir costos en la atención. Mejorar eficiencia (oportunidad y mejor relación costo/beneficio). Atención brindada por personal capacitado y actualizado. La atención no puede ser discriminada por razones sociales, culturales todos deben recibir un trato igualitario.
PROGRAMA DE ACUERDOS DE GESTIÓN	<p>Desarrollo e implementación de un modelo de financiamiento de un establecimiento basado en el cumplimiento de indicadores de calidad y de producción, aspectos que se constituyeron en una aproximación a las exigencias de modernización y reforma en el sector salud.</p> <p>Creación de la Unidad de Apoyo a la gestión, de los centros de producción: Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, Docencia e Investigación, Capacitación, Económico-Financiera, Venta de Servicios, Programas, Apoyo al Diagnóstico y Apoyo Terapéutico, Informática y Sistemas, y el Centro Quirúrgico; y coordinación con las jefaturas de Departamentos a fin de integrar los requerimientos de bienes y servicios y definir indicadores de evaluación.</p> <p>Definición del sistema de información hospitalaria y el programa de garantía de calidad.</p> <p>Creación del Comité de Mejora Continua y Garantía de la Calidad.</p> <p>Creación de un Comité Permanente de Auditoría Médica y de un Comité de Ética a cargo del monitoreo de los procesos de atención al paciente.</p>
PROYECTO AMARES	<p>Enfatizó la necesidad de impulsar el desarrollo de Programas de Gestión de la Calidad, en el marco del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad. El Sistema de Gestión de la Calidad plantea como visión el que la calidad sea reconocida explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional de los Establecimientos de Salud, que se apliquen metodologías y herramientas de calidad, desarrollados en forma conjunta con la contribución de los usuarios internos y externos, las instituciones de salud y la sociedad en general, que permita evidenciar mejoras sustanciales en la atención, que son percibidas con satisfacción por la población.</p> <p>Para la implementación de acciones en calidad en los Establecimientos de Salud se plantearon cuatro componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Planificación, que implicaba la definición de políticas, estrategias y acciones de calidad explícitas en los planes institucionales. Organización, que planteó la designación de responsables y equipos de calidad que

PROYECTOS	METODOLOGÍA
	conduzcan la implementación de las acciones, a nivel de las DIRESA, Redes, micro-redes y hospitales. Garantía (acreditación) y mejora continua. Información para la calidad - grado de satisfacción.

Nota: del Proyecto GTZ no se pudo obtener información ya que el único informante clave del mismo se encontraba fuera del país al momento de realizar la consultoría

Cada intervención ha tenido su particularidad en la manera de implementar su propuesta para alcanzar sus objetivos. Algunas se han abocado a proyectos de mejoramiento continuo de la calidad abordados de diferente manera. La mayoría de ellos antes de implementar PMC, han fortalecido las capacidades de los recursos humanos, ya sea en sus competencias para realizar proyectos de mejora o en sus competencias para brindar una mejor atención en salud materna infantil. Inclusive, como se mencionó, se han fortalecido las competencias de los RRHH del primer nivel para mejorar el trato al usuario.

Algunas intervenciones han priorizado la garantía de la calidad a través de la propuesta de acreditación de servicios de salud o la auditoría de los servicios de salud.

También existen propuestas que han servido para mejorar la prestación del servicio, a través de una mejor implementación del servicio o una mejor organización o la propuesta de la implementación del modelo de atención integral.

Finalmente existen propuestas metodológicas que fortalecen a organizaciones de la sociedad civil y los usuarios de los servicios, de manera que como parte del ejercicio de sus derechos exijan un servicio de calidad. La experiencia de las CLAS, fortalecida por algunos proyectos es un ejemplo del fortalecimiento de la demanda para la mejora de la atención en los servicios de salud.

4.2.3 Factores que influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad

Factores facilitadores:

- La disponibilidad de recursos financieros.
- Equipos técnicos de la mayoría de proyectos con capacidad y competencias para implementar estrategias de mejora en la atención de los servicios.
- Equipos regionales con capacidades técnicas, jóvenes comprometidos y entusiastas.
- Las regiones salían de una época de total abandono de sus servicios, lo poco que podía llegar era mucho.
- Participación de funcionarios de las DIRESA y del nivel central.
- Inversiones complementarias del MINSA.
- Normatividad favorable que oficializó el PCMI, el Sistema de Información Perinatal y otros.

Factores limitantes:

- La mayoría de proyectos no trabajaron una propuesta de sostenibilidad a largo plazo.
- Ausencia de participación de los involucrados en el diseño, implementación y evaluación del proyecto.
- Faltó un marco estratégico nacional de consenso para el desarrollo de políticas de Estado en salud.

- Salvo algunas excepciones, no se trabajaron políticas de RRHH que incorporaran una cultura de calidad desde las instituciones formadoras y que se incluyeran en los procesos de inducción de personal que recién se incorporaban a las instituciones de salud.
- Debilidad institucional del MINSA, evidenciado en el hecho de que los órganos de línea no participaron en las decisiones clave relacionada a los proyectos. Falta de articulación entre el nivel nacional y los niveles regionales y locales.
- Falta de contrapartes efectivas del MINSA y competencias para proponer una agenda prioritaria desde el Estado.
- Falta de percepción de pertenencia de los proyectos por parte del MINSA. Por lo general los proyectos han sido vistos como algo externo no solo en el MINSA sino también en las regiones.

En la Tabla 6 se puede observar con mayor detalle una lista de conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas que se extrajo de los informes finales y otra documentación existente de cada proyecto. Esta información también fue utilizada en la preparación conclusiones y recomendaciones en la sección cinco del reporte.

Tabla 6. Resultados más importantes, conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas identificadas por cada uno de los Proyectos revisados

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
PROYECTO REPROSALUD	<p>Durante los primeros cinco años, ReproSalud estableció alianzas de cooperación con 240 OBC, las que llevaron sus programas educativos y de capacitación a 90.000 mujeres y 50.000 hombres.</p> <p>Los centros de salud de 30 lugares donde se llevó a cabo mostraron un aumento en la cantidad de clientes que acudían por atención de salud reproductiva, y los promotores comunitarios salvaron vidas derivando a las mujeres a centros de salud locales para practicarse exámenes prenatales y recibir atención obstétrica de emergencia</p> <p>Durante 1998 se realizaron 58 auto diagnósticos en los cuales participaron 1,290 mujeres de las comunidades</p>	<p>Las mujeres conocían cuales eran los problemas de salud reproductiva que más les afectaba y que tenían un mayor impacto en sus vidas.</p> <p>Fortaleciendo las capacidades individuales y organizativas de las mujeres, pudieron formular y desarrollar propuestas que mejoraron su salud sexual y reproductiva, y establecieron relaciones de género más equitativas.</p> <p>Las mujeres no tenían un rol pasivo respecto a sus problemas de salud, buscaban siempre las mejores soluciones que estaban a su alcance y que respondían a su lógica y a su manera de pensar.</p> <p>Las mujeres organizadas tenían una enorme fuerza movilizadora, con capacidad de cambio personal y colectivo. En las comunidades con las que trabajó ReproSalud existió una tendencia general hacia mejores prácticas de salud que en aquellas comunidades donde el proyecto no desarrolló actividades.</p> <p>Las mujeres hicieron mayor uso de los servicios de salud. Ello se tradujo en un notable incremento de la atención profesional del embarazo y del parto y de la prevalencia de uso de anticonceptivos, así como en una mayor reducción de la demanda insatisfecha de planificación familiar en las comunidades contraparte del proyecto que en aquellas donde no intervino.</p> <p>Las mujeres mejoraron su autoestima, tuvieron un mayor control sobre el dinero, conocieron mejor sus derechos y se encontraban más cómodas con su propio cuerpo</p>	<p>No focalizar la mirada sólo en la población, sino también en considerar como objeto de estudio a los proveedores y el sistema de salud oficial, así como a las relaciones que ellos establecen con la población y otros sistemas de salud locales.</p> <p>Incluir en el diseño de intervenciones similares, una línea de base con indicadores que permita identificar los cambios atribuidos al proyecto.</p>	<p>Aunque la organización detrás del Movimiento Manuela Ramos no era muy grande, sus integrantes tenían experiencia previa en casi todos los aspectos del trabajo contemplado por el proyecto.</p> <p>Las Manueles pudieron llenar los puestos gerenciales del proyecto ReproSalud con mujeres que ya trabajaban para el movimiento: un grupo estable y de mucha experiencia. Esto garantizó la coherencia del nuevo equipo y su solidaridad con el resto de la organización.</p> <p>USAID proporcionó apoyo técnico y profesional continuo a las Manueles, algo sumamente importante dado que ellas no tenían experiencia en el manejo de un programa cooperativo de semejante envergadura y complejidad. Esto fomentó un proceso gradual de aprendizaje de procesos administrativos sin interrumpir el desarrollo del programa en el terreno.</p> <p>La claridad de los propósitos fue esencial al éxito del proyecto. Para escuchar a las mujeres se necesitaba un proyecto flexible. Las mujeres sugirieron un trabajo paralelo con los hombres, aunque esto no era parte del diseño original del proyecto. Pero el haber agregado este componente fue visto como uno de los elementos críticos en el cumplimiento de las metas del proyecto. Varios elementos programáticos resultaron ser fundamentales al éxito del programa. Además de la inclusión de los hombres, la acción colectiva y el fortalecimiento de la participación de la mujer parece que fueron especialmente importantes.</p> <p>Las metodologías participativas bien diseñadas mejoraron la sostenibilidad de los resultados del proyecto, ya que ayudaron a los individuos y a las comunidades a asimilar los nuevos conocimientos y habilidades, a tomar decisiones actuando por sí mismos, y de manera colectiva para lograr un cambio social fundamental.</p> <p>Las técnicas populares de educación pudieron introducir y abordar temas complicados entre las personas con poca educación formal y ayudaron a satisfacer las necesidades locales de información.</p> <p>Trabajar con organizaciones comunitarias pre-existentes y desarrollar sus capacidades - particularmente aquellas comprometidas con poner fin a la subordinación de la mujer- constituyó una manera eficaz de promover la participación y el empoderamiento de la comunidad.</p> <p>Aumentar la conciencia y el nivel de conocimientos de los miembros de la comunidad respecto de los problemas relacionados con la salud reproductiva y sus derechos les permitió abogar para obtener servicios de salud mejorados que satisficieran las necesidades identificadas a nivel local.</p>

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
PASARE	<p>La metodología del PMC y el concepto de calidad de servicios fue incorporado culturalmente en varios niveles de gerencia de los programas de salud reproductiva: a nivel nacional, a nivel sub-regional y de UTES y a nivel operativo/departamental. Es decir, el interés por la calidad llegó a formar parte del sistema de creencias y valores de la gerencia.</p> <p>En los cinco hospitales pilotos (4 de Puno y 1 de Ayacucho) donde se aplicó esta metodología de forma intensiva, hubo cambios importantes en las habilidades gerenciales, en los procesos de trabajo en equipo y en escuchar al cliente para administrar mejor las unidades.</p> <p>Se capacitaron a más de 100 facilitadores de PMC, integrando el esfuerzo con el Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI) del Proyecto 2000, para mejorar los servicios de salud materno-infantil y salud reproductiva a nivel nacional, con particular énfasis en 3 las regiones prioritarias (Puno, Ayacucho y Chavín).</p>	<p>El interés por la calidad llegó a formar parte del sistema de creencias y valores de la gerencia. La metodología del PMC se identificó como una herramienta útil para conseguir mejorar la calidad en los servicios de salud.</p> <p>Los cinco hospitales pilotos en donde se aplicó esta metodología de forma intensiva, durante la ejecución del mismo mostraron cambios importantes en las habilidades gerenciales, en los procesos de trabajo en equipo y en la escucha al cliente para mejorar las unidades.</p>	<p>Se recomendó utilizar la metodología implementada para ser expandida a los diferentes niveles de atención.</p> <p>Se recomendó promover las alianzas entre los representantes del MINSA del nivel nacional y regional; la cooperación internacional y los demás actores relacionados a fin de promover la mejora continua.</p> <p>Se recomendó sistematizar las experiencias realizadas a fin de difundir sus beneficios.</p>	<p>Se identificó una gran necesidad de mejorar la calidad y de utilizar la metodología experimentada.</p> <p>Con la aplicación del FPMD se tuvo la necesidad de diseñar un sistema que requiriera menos seguimiento de agentes externos por lo reducido de los recursos.</p> <p>Debido a la creciente demanda de los servicios de capacitación se tuvo una consultoría externa para la formación de capacitadores/asesores locales, guiados por un manual estructurado de auto instrucción.</p> <p>Con el propósito de mejorar el acceso integral, con calidad de los servicios en las redes, el proyecto no se enfocó sólo en la salud reproductiva, sino también en la salud materno-infantil.</p>
PROYECTO 2000	<p>Dieciocho hospitales departamentales y setenta hospitales rurales o centros de salud que alcanzaron estándares básicos de calidad en sus servicios maternos e infantiles y que fueron calificados como sedes regionales de capacitación.</p> <p>Se usó el SIP 2000 en aproximadamente ciento veinte establecimientos de salud con atención de parto, en todo el país.</p> <p>Ciento treinta tutores y facilitadores con competencias para mantener y extender las intervenciones del Proyecto.</p> <p>Aproximadamente diez mil participantes en diversas actividades de capacitación.</p> <p>Ciento siete unidades ejecutoras de las 34 DISA, con capacidad para preparar y sustentar sus presupuestos anuales utilizando el Sistema de Programación y Presupuesto.</p> <p>Ocho hospitales con unidades de costos que procesaban y analizaban periódicamente información de costos e ingresos hospitalarios.</p> <p>Ocho hospitales que procesaban y analizaban periódicamente información clínica con respecto a egresos hospitalarios.</p> <p>Mecanismo de pago prospectivo para servicios de hospitalización validado.</p> <p>Instrumento de identificación de la capacidad de pago de los usuarios validado.</p> <p>Dos hospitales participantes en experiencia piloto de gerencia descentralizada de hospitales que cumplían</p>	<p>En los establecimientos de salud que formaron parte del presente proyecto se pudo observar que muchos profesionales y técnicos de salud sensibilizados y capacitados por el Proyecto 2000 se encontraron motivados y comprometidos con los procesos de MCC.</p> <p>Los resultados observados en la Mejora Continua de la Calidad (MCC) guardaron relación directa con el sistema y clima organizacional existente en los establecimientos de salud intervenidos.</p> <p>El liderazgo ocupó un papel fundamental en la instalación y desarrollo de los procesos de mejora de la calidad, en especial si se fomentaba el trabajo en equipo y la participación democrática de los diferentes grupos que constituían los servicios de salud, y si se contaba con la capacidad para hacer cumplir las soluciones acordadas colectivamente.</p> <p>Fue menos complejo instalar y desarrollar procesos de MCC en establecimientos medianos y pequeños, que en los grandes hospitales.</p> <p>Los hospitales participantes tuvieron una significativa mayor capacidad de proporcionar cuidados obstétricos y neonatales esenciales que los hospitales no participantes en el Proyecto.</p>	<p>Deben generarse condiciones organizativas, administrativas y políticas que permitan a los trabajadores desplegar sus iniciativas y alcanzar exitosamente sus propuestas, pues eso aumenta su autoestima, fortalece su lealtad y genera mayor compromiso para emprender empresas más exigentes.</p> <p>Fomentar la participación de involucrados en el diseño, implementación y evaluación de los proyectos futuros, llámense estas organizaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales; las universidades y sus facultades relacionadas con el campo de la salud; los Colegios profesionales; los gobiernos locales y los Consejos Transitorios de Administración Regional; los cuerpos médicos y grupos gremiales de los trabajadores de salud.</p> <p>Alinear la intervención al marco estratégico nacional.</p> <p>Promover la integración y construcción conjunta de objetivos e instrumentos entre el personal de la intervención y el personal del MINSA del nivel nacional y regional, evitando el desarrollo de actividades paralelas e incluyendo interlocutores profesionales con el perfil adecuado para la negociación.</p> <p>Promover la adquisición y mejora continua de competencias del grupo de funcionarios y equipos técnicos a cargo del MINSA.</p>	<p>Los proyectos que persiguen objetivos sociales y de desarrollo deberían diseñarse, implementarse y evaluarse con el concurso activo de todos los actores involucrados.</p> <p>El contexto institucional del MINSA debilita las posibilidades de institucionalización de los proyectos de largo plazo, cuando se da el caso de cambios constantes en las decisiones de los ministros.</p> <p>Las contrapartes en el nivel central no necesariamente son las más adecuadas para proyectos de mejora de servicios de salud.</p> <p>Las contrapartes en el nivel central deberían ser funcionarios de línea.</p> <p>Es necesario establecer metas y reglas de juego para los interlocutores en el desarrollo de un proyecto.</p> <p>Debería utilizarse un concepto social de la institucionalización; deberían tener objetivos de institucionalización más allá de sus contrapartes estatales.</p> <p>El propósito, público objetivo, contrapartes y ritmos de ejecución de un proyecto deberían variar de acuerdo a sus objetivos.</p> <p>Es mejor que proyectos que plantean modificar estructuras y funciones del Estado se rijan por acuerdos cooperativos en lugar de contratos.</p> <p>Las metas planteadas al Proyecto 2000 fueron muy ambiciosas.</p> <p>El camino que el país debe transitar para reducir la mortalidad materna y neonatal es muy complejo, ya que requiere de intervenciones múltiples que involucran no sólo a la estructura del sistema de salud, sino que demandan,</p>

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
	con éxito los indicadores de los acuerdos de gestión suscritos con el MINSA.	<p>La capacidad resolutive¹² respecto de cuidados obstétricos y neonatales básicos en los centros de salud participantes fue similar a los no participantes. Al aplicar el estadístico antes mencionado, pudo establecerse que no existía diferencia estadísticamente significativa.</p> <p>Los hospitales participantes en el Proyecto 2000 mostraron una mayor disponibilidad de cuidados obstétricos y neonatales esenciales que establecimientos semejantes no participantes.</p> <p>Los hospitales participantes registraron un nivel de cumplimiento de estándares promedio superior al 50%, mientras que los no participantes alcanzaron en promedio menos del 30% de dichos estándares.</p> <p>Los centros de salud participantes alcanzaron a cumplir algo menos del 50% de los estándares, mientras que los no participantes lograron aproximadamente 25% de los mismos.</p> <p>Los resultados mostraron que en los establecimientos del ámbito del Proyecto 2000 cumplieron más veces con los protocolos de atención del parto.</p> <p>Se apreciaron mejoras en la calidad técnica de la atención prenatal entre 1997 y 2002.</p> <p>Las usuarias se encontraron mejor informadas en cuanto a la alimentación que deben recibir y sobre los signos de alarma.</p>	<p>Fomentar el reconocimiento del personal que logra los objetivos de calidad trazados.</p> <p>Trabajar en forma integral la construcción y validación de la innovación en salud.</p> <p>Estimular las reuniones de intercambio de las mejores prácticas en el nivel nacional.</p>	<p>un abordaje multisectorial.</p> <p>Debería demostrarse la eficacia y efectividad de innovaciones, antes de generalizarlas.</p> <p>El Proyecto 2000 utilizó distintas estrategias en el diseño, desarrollo e implementación de sus intervenciones. El balance es altamente favorable a aquellas en las cuales se optó por aprender en pequeño y demostrar eficacia y efectividad antes de pasar a ámbitos mayores.</p> <p>Las relaciones de confianza mutua incrementan las posibilidades de éxito y reducen el desperdicio de esfuerzo en la marcha de un proyecto</p> <p>Una realidad heterogénea requiere abordarse con estrategias heterogéneas.</p> <p>Debemos aprender de otras experiencias y modelos de calidad, pero adaptándolas y siendo creativos para responder mejor a nuestra realidad y nuestras necesidades.</p> <p>Al inicio de un proyecto deberían determinarse con claridad las contrapartes técnicas para cada producto.</p> <p>Los procedimientos de planeamiento y ejecución presupuestal públicos no son los más recomendables para un proyecto de inversión o desarrollo.</p> <p>La contraparte nacional debería tener el rol protagónico al momento de institucionalizar.</p> <p>Es más difícil institucionalizar los productos de un proyecto cuando estos se refieren a procesos parciales.</p>
PROYECTO MAX SALUD	<p>Max Salud contó con un programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) que contribuyó a elevar la calidad de la atención que brinda a sus clientes.</p> <p>El 100% de las clínicas contaban con el 100% de los insumos y equipos necesarios para ofrecer una atención de calidad.</p> <p>Se incrementó el uso del partograma de un inicial 0-40%, a casi el 100% en todas las clínicas;</p> <p>la tasa de cesárea en Balta disminuyó del 64% al 11%;</p> <p>La calidad de la atención del recién nacido subió de un inicial 0-26% a cerca del 90% en promedio.</p> <p>Hacia el final del proyecto tenían una satisfacción del usuario en sus cuatro clínicas que iba desde 91,2 % a 99,6 % como promedio general de las áreas de salud mujer, salud del niño, medicina general, pediatría y</p>	<p>Max Salud es una experiencia de una ONG que intervino en el primer nivel de atención de salud aplicando técnicas de mejoramiento continuo de la calidad, logrando éxito en la satisfacción del usuario.</p> <p>La experiencia de MCC en Max Salud no pudo ser sostenida una vez que se retiró el apoyo de USAID.</p>	No se documentaron	No se documentaron

¹²Velásquez A.; J. Seclén; J. Novara; B. Benavides; E. Jacoby. Estudio comparativo de la calidad y uso de servicios de salud materno-infantil (1997-2000). Equipo de Asistencia Técnica Proyecto 2000. Lima, 2002.

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
	ginecología			
PROYECTO COBERTURA CON CALIDAD	<p>El Proyecto se institucionalizó en la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA y estuvo incluido en su plan operativo. La Dirección General de Salud de las Persona (DGSP), difundió y apoyo la implementación y evaluación de normas técnicas apoyadas por CCC, que garantizaron la calidad de atención, como la Norma de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud y el Manual de Mejora de la Calidad.</p> <p>Las Direcciones de Salud, redes y micro – redes del ámbito del Proyecto contaron con un sistema de gestión que garantizó la calidad de la atención integral de la mujer y el recién nacido.</p> <p>Se dotó de equipamiento a las Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) comprendidas en el ámbito de su intervención, garantizando su mantenimiento.</p> <p>Se dieron numerosos cursos en muchos establecimientos de salud y se entregaron materiales a más de 4000 personas.</p> <p>Dieron soporte a la creación de numerosas unidades de calidad en los Establecimientos de Salud, y se promovió la acreditación de dichos establecimientos de salud.</p> <p>Se dio soporte a más de 300 casas de espera para la atención de gestantes de las áreas rurales, con la finalidad de fortalecer la estrategia del MINSA para reducir la mortalidad materno- infantil.</p>	<p>La institucionalización del Proyecto en la DGSP fue muy importante para que los productos elaborados en el marco del Proyecto fueran debidamente asumidos por el MINSA a nivel nacional.</p> <p>Las iniciativas del Proyecto CCC, estuvieron alineadas a la Política de Salud.</p> <p>La principal orientación estuvo dirigida al binomio madre –niño, específicamente a la reducción de la mortalidad materno- perinatal.</p> <p>El proyecto contribuyó a la formación de las Unidades/Áreas de Calidad de varios EESS del ámbito de intervención.</p> <p>Asimismo, contribuyó al entrenamiento y difusión de material educativo a más de 4000 trabajadores de salud, lo que mejoró su autoestima y compromiso con la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva y Planificación familiar.</p> <p>El Proyecto contribuyó con la estrategia MINSA de “casas de espera”, para la atención de gestantes procedentes de zonas rurales, para acercarlas a los Establecimientos de Salud (EESS) y así reducir la mortalidad materna perinatal.</p> <p>El Proyecto CCC, donó equipamiento, insumos y ambulancias a las Direcciones Regionales de Salud de su ámbito de intervención.</p> <p>El proyecto no contó con línea de base, ni con mecanismos de evaluación y monitoreo, ni evaluación externa; lo que no favoreció la identificación del impacto resultante de la intervención</p> <p>Las principales necesidades regionales fueron relacionadas a las capacidades de las DIREAS y sus sub-unidades para gestionar presupuestos por resultados</p>	<p>Continuar brindando soporte al MINSA en sus actividades bajo ciertas condiciones como contar con objetivos claros basados en resultados definidos, en un plan de monitoreo - evaluación con indicadores y un programa de mediciones periódicas.</p> <p>Introducir flexibilidad en el diseño de los sub proyectos regionales para lograr una mayor adaptación a la realidad local.</p> <p>Promover un gerenciamiento eficiente, transparente y efectivo incluyendo el gerenciamiento entre los equipos del MINSA y USAID.</p> <p>Emitir un acuerdo entre MINSA y USAID para la realización de evaluaciones periódicas externas, más que evaluaciones de medio tiempo y finales.</p> <p>En el aspecto administrativo brindar soporte para la identificación de cuellos de botella, su abordaje mediante el trabajo en equipo e implementación de soluciones y la transferencia de lecciones aprendidas a través de regiones en una comunicación horizontal de pares por medio de redes sociales y tecnología web.</p> <p>Tener la flexibilidad para la elaboración de Planes y presupuestos a nivel de Regiones a fin de que las actividades del proyecto fueran incluidas en el marco de la descentralización.</p> <p>Incorporar incentivos para el personal que completa satisfactoriamente los entrenamientos y aplica lo aprendido en el trabajo.</p> <p>Continuar con las alianzas con El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a favor de las casas de espera, en la estrategia para la reducción de la morbi - mortalidad materno perinatal</p>	<p>Un mejor diseño del proyecto, hubiera tenido objetivos más claros, así como mecanismos de evaluación y monitoreo mas planes de trabajo que permitieran alcanzar los resultados hubiera sido ideal.</p> <p>Incluir mecanismos que incluyan la participación del gobierno local y de la sociedad civil; así como la sinergia con otros proyectos de USAID.</p> <p>El personal administrativo y financiero debería estar completamente comprometido con el éxito del proyecto; ellos deberán estar incluidos desde el inicio en el planeamiento del proyecto y el desarrollo de planes de trabajo.</p> <p>Involucrarse en los aspectos de descentralización, gestión municipal, atención primaria y aseguramiento universal, ya que estas serian las líneas de acción a desarrollar por el MINSA en el futuro.</p>

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
VIGIA	<p>Con apoyo del Programa de Vigilancia se instaló el sistema de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias (VIH) en 63 hospitales, con un comité de infecciones intra-hospitalarias.</p> <p>El trabajo de implementación de los comités de infecciones intra-hospitalarias, fue un proceso progresivo que significó: vencer resistencias de personal médico, sensibilizar al personal, iniciar trabajo con personal de enfermería y capacitar a profesionales de diferentes hospitales. Sólo algunos hospitales (caso Hospital S. Bernales y Carrión en Lima), estuvieron aplicando protocolos de procedimientos para el control de infecciones intra-hospitalarias. Este trabajo no se realizó en la mayoría de Hospitales porque no se contaban con el personal ni el apoyo logístico necesario.</p> <p>El sistema de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias se vio afectado cada vez que hubo cambio de autoridades, es decir su funcionamiento se debilitó no solo por el cambio de personas sino por el desconocimiento de VIH.</p> <p>En algunos Hospitales, como es el caso del Instituto Materno Perinatal, Hospital Sergio Bernales, entre otros, se realizaron estudios de prevalencia de infecciones intra-hospitalarias, inclusive en el Hospital de Trujillo se promovió la inclusión de indicadores de Infecciones Intra Hospitalarias en los acuerdos de gestión.</p> <p>La mayoría de hospitales no aplicaron protocolos para el control de VIH, a excepción de los hospitales S. Bernales e Instituto Materno Perinatal.</p> <p>Se estableció un "fondo concursable" con apoyo financiero por parte del Programa de Vigilancia, para incentivar y desarrollar el interés por parte de personal de las Direcciones de Salud por la investigación.</p> <p>No se encontraron evidencias de seguimiento y monitoreo en la aplicación de protocolos de VIH, por parte de la Oficina General de Epidemiología.</p> <p>Con el apoyo del Proyecto Vigía se formaron epidemiólogos a través del Programa de Entrenamiento de Epidemiólogos de Campo (PREC), estimándose que debiera concluir con cerca de 55 nuevos epidemiólogos.</p> <p>La OGE desarrolló el sistema de inteligencia sanitaria en 10 DISAs apoyado por el Proyecto Vigía.</p> <p>Se capacitaron 2714 personas en 70 hospitales con la finalidad de reducir la prevalencia de infecciones intra-hospitalarias en el conjunto de sus 500,000 egresos hospitalarios anuales aproximadamente.</p> <p>Se dotaron de equipos e insumos para los 18 hospitales más grandes del país, priorizando el área materno infantil.</p> <p>Se brindó asistencia técnica y financiera para la elaboración y difusión de la normatividad relacionada a la prevención y control de las infecciones intra-hospitalarias en el MINSa.</p> <p>Se elaboró y difundió el material educativo para la prevención y control de las VIH. <i>Impresión de las siguientes normas, manuales y protocolos oficiales:</i></p> <p>Norma Técnica de Prevención y Control de VIH.</p> <p>Norma Técnica de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.</p> <p>Manual de Aislamiento Hospitalario.</p> <p>Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.</p> <p>Manual de Organización y Funciones de una Unidad de Epidemiología Hospitalaria.</p> <p>Manual de Procedimientos Bacteriológicos en VIH.</p> <p>Manual de Vigilancia Epidemiológica de las VIH.</p>	<p>El Proyecto Vigía logró que el MINSa incursione en áreas que no tenían visión sistémica de daño y una de las actividades que tuvo mayor impacto en los hospitales donde están funcionando los comités de infecciones hospitalarias, fue la Vigilancia de VIH.</p> <p>Hasta antes del Proyecto Vigía no se trabajó este tema ni había información al respecto.</p> <p>Se comprobó que el nivel de comunicación entre el Proyecto Vigía, USAID y las contrapartes del MINSa fue bueno al igual que la estrategia de trabajar con un comité directivo que incorporó al Proyecto Vigía como parte del MINSa e hizo posible planificar en conjunto las diferentes actividades.</p> <p>Hubo poco avance por el Proyecto Vigía en el componente de prevención y control, debido al número reducido de responsables en el equipo técnico para responder a las numerosas actividades y a la no disponibilidad de un plan de monitoreo que fortaleciera el desarrollo de actividades en la misma intensidad en todos los componentes.</p> <p>Las actividades desarrolladas por el Proyecto Vigía en el componente de Vigilancia, principalmente estuvieron en relación con el sistema de vigilancia y diseño de medidas para el control de enfermedades infecciosas de nivel nacional y alguna de nivel local, pero no se desarrollaron actividades en relación a la vigilancia del comportamiento de agentes infecciosos, patrones de resistencia y factores de riesgo.</p> <p>El componente de vigilancia fue el que mayor ejecución y realización de actividades tuvo. Así del 100% de estudios realizados (18), el 72% correspondió a este rubro. Del 100% de protocolos diseñados y en proceso de implementación (12), el 91.6% correspondió a este componente y del 100% de publicaciones (44) realizadas por el proyecto, el 84% correspondieron a vigilancia, en su mayoría compartidos con investigación aplicada.</p> <p>De las publicaciones realizadas con las contrapartes (44), el 27% se hicieron con la DGSP, 25% con OGE, 16% con INS, 4.5% con DIGESA, 4.5% con DIGEMID y 10% entre OGE-DGSP-INS.</p> <p>Las estrategias empleadas por el Proyecto Vigía, tales como: conformación de directorio, coordinación permanente, consenso en la definición de actividades, participación plena de contrapartes, promoción de capacidades y transferencia de tecnología resultaron positivas para el avance del proyecto y deben servir para otras experiencias.</p> <p>Es importante resaltar el hecho que las autoridades y</p>	<p>La organización interna del equipo técnico del proyecto debe responder a las funciones que desempeñan con un responsable por componente, de tal manera que se haga un seguimiento del avance y ejecución de actividades en función de los resultados propuestos e indicadores respectivos.</p> <p>Ajustar la programación de actividades de acuerdo a las capacidades de ejecución de manera que no se produzca una sobre estimación de las mismas.</p> <p>Cada año tener definidas las actividades para trabajar integralmente y que la programación de las mismas sea parte del plan operativo de las contrapartes.</p> <p>Se debe continuar fortaleciendo el trabajo conjunto con el comité directivo ya que ha resultado ser una buena estrategia que debe ser aprovechada al máximo para mejorar procesos administrativos y técnicos.</p> <p>Es necesario mejorar los niveles de comunicación y coordinación interna y externa del proyecto.</p> <p>Es preciso buscar mecanismos administrativos que aceleren la ejecución de actividades y aprobación de los productos por parte de las contrapartes y el mismo proyecto.</p> <p>Agilizar procesos administrativos que den viabilidad a la ejecución presupuestal en concordancia con la programación anual de actividades.</p> <p>Evaluar posibilidad de contar con apoyo administrativo fuera del sector público para agilizar procesos.</p> <p>Debe haber acuerdo en el comité directivo para respetar la programación de actividades en caso de cambio de funcionarios.</p> <p>Establecer acuerdos en el sentido de no rotar ni cambiar personal entrenado y capacitado para desempeñar determinadas funciones.</p> <p>Fortalecer y mejorar el apoyo a los componentes de laboratorio en prevención y control.</p> <p>En razón del proceso de descentralización es urgente fortalecer el trabajo con las DISAs y ayudar a instalar capacidades en ellas.</p> <p>Desarrollar e implementar sistema de supervisión y monitoreo para las futuras intervenciones.</p>	<p>Debió haber existido un rol para los proyectos que sostuvieran las actividades del MINSa siempre y cuando estuvieran apropiadamente estructuradas con objetivos claros, con mecanismos de monitoreo y evaluación, con planes de trabajo que lograran los resultados esperados, con un rol asignado a los gobiernos locales, a la sociedad civil, y con una sinergia entre los distintos proyectos de cooperación</p> <p>No se debió excluir a la administración central, regional y al personal de finanzas de la planificación del proyecto ya que al no ser involucrados no dieron el respaldo requerido.</p> <p>El Monitoreo y la Evaluación son cruciales para asegurar que el proyecto permanece sobre la pista para alcanzar sus objetivos.</p> <p>La descentralización y el aseguramiento universal son aspectos que en la medida que sean implementados constituirán una fuerza motriz de desarrollo en el sector salud al favorecer cambios que promueven mayor equidad.</p> <p>El proyecto demostró que La sociedad civil comienza a jugar un papel mucho más grande en decisiones de salud. Si estas son alentadas comenzarán a exigir la calidad en los servicios de salud.</p>

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
	<p>Protocolo: Estudio de Prevalencia de VIH.</p> <p>Protocolo de estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud para el control de VIH.</p>	<p>personal entrevistado del MINSA en el proceso de evaluación de medio término, cuando se les preguntó por dificultades que evidencien en el PV, identificaron y mencionaron dificultades propias del MINSA, específicamente las dificultades de tipo administrativo y otras de orden técnico. Esto se explicó por la identificación del Proyecto Vigía como parte del MINSA y no como algún ente fuera del mismo, y así lo entendieron los entrevistados</p>	<p>Desarrollar centros de entrenamiento y referencia nacionales.</p> <p>Es necesario apoyar el programa de control de infecciones hospitalarias, el uso de protocolos de medicamentos y mejoramiento de infraestructura y equipos de laboratorio.</p> <p>Es necesario coordinar con las autoridades de nivel central, para dar más atención a la supervisión de hospitales respecto a VIH y promover intercambio de experiencias entre los comités de control de infecciones hospitalarias</p> <p>El Proyecto Vigía debe establecer un cronograma de reuniones regulares con el comité directivo y con las contrapartes.</p> <p>Continuar el apoyo a la capacitación de personal de salud, especialmente en DISAs.</p> <p>Sistematizar experiencias adquiridas</p> <p>Tomar en consideración las recomendaciones alcanzadas por las contrapartes del Proyecto Vigía</p>	
CALIDAD EN SALUD	<p>Resultado 1: Se mejoró la capacidad del sector salud para controlar la propagación de ITS, VIH y SIDA</p> <p>La DIRESA Ucayali cuenta con Centro de Desarrollo de Competencias (CDC) donde se capacitó al personal de salud en ITS, VIH y SIDA.</p> <p>En Loreto, se elaboró un Plan Multisectorial para la prevención y control de ITS y VIH en Alto Amazonas y Datem del Marañón.</p> <p>Se elaboró un plan intersectorial para la prevención y control de ITS y VIH en áreas de alto riesgo en Madre de Dios.</p> <p>Se inició la descentralización de provisión de TARGA en las DIRESA Ucayali, Loreto y DISA V Lima Ciudad.</p> <p>Se mejoraron los sistemas de TB del MINSA, DIRESA y de otros actores para implementar programas de vigilancia, prevención y tratamiento sostenibles.</p> <p>Se mejoró el desempeño de prestadores de servicios de tuberculosis en MR priorizadas, con impacto en indicadores operacionales como la captación de sintomáticos respiratorios.</p> <p>Se elaboró el Plan intersectorial para la prevención y control de tuberculosis en áreas de alto riesgo en Madre de Dios.</p> <p>Se identificaron fuentes de co-financiamiento de actividades de prevención y control de tuberculosis en Ucayali: la empresa privada se comprometió a financiar la impresión de material educativo y apoyar económicamente a pacientes con TB-MDR.</p> <p>Resultado 3: Se mejoró la calidad y uso de la data de infecciones intrahospitalarias para tomar decisiones.</p> <p>Se apoyó técnica y financieramente la implementación de la Iniciativa Infección Zero - MINSA en 14 unidades de cuidados intensivos de siete centros hospitalarios MINSA, ESSALUD, FFAA y privados. Permitió introducir la prevención y control de infecciones del torrente sanguíneo asociado a líneas venosas centrales, con estándares internacionales para la seguridad del</p>	<p>El Proyecto Calidad en Salud, tiene una orientación estratégica que coincide y refuerza los lineamientos de Política del sector salud; las Estrategias Sanitarias Nacionales de Tuberculosis, ETS/VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva, Niño; así como con las Políticas de Calidad.</p> <p>El proyecto Calidad en Salud, cuenta con una metodología denominada "Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento", la cual ha sido probada como eficiente en otros países para fomentar la mejora del desempeño de los trabajadores.</p> <p>La alianza estratégica desarrollada con el Nivel Nacional del MINSA, los Gobiernos Regionales, Universidades, DIRESAS, Establecimientos de Salud, en el marco de la descentralización, favorece la internalización e implementación de los procesos de mejora de desempeño, haciéndolo sostenible en el tiempo.</p> <p>Que el desarrollo de instrumentos técnicos basados en las normas nacionales contribuye a la estandarización de competencias en los prestadores.</p> <p>Existen indicadores intermedios que señalan cambios favorables con la implementación de la metodología utilizada.</p> <p>El reconocimiento refuerza el ejercicio de las mejores prácticas.</p> <p>Existe un nivel importante de normalización, publicación y difusión de los instrumentos generados</p>	<p>Sostenibilidad de la mejora del desempeño con nuevas autoridades regionales y locales (PPR y presupuesto anual).</p> <p>Fortalecer actores locales para las iniciativas de capacitación en salud materno-infantil, SSR/PF (cofinanciamiento, apalancamiento y uso de recursos humanos locales)</p> <p>Fortalecer capacidades en uso de la metodología anticoncepcional para servicios diversificados y disponibles de Planificación Familiar en servicios de salud.</p> <p>Coordinación con MINSA y DIRESAS para mejorar el acceso de adolescentes a servicios de atención integral de salud (acceso de adolescentes a los servicios, SIS)</p> <p>Articulación para la mejora de desempeño del PEAS.</p> <p>Fortalecimiento de intervenciones para prevención de VIH/SIDA e ITS enfocada a grupos de riesgo (HSH, ITS) y prevención de Transmisión vertical.</p> <p>Seguimiento a mejoras en captación de sintomáticos y fortalecimiento de intervenciones para disminución de abandonos.</p> <p>Seguimiento a la iniciativa Infección Zero en la prevención de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a uso de catéter venoso</p>	<p>Se pudo ahorrar tiempo en la implementación del proyecto, si se hubiera trabajado el diseño completo del mismo, identificando con mayor precisión los factores que podían ser aceleradores y retardadores del proceso.</p> <p>Hubiese sido ideal Iniciar el proyecto con una buena línea de base que permita saber sobre qué base de información se trabajará y luego identificar los cambios en los indicadores para determinar las mejoras.</p> <p>El fomento del intercambio de las mejores prácticas es altamente beneficioso, en la búsqueda de consensos, incluso el trabajo al interior de los representantes del sector salud se enriquece a través del fomento de la construcción de protocolos y guías en el campo del control de las infecciones intrahospitalarias. La participación de la sociedad civil, de las escuelas formadoras de personal de salud, de la</p>

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
	<p>paciente.</p> <p>Resultado 4: Se mejoró la eficiencia y eficacia de los programas de salud de madres y niños en situación de pobreza.</p> <p>Mejoró el desempeño de prestadores de servicios de salud materno – infantil. Los EESS Santa Elena (Ayacucho) y Yanaoca (Cusco), Tamburco y Pueblo Joven Centenario (Apurímac) han sido reconocidos con RM 366-2011/ MINSa por haber logrado un adecuado cumplimiento en las buenas prácticas de calidad. El CS Campo Verde ha sido reconocido por la DIRESA Ucayali como sede modelo en prevención de infecciones.</p> <p>Se incorporó la MMD como una metodología para mejorar la provisión de servicios en el Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021, con RM-278- 2011/MINSa.</p> <p>Se mejoró la capacidad de prestadores de MR de salud de Ayacucho, San Martín y Ucayali en manejo y análisis de información del Sistema de Información Materno Perinatal actualizado (SIP 2000).</p> <p>Resultado 5: Se mejoró la calidad de los servicios de SSR/PF en el sector público y la eficacia de los programas educativos de SSR.</p> <p>Mejoro el desempeño de prestadores de los servicios de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, con la consiguiente mejora de la calidad de los servicios ofertados.</p> <p>La estrategia de orientación y consejería balanceada y el set de material educativo, forma parte de la norma actualizada de planificación familiar y manual de orientación y consejería actualizado MINSa y del manual de capacitación en planificación familiar MINSa/UNFPA.</p> <p>Mejoró el uso del SISMED con énfasis en insumos de planificación familiar, así como la prescripción y dispensación de medicamentos en el servicio de planificación familiar</p>	<p>por la intervención</p>	<p>central.</p> <p>Promover la vigilancia ciudadana para la contribución al mantenimiento de estándares de calidad logrados en los diferentes establecimientos de salud involucrados y para el fomento del cumplimiento de la política de calidad.</p> <p>Levantar líneas de base de indicadores en los capítulos madre-niño; ETS- VIH SIDA-TBCP; para identificar con mayor precisión los cambios generados por la intervención.</p> <p>Promover el desarrollo de estudios de investigación y auditorías externas periódicas de las intervenciones del proyecto para sistematizar las experiencias y difundir el conocimiento.</p> <p>Promover el intercambio de las mejores prácticas.</p> <p>Promover la normalización de la metodología utilizada.</p>	<p>sociedad civil organizada vg. Mesas de concertación, promueven una mayor sostenibilidad al favorecer la abogacía en defensa de la calidad de atención, contribuyendo al mantenimiento y mejora de los estándares logrados; otorgándoles asimismo legitimidad a los modelos implementados.</p> <p>Las actividades en pro de la mejora de la calidad requieren estar plasmadas en los planes y presupuestos y debe contar con un financiamiento explícito, de lo contrario los resultados pierden sostenibilidad.</p> <p>La alianza lograda con las universidades locales permite seguir formando al personal en la metodología de “mejora del desempeño” en forma permanente, cubriendo la brecha de formación del personal que se encuentra en rotación permanente.</p>
INICIATIVA DE POLITICAS DE SALUD	<p>Políticas nacionales de calidad en salud aprobada con Resolución Ministerial (RM) N° 727-2009/MINSa el 29 de Octubre del 2009.</p> <p>Diseño de los Estándares Nacionales de Calidad para la atención de la cesárea, sepsis, hipertensión inducida por el embarazo y planificación familiar.</p> <p>Diseño de los Estándares para la Acreditación de los Institutos Especializados, su aplicativo informático y el Manual de Operación del Evaluador Externo.</p> <p>Propuesta de fortalecimiento de los servicios de salud bajo el enfoque de calidad, denominada Programa de Gestión de Calidad</p>	<p>Como ya fue mencionado el Proyecto de Iniciativa de Políticas en Salud culminó sus actividades en Octubre del 2009, faltando 3 años de ejecución, debido a ello las conclusiones que se pueden obtener están relacionadas a productos que en la mayoría de casos no pudieron ser validados ni transferidos</p>	<p>No se obtuvo información al respecto</p>	<p>No se obtuvo información al respecto</p>
NEXOS	<p>La desnutrición crónica en niños de 6 – 23 meses se redujo de 38,0% a 29,8%.</p> <p>Los niños de bajo peso 0 – 23 meses de edad se redujeron de 17,6% a 12,0%.</p> <p>La prevalencia de diarrea disminuyó de 27,6% a 17,4%.</p> <p>Los niveles de lactancia materna exclusiva aumentaron de 78,9% a 87,9%.</p> <p>La mortalidad materna se redujo en un 75% en la zona del proyecto en comparación a solo 50% en el resto de la Región Cusco.</p> <p>El porcentaje de madres que conocen dos o más señales de peligro durante el embarazo aumentó de menos del 10% a 59%.</p>	<p>El Proyecto Nexos según lo demuestran los resultados tuvo impactos directos sobre la salud materno infantil de las comunidades intervenidas.</p> <p>El Proyecto Nexos incorporó una propuesta de asocio entre las comunidades, el gobierno local y el personal de los establecimientos de salud</p>	<p>No se obtuvo información al respecto</p>	<p>No se obtuvo información al respecto</p>

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
CATALYST	<p>Formación de equipos para la Mejora Continua de la Calidad (MCC) en 108 de las 131 MR de las DIRESA de Ucayali, San Martín, Junín, Pasco y Huánuco.</p> <p>Capacitación de 130 médicos, 119 enfermeras, 156 obstétricas y 67 técnicos de enfermería.</p> <p>Elaboración de pequeños proyectos de mejora de la calidad, que fueron presentados para su financiamiento a las autoridades locales, las empresas privadas, las organizaciones no gubernamentales.</p> <p>Se desplegaron proyectos cooperativos para implementar la estrategia de "Casas de Espera". Implementación del SIP 2000 incluyendo la sistematización y difusión de los resultados. Contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la atención médica, en general, y de las emergencias obstétricas y neonatales, en particular.</p>	<p>Se logró que siete regiones conformaran un Centro de Desarrollo de Competencias (CDC), como órgano dependiente de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), dirigido por un Comité de Gestión presidido por el director de la DIRESA o el director de la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos.</p> <p>Procesos de pasantías para mejorar las competencias en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, formando médicos, enfermeras y obstétricas que incluyó: 192 profesionales capacitados, procedentes de 306 establecimientos.</p> <p>Siete cursos de capacitación en el componente clínico de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), con 150 profesionales capacitados.</p> <p>Asistencia técnica a 166 asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), que administraban a 364 establecimientos de salud.</p> <p>166 gerentes de establecimientos CLAS capacitados.</p> <p>Capacitación a 1,030 integrantes comunitarios en las asambleas CLAS para que conocieran y ejercieran sus funciones para administrar de manera compartida.</p> <p>364 establecimientos de salud.</p> <p>111 (61 por ciento) programas locales de salud elaborados con la participación de líderes comunitarios y autoridades locales.</p> <p>Tres redes de salud con equipos técnicos para dar asesoría descentralizada a las CLAS.</p> <p>45 por ciento de las autoridades locales conocían y estaban sensibilizadas sobre el rol de las CLAS en la administración de los establecimientos de salud.</p>	<p>Normalizar los instrumentos técnicos a través del MINSA y en la medida de lo posible incorporar la tecnología de información para facilitar su uso.</p> <p>Promover el entrenamiento permanente en el uso de los instrumentos y el intercambio de los resultados logrados en cada ámbito de intervención.</p> <p>Fomentar la re certificación de los profesionales de la salud a fin de lograr un buen desempeño profesional en el nivel nacional.</p> <p>Promover la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo a fin de garantizar la calidad de atención en salud.</p>	<p>Cuando se brinda entrenamiento y supervisión local, se debería promover que el personal de los establecimientos de salud apliquen sus nuevas habilidades y conocimientos para fortalecer su desempeño.</p> <p>La validación de modelos piloto en las organizaciones es una buena forma de lograr el compromiso de las autoridades y la confianza de los trabajadores.</p> <p>La coordinación estrecha con el MINSA es importante cuando se trata de institucionalizar innovaciones, mucho más cuando se trata de programas potencialmente controversiales como servicios de planificación familiar o para adolescentes.</p>
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	<p>Adquisición de equipo médico, vehículos, instrumental y mobiliario para 2,655 puestos de salud, 709 centros de salud, 117 hospitales y 38 unidades administrativas distribuidas a nivel nacional, priorizando las zonas periurbanas, rurales, fronterizas y la Amazonía.</p> <p>La inversión realizada fue de 51 millones de dólares. Se capacitó en temas de gestión 15,036 funcionarios de nivel directivo (21%) y operativo (79 %) de los establecimientos de salud. Equipos de gestión conformados y capacitados en 33 DISAs, en 114 unidades administrativas intermedias, en 21 hospitales nacionales.</p> <p>Salud ambiental: Tres hospitales (Iquitos, Trujillo y Cusco), se beneficiaron con un sistema de Manejo de Residuos Sólidos y equipamiento adecuado y 487 localidades en pobreza crítica con equipos de desinfección de agua.</p> <p>Proporcionó apoyo técnico para el desarrollo de normativos de la Ley General de Salud y la Ley de Modernización de la Seguridad Social, con sus respectivos reglamentos.</p> <p>Se estableció las bases para el desarrollo de la Red Nacional de Telecomunicaciones e Informática del MINSA, que conecta las 33 direcciones de salud y la sede central.</p> <p>Desarrollo de la plataforma intranet e internet, mas la página web del MINSA y un sistema de información geográfica en salud.</p> <p>Diseño y preparación de 473 proyectos para redimensionar 5 redes de servicios y 5 hospitales. Reconstrucción, rehabilitación y mejora de infraestructura de 19 establecimientos, en zonas afectadas por desastres naturales (terremoto de Nazca y fenómeno El Niño).</p>	No se obtuvo información al respecto	No se obtuvo información al respecto	No se obtuvo información al respecto

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
SALUD Y NUTRICION BASICA	<p>237 establecimientos del primer nivel implementaron un nuevo modelo integrado de gestión y atención al paciente.</p> <p>Preparación de un conjunto sistematizado de 42 manuales de referencia para facilitar la replicación del modelo.</p> <p>Capacitación clínica a más de 2500 proveedores de salud en salud y nutrición materno infantil.</p> <p>Renovación de 184 establecimientos de salud, así como el suministro de equipo básico, computadoras, vehículos y material de oficina en la medida oportuna</p> <p>15 Direcciones Regionales de Salud (DISA) formaron comisiones IEC.</p> <p>Capacitación de 125 funcionarios de atención primaria de DISA con el programa de diplomado en mercadeo social.</p> <p>Capacitación de 500 técnicos en promoción de los servicios de salud.</p> <p>Preparación de un curso de quechua y cultura andina; capacitación de 94 funcionarios de salud en Cusco.</p> <p>Capacitación de 77 funcionarios en comunicaciones empáticas y relaciones interpersonales</p> <p>Capacitación de 289 funcionarios de salud en el diplomado en gestión de servicios de salud.</p> <p>Capacitación de 88 funcionarios de las DISAs en gestión de la salud.</p> <p>Organización de servicios de salud en redes de servicios.</p> <p>Implementación de un modelo de gestión de redes con comités de gestión y lineamientos.</p> <p>Introducción de una metodología de aseguramiento de la calidad.</p> <p>Diseño y ejecución de 254 proyectos de mejora de la calidad en 107 establecimientos</p>	<p>El modelo de servicios de salud integral representa la mejor contribución a la reforma de salud.</p> <p>Con base en las evaluaciones de la pertinencia, eficacia y eficiencia del PSNB, la calificación general del efecto directo es moderadamente satisfactorio</p>	<p>No se obtuvo información al respecto</p>	<p>La promoción de las prácticas de salud y nutrición requiere un desarrollo posterior substancial.</p> <p>El mercadeo social de los servicios de salud tiene un rol fundamental dentro de los programas de salud comunitaria e IEC.</p> <p>El trabajo de salud comunitaria requiere un sistema de soporte organizado.</p> <p>Las ONG pueden jugar un rol de soporte al sector salud para el fortalecimiento de la salud comunitaria.</p> <p>El entrenamiento en gerencia puede ser importante para la gerencia del sector salud en varios niveles del sistema.</p> <p>Las inversiones en equipamiento e infraestructura puede ser potencializadas por un comité de mantenimiento permanente.</p> <p>La planificación para la sostenibilidad debe ser fortalecida.</p> <p>La asistencia técnica del Banco Mundial debería estar disponible.</p> <p>Los socios internacionales deberían ser considerados como apoyo de futuros proyectos.</p>
APRISABAC	<p>Se desarrollaron modelos de organización y gestión de los servicios de salud, desarrollo comunitario, y agua y saneamiento.</p> <p>Se dio cobertura a 300 comunidades, 70 puestos de salud y 20 centros de salud del Departamento de Cajamarca.</p> <p>Además, se incluyó la DISA Cajamarca, 7 municipios provinciales y 9 municipios distritales en el ámbito del proyecto con fines de fortalecer su capacidad técnica, administrativa y financiera, y transferir el proyecto con fines de su sostenibilidad.</p> <p>Al final del Proyecto en el año 2000, la evaluación cuantitativa mostró que en los 70 establecimientos de salud prioritarios, se logró que el 92% se implementara un sistema moderno de planificación intramural y extramural, el 74% implementaba un sistema de información que incluía el ASIS (análisis de situación de salud) y su monitoreo de avances, y el 54% implementó un sistema de mejoramiento de la calidad.</p>	<p>El desarrollo de recursos humanos en salud pública y gestión en la Región de Cajamarca fue el factor principal en la implementación de nuevos modelos de salud y saneamiento ambiental y el fortalecimiento de la gestión en todos niveles desde la comunidad hasta el nivel regional.</p> <p>El modelo de gestión de servicios de salud, que incorporó aspectos de la mejora continua de los procesos sirvió para fomentar la cultura de la calidad y girar en torno al usuario de los servicios.</p> <p>El fortalecimiento institucional, al que contribuyó APRISABAC, se logró por: i) el enfoque en el fortalecimiento de recursos humanos, ii) el énfasis en el diseño y los procesos de gestión, iii) el financiamiento para el logro de los aspectos priorizados en el planeamiento, y iv) la duración del proyecto que permitió el tiempo para la maduración de los procesos.</p> <p>Los modelos de salud, desarrollo comunitario y saneamiento básico desarrollados por APRISABAC son modelos adecuados que se adaptaron a muchas zonas del</p>	<p>A fin de recuperar las lecciones aprendidas de APRISABAC, y para facilitar la difusión de las estrategias para su adaptación y/o replica a otras zonas, se recomendó lo siguiente:</p> <p>Desde el MINSA, proveer mandatos a nivel nacional para priorizar el trabajo comunitario y la salud y desarrollo comunal con resoluciones, directivas y políticas oficiales sobre los aspectos trabajados.</p> <p>Estas son áreas en que el Proyecto logró buenos niveles de especificación y desempeño que podrían contribuir al desarrollo de las políticas nacionales respectivas.</p> <p>Se sugirió un cambio del rol de los Programas Nacionales de Salud desde su desempeño actual como Direcciones Ejecutivas a oficinas normativas y de supervisión y evaluación, para facilitar la provisión de salud integral con enfoque preventivo promocional y la gestión</p>	<p>En esta experiencia se consideró como un buen aporte la celebración de congresos de los Servicios de Salud que sirven para el autoanálisis, compartir de experiencias, competencia sana, confraternidad, y actualización del personal de los establecimientos de salud.</p>

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
		<p>país.</p> <p>El Proyecto logró una contribución a la reforma y modernización del sector salud, por el modelo de organización y las estrategias; las prácticas de participación social y el mejoramiento de la gestión de servicios de salud, con instrumentos validados.</p> <p>El desarrollo de recursos humanos es el factor principal que asegura la sostenibilidad de los cambios de actitudes hacia el trabajo extramural y comunitario y para que se adopten modernos instrumentos y estrategias de gestión de los servicios de salud.</p> <p>Los Congresos de los Servicios de Salud sirvieron para el autoanálisis, compartimiento de experiencias, competencia sana, confraternidad, y actualización del personal de los establecimientos de salud</p>	<p>integral de los servicios de salud.</p> <p>En el diseño de proyectos futuros se debe incluir a los actores beneficiarios del proyecto en la identificación de necesidades y soluciones, para asegurar la sostenibilidad del proyecto</p>	
PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE ACUERDOS DE GESTION	<p>En el caso de los acuerdos de gestión establecidos en 1998 entre el MINSA y los hospitales de Lima, éstos no lograron enraizarse como un nuevo sistema de vinculación y de pagos teniendo muchas dificultades su implementación.</p> <p>Hubo una mejora en los indicadores de producción de servicios en los Establecimientos de Salud involucrados.</p> <p>Creación de un nuevo organigrama con una estructura horizontal por centros de producción (consulta externa, hospitalización, etc.) mejorando la funcionalidad de los Hospitales.</p> <p>Mayor compromiso e identificación con la institución.</p> <p>Mejor calidad de atención.</p> <p>Optimización de la utilización de recursos.</p> <p>Mejoría de ingresos económicos y su recaudación.</p> <p>Mayor cobertura de la atención.</p> <p>Mayor motivación del Directorio y los responsables de la nueva modalidad de gestión.</p> <p>Mayor compromiso de los gerentes y los trabajadores.</p> <p>Formación de un grupo de apoyo a la gestión (UAG) para apoyar a la Dirección en la conducción hospitalaria.</p> <p>Modernización incipiente del sistema de atención y producción con indicadores.</p> <p>Creación de nuevas gerencias, pese al no reconocimiento por algunas instancias del MINSA</p>	<p>La mayor dificultad del Convenio fue originado por el marco jurídico normativo para el sector público.</p> <p>El PAAG no implementó un sistema de supervisión y monitoreo para el cumplimiento de los acuerdos de gestión lo que no favoreció la intervención.</p> <p>El PAAG no avanzó por no tener un sistema de indicadores de evaluación.</p> <p>El balance final sobre la implementación de acuerdos de gestión es que ha sido positivo como generador de expectativas y desarrollo de potencialidades en los hospitales.</p> <p>Sin embargo, los logros alcanzados han sido en gran medida fruto del esfuerzo casi autónomo de los hospitales.</p> <p>Las nuevas capacidades generadas en el hospital en el campo del control de costos y capacidad operativa han permitido pasar a nuevas modalidades de asignación financiera, mediante fórmulas de transición como la de pago por servicios o formas mixtas de pago</p>	<p>Combinar sistemas de control diversos: el control de resultados a través de indicadores de desempeño, el control contable, de tipo presupuestal; el control social, desde la vigilancia ciudadana; y el control de la competencia administrada.</p> <p>Articular el modelo contractualista – tributario de la teoría principal-agente - con el modelo de reforma democrática del estado, que deberá aportar con mecanismos de control social, Participación y vigilancia ciudadana y transparencia en la gestión</p>	<p>Para la implementación de acuerdos de gestión se requirió haber tenido desarrollados los siguientes aspectos:</p> <p>El diseño y establecimiento de una categorización de los hospitales y establecimientos por niveles de atención.</p> <p>La implementación de un sistema de indicadores de salud.</p> <p>La estandarización del acto médico y su formalización en protocolos de atención.</p> <p>El desarrollo de sistemas de información, auditoría y evaluación capaces de una toma de decisiones informada</p>
AMARES	<p>A nivel del MINSA:</p> <p>Actualización y publicación del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad (RM 519 2006). Esta norma como la aprobada el 2001, constituyen en marco de las políticas de calidad para el país.</p> <p>Formación de capacidades e instrumentos para el mejoramiento continuo de la calidad (2004)</p> <p>La constitución de la Comisión Andina de salud Intercultural, en noviembre del 2005 y el desarrollo de una agenda en</p>	<p>Al margen de los cambios.</p> <p>Queda el reto de establecer un sistema de incentivos sistémicos para los equipos que hayan cumplido con la autoevaluación y con procesos de mejora para alcanzar los estándares propuestos, estos podrían ser: Reconocimiento y publicación de resultados y avances, recibir equipamiento, ser considerado centro de pasantía o económicos a través del SIS.</p> <p>Existen diversos trabajos de investigación de corte</p>	<p>No se obtuvo información</p>	<p>Se requirió posicionar la calidad como una política institucional, que aportara al sistema de salud en su conjunto, y cuyo fin fuera la satisfacción del usuario. La calidad debería ser una parte inherente a la cultura de las personas y de la organización, los instrumentos y recursos son solo los medios. Se requiere el liderazgo de la dirección y una gestión horizontal.</p>

PROYECTOS	RESULTADOS MAS IMPORTANTES	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	LECCIONES APRENDIDAS
	<p>Salud Intercultural, a partir de la identificación de una problemática común.</p> <p>Apoyo al desarrollo y validación de norma e instrumentos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo , en sus dos versiones (RM 703 – 2006 y RM 456 - 2007)</p> <p>A nivel de las Regiones:</p> <p>Formación de capacidades en mejoramiento continuo al personal de salud de todo nivel: Directivos de DIRESAs/DISA, Redes, MR y Hospitales. A partir de esta experiencia se logró sistematizar y publicar del proceso metodológico seguido “Mejorando la Calidad en Salud”, la misma que viene siendo usada como guía para el acompañamiento en la implementación de estos procesos.</p> <p>Implementación de programas de gestión de la calidad que incluye la autoevaluación de los servicios y la ejecución de proyectos de mejora (82 proyectos en 54 centros de salud y 3 hospitales regionales). El abordaje de los proyectos han estado orientados tanto a mejorar la calidad en la dimensión humana como técnica que fue instalando un cambio hacia una cultura de calidad.</p> <p>4 MR y un Hospital han instalado mecanismos y espacios efectivos de vigilancia ciudadana y gestión de quejas y sugerencias para la calidad de los servicios.</p> <p>Aplicación de la norma e instrumentos de acreditación en la DIRESA Ayacucho.</p> <p>Incorporación de calidad en las políticas institucionales de la DIRESA Ayacucho.</p> <p>Implementación de 19 proyectos de adecuación intercultural en 17 MR y dos hospitales, en el marco de las acciones de mejora de la calidad en salud.</p>	<p>antropológico, médico e histórico a nivel mundial, nacional, regional y local acerca de temas de salud y enfermedad desde la cultura de salud de los pobladores andinos y la relación médico paciente, la misma se puede aprovechar en las intervenciones sanitarias para responder mejor a las necesidades de cada zona. Estas acciones se ordenan e implementan a través de un Programa de Gestión de la Calidad, que intenta tener una mirada más sistémica de los procesos y se plantean 5 momentos que fueron desarrollados.</p>		<p>Como parte del sistema, es importante que las acciones para el mejoramiento de la calidad estén explícitas en los planes estratégicos y operativos, tenga una estructura organizativa que es lo que dará el soporte para el despliegue de los procesos.</p> <p>El acompañamiento o supervisión desde la Dirección de Calidad/ Unidades de calidad (MINSa, Direcciones de salud y Redes) como espacio de motivación y soporte técnico, constituye uno de los elementos más importantes en el despegue de los equipos de mejora para avanzar en la implementación de los procesos de calidad.</p> <p>El proceso no fue homogéneo y estuvo determinado por la experiencia de los profesionales y los servicios que tenían procesos de mejora continua.</p> <p>Fue muy importante articular las acciones de interculturalidad a los procesos de mejora continua, no solo por las capacidades instaladas en las personas respecto al enfoque intercultural, sino para darle un marco institucional a través de las Direcciones/ Unidades de Calidad.</p>

4.2.4 Mecanismos de monitoreo y evaluación

Los mecanismos de monitoreo y evaluación de las intervenciones han variado de acuerdo al momento de implementación en que se ejecutó cada proyecto, esto ha sido resumido en la Tabla 7.

Tabla 7. Mecanismos de monitoreo y evaluación

PROYECTOS	MECANISMOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN
PROYECTO REPOSALUD	Monitoreo de indicadores. Evaluaciones cuantitativas y cualitativas.
PASARE	Se establecieron indicadores de proceso y resultado. Los indicadores de proceso medían si se reunían, si identificaban problemas y los solucionaban. Los indicadores de resultado medían si se había incrementado el uso de métodos de PF.
PROYECTO 2000	Los dos componentes de monitoreo con sus respectivos instrumentos fueron: la auto - supervisión y el apoyo externo, necesarios para lograr los estándares de calidad en los servicios de salud. Dos guías: auto supervisión y para apoyo externo desde la DIRESA.
PROYECTO MAX SALUD	Se establecieron indicadores y estándares de calidad que eran monitorizados trimestralmente.
HPI	Para el caso del componente de calidad se monitorizó tres resultados importantes: - Políticas nacionales de calidad de atención de salud. - Sistemas de gestión de la calidad. - Desarrollo de capacidades para la conducción del sistema de gestión de la calidad.
CALIDAD EN SALUD	Medición del progreso.- Luego de realizar la medición, el equipo de salud tiene de forma clara, rápida y gráfica un panorama de los aspectos del desempeño que deben ser mejorados. Una vez establecidas las brechas se establecen las acciones y se priorizan de acuerdo a los siguientes criterios: impacto para los usuarios, poder de decisión a nivel local para actuar, tiempo requerido para alcanzar los resultados y recursos necesarios. A continuación se elabora el Plan de Mejora. El seguimiento lo realiza el mismo equipo.
PSNB	Los datos del proyecto fueron recopilados a través de una “ficha de monitoreo integral” y una matriz de 92 indicadores de gestión física recogidos en los EESS intervenidos. El informe tenía por objeto dar seguimiento a la implementación del modelo de atención integral de salud en los establecimientos y puestos de salud, y se centraba en aspectos que eran directamente observables y considerados críticos para inferir la calidad de la atención brindada en los establecimientos de salud, y que fue utilizado por los EESS, las direcciones de salud y el nivel central.
APRISABAC	Se estableció un sistema de registro y seguimiento en todos los niveles de atención con retroalimentación, procesamiento y análisis oportuno de datos, que permita la toma adecuada de decisiones y el seguimiento de los usuarios.
PROGRAMA DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Los indicadores seleccionados a monitorizar fueron: a) Producción global y por áreas de gestión; b) Productividad global y por áreas de gestión; c) Extensión de uso; d) Concentración de uso en consulta externa; e) Índice ocupacional (o porcentaje de ocupación de camas); f) Promedio de estancias o permanencia; g) Grado de uso de cama; h) Tasa de mortalidad intrahospitalaria; y i) Tasa de mortalidad post-operatoria.

En general los sistemas de monitoreo son muy parecidos entre todas las intervenciones. Se establecieron algunos estándares e indicadores, que permitieron establecer brechas y sobre esta base plantear actividades que permitieran cubrir la brecha; para luego ser nuevamente medidos, establecer cuánto se había avanzado y planificar e implementar un nuevo ciclo de mejora.

4.2.5 Metodologías o propuestas que persisten en el tiempo

Las metodologías validadas y algunas de las propuestas trabajadas por los proyectos todavía permanecen hasta la actualidad. Se describen en la Tabla 8.

Tabla 8. Metodologías o propuestas que persisten en el tiempo

PROYECTO	PROPUESTAS, ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS QUE PERSISTEN EN EL TIEMPO
PROYECTO REPOSALUD	Los resultados difundidos de los autodiagnósticos han permitido implementar mejoras en los EESS. El incorporar a los esposos en programas dirigidos a SSR mejora los resultados. La importancia del trabajo participativo para el involucramiento de los interesados y el poder alcanzar los resultados.
PASARE	La metodología del PMC se identificó como una herramienta útil para conseguir mejorar la calidad en los servicios de salud.
PROYECTO 2000	Manual de Procedimientos para la Calificación de los servicios de salud materno-infantil del MINSA, sirvió como antecedente para los futuros procesos de acreditación. Instrumento para definir la capacidad de los EESS para ofrecer funciones obstétricas y neonatales. Uso del SIP 2000 como herramienta en la toma de decisiones en salud materno-neonatal. La problematización y análisis crítico de la práctica que se ha incorporado en la cultura organizacional del subsector salud, en especial en los mecanismos de supervisión y monitoreo.
PROYECTO COBERTURA CON CALIDAD	Norma de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud y el Manual de Mejora de la Calidad
PROYECTO VIGÍA	Protocolo de Prevalencia de Infecciones Intra-Hospitalarias. Hasta la actualidad continúan funcionando los sistemas de inteligencia sanitaria en las DIRESAs, fuente de información oportuna y de calidad para detectar brotes y epidemias.
CALIDAD EN SALUD	La propuesta de “Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento”, actualmente implementada en las zonas de intervención del proyecto y que debería extenderse al resto del país, en el tiempo que le resta al proyecto.
CATALYST	La elaboración de instrumentos técnicos y de medición de indicadores para la toma de decisiones en el área materno- infantil, fue uno de los legados que se usa hasta la actualidad.
PSNB	Lineamientos para la conformación de redes y MR de servicios de salud. Propuesta de Modelo de Atención Integral.
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Propuesta de administración compartida que ha sido trabajada con las direcciones de línea del MINSA y el Programa Salud Básica para Todos.
APRISABAC	El Proyecto logró una contribución a la reforma y modernización del sector salud, gracias al modelo de organización y las estrategias, las prácticas de participación social y el mejoramiento de la gestión de servicios de salud, y sus instrumentos validados.
AMARES	Actualización y publicación del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad (RM 519 2006). Esta norma, como la aprobada el 2001, constituyen en marco de las políticas de calidad para el país. Norma e instrumentos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo , en sus dos versiones (RM 703 – 2006 y RM 456 - 2007)
PROGRAMA DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Institucionalizar los acuerdos de gestión como un mecanismo anterior a los PPR.

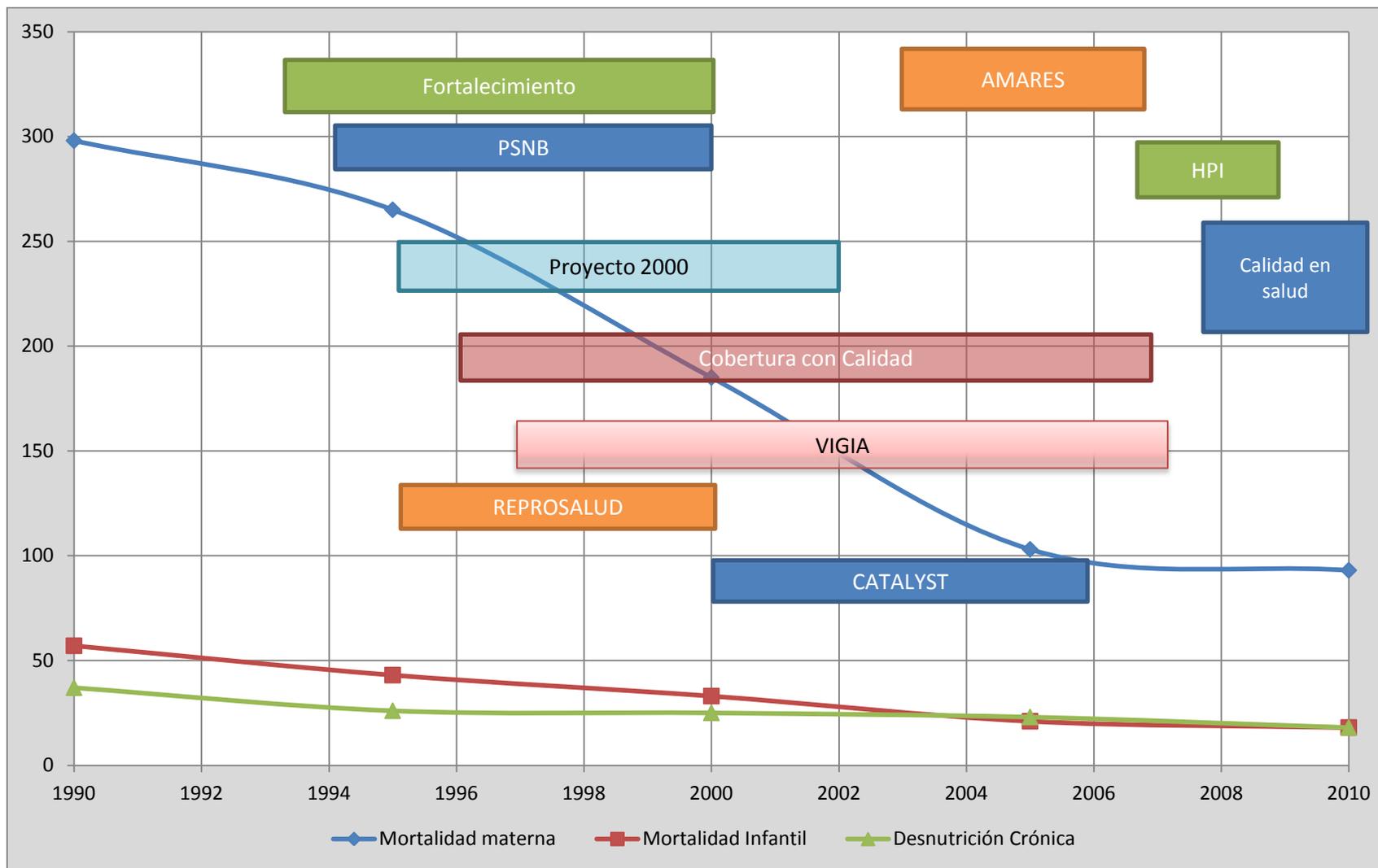
La mayoría de las metodologías, estrategias y propuestas mencionadas han servido para implementar la actual propuesta de gestión de los servicios de salud. Han habido, desde propuestas marco para la atención de los servicios de salud, como el Modelo de Atención Integral en Salud, la propuesta de administración compartida, la organización en redes de salud y últimamente la propuesta de aseguramiento; hasta propuestas más focalizadas en calidad como el Manual de Procedimientos para la Calificación de Servicios de Salud Materno – Infantil, Gerencia Basada en Estándares, Auditoría de la Calidad, Acreditación de Establecimientos de Salud y otros. Todos estos aportes de los distintos proyectos han contribuido, en conjunto con las iniciativas del Estado, a un sistema de salud más eficiente y efectivo y que brinda un servicio de mejor calidad, en comparación a la década de los ochenta previa a las intervenciones.

4.2.6 Impacto de los proyectos en los indicadores de salud

Durante los últimos 20 años se ha producido una importante mejora en los indicadores de salud. Así como podemos observar en el Gráfico 1, la desnutrición crónica en menores de 5 años ha descendido casi 20 de puntos, de 37% a 18%. La muerte materna ha disminuido de casi 300 a 93 por mil nacidos vivos (n.v.). La mortalidad infantil en menores de un año ha pasado de 57 a 18 x 1000 n.v. Si observamos la intervención de los proyectos, en la época que se produjeron la mayor cantidad de intervenciones se produjo la caída más dramática en mortalidad infantil y materna, no así en desnutrición. Es lógico que desde los niveles más altos de la curva la caída sea más pronunciada, pero también es importante notar que la disminución de los indicadores de impacto materno infantiles no era muy marcada hasta antes de iniciar las intervenciones.

Aunque la mayoría de los proyectos no intervinieron directamente para disminuir la desnutrición, también es cierto que la mejora de los servicios de salud no es la principal variable para disminuir desnutrición. Muchas de las intervenciones de impacto en desnutrición, como la consejería nutricional, el acceso a alimentos, mejoras en saneamiento básico, recién se han implementado con fuerza entre el 2000 y el 2010, de ahí que la mejora en desnutrición se aprecie mejor en esta época.

Gráfica 1. Relación entre indicadores de impacto en salud materno infantil e intervención de proyectos



4.2.7 Resultados de las intervenciones/experiencias analizadas.

El análisis de los factores que favorecieron o no la sostenibilidad de las intervenciones/ experiencias, se realizó mediante la elaboración de una matriz adaptada a una propuesta presentada por el Dr. Bruno Benavides. Esta se elaboró en base a los datos obtenidos de las fichas de resumen elaboradas para cada intervención/ experiencia, y cuyos resultados se interpretaron de acuerdo a la existencia o no de ciertos factores clave tales como: tipo de Liderazgo ejercido, la utilización o no de campeones que promovieran las intervenciones, su contribución en la formación de recursos humanos, su incorporación dentro de las operaciones regulares de las organizaciones, su inclusión en las políticas y sistemas de planeamiento, financiamiento, aseguramiento, información, gestión de recursos humanos, monitoreo y supervisión.

La matriz incluye signos (+ = presencia) y (- = ausencia) más la asignación de colores para identificar cuatro tipos de proyectos (según la cantidad de variables presentes que ayudaron a la sostenibilidad de alguna de sus intervenciones. Cada proyecto fue evaluado con un cuadro de cuatro entradas en las que se evaluaron las variables más importantes que contribuyen hacia la sostenibilidad. Las escalas seleccionadas van del color rojo al verde oscuro correspondiendo cada color a un nivel específico de avance en sostenibilidad. El siguiente cuadro resume la interpretación de cada color.

Cuadro 1. Matriz explicativa del grado de sostenibilidad de las intervenciones

Grado de sostenibilidad	Nivel de Sostenibilidad	Color	Comentario
Ausente	Nulo	ROJO	No se pudo constatar que existieran elementos que propiciaran la sostenibilidad de la intervención
Pobre	+	AMARILLO	Nivel incipiente de sostenibilidad
Medio	++	VERDE CLARO	Existen algunas condiciones que permitirían alcanzar un grado de sostenibilidad si se les da seguimiento
Alto	+++	VERDE OSCURO	Se puede decir que la intervención se ha hecho sostenible porque existen elementos técnicos, de política y de recursos financieros que aseguran la continuidad de la intervención

En la Tabla 9 pueden observarse los proyectos revisados y la valoración asignada de acuerdo a la sostenibilidad alcanzada según la descripción del Cuadro 1.

Tabla 9. Análisis de la sostenibilidad de las intervenciones/experiencias

PROYECTO		POLÍTICAS	OPERACIONES
REPROSALUD ¹³	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (+)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (-)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)
PASARE ¹⁴	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (+)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (+)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (-)
Proyecto 2000. ¹⁵	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (+++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (-)
MAX SALUD ¹⁶	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (+++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (-)
Cobertura con Calidad. ¹⁷	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (-)
VIGIA ¹⁸	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (+++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (+++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)
Iniciativa de Políticas en	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (+)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)

¹³ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 9-17.

¹⁴ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 18- 22.

¹⁵ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 23-30.

¹⁶ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 31-34.

¹⁷ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 35-38.

¹⁸ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 39-44.

PROYECTO		POLÍTICAS	OPERACIONES
Salud ¹⁹	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (+)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)
Calidad en Salud ²⁰	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (+)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (+++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (+)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)
Nexos ²¹	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (+)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (-)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)
CATALYST ²²	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (+++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (+++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (++)
Salud y Nutrición Básica ²³	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (+++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)
Fortalecimiento de Servicios de Salud ²⁴	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (+)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (+)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (++)
APRISABAC ²⁵	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (+++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (+)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (-)

¹⁹ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 45-49.

²⁰ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Pgs.50-55.

²¹ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 56-58.

²² Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 59-64.

²³ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 66-73.

²⁴ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Pgs.74-78.

²⁵ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 79-83.

PROYECTO		POLÍTICAS	OPERACIONES
Programa de Administración de Acuerdos de Gestión ²⁶	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (+)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (+)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)
AMARES ²⁷	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (-)
MINSAs ²⁸	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (++)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (++)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)
EsSALUD ²⁹	RECURSOS HUMANOS	Liderazgo y campeones de la intervención técnica (+)	Desarrollo de competencias técnicas del personal operativo (+)
	SISTEMAS	Elaboración de normatividad, guías, protocolos, procedimientos. Resoluciones que hagan su uso obligatorio (++)	Sistemas de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación. Sistemas de Control y Supervisión. Sistemas de Financiamiento. Sistemas de Aseguramiento. Sistemas de Información. (+)

Fuente: Elaboración propia de las fichas Técnicas de Proyectos. Marzo 2012.

²⁶ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 84-88.

²⁷ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs. 89-94.

²⁸ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs.96-102.

²⁹ Producto 2 de la Consultoría Estudio y Análisis de las intervenciones de Mejora de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Revisión bibliográfica general y específica a cada intervención. Págs.103-109.

5. Conclusiones y recomendaciones

- a) Durante la revisión realizada de las intervenciones/experiencias dirigidas a mejorar la calidad de la atención de salud en el Perú a lo largo de más de dos décadas, se identificaron dos fases bien diferenciadas:
- La primera, dirigida a mejorar los aspectos estructurales de la oferta de servicios, que requirió de inversión importante y sostenida básicamente en infraestructura, equipamiento y recursos humanos.
 - La segunda fase, dirigida a abordar aspectos relacionados a la gestión de la calidad de los servicios de salud, en cuya implementación el pobre o ausente liderazgo del órgano rector tuvo como consecuencias cambios sucesivos en políticas y aproximaciones y el que comprometieron la posibilidad de obtener cambios sostenidos. En esta última fase hubo proyectos que contrataron un gran número de consultores externos al MINSA para fortalecer el proceso de reforma sectorial.
 - Durante este proceso la mayoría de los órganos de línea quedaron excluidos de participar en la toma de decisiones clave, generando falta de compromiso, rivalidad y desorden.

Recomendación:

- Tanto en el nivel nacional como en las regiones de salud se debe continuar mejorando los procesos de atención a través de las soluciones localmente apropiadas que han alcanzado resultados sanitarios sustentables dentro de un contexto descentralizado.

- b) Durante los primeros años de la década de los noventa, la ausencia de lineamientos de política del sector y de sostenibilidad de los planes y programas no permitieron contar con una ruta clara de trabajo influyendo negativamente en los aspectos de gestión de la calidad en los servicios de salud.

Recomendaciones:

- Utilizar el marco político existente a favor de la incorporación de la mejora de la calidad de atención en salud en el Perú en los sistemas de planeamiento y financiamiento del sector salud.
- Mantener la institucionalización y seguimiento de la Política de Calidad en la agenda de espacios de abogacía como el Foro Salud y la Mesa de Lucha Contra la Pobreza, como un mecanismo que contribuya a la equidad en salud.
- Monitorear la implementación de la Política de Calidad en Salud desde el Plan Nacional Concertado de Salud como parte del objetivo compartido de la gobernanza de salud en todos los sectores del gobierno.

- c) La descentralización de la función salud continúa siendo un reto dado el costo de asumir nuevas competencias y el de la transición del aprendizaje en un sistema centralizado al aprendizaje en uno descentralizado. En el sector salud, a pesar de haber sido uno de los primeros en la transferencia de competencias, existe aún un largo camino por andar, más aún en un tema complejo de implementar la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Recomendaciones:

- Afianzar el acompañamiento técnico a las nuevas autoridades regionales a fin de acelerar el proceso de aprendizaje e implementación de los aspectos de gestión de la calidad.
- Involucrar a los colegios regionales de profesionales de la salud en el seguimiento de los planes y proyectos de mejora como parte del ejercicio regional de gobernanza de la salud.

- d) La tendencia mundial por brindar atenciones seguras, libres de eventos adversos, patrocinada por la OMS, y la “Alianza mundial por la seguridad del paciente”, de la cual el Perú es miembro, orientan hacia una gestión de la calidad sinérgica, y cada vez más responsable de los servicios de salud, a través de una exhaustiva revisión crítica y sistemática de nuestras prácticas y un énfasis en la mejora continua. Esta tendencia ha fomentado la adopción de medidas como la “implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía”; la ejecución estudios importantes como la investigación de la prevalencia de eventos adversos (IBEAS), y de intervenciones piloto en el Perú como la de “Infecciones/bacteriemia Cero” que aunque en ejecución ya presenta resultados similares a los alcanzados en países de mayor desarrollo.

Recomendaciones:

- Implementar la octava política de calidad en relación a la gestión de riesgos³⁰ y ampliar la investigación de eventos adversos tanto a nivel hospitalario como pre-hospitalario y trabajar en base a dichas mediciones en forma periódica;
- En base a los resultados preliminares obtenidos de la intervención de “Infecciones/Bacteriemia Cero” apoyar a los hospitales participantes en la documentación de y difusión de sus experiencias por medio de publicaciones y eventos científicos.
- Que con base en la experiencia en el INSN, el MINSA evalúe incorporar los procedimientos de Infección Cero en la normativa nacional.

- e) La Ley de Aseguramiento Universal³¹ ha tomado en cuenta factores como la priorización de daños por carga de enfermedad, el uso de instrumentos estandarizados de atención y la inclusión de garantías explícitas; fomentando la calidad de atención de todos los establecimientos de salud del sector.

Recomendación:

- Alinear los objetivos en gestión de la calidad de acuerdo a lo establecido en la Ley de Aseguramiento Universal.

- f) En experiencias como la del Proyecto Catalyst sus intervenciones buscaron generar el compromiso de instituciones formadoras de recursos humanos, como las universidades, o instituciones que regulaban la certificación de recursos humanos, como las universidades, para incorporar la cultura de calidad en el sector salud³². Aunque es una estrategia válida, todavía no se evidencian resultados, posiblemente debido a la ausencia de una cultura de calidad dentro de estas mismas instituciones.

Recomendaciones:

- Ejercer influencia en las organizaciones formadoras y promover la recertificación como mecanismo de mejora permanente de las competencias técnicas de los profesionales de la salud.
- Incorporar a las universidades e instituciones formadoras de recursos humanos en los procesos de inducción y orientación a personal nuevo de las instituciones de salud.

- g) La mayoría de proyectos han utilizado algunas de las metodologías en calidad validadas internacionalmente, parte de ellas o sus combinaciones:

³⁰ RM N° 727-2009/MINSA, del 29 de Octubre de 2009, que aprueba la Política de Calidad en Salud. Octava Política.

³¹ Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal.

³² Intervención del Proyecto Cathalyst.

- La propuesta de mejora continua de la calidad a través del trabajo en equipo, el uso del círculo del PDCA de Deming, las herramientas de calidad y el reconocimiento de resultados. (Gestión de la Calidad Total).
- Medición del desempeño comparado contra estándares y en base a los resultados se trabajan sobre las brechas halladas a través de proyectos de mejora, con o sin acreditación y reconocimiento de los resultados. (Garantía de la Calidad).
- En ninguno de los casos se ha identificado el uso de modelos como ISO 9000 o gestión por procesos.

Recomendación:

- El “órgano rector” debe monitorear todos los proyectos, iniciativas, etc. Y periódicamente hacer un análisis de avances y resultados que deben llevar a la incorporación de modelos basados en los resultados obtenidos de los diferentes enfoques y en las mejores prácticas internacionales que se adecuen a la realidad del Perú.

- h) La participación ciudadana y el fortalecimiento de competencias en organizaciones de la sociedad civil y usuarios de servicios (especialmente mujeres) han sido estrategias utilizadas por algunos proyectos para mejorar la calidad de atención de los servicios de salud. Es una intervención válida desde la demanda y es promovida por la Política de Calidad en Salud, sin embargo, su desarrollo es incipiente y heterogéneo.

Recomendación:

- En base a los resultados positivos obtenidos de experiencias de participación comunitaria en proyectos como Reprosalud o Nexos, la Dirección de Calidad del MINSA y las oficinas regionales de calidad deberían incluir en sus planes operativos anuales reuniones de seguimiento de planes y proyectos de mejora del desempeño como lo plantea la Resolución Ministerial 556-2012 que aprobó la Metodología para la Mejora del Desempeño en base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención y que en su sección 5.3 sobre los Planes de Mejora del Desempeño plantea que a nivel regional los mismos deberían ser planteados a través del diálogo social involucrando a los actores sociales del ámbito asegurando su participación en todos los momentos del proceso.³³

- i) La Dirección de Calidad en Salud fue institucionalizada desde el 2001, incorporándose al organigrama tanto a nivel de gobierno nacional (MINSA) como regional (DIRESA), como un órgano de línea dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas. A partir del 2008, el MINSA decide iniciar la implementación del aseguramiento universal en salud. En su diseño se consideró tres elementos que desplazaron el centro de la atención desde los sistemas de gestión hacia los procesos de atención: la priorización de daños por carga de enfermedad, el uso de instrumentos estandarizados de atención y la inclusión de garantías explícitas de calidad. Las garantías de calidad fueron definidas como la utilización de la mejor evidencia científica nacional e internacional de manejo en la práctica diaria.

Recomendaciones:

- En el contexto actual de descentralización y de aseguramiento universal de salud, promover un liderazgo sostenido del mejoramiento de la calidad de atención en los niveles de gestión estratégica, táctica y operativa, y una real vinculación con sus sistemas de planeamiento,

³³ RM N° 727-2009/MINSA, del 29 de Octubre de 2009, que aprueba la Política de Calidad en Salud.

financiamiento³⁴, aseguramiento, información, gestión de recursos humanos así como de monitoreo y supervisión.

- Fortalecer los órganos regionales de línea para el apropiado monitoreo de la calidad a través del mejoramiento del desempeño de sus establecimientos de salud con énfasis en el primer nivel de atención.

- j) La sostenibilidad de las mejoras logradas en la calidad de la atención es limitada dado el enrolamiento de personal que desconoce los procesos que conducen a tales mejoras y por la alta rotación del personal en todos sus niveles.

Recomendaciones:

- Reforzar el entrenamiento en servicio como parte del proceso de inducción del personal que ingresa a las instituciones de salud y como parte de los procesos de re-entrenamiento, incluyendo uso de las herramientas para la mejora de la calidad de atención.
- Implementar Planes Quinquenales de Desarrollo de Capacidades que incluyan herramientas de mejora de la calidad.
- Asegurar que el personal de la institución comparte la capacidad de utilizar un conjunto de herramientas, para la mejora de la calidad, seleccionadas por la institución.
- Reforzar mecanismos de motivación y reconocimiento del personal en base al desempeño y logro de objetivos.
- Continuar formando líderes locales para el desarrollo capaces de contribuir, desde la perspectiva de la sociedad, en la mejora de la calidad de la atención en salud.
- Que el MINSA y las DIRESAs coordinen, con universidades regionales, la incorporación de la metodología de mejoramiento del desempeño en los contenidos curriculares de profesionales de la salud, como lo ha hecho la Universidad de San Cristóbal de Huamanga en Ayacucho.
- Compartir y promover las experiencias de Loreto y Ucayali en implementación de sedes docentes como una forma de reducir las brechas de conocimientos del personal en servicio y del de reciente ingreso.

- k) La inclusión de todos los actores involucrados en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones permite obtener mejores resultados. Estos actores incluyen a las organizaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales, las universidades y sus facultades relacionadas con el campo de la salud, los Colegios profesionales, los gobiernos locales y los Consejos Transitorios de Administración Regional, los cuerpos médicos y grupos gremiales de trabajadores de salud.

Recomendación:

- Promover una mayor participación de los actores involucrados durante el diseño, la implementación y la evaluación de futuros proyectos.

- l) La sobrecarga de funciones y actividades asignadas al personal operativo, en donde un mismo trabajador debe asumir diferentes funciones que idealmente deberían ser distribuidas en equipos de trabajo, es uno de los principales obstáculos para el correcto seguimiento de los estándares de calidad de atención.

Recomendación:

³⁴ RM N° 727-2009/MINSA, del 29 de Octubre de 2009, que aprueba la Política de Calidad en Salud. Política N° 11.

- Revisar y adaptar el modelo de atención integral en salud en base a las lecciones aprendidas, fomentando la gestión de equipos de trabajo integrados por procesos.

m) La articulación entre proyectos favorece el logro de resultados. El “Sistema de información de costos e ingresos” y el “Sistema de Programación y Presupuesto” diseñados por el Proyecto 2000 y el PSNB, respectivamente, se convirtieron posteriormente en un esfuerzo de cooperación entre USAID y el Banco Mundial. En otros casos, se han realizado esfuerzos de diferentes intervenciones a través del tiempo; por ejemplo, los estándares del binomio madre-niño utilizados en el diseño de los Presupuestos por Resultados (PPR) se generaron a través de las experiencias de los Proyectos 2000 y Catalyst. De igual manera, las “Casas de Espera” resultaron de las intervenciones de proyectos como ReproSalud, Catalyst, Proyecto 2000, Cobertura con Calidad y actividades de UNICEF.

Recomendación:

- Promover la articulación de las intervenciones promovidas por diferentes proyectos, sobre todo si comparten objetivos comunes a fin de generar sinergia en la mejora continua de la calidad.

n) En la presente revisión, los ámbitos de mayor coincidencia de intervenciones fueron: Ayacucho, San Martín, Ucayali, Huánuco, Andahuaylas, Huancavelica, Pasco, Cusco, Puno y Lima.

Recomendación:

- Fomentar la inclusión de estas regiones como centros de capacitación, aprendizaje y para evaluaciones futuras, ya que cuentan con experiencias de aprendizaje que podrían ser valiosas a otras regiones.

o) Las intervenciones o experiencias de mayor éxito en resultados y sostenibilidad fueron aquellas que tuvieron un diseño de intervención mejor planificado, objetivos claros, estudio de línea basal y mediciones periódicas comparativas.

Recomendaciones:

- Involucrar a la administración central, regional y al personal de finanzas del sector nacional y regional en la planificación de proyectos futuros para que den el respaldo requerido.
- Asegurar que los sistemas de monitoreo y evaluación sean utilizados regularmente para asegurar que los proyectos permanecen sobre la pista para alcanzar sus objetivos.
- En el diseño de proyectos futuros se debe incluir a los actores beneficiarios del proyecto en la identificación de necesidades y soluciones, para asegurar la sostenibilidad del proyecto.

p) Otros elementos que favorecieron en la sostenibilidad de las intervenciones incluyeron: mayor tiempo de intervención, mayor inversión económica, diseño flexible y la capacidad de normalizar sus metodologías dentro de la estructura del aparato rector.

Recomendación:

- Fomentar el liderazgo y la formación de campeones que continúen influenciando la efectiva provisión de servicios de calidad a través del tiempo.
- Fomentar la transferencia de metodologías y herramientas efectivas.
- Favorecer la implementación de iniciativas innovadoras y flexibles que incluyan apropiadamente las fases de pilotaje y de escalamiento efectivo

6. Bibliografía

1. Addressing the Threats of Emerging and Re-emerging Infectious Diseases (VIGIA).
2. Anderson, Jeanine. Tendiendo Puentes: Calidad de Atención de la Perspectiva de las Mujeres Rurales y los Proveedores de los Servicios de Salud. Movimiento Manuela Ramos (2001).
3. Anna-Britt Coe, Health, Rights and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project in Perú. Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity (April 2001).
4. Arroyo, Juan y cols. La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. CIES. 2002
5. Arroyo, Juan. La reforma del sector salud en el Perú 1990-1998. En busca de nuevos modelos de políticas sociales. En: Felipe Portocarrero (ed.) Políticas Sociales, Nuevos aportes. Seminario sobre Pobreza y Políticas Sociales. Lima, Universidad del Pacífico, Universidad Católica e Instituto de Estudios Peruanos, enero del 2000.
6. Arroyo, Juan. La reforma del sector salud en el Perú 1990-1998. En busca de nuevos modelos de políticas sociales. En: Felipe Portocarrero (ed.) Políticas Sociales, Nuevos aportes. Seminario sobre Pobreza y Políticas Sociales. Lima, Universidad del Pacífico, Universidad Católica e Instituto de Estudios Peruanos, enero del 2000.
7. Assessment of three USAID/Perú health projects implemented by the ministry of health: Vigía, Coverage with Quality Improved Health for populations at high risk. February 2010.
8. Banco Mundial. Informe de evaluación de proyectos Perú. Proyecto Salud y Nutrición Básica (Préstamo 3701). 26 de junio del 2009.
9. Banco Mundial. Reporte complementario de la implementación del Proyecto Salud y Nutrición Básica. 26 de junio del 2001.
10. CABELLO MORALES, Emilio. Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? Rev Med Hered. [online]. ene. /jul. 2001, vol.12, no.3 [citado 03 Marzo 2012], p.96-99. Disponible en la World WideWeb:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X.
11. CATALYST Consortium End-of-Project Report December 2005 2
12. Claudio Lanata, Susana Espino, Betzabé Butrón. Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú. Instituto de Investigación Nutricional. Diciembre 2,002.
13. Cordon, Oscar. Proyecto Calidad en Salud. Avances Julio 2008- Diciembre 2010.
14. Directiva 001-PE-ESSALUD-2011 que norma la Organización del Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud en el Seguro Social de Salud, EsSalud.
15. Directiva Nº 002-PE-ESSALUD-2005, la que norma la Organización del Sistema de Gestión de la calidad de las Prestaciones en el Seguro Social de Salud (EsSalud).
16. Donabedian A. Garantía y Monitoreo de la Calidad de Atención Médica: un texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 1990.
17. Eichler R. Mecanismos para el pago de proveedores y de la atención médica administrada: implicaciones para la reforma del sistema de seguridad social. Organización Panamericana de la Salud, Conferencia Regional sobre Mecanismos para el Pago de Proveedores, Lima, 16-17 de noviembre de 1998.
18. En: www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/diptico.pdf
19. En:<http://es.shvoong.com/society-and-news/news-items/1835869-proyecto-amares/>
20. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica."IBEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud". INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009.
21. Future Generations Perú. Folletos.

22. gycperu.com/descargas/Aprisabac. CUBA. pdf: Vigencia De La Atención Primaria En El Proceso De Modernización Del Sector Salud.
23. Informe de medio tiempo del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. 1996.
24. Informe final 1998 1999. Reprosalud. Manuela Ramos.
25. Informe Técnico Final del Equipo de Asistencia Técnica. 1 de Febrero de 1995 - 31 de Octubre del 2002.
26. Informe. Estudio AMARES. 2003
27. Iniciativa de Políticas en Salud. Nuestra contribución. En: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACR499.pdf.
28. Jhpiego. Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento. Una guía de campo. Un enfoque para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud. USA. 2005.
29. Laura C. Altobelli Dr. PH, Oscar Castillo PhD, Julio Medina V PhD. INFORME MISION DE EVALUACION EXTERNA FINAL. PROYECTO APRISABAC. "Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca". CAJAMARCA – PERU 1993 – 2000. 10 de enero de 2001. Evaluación Externa Final APRISABAC 1-2001.
30. Max Salud. <http://www.maxsalud.org.pe/paginasweb/empresa.htm>
31. Max Salud. Programa de mejora continua de la calidad. 2003
32. Ministerio de Salud. Programa de Modernización de la Gestión Hospitalaria. Resumen Ejecutivo. Lima: MINSa, enero de 1999.
33. MINSa. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú. Derecho de todas las mujeres. PERÚ 2006.
34. MINSa. Gestión de la capacitación regional modalidad pasantía en emergencias obstétricas y neonatales. Documento Técnico Modelo de Intervención para mejorarla disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones Obstétricas y neonatales. Set 2010. (Modulo que recoge las experiencias del P2000, CARE, PARSALUD, Pathfinder International)
35. MINSa/AMARES. Mejorando la Calidad de los Servicios de Salud. Guía de acompañamiento. Lima 2005.
36. MINSa/AMARES. Proyectos de Mejora Continua de la Calidad que mostraron mejores resultados en el 2006. Dirección Regional de Ayacucho. 2006.
37. MIYAHIRA ARAKAKI, Juan M. Calidad en los servicios de salud: ¿Es posible? Rev Med Hered, Ene. /Jul. 2001, vol.12, no.3, p.75-77. ISSN 1018-130X.
38. Niño de Guzmán, Jessica. Sistematización del componente de Calidad del Proyecto AMARES. Documento no publicado.
39. Oficina general de Cooperación Internacional. Ficha de proyecto. Fecha de elaboración: noviembre 2002. Código OEEECI: p 03 – 2003. Nombre del proyecto: Cobertura con Calidad. Proyecto USAID N° 527-0375.
40. OLIVA, Carolina; HIDALGO, Carmen Gloria. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Psykhe, Santiago, v. 13, n.2, nov. 2004.
41. Página web de Future Generations. En: <http://www.future.org/international-operations/peru/andes-highlands>
42. Página web del Movimiento Manuela Ramos y carta enviada a La Iniciativa de Comunicación.
43. Plan de Desarrollo Gerencial para la Mejora de la Calidad de Servicios. Ministerio de Salud. Dirección de Salud Reproductiva, Perú. Family Planning Management Development (FPMD). Project Number: 936-3055. Agreement Number: CCP-A-00-95-00000-02. Office of Population, USAID. Management Sciences for Health. 165 Allandale Road. Boston, MA 02130. July 1998.
44. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual para la construcción de estándares e indicadores de calidad. 1999.
45. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual para la construcción de estándares e indicadores de calidad. 1999.

46. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual para la elaboración de proyectos de mejoramiento de la calidad. 1999.
47. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Aspectos referidos a la calidad de atención. Documento no publicado.
48. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Informe final. Diciembre 2000.
49. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual de procedimientos de auditoría médica y a los servicios de salud con enfoque de calidad. 1999.
50. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual de supervisión, monitoreo y evaluación para el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de salud calidad. 1999.
51. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Proyecto de mejoramiento de la calidad – Modulo II del Diploma de Gestión de Servicios de Salud. 1999.
52. RECONOCIMIENTO A LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA. SIN. PERÚ. www.cdi.org.pe/reconocimiento_presentacion.htm.
53. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 391-PE-ESSALUD-2006, que dispone los Lineamientos de Política y Plan de Actividades de Mejora de la calidad de las Prestaciones del Seguro Social de salud, aprobados por el Comité Nacional de Gestión de la Calidad.
54. Resumen ejecutivo. Proyecto Calidad en Salud. Set 2011.
55. Ley N° 29344: Ley Marco de Aseguramiento en Salud.
56. RM N° 676-2006 del 24 de julio del 2006 se aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente.
57. RM 768-2001 SA/DM que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud para el ámbito de la red prestadora del MINSA.
58. RM N°456-2007/MINSA del 4 junio del 2007 se aprueba la NTS N° 050 -MINSA/DGSP-V.02 de la Norma de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
59. RM N° 1021-2010/MINSA, del 30 de diciembre de 2010, que aprueba la “Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
60. RM N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva n° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 “Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
61. RM N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los “Lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los Institutos”.
62. RM N° 474-2005/SA/DM del 23 de junio del 2005 se aprueba la N.T.P. de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
63. RM No 590-2006.SA/DM del 30 de mayo de 2006, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en el Perú, con alcance nacional.
64. RM N° 596 -2007.MINSA, del 20 de julio del 2007, se aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
65. RM N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el “Modelo de reglamento de organización y funciones de los Hospitales”.
66. RM N° 623-2008-SA/DM que aprueba los Documentos Técnicos “Plan para el estudio del Clima Organizacional 2008-2011” y Metodología para el Estudio del Clima Organizacional”
67. RM N° 640-2006 del 14 de julio del 2006 se aprueba el Manual de Mejora de la Calidad.
68. RM N° 727-2009/MINSA, del 29 de Octubre de 2009, que aprueba la Política de Calidad en Salud.
69. Rogow Debbie. Sola no eres nada, juntas flotamos: El Movimiento Manuela Ramos Introducción y Postdata por Judith Bruce. Publicado en 2000. Edición en español No. 10, 2001. ISSN 1097-8194. Copyright © 2001. The Population Council, Inc.
70. Salinas Castro, Wilfredo. EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO. Junio 2002.
71. Santillán D. 2000. Using Client Satisfaction Data for Quality Improvement of Health Services in Perú. Quality Assurance Project Case Study. Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project (Quality Assurance Project): Bethesda, Maryland, U.S.A.

72. Standards-Based Management and Recognition. Mon, 03/14/2011 - 04:30 —xykon. Author: Bossemeyer D and E Necochea, Publication Date: 09/01/2005.
73. USAID/Iniciativa de Políticas en Salud. Informe final. Octubre 2009.
74. USAID/Iniciativa de Políticas en Salud. Política Nacional de Calidad en Salud. Julio 2008.
75. USAID/Iniciativa de Políticas en Salud. Programa de Gestión de la Calidad - Manual de implementación. Octubre 2009.
76. Vicuña M. et al. Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima. Ministerio de Salud. 1999.
77. www.cdi.org.pe/reconocimiento_presentacion.htm. RECONOCIMIENTO A LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA.
78. Yon, Carmen. Hablan las Mujeres Andinas: Preferencias Reproductivas y Anticoncepción. Movimiento Manuela Ramos (2001).

Anexos

Anexo I. Definiciones relativas a calidad

1. Etimológicamente, la palabra calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección³⁵. La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios.
2. E. Deming dice: "la calidad es el orgullo de la mano de obra", entendiendo mano de obra en el más amplio sentido y agrega que "la calidad se define en términos de quien la valora"³⁶.
3. P. Crosby, dice: "La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia"³⁷.
4. J. Juran define calidad como "aquellas características que responden a las necesidades del usuario y a la ausencia de deficiencias"³⁸.
5. Calidad (ISO, en su norma 8402), se entiende como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La norma precisa que entidad es una organización, llámese organización o institución, producto o proceso y los elementos que conforman las necesidades son básicamente: seguridad, disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, la economía (precio) y el ambiente.
6. La calidad total: El concepto de la calidad total según Kaoru Ishikawa, un autor reconocido de la gestión de la calidad, significa: "Filosofía, cultura, estrategia o estilo de gerencia de una organización según la cual todas las personas, estudian, practican, participan y fomentan la mejora continua de la calidad".
7. La gestión de la calidad total implica la calidad en todos los procesos, la calidad del producto y la satisfacción del cliente o usuario. En este contexto la calidad comprende a todas las funciones y actividades de la organización e involucra y compromete la participación de todas las personas de la organización, la calidad es idea y esfuerzo de todos, en otras palabras la calidad está en la filosofía de toda la organización. La gestión de calidad, significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usadas actualmente en todo el mundo para gestionar la calidad.

Conceptos de Calidad

1. La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente
2. La concepción de clientes internos y externos.
3. La responsabilidad de la dirección en la calidad.
4. La calidad no sólo debe buscarse en el producto/servicio, sino en todas las funciones de la organización.
5. La participación del personal en el mejoramiento permanente de la calidad.
6. La aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios.

Con la introducción del concepto de la existencia de clientes externos y clientes internos en la gestión de calidad total, se entiende que todos en algún momento somos proveedores o clientes. Bajo esta óptica, en las instituciones de salud, no solo el paciente o usuario del hospital es cliente; el médico al brindar atención médica será proveedor, pero al utilizar los exámenes auxiliares con fines de diagnóstico será cliente; asimismo será cliente de las áreas administrativas de la institución.

³⁵ Corripio F. Diccionario etimológico general de la lengua castellana. Barcelona. Editorial Bruguera S.A. 1979.

³⁶ Deming WE. *Qualidade: A revolução da Administração*. Rio de Janeiro. Editora Marques Saraiva S.A. 1990. P: 124-135.

³⁷ Munro-Faure L, Munro-Faure M. ¿Qué podemos aprender de los gurúes de la calidad? Munro-Faure L, Munro-Faure M. *La calidad total en acción*. Barcelona. Ediciones Folio S.A. 1994. P: 17-33.

³⁸ Brito P, Clasen MA, De Otero EC. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. En: Haddad J, Clasen MA, Davini MC. editores *Educación permanente de personal de salud*. Washington DC. OPS. 1994. P: 33-61.

7. *La satisfacción del usuario*, “está definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió”³⁹, o bien, como “la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario”⁴⁰.
8. *Evaluación de la Calidad*⁴¹, implica analizar la atención sanitaria en tres dimensiones, estructura, proceso y resultado. Por estructura se entiende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adopta. Proceso se refiere al conjunto de las actividades que los profesionales realizan, por o para el paciente, así como la respuesta de los pacientes a esas actividades. El resultado se refiere a los logros alcanzados tanto en el ámbito de salud del paciente o de la población a que se refiere. El paciente percibe un cambio (positivo o negativo) en el estado de salud atribuible a la atención.
9. *Avedis Donabedian*⁴², señala asimismo, que “la calidad implica el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juega son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente”.
10. “Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad”⁴³, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico de un ambiente confortable que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador que contribuyan a mejorar la calidad de vida”.
11. *Acreditación de servicios de salud*, etimológicamente deriva de *credere*: creer y certificación, de cierto. El diccionario define acreditar como “dar seguridad de que una persona o cosa es lo que representa”. Sin embargo, la acreditación por sí sola no asegura calidad, pero garantiza que las instituciones de salud cumplan con estándares mínimos, en estructura, procesos internos y resultados de la atención médica.
12. *Organización de Salud*, es toda persona jurídica de derecho público, privado o mixto, que administra establecimientos de salud y que mediante sus unidades productoras de servicios proveen atención de salud en cualquiera de sus modalidades, incluyendo los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
13. *Sistema de Gestión de Calidad en Salud*, “es el conjunto de principios, recursos, procesos, métodos, técnicas e instrumentos diseñados para dirigir a la organización en la gestión de su política de calidad en salud y sus objetivos, así como de los procesos que la implementan”.
14. *Alcance del Sistema de Gestión de Calidad en Salud*, Delimita el establecimiento o conjunto de establecimientos de salud de una organización de salud, sobre los cuales el sistema tiene competencia. La delimitación del alcance es facultad de la organización.
15. *Organización*, puede ser considerada como “un sistema de sistemas”, es decir, una entidad compleja conformada por sistemas interconectados e interdependientes.
16. *Los Sistemas de Gestión de Calidad* implementan enfoques de gestión de calidad, cada uno con concepción, métodos, técnicas e instrumentos de intervención. Entre ellos han alcanzado reconocimiento internacional, la Garantía de la Calidad y la Gestión de la Calidad Total.

³⁹ Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán Del Río, 1986

⁴⁰ Donabedian, 1980 En Hidalgo & Carrasco, 1999

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² Donabedian A. *Garantía y Monitoreo de la Calidad de Atención Médica: un texto introductorio*. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 1990.

⁴³ Aguirre-Gas H. *Evaluación y Garantía de la Calidad De La Atención Médica*. Salud Pública México.

17. *La Garantía de la Calidad* descansa en la evaluación de la calidad, teniendo como referencia, estándares e indicadores previamente establecidos, basados en conocimientos científicos, para luego proponer acciones correctivas que conducen a la mejora.
18. *La Gestión de la Calidad Total* tiene como principio la búsqueda permanente de la calidad, bajo el paradigma de la excelencia, en consecuencia, compromete a la totalidad de la organización, sus sistemas y procesos. Este enfoque concibe la calidad desde las necesidades y expectativas de los usuarios y de otras partes interesadas y no sólo en función de estándares técnicamente elaborados.
19. Las Organizaciones de Salud, para la implementación de sus sistemas de gestión de calidad, usualmente adoptan modelos de sistemas, previamente diseñados.
20. Los sistemas que adoptan modelos normativos para implementar el enfoque de Garantía de Calidad, como por ejemplo, los que adoptan las normas ISO como modelo o el de Acreditación.
21. Los sistemas que adoptan modelos normativos para implementar el enfoque de la Gestión de la Calidad Total, tales como el Premio Deming a la Calidad, los criterios Malcolm Baldrige para la Excelencia en el Desempeño y el Modelo de la Excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management) conocidos en gran medida por constituirse en referentes para la presentación a distintos premios internacionales de calidad.
22. Hay sistemas de gestión de calidad que sin adoptar modelos normativos en su diseño, incorporan algunos de sus principios y criterios. Estos sistemas usualmente surgen como iniciativas estatales para implementar políticas públicas destinadas a la gestión de la calidad de productos (bienes o servicios) generados por un sector de la producción. En consecuencia, son modelos diseñados para atender los requisitos de calidad de ciertos productos de la organización, como lo es la atención de salud.
23. En el sector salud de diferentes países, algunos de ellos latinoamericanos, se han diseñado e implementado sistemas con el propósito de gestionar la calidad de la atención de salud.
24. Usualmente, estos sistemas incorporan métodos y técnicas provenientes del enfoque de garantía de la calidad en salud, como la acreditación de establecimientos de salud, del enfoque de la gestión de la calidad total como la mejora continua de procesos, ISO 9000:2008 así como de intervenciones de control de la calidad, como la denominada estrategia de seguridad del paciente.
25. Estos sistemas son diseñados e implementados por la Dirección de la Organización de Salud y son operados por los establecimientos y sus unidades productoras de servicios, que es donde se produce y provee la atención.

Anexo II. Ficha resumen de documentos consultados

Bibliografía consultada por ficha

En caso de libros: APELLIDOS, Nombre (Año). *Título del libro*. Ciudad. Editorial, pp.

En caso de un artículo extraído de una revista: **APELLIDOS**, Nombre (Año), "Título de la revista, Vol. X, No y, mes y año, pág. Inicial – pág. Final

En caso de una referencia web: **APELLIDOS**, Nombre (Año si hubiera), Título: documento en línea o página web) última fecha de acceso. En: <http://www.aaa.com> (escribir el nombre exacto del enlace)
Proyecto o programa al que corresponde: debe colocarse la bibliografía consultada a que proyecto pertenece

Resumen de los documentos revisados: no más de dos carillas

1. Bibliografía consultada por ficha

En caso de libros:

APELLIDOS, Nombre (Año). *Título del Libro*. Ciudad: Editorial, pp.

En caso de un artículo extraído de una revista

APELLIDOS, Nombre (Año), "Título del artículo". En: *Título de la revista*, Vol.X, N°Y, mes y año, pag. Inicial – pag. Final.

En caso de una referencia web

APELLIDOS, Nombre (Año si hubiera), *Título del texto* (documento en línea o página web), última fecha de acceso. En: <http://www.aaa.com> (escribir el nombre exacto del enlace)

- 2. Proyecto o programa al que corresponde:** Debe colocarse la bibliografía consultada a que proyecto pertenece.

Resumen de los revisados: No más de dos carillas.

Anexo III. Entrevistas a profundidad para informantes clave

Categorías/Dimensiones	Preguntas
<p>Características teóricas, metodológicas y operacionales de la intervención</p> <p>¿Cuáles son las características teóricas, metodológicas de la intervención?</p>	<p>¿Cuál es el marco teórico que sustenta la intervención?, ¿cuál fue el objetivo de la intervención?, ¿en qué consistía la intervención?, ¿cuál fue la ruta de intervención en el campo?, ¿existían contrapartes en las zonas de intervención?, ¿cuál era su rol?</p> <p>¿Existía un sistema de monitoreo y evaluación de la propuesta?, ¿en qué consistía?</p> <p>Documentación que sugiera debe ser revisada.</p> <p>¿Existe algún antecedente previo que sirvió de insumo para la propuesta de intervención?, ¿cuál o cuáles?, ¿dónde se realizó?, ¿trabajaron en conjunto con otras propuestas paralelas de calidad?, ¿cómo?, (resultados). No se interponían con otras intervenciones. Repitieron lo ya hecho por otras intervenciones.</p>
<p>Factores internos y externos que influyeron en su implementación</p> <p>¿Qué factores influyeron en su implementación?</p>	<p>¿Qué fortalezas del presentaba el programa o proyecto?, recursos financieros, recursos humanos (capacidades técnicas, experiencia), organización.</p> <p>¿Qué debilidades del programa o proyecto puede mencionar?, recursos financieros, recursos humanos y organización.</p> <p>¿Qué oportunidades facilitaron el proceso?, institucionales, contexto político, contexto económico.</p> <p>¿Qué amenazas que dificultaron el proceso?, institucionales, contexto político, contexto económico.</p> <p>¿Los líderes comunales o actores sociales tuvieron un rol en la propuesta?</p>
<p>Logros y limitaciones de la propuesta</p> <p>¿Cuáles fueron los principales logros?</p> <p>¿Cuáles fueron las principales limitaciones?</p>	<p>¿Se realizó una línea de base?, ¿qué características tenía la línea de base?, ¿se realizó una evaluación de medio tiempo?, resultados obtenidos. ¿Se realizó una evaluación final?, resultados obtenidos. ¿Cómo se midieron?, ¿incluyó satisfacción de usuarios?, ¿quién lo midió?</p> <p>¿Cuál fue el aporte de la propuesta para un abordaje sistémico?</p>
<p>Sostenibilidad de la experiencia</p> <p>¿Qué factores facilitan o dificultan la sostenibilidad de las propuestas?</p>	<p>Responsables de la implementación:</p> <p>¿En qué zonas del país todavía se mantiene viva la propuesta?, ¿se trabaja todavía bajo la misma metodología?, ¿se hicieron avances o innovaciones?, ¿qué norma o normas fueron producto de la intervención?, ¿se tomaron en cuenta algunas de las propuestas de la intervención para alguna norma?, ¿qué factores facilitaron la sostenibilidad?, ¿qué factores dificultaron la sostenibilidad?, ¿cuáles son sus sugerencias para facilitar la sostenibilidad?</p> <p>Contrapartes regionales</p> <p>¿Qué intervenciones recuerda?, ¿qué recuerda de la propuesta?, ¿enseñanzas?, ¿metodologías?, ¿de qué manera se implementaba lo aprendido?, ¿en qué medida el RHUS ha incorporado valores de calidad (trabajo en equipo – mejor continua)/ entrega de evidencias?, ¿qué de lo aprendido suelen aplicar en su práctica actual?, ¿por qué cree que se incorporó a la práctica cotidiana?, ¿existen estrategias de inducción que transmitan el conocimiento y la práctica relativa a calidad?, ¿la propuesta ha sido adecuada al entorno?, ¿cuáles son sus sugerencias para facilitar la sostenibilidad?</p>
<p>Rol rector del MINSA con relación a estas intervenciones</p>	<p>¿El MINSA conocía la propuesta?, ¿cuál fue el papel del MINSA?, fue un factor facilitador o dificultó la intervención. Aporto en la propuesta. Implementó nuevas normas como producto de la intervención.</p> <p>La DIRESA conocía la intervención. Existe un documento de aprobación de la propuesta por parte de la DIRESA.</p>

Anexo IV. Grupos Focales

Categorías/Dimensiones	Preguntas
Características teóricas, metodológicas y operacionales de la intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué intervenciones de calidad en salud se han dado en la región?, ¿en qué zonas intervino? 2. ¿Conoce la o las propuestas? Descríbala.
Factores internos y externos que influyeron en su implementación	<ol style="list-style-type: none"> 3. ¿Qué fortalezas presentaba la propuesta?, ¿qué debilidades presentaba la propuesta? 4. ¿Cómo fue el entorno durante la implementación? Facilidades. Dificultades. 5. ¿Los líderes comunitarios tuvieron un rol en la propuesta o intervención?
Logros y limitaciones de las propuestas	<ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Cuáles fueron los principales logros de la propuesta o propuestas? 7. ¿Cuáles fueron las principales limitaciones de las propuestas? 8. ¿Se midió la satisfacción de usuarios – qué herramienta se empleo?
Sostenibilidad de la experiencia	<ol style="list-style-type: none"> 9. ¿Qué de lo aprendido por la o las propuestas de calidad perdura en el o los EESS dónde usted labora? 10. ¿Qué factores contribuyeron a que la propuesta perdure o desaparezca?
Rol rector del MINSA con relación a estas intervenciones	<ol style="list-style-type: none"> 11. ¿Qué función cumplió la Dirección de Salud o el MINSA durante la implementación de la propuesta de calidad en salud? 12. ¿Existen normas o directivas que facilitaran su implementación? 13. El MINSA o la Diresa fueron facilitadores o dificultaron la propuesta.

Anexo V. Matriz de priorización de Regiones a evaluar

Regiones	Intervenciones en Calidad	Actores clave en la región que puedan proveer información	Experiencias exitosas en calidad de servicios de salud premiadas	Mejoras en la salud materno infantil (ENDES 2000 a 2010)
Apurímac	MCS (USAID) Proyecto 2000 (USAID) AMARES Calidad en Salud (USAID)	No accesibles	Ninguna	% reducción de desnutrición = 28,1 % reducción de mortalidad infantil = 64,8 % de aumento del parto institucional = 97,2
Ayacucho	Proyecto 2000 (USAID) Iniciativa de Políticas en Salud (USAID) Calidad en Salud (USAID) AMARES MCS (USAID)	Medianamente accesibles	01	% reducción de desnutrición 9,8 % reducción de mortalidad infantil = 56,0 % de aumento del parto institucional = 90,3
Cusco	Proyecto Salud y Nutrición Básica GTZ Calidad en Salud (USAID) Iniciativa de Políticas en Salud (USAID) MCS (USAID)	Accesibles	Ninguna	% reducción de desnutrición 32,6 % reducción de mortalidad infantil = 66,7 % de aumento del parto institucional = 117,6
Ucayali	Proyecto 2000 (USAID) Iniciativa de Políticas en Salud (USAID) MCS (USAID) Calidad en Salud (USAID)	Medianamente accesibles	Ninguna	% reducción de desnutrición 27,7 % reducción de mortalidad infantil = 42,3 % de aumento del parto institucional = 54,0
San Martín	Proyecto 2000 (USAID) Iniciativa de Políticas en Salud (USAID) MCS (USAID) Calidad en Salud (USAID)	Accesibles	02	% reducción de desnutrición 1,0 % reducción de mortalidad infantil = 42,9 % de aumento del parto institucional = 73,4
La Libertad	Proyecto 2000 (USAID) CARE	Medianamente accesibles	01	% reducción de desnutrición 30,82 % reducción de mortalidad infantil = 37,8 % de aumento del parto institucional = 81,6
Lambayeque	Max Salud (USAID)	Accesibles	Ninguna	% reducción de desnutrición 44,9 % reducción de mortalidad infantil = 55,3 % de aumento del parto institucional = 49,7

Anexo VI. Matriz a aplicar a cada una de las intervenciones de Calidad en Salud. Perú. 1990 - 2011.

1) Nombre de la intervención
2) Bibliografía revisada
3) Hechos importantes de la información contenida en los documentos revisados
4) Fecha de inicio de la intervención
5) Fecha de término de la intervención
6) Nombre completo del proyecto
7) Fuentes de financiamiento/ Inversión
8) Ámbitos de intervención
9) Objetivos de la Intervención
10) Metodología utilizada para el logro de los objetivos
11) Aspectos relativos al control y monitoreo:
12) Resultados obtenidos
13) Conclusiones
14) Recomendaciones:
15) Lecciones aprendidas:

Anexo VII. Matriz explicativa de variables que influyeron en el éxito o fracaso de intervenciones de Mejora de la calidad. Perú. 1990-2011

1. PROYECTO REPOSALUD – PERÚ. 1995 - 2000

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>VARIABLES A FAVOR: El modelo participativo de trabajo con la comunidad, basado en la necesidad de fortalecer las capacidades de las mujeres para organizar, identificar y movilizar recursos que mejoraran su salud reproductiva. Las mujeres capacitadas de las zonas más pobres del país correspondientes al ámbito de intervención del proyecto, hicieron un mayor uso de los servicios de salud reproductiva. El Proyecto fue visto por grupos internacionales como un experimento único para poner en práctica el plan de El Cairo y tenía un alto nivel de exigencia. Los auto diagnósticos favorecieron un mejor conocimiento de los requerimientos de las usuarias de los servicios. Para aumentar la utilización de los mismos fue fundamental trabajar la calidad de los servicios. El desarrollo del objetivo fue trabajado para influir en el MINSA y a nivel comunitario y se animó a las mujeres a abogar para lograr cambios específicos en la atención local.</p> <p>VARIABLES EN CONTRA. El contexto nacional de un gobierno vertical La mala calidad de los servicios de salud hacia que éstos fueran sub utilizados a pesar de las necesidades encontradas de poblaciones rurales y periurbanas. Falta de masificación de los resultados.</p>	<p>La movilización y educación de la comunidad. Selección de una organización femenina de base comunitaria (OCB) como socio. La OCB primero realizaba un "autodiagnóstico". Identificaban un problema prioritario relacionado con la salud sexual y reproductiva. Diseño de seis a diez intervenciones mensuales para abordar dicho problema. Capacitación por parte de ReproSalud para que se convirtieran en promotores comunitarios. Usaron técnicas de educación participativa y popular. Se realizaron actividades generadoras de recursos que empoderaban a las mujeres ofreciéndoles crédito a través de bancos en las aldeas y organizándolas para que trabajen en la elaboración de productos que fueran comercializados.</p>	<p>Enfoque de género, empoderando a las mujeres para que aumentaran la confianza en sí mismas y ejercieran su capacidad de tomar decisiones. Participación de la comunidad, para que las mujeres desarrollaran habilidades individuales y organizativas, afirmando su capacidad para plantear sus necesidades y negociar con instituciones y autoridades. Apoyo a las iniciativas de las organizaciones comunitarias de base, que mostraran potencialidad para mejorar la salud reproductiva de la mujer y superaran su situación a través de actividades generadoras de ingreso. Fortalecimiento de las capacidades de las mujeres para la promoción y defensa de sus derechos, potenciando sus habilidades para la defensoría de sus derechos sexuales y reproductivos en el ámbito local, regional y nacional. Sostenibilidad, para que las intervenciones de las organizaciones de mujeres fueran perdurables; partan de ellas mismas y se sustentaran en el desarrollo de sus potencialidades. Flexibilidad para irse adecuando a las necesidades y avances particulares de las propias mujeres de las diferentes regiones.</p>	<p>La propuesta contemplaba evaluaciones tanto cualitativas como cuantitativas y se recogieron testimonios e historias de vida que permitieron avanzar en el impacto cualitativo del proyecto. Se contó con un plan de monitoreo de indicadores.</p>	<p>Establecimiento de alianzas de cooperación con 240 OBC, las que llevaron sus programas educativos y de capacitación a 90.000 mujeres y 50.000 hombres. Los centros de salud de 30 lugares donde se llevó a cabo la intervención mostraron un aumento en la cantidad de clientes que acudían por atención de salud reproductiva. Los promotores comunitarios salvaron vidas derivando a las mujeres a centros de salud locales para practicarse exámenes prenatales y recibir atención obstétrica de emergencia. Las sesiones educativas aumentaron el nivel de conocimientos de las personas sobre salud reproductiva y les ayudó a superar los sentimientos de temor y vergüenza respecto de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.</p>	<p>⁴⁴Reorientar el proyecto políticamente hacia la reducción de las debilidades de género.</p>	<p>No ha habido continuidad de estas metodologías. El instrumento de autodiagnóstico, sigue siendo utilizado pero no en forma extendida.</p>

⁴⁴ Extraído de la entrevista realizada a Susana Chávez.

2. PROYECTO DE APOYO A LA SALUD REPRODUCTIVA (PASARE). 1998 - 2000

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>En 1996, a pedido del MINSA y USAID, FPMD procedió a introducir los conceptos nuevos de la gestión de calidad a nivel de unidad de servicios de tres sub-regiones prioritarias del MINSA, Puno, Ayacucho y Chavín, haciendo uso y adaptación de la metodología de PMC (Proceso de Mejoramiento Continuo).</p> <p>Capacitación a 50 jefes de departamento a nivel nacional en la metodología de PMC para trabajar en Salud Materno-Infantil con el proyecto 2000.</p> <p>Capacitación a 21 gerentes del Proyecto 2000 del Perú en la gestión de calidad en un taller internacional en Cuernavaca, México.</p>	<p>El instrumento básico utilizado fue el Proceso de Mejoramiento Continuo (PMC).</p> <p>El Proceso de Mejora Continua implicó trabajar en equipo identificando y resolviendo problemas para mejorar la calidad de los servicios de salud.</p> <p>El proceso se inició en el Centro de Salud donde el encargado/a, el Facilitador (Jefe del Establecimiento), se reunía mensualmente con su Grupo de Mejora, de manera que aplicando un módulo de PMC, relacionado a un determinado tema, analizara con sus compañeros los problemas de su establecimiento relacionados al tema del Módulo y pudieran encontrar las soluciones.</p> <p>Cada dos meses, los facilitadores de los centros de salud de una determinada Red se reunían en el Hospital de su UBASS/UTS, dirigidos y coordinados por el Coordinador de la Red, (de preferencia el Director del Hospital o una persona indicada por el Director) a fin de plantear los problemas y soluciones encontrados relacionados al tema del Módulo, de manera que llegasen a un acuerdo y viabilizaran actividades para mejorar el servicio en el tema que se trató.</p> <p>Este grupo se le denominó Equipo Rector de la Red, quienes además se encargaban de establecer el cronograma de reuniones y todos los aspectos logísticos necesarios para sostenibilidad del proceso.</p> <p>En el nivel superior el proceso se repetía. El Director de la Subregión se reuniría bimensualmente y su equipo gerencial, con los Coordinadores de Red, a fin de acompañar, evaluar y promover el proceso, buscando las soluciones a los problemas, estableciendo el cronograma de supervisión e indicando responsabilidades. Era importante señalar que todos los cargos anteriormente descritos debían ser oficialmente señalados por la Dirección Subregional a fin de que se transfiriera la responsabilidad en el desarrollo del proceso.</p>	<p>Mejorar la gerencia de calidad en cinco Redes Piloto de Salud, a través de la metodología del Proceso de Mejoramiento Continuo (PMC) ya iniciada en los hospitales, extendiendo su aplicación hacia sus Centros y Puestos de Salud a fin de mejorar:</p> <p>La cobertura y la calidad de servicios de Salud Reproductiva.</p> <p>2) La sostenibilidad de los procesos de mejora</p>	<p>El proceso de evaluación era fundamental para la sustentabilidad de las actividades en todos los niveles.</p> <p>En este sentido se propusieron indicadores de proceso y de resultado que deberían ser discutidos en los talleres y posteriormente monitoreados.</p> <p><i>Ejemplos de Indicadores de Proceso</i></p> <p>% de cumplimiento de las reuniones bimensuales y mensuales</p> <p>Número de problemas identificados por centro y número de Equipos de Mejora Continua (EMC) formados</p> <p>Número de problemas en resolución o resueltos por centro/ o EMC</p> <p>Número de procesos cambiados y sistemas gerenciales mejorados.</p> <p><i>Ejemplos de Indicadores de Resultado</i></p> <p>Incremento de usuarias nuevas de Planificación Familiar</p> <p>Incremento de usuarias continuadoras de Planificación Familiar</p> <p>Incremento de usuarias de P/F que reciben consejería</p> <p>Incremento en % de usuarias que expresan satisfacción con calidad de los servicios; % de usuarios que expresan haber sido tratados con amabilidad y cortesía; porcentaje de usuarios que expresan sentirse satisfechos por el servicio recibido.</p> <p>5. Disminución de tiempos de espera.</p>	<p>Formación de 40 facilitadores de PMC en 5 Redes Pilotos de Salud, Formación y mantenimiento de 30 equipos: 25 equipos de mejora y 5 equipos rectores en las redes piloto, y producción y documentación de resultados concretos en cuanto a mejoramiento de calidad y acceso a los servicios según criterios internacionales y/o aquellos establecidos por el MINSA.</p> <p>Seguimiento a los Equipos de Mejora conformados en los hospitales.</p> <p>Desarrollo de sistemas de monitoreo y evaluación.</p> <p>Uso de sistemas de reconocimiento.</p> <p>Formación de facilitadores locales.</p> <p>Escuchar al cliente y el trabajar en equipo para identificar y resolver problemas relacionados a la calidad.</p>	<p>Convocar profesionales con estabilidad en el cargo de forma que la capacitación que recibiera no se pierda, además porque se garantizaba la aplicación de las técnicas aprendidas y su sostenibilidad.</p> <p>Utilizar la metodología implementada para ser expandida a los diferentes niveles de atención.</p> <p>Promover las alianzas entre los representantes del MINSA del nivel nacional y regional; la cooperación internacional y los demás actores relacionados a fin de promover la mejora continua.</p> <p>Sistematizar las experiencias realizadas a fin de difundir su beneficio</p>	<p>La metodología del trabajo en equipo y el Proceso de Mejora Continua de la Calidad, acuñado por Edward Deming en su intervención en Japón, fue recogida en el documento "Manual de Mejora Continua de la Calidad" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA y utilizada a nivel nacional a través de la convocatoria anual que realiza el MINSA a todos los establecimientos de salud que deseen demostrar los resultados obtenidos con esta metodología.</p>

3. PROYECTO 2000. 1995 - 2002

Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.	Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.	Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad	Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad	Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.	Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.	Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y por qué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.
<p>VARIABLES A FAVOR</p> <ol style="list-style-type: none"> Entusiasmo y compromiso del personal en los niveles operativos. Participación de funcionarios de las DISA y del nivel central. Inversiones complementarias del MINSA. Normatividad favorable que oficializó el PCMI, el Sistema de Información Perinatal, la experiencia de Gestión Hospitalaria Descentralizada y el Sistema de Información de Costos e Ingresos hospitalarios. Alianza con otros proyectos y agencias -Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB) y Jhpiego- Flexibilidad de USAID y el MINSA para las adecuaciones. Continuidad en la asistencia técnica, que permitió que diversos productos, fueran coherentes como parte de las estrategias de intervención. <p>VARIABLES EN CONTRA</p> <ol style="list-style-type: none"> Ausencia de participación de involucrados en el diseño, implementación y evaluación del Proyecto; (las organizaciones comunitarias, particularmente las femeninas; las organizaciones no gubernamentales que actúan en el campo de la salud materna e infantil en las DISAs en las que intervino el Proyecto; las universidades y sus facultades relacionadas con el campo de la salud; los Colegios profesionales; los gobiernos locales y los Consejos Transitorios de Administración Regional; los cuerpos médicos y grupos gremiales de los trabajadores de salud. Faltó un marco estratégico nacional de consenso para el desarrollo de políticas de Estado en salud; al iniciar su gestión, cada nuevo ministro o funcionario de alto nivel tenía 	<p>Los procesos prestacionales y organizacionales directamente relacionados con la mejora de la calidad en los que se intervino fueron:</p> <p><i>a. Manejo estandarizado</i> Impulsó el uso de protocolos de atención para los principales problemas de salud que afectan a la madre y el niño, así como la organización de la prestación, la continuidad de la atención y la coordinación entre los diversos servicios institucionales.</p> <p><i>b. Relación entre proveedor-usuario-comunidad</i> Buscó asegurar que el equipo del establecimiento contara con las capacidades necesarias para establecer una adecuada relación entre proveedor, usuaria y comunidad, así como promover prácticas saludables para la salud materna e infantil. Esto en el marco del reconocimiento de un necesario diálogo intercultural con usuarias principalmente pertenecientes a minorías nacionales.</p> <p><i>c. Uso de datos</i> Promovió el análisis de información relacionada con las características de la usuaria y la prestación recibida por ella, para asegurar que la toma de decisiones sea oportuna, eficaz y basada en evidencias.</p> <p><i>d. Gestión y disponibilidad de recursos</i> Aseguró la dotación de recursos humanos competentes, equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para la atención y el desarrollo de mecanismos gerenciales para la mejora continua de la calidad. Todos estos procesos fueron impulsados por la <i>Educación Permanente en Salud</i>, estrategia educativa que promovió la aplicación sistemática del aprendizaje en servicio y en equipo, centrado en la usuaria. Esto se dio a través del Análisis Crítico de la Práctica y el desarrollo de planes de capacitación, ambos en el marco de un enfoque que privilegió la construcción de conocimientos a partir de la experiencia acumulada por los trabajadores en los servicios de salud.</p>	<p>Su propósito fue incrementar el uso de servicios de salud materna e infantil, disminuyendo las barreras de acceso a los servicios de salud, particularmente aquellas de tipo económico, cultural e informativo. Al mismo tiempo, se trabajó para mejorar la calidad y eficiencia de la organización y prestación de servicios de salud materna y perinatal. El objetivo del Proyecto fue mejorar la salud y el estado nutricional de niños pequeños y</p>	<p>La metodología de la supervisión para la calidad de atención, desarrolló aspectos conceptuales y metodológicos de la supervisión para la calidad en el marco de la gestión de la mejora continua de la calidad. Presentó sus dos componentes con sus respectivos instrumentos: la auto - supervisión y el apoyo externo, necesarios para lograr los estándares de calidad en los servicios de salud. El módulo también incluyó los estándares e indicadores de calidad 2001 - 2002, que correspondían a la operacionalización de los componentes de la calidad de atención como referentes de éxito. Estos permitían verificar el avance de los procesos, precisando para cada uno de ellos las fuentes y mecanismos de verificación, así como los criterios para su valoración. La Guía para la implementación de la auto - supervisión; se desarrolló a partir de los estándares de calidad y tuvo como finalidad orientar al personal de los establecimientos en el proceso de revisión interna y colectiva de la calidad de sus prestaciones y de su organización. Incluyó un instrumento que daba instrucciones detalladas para asegurar una medición objetiva de sus procesos de calidad. Con su</p>	<p>La mejora de calidad de los servicios se sustentaba en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y demandas de la población, con la necesidad de la adaptación y heterogeneidad cultural de los servicios de salud. Reconocimiento de la usuaria como sujeto de derechos y expectativas, con quien debía practicarse la tolerancia, el diálogo de pares y ofrecer un trato respetuoso, amable y cálido. Se desarrollaron competencias en los niveles regional y local para identificar las necesidades de información, así como para diseñar y desarrollar programas sostenidos de comunicación. Fortalecimiento de las competencias técnicas de grupos seleccionados de</p>	<p>Generar condiciones organizativas, administrativas y políticas que permitan a los trabajadores desplegar sus iniciativas y alcanzar exitosamente sus propuestas, pues eso aumenta su autoestima, fortalece su lealtad y genera mayor compromiso para emprender empresas más exigentes. Fomentar la participación de involucrados en el diseño, implementación y evaluación de los proyectos futuros, llámense estos organizaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales; las facultades relacionadas con el campo de la salud; los Colegios profesionales; los gobiernos locales y los Consejos Transitorios de Administración Regional; los cuerpos médicos y grupos gremiales de los</p>	<p>⁴⁵Gran producción de instrumentos técnicos para el área materno-infantil, muchos de los cuales fueron institucionalizados por el MINSA a través de su normalización y que posteriormente con algunas adecuaciones han servido de base para la normatividad actual, como por ejemplo el SIP 2000, fue insumo para el FON, luego estos indicadores y estándares fueron considerados para la construcción del Presupuesto por Resultados, que es la herramienta que usa actualmente el Ministerio de Economía y Finanzas para la administración de recursos económicos en salud. La determinación de las brechas en el área materno-infantil para la construcción de elementos de aseguramiento universal, fueron extraídas de la aplicación del FON a nivel nacional. Recientemente (2010), se han incluido las</p>

⁴⁵ Extraído de la entrevista realizada a la Dra. Lucy Del Carpio Ancaya.

<p>plena libertad para modificar o cancelar los compromisos existentes.</p> <p>3. Debilidad institucional del MINSA; los funcionarios que propiciaban la reforma sectorial consideraron que era necesario sustituir el “viejo ministerio” por uno renovado, formado a partir de un gran número de consultores contratados. De esta forma, los órganos de línea fueron excluidos de participar en la toma de decisiones clave, lo que generó una acentuada rivalidad entre ellos y los equipos de consultores reformadores.</p> <p>4. Debilidad de auspicio institucional al Proyecto; la definición de contrapartes para la puesta en marcha del Proyecto por USAID y el MINSA delegó la función de contrapartes en la Unidad Especial del Proyecto 2000, cuyos funcionarios fueron contratados para tal fin, sin tener la jerarquía para negociar ni generar la adherencia de los directores generales del MINSA.</p> <p>5. Débil percepción de pertenencia del Proyecto 2000 por el MINSA; en su financiamiento existió una contribución del Tesoro Público y las decisiones fueron todas tomadas por el MINSA, sin embargo el Proyecto 2000 no dejó de ser percibido como extraño al MINSA y con desarrollo de actividades paralelas.</p> <p>6. Restringida conceptualización del significado del proceso de institucionalización; el convenio bilateral que dio origen al Proyecto 2000 respondía a los conceptos de su tiempo, optando por una definición de contrapartes restringida al Ministerio de Salud, y específicamente a funcionarios pertenecientes al nivel central del MINSA.</p> <p>7. Debilidad en la gerencia de proyectos por el MINSA; las competencias del grupo de funcionarios a cargo del MINSA durante el periodo 1995-2000 no estuvieron alineadas con la complejidad del manejo del proceso de reforma y con las necesidades de los diversos proyectos de inversión.</p> <p>8. Inexistencia de contrapartes técnicas efectivas identificadas; El Proyecto 2000 enfrentó la enorme dificultad de desarrollar propuestas conceptuales, metodológicas e instrumentales, sin contar con contrapartes efectivas en el MINSA.</p>	<p>Para establecer parámetros objetivos, prácticos y operacionales de desarrollo de los procesos mencionados, se formularon estándares e indicadores de éxito.</p> <p>A partir de mediciones periódicas de estos estándares, los establecimientos determinaron las brechas que separaban la situación ideal planteada por los estándares con el estado actual de sus procesos prestacionales y organizacionales.</p> <p>Implementación de la auto - supervisión.- Con la finalidad de fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad, se desarrolló una metodología que permitió a los equipos de salud diseñar y poner en práctica planes basados en el contraste permanente entre su situación actual y los estándares de calidad determinados por el MINSA.</p> <p>Los momentos de aplicación de esta metodología fueron los siguientes:</p> <p>Determinación de la situación basal de las condiciones existentes en el establecimiento con relación a los estándares de calidad establecidos.</p> <p>Para realizarla, el equipo de gestión siguió pautas establecidas para distribuir equitativamente el trabajo, organizar la reunión de la información, así como su procesamiento y análisis, y definir las brechas existentes para cada estándar e indicador. Este proceso culminó con la determinación de las prioridades para el cierre de las brechas identificadas.</p> <p>Asimismo, el equipo identificó la capacidad de ofrecer funciones obstétricas y neonatales del establecimiento y aplicó prospectivamente el instrumento de análisis de mortalidad materna del MINSA, estimando la capacidad de respuesta del establecimiento para evitar los diferentes tipos de muerte materna.</p> <p>Esto se logró a partir del análisis del estado de los procesos organizacionales y prestacionales directamente vinculados con la calidad de las prestaciones.</p> <p>En el nivel central, para asegurar que los procesos de MCC obtengan niveles crecientes de calidad en las prestaciones y promover en el personal de salud una actitud responsable de rendición de cuentas con la institución y con la sociedad, se ha elaborado un Manual de Calificación de Servicios de Salud Materno–Infantil, herramienta para la verificación de niveles de calidad que el MINSA tenía a su disposición.</p>	<p>mujeres en edad fértil.</p>	<p>empleo, el equipo del establecimiento podía realizar los ajustes organizacionales necesarios para la auto -supervisión; identificar y establecer prioridades sobre las brechas que separaban sus procesos internos de los estándares de calidad; construir un plan de mejora continua de calidad, e identificar sus necesidades de apoyo externo.</p> <p>Guía para el apoyo externo a los procesos de mejora de la calidad de atención; la misma que orientaba al equipo de la DISA en el proceso de brindar asistencia técnica general y especializada a los establecimientos de salud que llevaban adelante planes de mejora continua de la calidad. Promovía la identificación de las necesidades y demandas de los establecimientos, a partir de los resultados de las auto - supervisiones. Permitía que el equipo de la DISA organizara respuestas según estas necesidades y demandas.</p> <p>Manual de procedimientos para la calificación de servicios materno – infantil, fue tomando como base la experiencia de la calificación para el primer nivel de calidad, así como las iniciativas del MINSA en la Acreditación de Servicios de Salud, se elaboró, conjuntamente con la DGSP, este manual que contenía los procedimientos a seguir para llevar a cabo la evaluación externa de los servicios de salud maternos e infantiles de los establecimientos de salud y, según esto, determinar si cumplían con los estándares de calidad requeridos.</p>	<p>profesionales de los niveles nacional, regional y local, con la finalidad de contar con recursos humanos calificados para sostener la asistencia técnica en las áreas de intervención del Proyecto y extenderla al resto del país.</p> <p>Se formaron facilitadores o tutores en:</p> <p>Sistema de Programación y Presupuesto; Sistema de Información de Costos e Ingresos Educación Permanente en Salud; Reanimación Neonatal; Sistema de Información Perinatal.</p> <p>Se requirió que los cuidados obstétricos y neonatales fueran de óptima calidad, por lo que debían cumplir con estar disponibles, ser accesibles en términos financieros, aceptables en términos culturales y sociales, y efectivos en resolver las complicaciones que podrían llevar a una mujer o un recién nacido a la muerte.</p>	<p>trabajadores de salud. Alinear la intervención al marco estratégico nacional.</p> <p>Promover la integración y construcción conjunta de objetivos e instrumentos entre el personal de la intervención y el personal del MINSA del nivel nacional y regional, evitando el desarrollo de actividades paralelas e incluyendo interlocutores profesionales con el perfil adecuado para la negociación.</p> <p>Promover la adquisición y mejora continua de competencias del grupo de funcionarios y equipos técnicos a cargo del MINSA.</p> <p>Fomentar el reconocimiento del personal que logra los objetivos de calidad trazados.</p> <p>Trabajar en forma integral la construcción y validación de la innovación en salud.</p> <p>Estimular las reuniones de intercambio de las mejores prácticas en el nivel nacional.</p>	<p>experiencias e instrumentos exitosos del P2000 y de Femme Care generándose unas Guías para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos de salud que brindan funciones obstétricas y neonatales.</p>
--	---	--------------------------------	---	---	---	---

4. MAXSALUD. 1995 - 2011

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y por qué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
Financiamiento asegurado a través de USAID. Uso de información brindada por indicadores implementados por los equipos de mejora. Elaboración de encuesta de satisfacción del usuario. Compromiso de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad.	Programa de mejora continua de la calidad: identificar el problema, analizar el problema, desarrollar soluciones, implementar soluciones	Implementar un modelo alternativo de oferta de servicios de atención primaria de salud de alta calidad, a través de la institucionalización y ampliación del Programa de MCC de modo que, al mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de las usuarias, se convierta en un factor positivo que contribuya a la sostenibilidad financiera de la Institución.	Se estableció de manera regular un mecanismo de reporte y retroalimentación de los indicadores de calidad, desde las Clínicas a la UAG y viceversa. NO tiene evaluación final	A inicios del 2007 tenían una satisfacción del usuario en sus cuatro clínicas que iba desde 91,2 % a 99,6 % como promedio general de las áreas de salud mujer, salud del niño, medicina general, pediatría y ginecología	La asamblea de la ONG debió haber estado más integrada a la institución para que entendiera y apoyara las propuestas de calidad.	No se mantiene la metodología.

5. PROYECTO COBERTURA CON CALIDAD. 1996 - 2007

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y por qué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>VARIABLES A FAVOR:</p> <p>Las iniciativas del Proyecto CCC, estuvieron alineadas a la Política de Salud.</p> <p>La principal orientación estuvo dirigida al binomio madre –niño, específicamente a la reducción de la mortalidad materno- perinatal, alineada a la Política de estado.</p> <p>El proyecto contribuyó a la formación de las Unidades/Áreas de Calidad de varios EESS del ámbito de intervención, aspecto que fue patrocinado por MINSNA.</p> <p>El entrenamiento y difusión de material educativo en más de 4000 trabajadores de salud, lo que mejoró su autoestima y compromiso con la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva y Planificación familiar.</p> <p>Contribuir con la estrategia MINSNA de “casas de espera”, para la atención de gestantes procedentes de zonas rurales, de tal manera de acercarlas a los Establecimientos de Salud (EESS) y así reducir la mortalidad materna perinatal.</p> <p>Contribuir con el equipamiento, insumos y ambulancias a las Direcciones Regionales de Salud de su ámbito de intervención.</p>	Desarrollo de instrumentos de capacitación para la mejora continua. Desarrollo de instrumentos y capacitación para el soporte a las casas de espera.	<p>General:</p> <p>Contribuir con el Ministerio de Salud a la disminución de la Tasa de mortalidad Materna y perinatal, especialmente en las zonas con población vulnerable.</p> <p>Específicos:</p> <p>Contribuir con el Ministerio de Salud en el desarrollo y sostenibilidad de servicios de Salud de calidad, organizados para la atención integral, priorizando a la mujer y el recién nacido.</p> <p>Fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva a través de la capacitación de los recursos humanos en los diferentes aspectos de salud Sexual y Reproductiva.</p>	Se realizó a partir del monitoreo de la ejecución de planes y programas aprobados por USAID-MINSA, durante toda la ejecución del proyecto.	<p>El Proyecto se institucionalizó en la Dirección General de Salud de las Personas del MINSNA y estuvo incluido en su plan operativo.</p> <p>La Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), difundió y apoyo la implementación y evaluación de normas técnicas apoyadas por CCC, que garantizaron la calidad de atención, como la Norma de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud y el Manual de Mejora de la Calidad.</p> <p>Las Direcciones de Salud, redes y micro – redes del ámbito del Proyecto contaron con un sistema de gestión que garantizó la calidad de la atención integral de la mujer y el recién nacido.</p> <p>Se dotó de equipamiento a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) comprendidas en el ámbito de su intervención, garantizando su mantenimiento. Se dieron numerosos cursos en muchos establecimientos de salud y se entregaron materiales a más de 4000 personas. Dieron soporte a la creación de numerosas</p>	La institucionalización del Proyecto en la DGSP fue muy importante para que los productos elaborados en el marco del Proyecto fueran debidamente asumidos por el MINSNA a nivel nacional. Un mejor diseño del proyecto, el mismo que debió tener objetivos claros, mecanismos de evaluación y monitoreo y planes de trabajo que permitieran alcanzar los resultados. Contar con mecanismos que incluyan la participación del gobierno local y de la sociedad civil; así como la sinergia con otros proyectos de USAID. El personal administrativo y financiero estuvo completamente comprometido con el éxito del proyecto; ellos estaban incluidos desde el inicio en el planeamiento del proyecto y el desarrollo de planes de trabajo. Involucramiento en los aspectos de descentralización, gestión municipal, atención primaria y aseguramiento universal, ya que estas serían las líneas de	<p>Se mantienen a la fecha:</p> <p>Las Unidades/Áreas de Calidad de varios EESS del ámbito de intervención.</p> <p>El material normativo publicado con fines de difusión y capacitación como la NTP 029 de Auditoría de la Calidad en Salud.</p> <p>Las “casas de espera”, para la atención de gestantes procedentes de zonas rurales. El equipamiento, insumos y ambulancias a las Direcciones Regionales de Salud de su ámbito de intervención.</p> <p>Se institucionalizaron las Actividades de intercambio de las mejores prácticas durante las jornadas de mejora continua convocadas por el MINSNA. Todo lo que permanece se ha sostenido mediante la normalización de metodologías,</p>

<p>Contribuir al fomento de las actividades de intercambio de las mejores prácticas durante las jornadas de mejora continua convocadas por el MINSA.</p> <p>VARIABLES EN CONTRA: No contar con línea de base, ni con mecanismos de evaluación y monitoreo, ni evaluación externa; lo que no favoreció la identificación del impacto resultante de la intervención.</p>		<p>Promover el desarrollo de capacidades personales y sociales orientados al mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y adolescente, con estilos de vida saludable y conducta personal responsable en Salud Sexual y Reproductiva</p>		<p>unidades de calidad en los Establecimientos de Salud, y se promovió la acreditación de dichos establecimientos de salud. Se dio soporte a más de 300 casas de espera para la atención de gestantes de las áreas rurales, con la finalidad de fortalecer la estrategia del MINSA para reducir la mortalidad materno- infantil.</p>	<p>acción a desarrollar por el MINSA en el futuro. Las principales necesidades regionales fueron relacionadas a las capacidades de las DIRESAs y sus sub-unidades para gestionar presupuestos por resultados. El desarrollo del fortalecimiento de la participación ciudadana y la sociedad civil los empoderó para la exigencia de una mejor calidad de atención y en lugares acreditados.</p>	<p>la capacitación a personal asistencial, la formación de una masa crítica de líderes.</p>
---	--	---	--	--	---	---

6. PROYECTO VIGIA. 1997 - 2007

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>VARIABLES A FAVOR: El nivel de comunicación entre el Proyecto Vigía, USAID y las contrapartes del MINSA fue bueno al igual que la estrategia de trabajar con un comité directivo que incorporó al Proyecto Vigía como parte del MINSA e hizo posible planificar en conjunto las diferentes actividades. Se dotaron de equipos e insumos para los 18 hospitales más grandes del país, priorizando el área materno - infantil.</p> <p>VARIABLES EN CONTRA: Hubo poco avance por el número reducido de responsables en el equipo técnico para responder a las numerosas actividades y a la no disponibilidad de un plan de monitoreo que fortaleciera el desarrollo de actividades en la misma intensidad en todos los componentes. Sólo algunos hospitales (caso Hospital S. Bernales y Carrión en Lima), estuvieron aplicando protocolos de procedimientos para el control de infecciones intra-hospitalarias. Este trabajo no se realizó en la mayoría de Hospitales porque no se contaban con el personal ni el apoyo logístico necesario. El sistema de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias se vio afectado cada vez que hubo cambio de autoridades, es decir su funcionamiento se debilita no solo por el cambio de personas sino por el desconocimiento de VIH. La mayoría de hospitales no aplicaron protocolos para el control de IIH, a excepción de los hospitales S. Bernales</p>	<p>Proyecto VIGIA contribuyó en la realización de numerosas actividades entre ellas el estudio (1999-2000) que se basó en el Protocolo de Prevalencia de Infecciones Intra-Hospitalarias (IIH) (documento técnico OGE – RENACE/VIG.HOSP.DT 001 – 99 V.1). El rango de prevalencias encontradas eran desde 0% hasta 37.5%, este alto valor obedeció a la presencia de un brote epidémico al momento de realizarse el estudio. Los valores de prevalencia encontrados fueron muy heterogéneos, esta situación obedeció a que eran hospitales de diferentes características como por ejemplo: diferentes perfiles epidemiológicos, número de egresos, número de camas funcionales, ubicación geográfica, nivel de complejidad, presencia de brotes al momento del estudio</p>	<p>Mejorar el estado de salud de la población en alto riesgo de sufrir enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes. Fortalecer las capacidades locales y nacionales para identificar, controlar y prevenir las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes eficazmente en el Perú.</p>	<p>Se realizó mediante el componente Vigilancia de Infecciones Intra-hospitalarias. Con apoyo del Programa de Vigilancia se instaló el sistema de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias (VIIH) en 63 hospitales, con un comité de infecciones intra-hospitalarias. La OGE desarrolló el sistema de inteligencia sanitaria en 10 DISAs apoyado por el Proyecto Vigía.</p>	<p>El Proyecto Vigía logró que el MINSA incursione en Vigilancia de IIH. Las actividades desarrolladas en el componente de Vigilancia, principalmente estuvieron en relación con el sistema de vigilancia y diseño de medidas para el control de enfermedades infecciosas de nivel nacional y alguna de nivel local. El trabajo de implementación de los comités de infecciones intra-hospitalarias, fue un proceso progresivo que significó: vencer resistencias de personal médico, sensibilizar al personal, iniciar trabajo con personal de enfermería y capacitar a profesionales de diferentes hospitales. En algunos Hospitales, como es el caso del Instituto Materno Perinatal, Hospital Sergio Bernales, entre otros, se realizaron estudios de prevalencia de infecciones intra-hospitalarias, inclusive en el Hospital de Trujillo se promovió la inclusión de indicadores de Infecciones Intra Hospitalarias en los acuerdos de gestión. Se estableció un “fondo concursable” con apoyo financiero por parte del Programa de Vigilancia, para incentivar y desarrollar el interés por parte de personal de las Direcciones de Salud por la investigación. Con el apoyo del Proyecto Vigía se formaron epidemiólogos a través del Programa de Entrenamiento de Epidemiólogos de Campo (PREC), estimándose que debiera concluir con cerca de 55 nuevos epidemiólogos. Se capacitaron 2714 personas en 70 hospitales con la finalidad de reducir la prevalencia de infecciones intra-hospitalarias en el conjunto de sus 500,000 egresos hospitalarios anuales aproximadamente.</p>	<p>Que la programación de las actividades del proyecto sean parte del plan operativo de las contrapartes. Promover acuerdos en el sentido de no rotar ni cambiar personal entrenado y capacitado para desempeñar determinadas funciones. Fortalecer el trabajo con las DISAs y ayudar a instalar capacidades en ellas. Desarrollar centros de entrenamiento y referencia nacionales. Es necesario apoyar el programa de control de infecciones</p>	<p>El sistema de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias. La presencia de los comités de infecciones intra-hospitalarias. El sistema de inteligencia sanitaria. Impresión de las siguientes normas, manuales y protocolos oficiales: Norma Técnica de Prevención y Control de IIH. Norma Técnica de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios. Manual de Aislamiento Hospitalario. Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria. Manual de Organización y Funciones de una Unidad de Epidemiología Hospitalaria. Manual de Procedimientos Bacteriológicos en IIH. Manual de Vigilancia Epidemiológica de las IIH. Protocolo: Estudio de Prevalencia de IIH. Protocolo de estudio sobre</p>

<p>e Instituto Materno Perinatal que aplicaron y usaron manuales y protocolos de infecciones intra-hospitalarias. No se encontraron evidencias de seguimiento y monitoreo en la aplicación de protocolos de IIH, por parte de la Oficina General de Epidemiología. Es importante resaltar el hecho que las autoridades y personal entrevistado del MINSA en el proceso de evaluación de medio término, cuando se les preguntó por dificultades que evidencien en el PV, identificaron y mencionaron dificultades propias del MINSA, específicamente las dificultades de tipo administrativo y otras de orden técnico. Esto se explicó por la identificación del Proyecto Vigía como parte del MINSA y no como algún ente fuera de él, y así lo entienden los entrevistados.</p>	<p>de prevalencia, entre otros. Realizando una revisión general se observó que las IIH frecuentemente encontradas fueron la infección de tracto urinario, la infección de herida operatoria, la neumonía y las infecciones del torrente sanguíneo. Por otro lado los servicios mayormente afectados fueron las unidades de cuidados intensivos, neonatología, gineco-obstetricia y cirugía. Una debilidad encontrada radicó en el poco uso del recurso microbiológico para la confirmación de los diagnósticos de infecciones. Se observó que menos del 35% de las IIH diagnosticadas tenían corroboración microbiológica. A pesar de ello se observó que los gérmenes más frecuentemente encontrados fueron: Escherichia coli, Estafilococo aureus, Klebsiella pneumoniae y Pseudomona aeruginosa.</p>			<p>Se brindó asistencia técnica y financiera para la elaboración y difusión de la normatividad relacionada a la prevención y control de las infecciones intra-hospitalarias en el MINSA. Se elaboró y difundió el material educativo para la prevención y control de las IIH. Las estrategias empleadas por el Proyecto Vigía, tales como: conformación de directorio, coordinación permanente, consenso en la definición de actividades, participación plena de contrapartes, promoción de capacidades y transferencia de tecnología resultaron positivas para el avance del proyecto y deben servir para otras experiencias. Impresión de las siguientes normas, manuales y protocolos oficiales: Norma Técnica de Prevención y Control de IIH. Norma Técnica de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios. Manual de Aislamiento Hospitalario. Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria. Manual de Organización y Funciones de una Unidad de Epidemiología Hospitalaria. Manual de Procedimientos Bacteriológicos en IIH. Manual de Vigilancia Epidemiológica de las IIH. Protocolo: Estudio de Prevalencia de IIH. Protocolo de estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud para el control de IIH.</p>	<p>hospitalarias, el uso de protocolos de medicamentos y mejoramiento de infraestructura y equipos de laboratorio. Promover intercambio de experiencias entre los comités de control de infecciones hospitalarias. Continuar el apoyo a la capacitación de personal de salud, especialmente en DISAs. Sistematizar experiencias adquiridas.</p>	<p>conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud para el control de IIH. Todo lo que permanece se ha sostenido mediante la normalización de metodologías, la capacitación a personal asistencial, la formación de una masa crítica de líderes y un sistema de información especializado en la inteligencia sanitaria, y vigilancia de IIH.</p>
---	---	--	--	--	---	---

7. INICIATIVA DE POLÍTICAS EN SALUD. 2007 - 2009

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>Intervenir no solo directamente en calidad, sino en las otras áreas de apoyo son muy necesarias para la mejora de la calidad de los servicios entre ellas podemos mencionar: el sistema de RRHH, el sistema de información, los suministros de medicamentos y la actualización de políticas en salud. El comprometer a otro nivel de gobierno como la municipalidad en la gestión de la calidad. Promover un enfoque sistémico del abordaje de la calidad. Es decir desde una visión sistémica, en donde la calidad debe articularse con el conjunto de las acciones sanitarias.</p>	<p>Proceso de la Gestión Local de la Calidad. Este proceso, componente del Sistema de Gestión de la Calidad, opera la garantía y mejora a nivel local, principalmente en redes y MR. El sistema está organizado en tres componentes: Dirección, Garantía y Mejora y Control y Vigilancia Social</p>	<p>Fortalecer las políticas y capacidades del sector salud para mejorar su desempeño e incrementar el acceso a servicios de salud de calidad dentro del contexto de la descentralización.</p>	<p>Se monitorizó tres resultados: Políticas nacionales de calidad de atención de salud. Sistemas de gestión de la calidad. Desarrollo de capacidades para la conducción del sistema de gestión de la calidad. NO tiene evaluación final</p>	<p>No se obtuvo información</p>	<p>La sostenibilidad pasa por la institucionalización, que el MINSA haga suya la propuesta. Además darle niveles de operatividad, hay que ir ganando en estructura de legitimación social.</p>	<p>Se dio la Resolución Ministerial (RM) N° 727-2009/MINSA el 29 de Octubre del 2009 aprobándose las políticas nacionales de calidad. No se han operativizado, falta de decisión al más alto nivel.</p>

	<p>Reconocimiento de logros. Incentivos a los EESS, trabajadores de salud y otras personas involucradas.</p> <p>La retroalimentación a los equipos locales en el avance de sus planes, mediante un acompañamiento que los estimule, motiva y reconoce los éxitos alcanzados. Los diferentes niveles de la organización del MINSA, en coordinación con los Gobiernos Regionales (GR) y Gobiernos Locales (GL), decidirán la manera de reconocer y alentar los éxitos de los equipos locales y mantener sus mejoras, para lo cual será recomendable establecer y difundir las políticas explícitas de reconocimiento personal y profesional (momento 4).</p> <p>Una vez transcurrido el período de implementación y ejecución del plan de mejora del desempeño -generalmente un trimestre-, es necesario realizar un análisis de los resultados y avances logrados así como revisar el proceso de las decisiones tomadas, incluyendo el involucramiento de las autoridades locales, la comunidad y el apoyo externo obtenido.</p> <p>Cualquiera sea el resultado, el equipo de salud debe iniciar un nuevo ciclo del proceso, fortaleciendo los aspectos positivos de la experiencia anterior, corrigiendo las deficiencias e insuficiencias y reforzando continuamente la capacidad para mejorar su propio desempeño. Este ciclo debe repetirse como mínimo dos veces al año, lo que genera un proceso de mejora continua a cargo de los propios equipos locales, el mismo que es conducido y apoyado por las MR, la Red y las DIRESA o DISA.</p>		<p>utilizar la técnica de los por qué, por su simplicidad. En el PMD se incluirá los responsables, los plazos y la necesidad de apoyo externo requerido para su implementación. El servicio de salud mejorará en la medida que se implemente el PMD y que éste se cristalice en resultados. Cada equipo local decidirá los mecanismos de seguimiento, sugiriéndose la revisión periódica de forma colectiva de los avances. Si durante la revisión de actividades se detecta atraso en alguna de ellas, el equipo debe revisar el análisis de causa, la factibilidad de implementación y la necesidad de apoyo externo.</p>	<p>contribución al mantenimiento de estándares de calidad logrados en los diferentes establecimientos de salud involucrados y para el fomento del cumplimiento de la política de calidad. Promover el intercambio de las mejores prácticas.</p>	<p>tuberculosis y VIH/SIDA. Promover la participación de la sociedad civil, de las escuelas formadoras de personal de salud, de la sociedad civil organizada vg. Mesas de concertación, promueven una mayor sostenibilidad al favorecer la abogacía en defensa de la calidad de atención, contribuyendo al mantenimiento y mejora de los estándares logrados; otorgándoles asimismo legitimidad a los modelos implementados. Las actividades en pro de la mejora de la calidad requieren estar plasmadas en los planes y presupuestos y debe contar con un financiamiento explícito, de lo contrario los resultados pierden sostenibilidad.</p>	
--	--	--	---	---	---	--

9. NEXOS. 2005 - 2009

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y por qué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>Trabajar con establecimientos de salud que se gestionan bajo la modalidad de administración compartida.</p> <p>Comprometer no solo al personal de los EESS, sino también al gobierno local y a la comunidad.</p>	<p>Construir a partir del éxito local, lo que ha funcionado bien. Asociación de tres vías entre la comunidad, el gobierno local y el EESS. El gobierno local emite políticas que facilita el proceso, el EESS brinda el soporte técnico y la comunidad actúa como verdadero socio. Toma de decisiones basada en evidencia. Cambio de comportamiento de en las comunidades como resultado primario.</p>	<p>Fortalecer los vínculos entre las comunidades y las autoridades, trabajando con los establecimientos de atención primaria de salud dirigida por CLAS para mejorar la salud en los hogares más pobres y remotos.</p>	<p>No se obtuvo información</p>	<p>Creación de centros de pasantía de la experiencia que permita extender los éxitos.</p>	<p>Empoderamiento de la comunidad.</p>	<p>No se obtuvo información</p>

10. CATALYST. 2000 - 2006

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>VARIABLES A FAVOR: Se pudo normalizar los instrumentos técnicos a través del MINSA y en la medida de lo posible se incorporó la tecnología de información para facilitar su uso. Se favoreció el entrenamiento permanente en el uso de los instrumentos y el intercambio de los resultados logrados en cada ámbito de intervención. Se fomentó la recertificación de los profesionales de la salud a fin de lograr un buen desempeño profesional en el nivel nacional. Se promovió la actualización de la norma de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo a fin de garantizar la calidad de atención en salud.</p> <p>VARIABLES EN CONTRA: Alta rotación de directivos y personal de salud entrenado. Escasez de personal</p>	<p>Se desarrollaron cuatro componentes para proporcionar la asistencia técnica: Capacidad resolutoria de los establecimientos y SIP 2000 Aplicación del sistema FON (Funciones Obstétricas y Neonatales), que evalúa los recursos humanos y materiales existentes en los establecimientos. Centros de Desarrollo de Competencias (CDC) Se aplicaron indicadores, evaluándose los recursos humanos y materiales de los hospitales. Determinación de competencias de los profesionales de salud de su respectiva para la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales. El CDC mejoró las competencias de los profesionales y técnicos de salud en el manejo de los daños más frecuentes e importantes en las regiones. La mejora continua de la calidad en los servicios En esta línea, la asistencia técnica facilitó junto con las DIRESA, la ejecución de un sistema de mejora de la calidad en cada región, para lo cual se conformaron equipos de evaluación que formularon sus sistemas sobre la base de: a) un factor técnico, que considera los conocimientos y las técnicas para la solución de los problemas de salud; b) una dimensión interpersonal, es decir, la relación entre los profesionales que brindan el servicio y los pobladores que lo reciben, y c) el contexto o ambiente donde se brinda la atención. Participación y cogestión en salud Este apoyo partió por reconocer que las asociaciones CLAS eran la principal forma de participación en salud en el primer nivel de atención desarrollado, con el mandato para tomar decisiones en el ámbito local para asegurar un mejor acceso, una mejor calidad de atención y el uso transparente y eficiente de los recursos. Actividades realizadas para la mejora de la calidad de los profesionales de la salud y servicios de salud. La institucionalización y el fortalecimiento de los sistemas para acreditar a las facultades y escuelas de medicina, enfermería y obstetricia. La creación de una entidad nacional autónoma de evaluación, acreditación y certificación de la educación superior. La elaboración de normas y métodos de calidad para los establecimientos de salud.</p>	<p>Fortalecimiento, expansión, acceso y mejoramiento de la calidad de los servicios de información y atención en salud sexual y reproductiva, en planificación familiar y materno-infantil, en un marco de derechos humanos y de equidad de género, con énfasis en el trabajo comunitario con los más pobres y desposeídos. Contribuir a la reducción de la mortalidad materno-perinatal. Fomentar las competencias en el personal de salud.</p>	<p>Durante la implementación del Funciones Obstétricas y Neonatales (FON), la capacidad resolutoria pasó de 53,7 por ciento a 59,3 por ciento en cuanto a equipamiento y recursos. El 100 por ciento de los establecimientos cabecera de micro red de las siete regiones implementaron el SIP 2000, herramienta básica para la mejora tanto de la calidad de atención prenatal como del parto institucional, incluida la atención al recién nacido.</p>	<p>Aplicación del sistema FON (Funciones Obstétricas y Neonatales), que evalúa los recursos humanos y materiales existentes en los establecimientos. Se contó con una línea de base de la capacidad resolutoria en 1,869 establecimientos en los diferentes niveles (95 por ciento del total de establecimientos), desarrollándose en promedio tres mediciones comparativas, hallándose una mejora importante. Formación de equipos para la Mejora Continua de la Calidad (MCC). Los equipos tenían como función apoyar los procesos de mejora continua de la calidad en sus respectivos hospitales y en los establecimientos cabeceras de micro red, Asimismo, sobre la base de los indicadores de menor desarrollo, los establecimientos de salud elaboraron pequeños proyectos de mejora de la calidad, que son presentados a las autoridades locales, las empresas privadas, las organizaciones no gubernamentales, entre otros, para su financiamiento. Se desplegaron proyectos cooperativos para implementar la estrategia de "Casas de Espera" con un enfoque de derechos e interculturalidad. Implementación del SIP 2000, la sistematización y difusión de los resultados contribuyó al mejoramiento de la calidad de la atención médica, en general, y de las emergencias obstétricas y neonatales, en particular. Conformación de un CDC, como órgano dependiente de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), que estaba dirigido por un Comité de Gestión presidido por el director de la DIRESA o el director de la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, los cuales iniciaron procesos de</p>	<p>La asistencia técnica para la dotación de competencias al personal de salud fue una de las principales estrategias de intervención. La elaboración de instrumentos técnicos y de medición de indicadores para la toma de decisiones en el área materno- infantil, fue uno de los legados que se usa hasta la actualidad. El desarrollo de estrategias de acreditación de establecimientos de salud, así como la de acreditación de universidades y re certificación de profesionales contribuyeron a mejorar la calidad de los servicios de salud y de los profesionales de la salud. La mayor parte de los instrumentos técnicos fueron normalizados y su uso se encuentra vigente. Cuando se brinda entrenamiento y supervisión local, se debe promover que el personal de los establecimientos de salud aplique sus nuevas habilidades y conocimientos para fortalecer su desempeño. Realizar la validación de modelos piloto en las organizaciones es una buena forma de lograr el compromiso de las autoridades y la confianza de los trabajadores. La coordinación estrecha con el MINSA es importante cuando se trata de institucionalizar innovaciones,</p>	<p>Implementación del SIP 2000. Aplicación del sistema FON (Funciones Obstétricas y Neonatales), que evalúa los recursos humanos y materiales existentes en los establecimientos. En esfuerzo conjunto con otros cooperantes, las "Casas de Espera" con un enfoque de derechos e interculturalidad. La versión actualizada de la Norma de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. La norma del AISPED, para la recertificación de profesionales de la salud.</p>

dedicado a la implementación de los instrumentos desarrollados.	La creación de un sistema nacional que acredite la calidad de los establecimientos de salud públicos y privados. La certificación y re - certificación periódica de los profesionales de las tres especialidades, basadas en el fortalecimiento de sus competencias. El proyecto de cambio PROGRESA.- Se realizaron cursos para lograr competencias genéricas para el personal de salud.			pasantías para mejorar las competencias en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, formando médicos, enfermeras y obstetras en un total de 1,192 profesionales capacitados, procedentes de 306 establecimientos. La asistencia técnica apuntó a empoderar a las organizaciones de base para que ejerzan una participación efectiva en la gestión de los establecimientos de salud.	mucho más cuando se trata de programas potencialmente controversiales como servicios de planificación familiar o para adolescentes.	
---	---	--	--	--	---	--

11. PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA. 1994 - 2000

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y por qué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud. Fortalecimiento de las competencias técnicas y de comunicación (quechua) del personal de salud. Incorporación del área de promoción de la salud como parte de la intervención integral. Organización de los EESS en una red de servicios.	Categorización dirigida a la acreditación en el primer nivel de atención. Proyectos de mejoramiento de la calidad. Identificación de problemas que afectaban la prestación de los servicios y como interceder en ellos a través de dar viabilidad a las iniciativas de los equipos de salud para mejorar los procesos que afectaban la prestación de los servicios.	Mejorar la situación de salud y nutrición de las mujeres en edad fértil y niños menores de 3 años, a través del incremento de la cobertura y calidad de los servicios de salud del primer nivel y del mejoramiento de las prácticas de salud y nutrición de la población de su ámbito de intervención.	Los datos del proyecto fueron recopilados a través de una "ficha de monitoreo integral" y una matriz de 92 indicadores de gestión física recogidos en los EESS intervenidos. El informe tenía por objeto dar seguimiento a la implementación del modelo de atención integral de salud en los establecimientos y puestos de salud, y se centraba en aspectos que eran directamente observables y considerados críticos para inferir la calidad de la atención brindada en los establecimientos de salud, y que fue utilizado por los EESS, las direcciones de salud y el nivel central. Se realizaron dos estudios de impacto pero no necesariamente se relacionaban con el estudio de base.	No se obtuvo información	Los proyectos deben ser institucionalizados desde su origen, incorporando su transferencia como un proceso dinámico propio de la misma ejecución del proyecto. El MINSA y los gobiernos regionales deben garantizar las condiciones mínimas para el desarrollo exitoso de los proyectos. Las diversas iniciativas de cambio que se vayan diseñando al interior del MINSA deben gozar de un marco que propicie la normal ejecución de acciones tendientes al cambio. Se requiere de un apoyo y compromiso político sostenible en el tiempo.	El modelo de atención integral se incorporó a la dinámica del MINSA, existiendo documentos oficiales que lo certifican. La principal dificultad es pasar de la propuesta teórica a una aplicación práctica en los establecimientos del primer nivel de atención. El área de promoción se incorporó dentro de la estructura organizativa tanto del MINSA como de las direcciones regionales de salud. El uso de la historia clínica familiar en los establecimientos del primer nivel. La propuesta de sectorización por MR de salud.

12. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 1993 - 2000

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y por qué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
Recursos económicos.	Rehabilitación de infraestructura y equipamiento de EESS del primer nivel de atención. Fortalecimiento de las competencias de los RRHH.	No se obtuvo información.	No se obtuvo información.	No se obtuvo información.	No se obtuvo información.	No se obtuvo información.

13. PROYECTO APRISABAC. 1993 - 2000

Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.	Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.	Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad	Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad	Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.	Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.	Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.
<p>VARIABLES A FAVOR: El fortalecimiento institucional, al que contribuyó APRISABAC, se logró por: i) el enfoque en el fortalecimiento de recursos humanos, ii) el énfasis en el diseño y los procesos de gestión, iii) el financiamiento para el logro de los aspectos priorizados en el planeamiento, y iv) la duración del proyecto que permitió el tiempo para la maduración de los procesos.</p>	<p>FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Para el fortalecimiento de los servicios de salud se utilizó un mecanismo de construcción progresiva del Modelo de Salud, el cual tenía dos componentes: a) Prestacional. b) Gestión. El componente de Prestación se subdividía en: Individual Organización de los servicios Paquetes básicos de atención <i>Gestión de la calidad</i> Colectiva Vigilancia y control de riesgos y daños Sistema comunal de salud. Información, educación y comunicación. El componente de Gestión incluía: Sistemas administrativos Planificación Mercadeo social <i>En el aspecto de Gestión de la Calidad:</i> Los servicios de salud deberían incorporar progresivamente el enfoque de calidad que debía estar centrado en la satisfacción del usuario. El objetivo era brindar una atención eficiente y oportuna a todos los que demanden una atención, a través de: Evitar o disminuir el tiempo de espera en las consultas. Evitar o disminuir las oportunidades perdidas. Mejorar rendimiento y la productividad (horas /producción/servidor) Disminuir costos en la atención Mejorar eficiencia (Oportunidad y mejor relación costo/ beneficio) Atención brindada por personal capacitado y actualizado. La atención no puede ser discriminada por razones sociales, culturales todos deben recibir un trato igualitario. La atención debe brindarse de manera Oportuna La atención tiene que ser periódica desde el nacimiento hasta la edad adulta el seguimiento es importante. Toda actividad que se realiza debe tener un efecto en la persona que la recibe es decir que tenga impacto. La atención de los pacientes no puede terminar en una receta sino en la atención</p>	<p>Fortalecimiento de los servicios de salud. Desarrollo comunitario. Saneamiento básico.</p>	<p>Se estableció un sistema de registro y seguimiento en todos los niveles de atención con retroalimentación, procesamiento y análisis oportuno de datos, que permita la toma adecuada de decisiones y el seguimiento de los usuarios. Se cambió el esquema mental del uso de la información, los servicios locales son los que primero deben usar la información generada y no ser solo intermediarios de la información. Se buscó implementar un Sistema de información uniforme como parte de la red nacional de información (HIS), que funcionara adecuadamente, que tuviera información oportuna y que fuera el elemento indispensable del análisis local para la toma de decisiones. Por ser el sistema de información HIS un sistema automatizado era necesario contar con centros de computo mínimos operativos en cada centro de salud en donde procesaran los datos de los puestos de salud y retroalimentarán a estos dentro de los 30 días siguientes, la información procesada por los Centros se enviaría a la Sub Región quien haría la retroalimentación mensual a las unidades informantes. La información oportuna permitió al equipo técnico local el Análisis periódico de los datos recibidos con una frecuencia anual. Capacitaron al personal de salud para el manejo adecuado de los datos desde el registro, el análisis y la toma de decisiones informada. Implementar una sala de situaciones en cada centro de salud en donde sea visible para todos los trabajadores el avance de las acciones del establecimiento. Incorporar progresivamente en la red la</p>	<p>Celebrar congresos de los Servicios de Salud que sirven para el autoanálisis, compartir de experiencias, competencia sana, confraternidad, y actualización del personal de los establecimientos de salud. Desarrollo de recursos humanos en salud pública y gestión en la Región de Cajamarca fue el factor principal en la implementación de nuevos modelos de salud y saneamiento ambiental y el fortalecimiento de la gestión en todos niveles desde la comunidad hasta el nivel regional. El modelo de gestión de servicios de salud, que incorporó aspectos de la mejora continua de los procesos sirvió</p>	<p>Desde el MINSA, proveer mandatos a nivel nacional para priorizar el trabajo comunitario y la salud y desarrollo comunal con resoluciones, directivas y políticas oficiales sobre los aspectos trabajados. En el diseño de proyectos futuros se debe incluir a los actores beneficiarios del proyecto en la identificación de necesidades y soluciones, para asegurar la sostenibilidad del proyecto.</p>	<p>Permanecen sus múltiples publicaciones desarrolladas en sus diferentes componentes en la biblioteca del MINSA.</p>

	<p>integral, eficiente y oportuna del paciente. En muestreos y encuestas realizadas en varios centros de salud encontraron que uno de los mayores problemas identificados por la población es el largo tiempo de espera para ser atendidos y el mal trato al usuario.</p>		<p>información obtenida por los agentes comunales de salud. Definieron indicadores trazadores de avance en cada servicio de salud y monitorearlos permanentemente.</p>	<p>para fomentar la cultura de la calidad y girar en torno al usuario de los servicios.</p>		
--	---	--	--	---	--	--

14. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>VARIABLES A FAVOR: Creación de nuevas gerencias, pese al no reconocimiento por algunas instancias del MINSA.</p> <p>VARIABLES EN CONTRA: En el caso de los acuerdos de gestión establecidos en 1998 entre el MINSA y los hospitales de Lima, éstos no lograron enraizarse como un nuevo sistema de vinculación y de pagos teniendo muchas dificultades su implementación. La mayor dificultad del Convenio fue originado por el marco jurídico normativo para el sector público. El PAAG no implementó un sistema de supervisión y monitoreo para el cumplimiento de los acuerdos de gestión lo que no favoreció la intervención. El PAAG no avanzó por no tener un sistema de indicadores de evaluación. El balance final sobre la implementación de acuerdos de gestión es que ha sido positivo como generador de expectativas y desarrollo de potencialidades en los hospitales. Sin embargo los logros alcanzados han sido en gran medida fruto del esfuerzo casi autónomo de los hospitales. Las nuevas capacidades generadas en el hospital en el campo del control de costos y capacidad operativa han permitido pasar a nuevas modalidades de asignación financiera, mediante fórmulas de transición como la de pago por servicios o formas mixtas de pago.</p>	<p>Desarrollo e implementación de un modelo de financiación de un establecimiento basado en el cumplimiento de indicadores de calidad y de producción, aspectos que se constituyeron en una aproximación a las exigencias de modernización y reforma en el sector salud. Creación de la Unidad de Apoyo a la gestión, de los centros de producción: Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, Docencia e Investigación, Capacitación, Económico-Financiera, Venta de Servicios, Programas, Apoyo al Diagnóstico y Apoyo Terapéutico, Informática y Sistemas, y el Centro Quirúrgico; y coordinación con las jefaturas de Departamentos a fin de integrar los requerimientos de bienes y servicios y definir indicadores de evaluación. Definición del sistema de información hospitalaria y el programa de garantía de calidad. Creación del Comité de Mejora Continua y Garantía de la Calidad. Creación de un Comité Permanente de Auditoría Médica y de un Comité de Ética a cargo del monitoreo de los procesos de atención al paciente.</p>	<p>Emitir a través del PAAG las directivas que normen cinco aspectos: identificación de usuarios, producción de servicios, ejecución del gasto, adquisiciones de insumos y medicamentos y calidad de atención. Financiar la contratación de las consultorías necesarias para desarrollar y poner en operación los sistemas de admisión, historias clínicas y de atención al paciente; el sistema de auditoría médica; el sistema de gestión logística y mantenimiento; y el de gestión económico-financiera. Financiar la asistencia técnica que se requiera para apoyar la formulación del Plan Estratégico Institucional y la formulación presupuestal.</p>	<p>Contaron con indicadores seleccionados a monitorizar fueron: a) Producción global y por áreas de gestión; b) Productividad global y por áreas de gestión; c) Extensión de uso; d) Concentración de uso en consulta externa; e) Índice ocupacional (o porcentaje de ocupación de camas); f) Promedio de estancias o permanencia; g) Grado de uso de cama; h) Tasa de mortalidad intra hospitalaria; y i) Tasa de mortalidad post-operatoria.</p>	<p>Creación de un nuevo organigrama con una estructura horizontal por centros de producción (consulta externa, hospitalización, etc.) mejorando la funcionalidad de los Hospitales. Formación de un grupo de apoyo a la gestión (UAG) para apoyar a la Dirección en la conducción hospitalaria. Mayor motivación del Directorio y los responsables de la nueva modalidad de gestión. Modernización incipiente del sistema de atención y producción con indicadores de calidad.</p>	<p>Combinar sistemas de control diversos: el control de resultados a través de indicadores de desempeño, el control contable, de tipo presupuestal; el control social, desde la vigilancia ciudadana; y el control de la competencia administrada. Articular el modelo contractualista – tributario de la teoría principal-agente - con el modelo de reforma democrática del estado, que deberá aportar con mecanismos de control social, Participación y vigilancia ciudadana y transparencia en la gestión. Para la implementación de acuerdos de gestión se requiere tener desarrollados los siguientes aspectos: El diseño y establecimiento de una categorización de los hospitales y establecimientos por niveles de atención. La implementación de un sistema de indicadores de salud. La estandarización del acto médico y su formalización en protocolos de atención. El desarrollo de sistemas de información, auditoría y evaluación capaces de una toma de decisiones informada. Para que funcionen los acuerdos de gestión, la verificación y auditoría de la información in situ se hicieron muy necesarios, a fin de prevenir la manipulación de la información con miras a cumplir las metas.</p>	<p>Se dejó en desuso en modelo de Administración de Acuerdos de Gestión.</p>

15. AMARES

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
Incorporar el elemento cultural como un eje transversal en las intervenciones de mejora de la calidad. Los componentes incluían el modelo de atención integral, sistema de información, gestión de recursos humanos y promoción de la salud.	Enfaticó la necesidad de impulsar el desarrollo de Programas de Gestión de la Calidad, en el marco del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad. Mejoramiento continuo de la calidad, a través de ciclos pequeños de cambio en poco tiempo antes que buscar cambios grandes en ciclos largos. La razón es que "cada ciclo, propiamente ejecutado, es informativo y proporciona la base para el mejoramiento posterior. Acreditación de establecimientos de salud como un mecanismo de retroalimentación para detectar problemas y/o oportunidades que permitan iniciar y sostener ciclos de mejoramiento en diversas áreas de la atención del paciente.	Facilitar los procesos de modernización y reforma del sector salud promoviendo una mejor interacción entre los servicios de salud, las instituciones y la población para que esto traiga como consecuencia una mejora en los determinantes de la salud y en la situación de las poblaciones.	No se obtuvo información.	Encuentros Regionales de Calidad en Salud, que convocaron a los establecimientos de salud de una Dirección Regional de Salud Concursos de proyectos de mejora al interior de las instituciones (Hospital Regional) La publicación de proyectos que alcanzaron cierto nivel de avance, permitiendo documentar la experiencia y aprender de ella.	Institucionalizar desde el MINSA, que se apropie de la propuesta que incluye normatividad que respalde la propuesta. Generar instrumentos y capacidades. Demostrar resultados concretos de mejoras tangibles de la calidad que implicaban una inversión mínima. Estabilidad política. Ver la calidad como algo transversal.	Norma e instrumentos para la acreditación de servicios de salud. Que en la actualidad persiste pero que requiere adaptarse a los procesos en marcha como el aseguramiento y la descentralización. Seguridad del paciente que se incorporó como una estrategia de mejora de la calidad del servicio Fortalecimiento del Sistema de gestión de la calidad.

16. EXPERIENCIAS PROPIAS DEL MINSA

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
VARIABLES A FAVOR: La Política Nacional de Salud considera la calidad de atención como un derecho ciudadano (Política 2002-2012). El ministro de estado respalda la formalización del Sistema de Gestión de la Calidad en el Perú para la red MINSA, (2002), luego para el ámbito Nacional (2005), así como su instrumentación normativa. Se destina financiamiento para la implementación del Plan de Calidad (2007-2008) Se aprueba el Primer Plan de Seguridad del Paciente (2006-2008). Se participa como país en un estudio Iberoamericano de estudios de Eventos Adversos.	La Dirección de Calidad, es el órgano normativo perteneciente a la Dirección General de Salud de las Personas, el mismo que se constituye en el responsable técnico de la elaboración de las normas en el contexto del Sistema de Gestión de la Calidad del Perú. Establece a través de sus 4 componentes las bases conceptuales y los principios considerados en la definición y despliegue de los componentes de la calidad, en el ámbito nacional. La gestión de la calidad implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios que constituyen el centro de su misión. En el Componente Planeamiento:	Diseñar y conducir el Sistema Nacional de Gestión de calidad en los ámbitos Sectorial e institucional para mejorar continuamente la calidad y de la atención de la salud. Definir los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y controlar su cumplimiento. Conocer los resultados de la evaluación periódica de la atención de salud a los usuarios para orientar las acciones y promover y apoyar las iniciativas para la mejora continua de su calidad. Establecer las normas del	Se realizan evaluaciones integrales a cada DIRESA para lo cual se cuentan con la normatividad e instrumentación que permite la supervisión integral que permiten una visualización global de los procesos de atención.	Diseño, validación, implementación de normas en forma participativa, incluyendo los representantes de los gobiernos regionales en el marco de la descentralización. La capacitación, el (benchmarking) intercambio de las mejores prácticas y el reconocimiento a las mejoras son	Se han generado los documentos técnico- normativos que permiten el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el país. Desarrollar los instrumentos normativos que permitan afrontar el aseguramiento universal como política pública orienta los esfuerzos de la gestión de la calidad a promover la garantía de la calidad y por ende al cumplimiento de las garantías explícitas. Capacitar al personal para el cumplimiento de las exigencias de la atención en el marco del aseguramiento universal. Actualizar la normativa de gestión de la calidad para que esté de	Las metodologías recogidas en las normas vigentes son las siguientes: RM N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva n° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 "Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud". RM N° 474-2005/SA/DM del 23 de junio del 2005 se aprueba la N.T.P. de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. RM N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los "Lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los Institutos". RM No 590-2006.SA/DM del 30 de mayo de 2006, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en el

<p>Se elaboran y despliegan las Políticas de Calidad. (2009).</p> <p>La cooperación internacional coincide en objetivos de mejora de la calidad de los servicios de salud, invirtiendo económicamente y asesorando técnicamente varias propuestas metodológicas de aplicación internacional.</p> <p>VARIABLES EN CONTRA:</p> <p>Existen resultados heterogéneos de la implementación de las normas, así como niveles diferentes de implementación en los 4 componentes del sector salud, siendo el sub-sector MINSA el que tiene mayores resultados y niveles de implementación de las normas de auditoría, acreditación, manual de mejora, lista de chequeo quirúrgico; evaluación de la satisfacción del usuario y medición del clima laboral; aspectos que obedecen en parte al fraccionamiento del sistema de salud y a la transición del proceso de descentralización del país.</p> <p>La alta rotación de personal directivo modifica los énfasis en los objetivos a priorizar en los aspectos de gestión de la calidad, así como su desarrollo e implementación, generándose heterogeneidad en los resultados.</p>	<p>El establecimiento de la Políticas de Calidad en Salud en el 2009, señalan el rumbo a través de sus 12 políticas, dirigidas tanto al nivel regulador, al nivel operativo y a la comunidad.</p> <p>En el Componente de Garantía y Mejora: Se cuenta con tres instrumentos Técnico normativos que señalan la metodología a seguir:</p> <p>La Norma de Auditoría de la Calidad de Atención.</p> <p>La Norma de Acreditación de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</p> <p>El Manual de Mejora.</p> <p>El listado de chequeo quirúrgico.</p> <p>En el Componente de Información: Se cuenta con instrumentos para la medición de la calidad percibida por el paciente, con enfoque intercultural, así como con instrumentos para la medición del clima laboral.</p> <p>Asimismo se cuenta así mismo con listados de indicadores y estándares de calidad técnica por niveles de atención.</p> <p>En el Componente de Organización: Se cuenta con la normatividad que permitió el desarrollo, definición de funciones e implementación de las Áreas/ Oficinas/Unidades de calidad a nivel de todo el país.</p>	<p>sistema de acreditación para servicios y establecimientos de salud y establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento.</p> <p>Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de auditoría en salud y supervisar el cumplimiento de los planes de auditoría de la calidad de atención.</p> <p>Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los Procesos que se ejecutan en los servicios y establecimientos de salud a nivel sectorial.</p> <p>Desarrollar las investigaciones operativas que permitan el mejoramiento de las intervenciones sanitarias en el ámbito de su competencia.</p> <p>Participar en la evaluación de la aplicación de los fondos destinados al Financiamiento de las estrategias sanitarias del Ministerio de Salud, en el ámbito de su competencia.</p>		<p>aspectos beneficiosos para los EESS, sus trabajadores y la mejora continua. Trabajo conjunto con los organismos cooperantes, fomentando alianzas para el logro de objetivos comunes.</p>	<p>acuerdo con los cambios de política. Promover la investigación en aspectos de gestión de la calidad. Fomentar el uso de la medicina basada en la evidencia para la actualización permanente de las Guías de Práctica Clínica. Promover la participación ciudadana y el consentimiento informado. Fortalecer el monitoreo de indicadores y estándares, los mismos que deben retroalimentar a los trabajadores de salud y al público usuario. Fomentar las competencias en la gestión de la calidad de los EESS del ámbito Regional. Se deben utilizar opciones modernas que enlacen el pago por los servicios de calidad a los usuarios, con reducción de indicadores negativos de calidad, pactados con el asegurador-financiamiento de los servicios mediante el uso de acuerdos/convenios/ contratos. El involucramiento del personal de salud de las regiones es fundamental para la aplicación adecuada de los instrumentos normativos. Se requiere contar con información técnica de gestión de calidad para la toma de decisiones.</p>	<p>Perú, con alcance nacional.</p> <p>RM N° 640-2006 del 14 de julio del 2006 se aprueba el Manual de Mejora de la Calidad.</p> <p>RM N° 676-2006 del 24 de julio del 2006 se aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente.</p> <p>RM N° 456-2007/MINSA del 4 junio del 2007 se aprueba la NTS N° 050 - MINSA/DGSP-V.02 de la Norma de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</p> <p>RM N° 596 -2007.MINSA, del 20 de julio del 2007, se aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.</p> <p>RM N° 623-2008-SA/DM que aprueba los Documentos Técnicos "Plan para el estudio del Clima Organizacional 2008-2011" y Metodología para el Estudio del Clima Organizacional"</p> <p>RM N° 727-2009/MINSA, del 29 de Octubre de 2009, que aprueba la Política de Calidad en Salud.</p> <p>RM N° 1021-2010/MINSA, del 30 de diciembre de 2010, que aprueba la "Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía".</p>
--	---	---	--	---	---	--

17. EXPERIENCIAS PROPIAS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD. ESSALUD.

Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.	Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.	Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad	Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad	Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.	Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.	Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y porqué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.
<p>VARIABLES A FAVOR: Apoyo político, normativo y financiero para la creación en 1995 se crea la Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos, y se aprueba la organización y funciones del Sistema de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud del IPSS, utilizando la <i>Guía Metodológica para el Mejoramiento Continuo de Procesos en Servicios de Salud de Atención Médica y Administrativa del IPSS</i>; utilizando dicha Guía para el trabajo estandarizado a nivel nacional para la mejora continua. Fomento a la capacitación en la metodología de Mejora Continua de la Calidad; Se generaron a través de tres años entrenamientos de más de 460 círculos de calidad (*conformados por 3 a 8 personas procedentes de un mismo servicio y que son conformados formalmente, con la finalidad de usar técnicas para la mejora continua de sus servicios) en los diferentes niveles de atención (más de 2,500 trabajadores capacitados es decir un 5.5% del total de los trabajadores del IPSS). Logro de resultados por la Sociedad Nacional de Industrias en la versión de Reconocimiento a la Gestión de Proyectos de mejora; Tres primeros reconocimientos a la "Gestión de Proyectos de Mejora" en el sector salud en los años 1997,1998, y 1999, así como la formación de un terreno propicio para fomentar la cultura de la calidad de atención.</p>	<p><i>Se trabajo en base a la Guía Metodológica para el Mejoramiento Continuo de Procesos en Servicios de Salud de Atención Médica y Administrativa del IPSS</i>; utilizando dicha Guía para el trabajo estandarizado a nivel nacional para la mejora continua. De otro lado, el 1º de junio de 1999 el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de su oficina de Instituciones y Organismos del Estado (OIOE), suscribió el primer <i>Convenio de Gestión global</i> de un subsector, el Seguro Social de Salud (EsSalud), con el estado. Dicho Convenio surgió con la intención de constituirse en una herramienta de gestión y la suscripción del mismo se enmarcaba en el proceso de reforma en el que se encuentra actualmente la seguridad social en el país. En ese sentido el Convenio de Gestión MEF-ESSALUD para 1999 estableció seis indicadores y compromisos de metas y estándares a cumplir por el Seguro Social conforme a dichos objetivos. A partir del 2007 y hasta la actualidad, el objetivo de Mejora de la Calidad se basa en el <i>establecimiento de metas que mediante un sistema de bonos y penalidades, se aplica con respecto al cumplimiento de indicadores y estándares de calidad técnica y percibida por cada nivel de atención y en base al establecimiento de un mecanismo de control y auditoría de las prestaciones otorgadas.</i></p>	<p>El mejoramiento de la calidad de los servicios. La ampliación de la cobertura de las prestaciones y de la seguridad social. La optimización de la gestión institucional.</p>	<p>En la experiencia del establecimiento de convenio de gestión, se obtuvieron cambios en los ámbitos involucrados en cuanto a los indicadores de calidad y de producción por niveles de atención. A partir del 2007, Uso del Tablero de Mando Integral, conteniendo indicadores y estándares por nivel de atención, como mecanismo de monitoreo en el cumplimiento de metas pactadas entre la sede central y la red de prestadores de servicios de salud del nivel nacional, obteniéndose cambios muy significativos en más del 95% de las variables estudiadas.</p>	<p>Experiencia en la Mejora Continua de la Calidad.- Se generaron a través de tres años de entrenamientos (1996- 1999) 460 círculos de calidad en los diferentes niveles de atención (más de 2,500 trabajadores capacitados, es decir un 5.5% del total de los trabajadores del IPSS), dando como resultado los tres primeros reconocimientos a la "Gestión de Proyectos de Mejora del sector salud" de los años 1997,1998, y 1999. En la experiencia documentada sobre el establecimiento de convenio de gestión.- Todas las metas propuestas en el Convenio establecido en 1999 entre el Ministerio de Economía y el Seguro Social (ESSALUD) fueron cumplidas. Se diseñó el Plan de Mejoramiento de la Calidad. En 1999, se instituyó mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva, la segunda semana de agosto como la semana de la calidad, con la realización de eventos internacionales sobre Gestión de la Calidad en Salud, fomentando también el intercambio de las mejores prácticas entre EESS. En el uso del modelo del Tablero de Mando Integral y uso de mecanismos de pago que incluyen un sistema de incentivos y penalidades a partir del 2007, hallándose variaciones comparativas que muestran incrementos que de los 12 indicadores medidos se muestra una mejora sustancial en todos ellos, salvo en el indicador de concentración que muestra un incremento, señalando un incremento en el consumo de servicios por un mismo usuario, y el de días estancia hospitalaria que presenta una ligera reducción, indicando que se debe trabajar más los niveles de eficiencia en el uso de los días cama.</p>	<p>Fortalecer el sistema de gestión de la calidad a través de la formación permanente de recursos humanos en los ámbitos asistencial y administrativo para la mejora de la calidad de los procesos de atención. Promover las jornadas de intercambio de las mejores prácticas entre EESS del nivel nacional. Establecer mecanismos de participación formal a través de equipos de mejora y de reconocimiento de los trabajadores que aportan para la mejora continua, mediante la programación de horas administrativas para dicho fin e incentivos. Incrementar la meta de los estándares de calidad de acuerdo al desempeño de cada centro asistencial, así como incluir nuevos indicadores de calidad, como reducción de eventos adversos especialmente en áreas en donde la casuística señala mayor prevalencia. Determinar los niveles basales de incidencia de eventos adversos en los demás establecimientos de salud, a fin de identificar y promover la mejora continua. Promover el logro de la acreditación de establecimientos de salud a través de Planes de intervención, financiamiento y reconocimiento a los logros. Mejorar los sistemas de información que permitan un sistema integrado de mediciones permanentes que retroalimenten a los trabajadores y usuarios en cuanto a su desempeño, en las dimensiones de la calidad técnica, percibida y ambiental. Fortalecer la separación de funciones a través de acuerdos/convenios/contratos entre el lado asegurador financiador y el prestador, que promuevan el uso de mecanismos de pago en base a estándares de calidad de atención prestada a los usuarios,</p>	<p>La modalidad de trabajo al estilo de los círculos de calidad se discontinuó. Permanece a la fecha el trabajo en base a incentivos y penalidades por cumplimiento de indicadores y estándares por nivel de atención.</p>

18 PROYECTO REPROSALUD – PERÚ.

<i>Las variables que más influyen o influyeron en el éxito o fracaso de cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Metodologías utilizadas por cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Objetivos de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Mecanismos de monitoreo y evaluación de cada intervención de mejora de la calidad</i>	<i>Buenas prácticas incluidas en cada intervención de mejora de la calidad.</i>	<i>Sugerencias para asegurar la sostenibilidad.</i>	<i>Describir y analizar cuáles de estas metodologías han continuado funcionando en los últimos cinco años y por qué han permanecido en el tiempo. Explicar cuáles son las variables que apoyaron y/o dificultaron su sostenibilidad.</i>
<p>El modelo participativo de trabajo con la comunidad, basado en la necesidad de fortalecer las capacidades de las mujeres para organizar, identificar y movilizar recursos que mejoraran su salud reproductiva. Las mujeres capacitadas de las zonas más pobres del país, correspondientes al ámbito de intervención, hicieron un mayor uso de los servicios de salud reproductiva. El Proyecto fue visto por grupos internacionales como un experimento único para poner en práctica el plan de El Cairo y tenía un alto nivel de exigencia. Los auto diagnósticos favorecieron un mejor conocimiento de los requerimientos de las usuarias de los servicios. La mala calidad de los servicios de salud hacia que éstos fueran sub utilizados a pesar de las necesidades encontradas de poblaciones rurales y periurbanas. Para aumentar su utilización fue fundamental trabajar la calidad de los servicios. El desarrollo del objetivo fue trabajado para influir en el MINSA y a nivel comunitario y se animó a las mujeres a abogar para lograr cambios específicos en la atención local.</p> <p>VARIABLES EN CONTRA. El contexto nacional de un gobierno vertical Falta de masificación de los resultados.</p>	<p>La movilización y educación de la comunidad. Selección de una organización femenina de base comunitaria (OCB) como socio. La OCB primero realizaba un "autodiagnóstico". Identificaban un problema prioritario relacionado con la salud sexual y reproductiva. Diseño de seis a diez intervenciones mensuales para abordar dicho problema. Capacitación por parte de ReproSalud para que se convirtieran en promotores comunitarios. Usaron técnicas de educación participativa y popular. Se realizaron actividades generadoras de recursos que empoderaban a las mujeres ofreciéndoles crédito a través de bancos en las aldeas y organizándolas para que trabajen en la elaboración de productos que fueran comercializados.</p>	<p>Enfoque de género, empoderando a las mujeres para que aumentaran la confianza en sí mismas y ejercieran su capacidad de tomar decisiones. Participación de la comunidad, para que las mujeres desarrollaran habilidades individuales y organizativas, afirmando su capacidad para plantear sus necesidades y negociar con instituciones y autoridades. Apoyo a las iniciativas de las organizaciones comunitarias de base, que mostraran potencialidad para mejorar la salud reproductiva de la mujer y superaran su situación a través de actividades generadoras de ingreso. Fortalecimiento de las capacidades de las mujeres para la promoción y defensa de sus derechos, potenciando sus habilidades para la defensoría de sus derechos sexuales y reproductivos en el ámbito local, regional y nacional. Sostenibilidad, para que las intervenciones de las organizaciones de mujeres fueran perdurables; partan de ellas mismas y se sustentaran en el desarrollo de sus potencialidades. Flexibilidad para irse adecuando a las necesidades y avances particulares de las propias mujeres de las diferentes regiones.</p>	<p>La propuesta contemplaba evaluaciones tanto cualitativas como cuantitativas y se recogieron testimonios e historias de vida que permitieron avanzar en el impacto cualitativo del proyecto. Se contó con un plan de monitoreo de indicadores.</p>	<p>Establecimiento de alianzas de cooperación con 240 OBC, las que llevaron sus programas educativos y de capacitación a 90.000 mujeres y 50.000 hombres. Los centros de salud de 30 lugares donde se llevó a cabo la intervención mostraron un aumento en la cantidad de clientes que acudían por atención de salud reproductiva. Los promotores comunitarios salvaron vidas derivando a las mujeres a centros de salud locales para practicarse exámenes prenatales y recibir atención obstétrica de emergencia. Las sesiones educativas aumentaron el nivel de conocimientos de las personas sobre salud reproductiva y les ayudó a superar los sentimientos de temor y vergüenza respecto de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.</p>	<p>⁴⁶Reorientar el proyecto políticamente hacia la reducción de las debilidades de género. Desde el MINSA, proveer mandatos a nivel nacional para priorizar el trabajo comunitario y la salud y desarrollo comunal con resoluciones, directivas y políticas oficiales sobre los aspectos trabajados. En el diseño de proyectos futuros se debe incluir a los actores beneficiarios del proyecto en la identificación de necesidades y soluciones, para asegurar la sostenibilidad del proyecto.</p>	<p>No ha habido continuidad de estas metodologías. El instrumento de autodiagnóstico, sigue siendo utilizado pero no en forma extendida. Permanecen sus múltiples publicaciones desarrolladas en sus diferentes componentes en la biblioteca del MINSA</p>

⁴⁶ Extraído de la entrevista realizada a Susana Chávez.

Anexo VIII. Matriz para correlacionar los periodos de implementación de los proyectos de calidad según el contexto externo e interno del país. Perú. 1990-2011

Años	Fases	Contexto de la salud mundial. OMS-OPS	Contexto político del país	Contexto de la política en salud en el Perú. (visión del líder)	Presencia de entidades de cooperación internacional	Entidad	Ámbitos de intervención	Principales intervenciones y documentos fuente	Presencia orgánica de la gestión de la calidad en el sector salud	Normalización específica en gestión de la calidad.
FASE I 1990 - 2000	Etapa de diagnóstico situacional Etapa de implementación de políticas de rescate	Reformas de primera fase dirigidas a brindar un servicio de salud más equitativo, eficiente, eficaz y de calidad	El contexto al inicio de los 90 era crítico, se había pasado de un gasto per cápita en salud de 70 \$ por habitante a inicio de los 80 a 9 \$ x habitante x año. El MINSa que ya era deficiente en la oferta de servicios de salud antes del inicio de los 90, paso a un colapso de los servicios en ese momento. No había insumos como gaza o guantes, se suturaba las heridas con agujas gruesas en los hospitales nacionales, los pacientes para poder estar hospitalizados tenían que llevar sus alimentos, ropa de cama y no había ropa de sala para realizar las operaciones por lo tanto muchas de ellas quedaban suspendidas. La mayoría de los establecimientos del primer nivel de atención estaba a cargo de un técnico de salud y en casos extremos solo existía la infraestructura, pero no había personal y los horarios eran limitados.	Los primeros dos años de la década de los 90, estuvieron marcados por la epidemia del cólera que acaparó gran parte de los escasos recursos del sector. Recuperar la capacidad operativa de los servicios priorizando las zonas más pobres. Los lineamientos de política de salud se resumían en: Hacia la equidad, eficiencia y calidad en salud	Banco Interamericano de Desarrollo Banco Mundial USAID	MINSa	Todo el país. Ayacucho, Ancash, Andahuaylas, Huancavelica; Ica, La Libertad, Lima Este, Moquegua, Puno, San Martín, Tacna, Ucayali. Ayacucho, Huancavelica, Ancash, Puno, Juliaca, La Libertad, San Martín, Ucayali, Lima Este. Ayacucho, Puno, Ancash, Huánuco. Lambayeque, Cajamarca, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Junín, Cusco, San Martín, Ucayali, Pasco, Piura, Cajamarca. Nacional. Piura, Cusco, Cajamarca, Lima. Lima, Callao, San Martín, Arequipa, Moquegua, Piura.	Proyectos: Programa de fortalecimiento de los Servicios de Salud. (1993-2000) Proyecto 2000. (1995-2002) Proyecto ReproSalud. (1995-2000) PASARE (1998-2000) Proyecto Max Salud. (1995-2006) Proyecto Cobertura con Calidad. (1996-2007). Proyecto APRISABAC. (1993-2000) Proyecto Vigía. (1997-2007) Proyecto Salud y Nutrición Básica. (1994-2000). Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.(1997-1998) A parte de los documentos comentados para cada uno de los proyectos mencionados en este trabajo la base eran los "Lineamientos de Política de Salud 1995 – 2000"	No	No existieron normas específicas del MINSa en calidad. Las propuestas trabajadas por los grandes proyectos, sirvieron de insumo para que en la siguiente década se establecieran las normas que actualmente se encuentran vigentes en calidad

Años	Fases	Contexto de la salud mundial. OMS-OPS	Contexto político del país	Contexto de la política en salud en el Perú. (visión del líder)	Presencia de entidades de cooperación internacional	Entidad	Ámbitos de intervención	Principales intervenciones y documentos fuente	Presencia orgánica de la gestión de la calidad en el sector salud	Normalización específica en gestión de la calidad.
FASE II 2001-2011	Etapa de desarrollo atomizado de la Gestión de la Calidad en el Perú. Etapa de desarrollo regulado del Sistema de Gestión de la Calidad en la red MINSAs. Etapa de desarrollo regulado del Sistema de Gestión de la Calidad en todo el sector Salud.	En septiembre de 2000, se hizo la Declaración del Milenio, en donde se recogieron ocho Objetivos referentes a: La erradicación de la pobreza. La educación primaria universal. La igualdad entre los géneros. La mortalidad infantil, materna. El avance del VIH/sida. El sustento del medio ambiente.	El 22 de julio del 2002, los líderes de los partidos políticos, organizaciones sociales e instituciones religiosas, firmaron el Acuerdo Nacional (AN), luego de 8 sesiones plenarias del foro, definiendo las 29 políticas de Estado, como base de la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional Y el diseño de una visión compartida del país a futuro. Concertación el Acuerdo Nacional que contempla: Lineamientos de política en salud. Los diagnósticos participativos en salud. Los Planes Concertados y Participativos en Salud que constituyen la política sanitaria de los Gobiernos regionales. El Acuerdo de Partidos Políticos en Salud a nivel nacional y los Acuerdos en salud de los partidos políticos regionales en todo el país. Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico,	Como expresión de trabajo concertado ⁴⁷ , los representantes de salud de los partidos políticos aprobaron 65 líneas de acción a aplicar en salud en el período de Gobierno 2006-2011, en las áreas de reforma del sector. Objetivos: <i>Objetivo 1:</i> Aseguramiento Universal Lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad <i>Objetivo 2:</i> Descentralización Gobiernos regionales y locales ejercen plenamente sus funciones en materia de salud <i>Objetivo 3:</i> Mejora de la oferta y Calidad de los Servicios Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios <i>Objetivo 4:</i> Rectoría Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria. <i>Objetivo 5:</i> Financiamiento Incrementar el financiamiento y mejorar la calidad del gasto en salud. <i>Objetivo 6:</i> Recursos Humanos	USAID. Cooperación de la Unión Europea	MINSAs	Ayacucho, Cusco, Junín, Huánuco, Pasco, San Martín, Ucayali. Ayacucho, Apurímac, Huancavelica. Cusco. Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, San Martín, Ucayali. Ayacucho, San Martín, Ucayali, Madre de Dios, Loreto, Lima, Callao.	Proyecto Catalyst. (2000-2006) Proyecto AMARES (2003-2007) Proyecto NEXOS. (2005-2009) Proyecto Iniciativa de Políticas en Salud. (2007-2009). Proyecto Calidad en Salud. (2008-2013).	SI	RM N° 1263-2004/MINSAs, que aprueba la Directiva n° 047-2004-DGSP/MINSAs-V.01 "Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud". RM N° 474-2005/SA/DM del 23 de junio del 2005 se aprueba la N.T.P. de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. RM N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los "Lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los Institutos". RM No 590-2006.SA/DM del 30 de mayo de 2006, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en el Perú, con alcance nacional. RM N° 640-2006 del 14 de julio del 2006 se aprueba el Manual de Mejora de la Calidad. RM N° 676-2006 del 24 de julio del 2006 se aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente. RM N°456-2007/MINSAs del 4 junio del 2007 se aprueba la NTS N° 050 -MINSAs/DGSP-V.02 de la Norma de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 596 -2007.MINSAs, del 20 de julio del 2007, se aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud. RM N° 623-2008-SA/DM que aprueba los Documentos Técnicos "Plan para el estudio

⁴⁷ Plan Nacional Concertado de Salud (MINSAs. Julio 2007)

político y social para elaborar el presente Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS). Se espera que este plan constituya un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán, mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de las menos favorecidas en un horizonte futuro.

Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población

Objetivo 7: Medicamentos
Asegurar el acceso universal a medicamentos de calidad garantizada así como el uso racional de los mismos

Objetivo 8: Participación Ciudadana
Crear las condiciones en el Sistema de salud que garantice la participación ciudadana en la gestión de la atención de salud y en el cumplimiento de sus deberes y derechos

del Clima Organizacional 2008-2011" y Metodología para el Estudio del Clima Organizacional"

RM N° 727-2009/MINSA, del 29 de Octubre de 2009, que aprueba la Política de Calidad en Salud.

RM N° 1021-2010/MINSA, del 30 de diciembre de 2010, que aprueba la "Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía".

Anexo IX. Directorio

Nombre y apellidos Cargo.
Dr. Henry Alfonso Rebaza Iparraguirre. Gerente Regional de Salud de la DIRESA La Libertad.
Dra. Lucy Del Carpio Ancaya. Responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
Dra. Lucy López Ex Gerente de Programas de la Oficina de Salud de USAID.
Dr. Oscar Cordon. Jefe del Proyecto Calidad en Salud.
Lic. Vianey Márquez. Responsable de la Dirección de Gestión Territorial
Lic. Rosa Pretell Responsable de la Dirección de Promoción de la Salud.
Dra. Patricia Urqueaga. Responsable del Proyecto de Mejora Premiado en el 2009.
Dr. Jerry Rebaza. Entrevista al Ex Coordinador del Proyecto 2000
Dra. Regina Sánchez Entrevista a la Gerente de Atención Integral
Dr. Ricardo Llontop. Responsable del Proyecto Max Salud
Mrs. Ellen Eiseman.
Dr. Bruno Benavides
Dr. Claudio Lanata.
Dra. Ariela Luna Ex Jefe del Gabinete de Asesores del MINSA
Dra. Susana Chávez
Dra. Danitza Fernández
Lic. Rosario Zavaleta Alvarez
Dr. Carlos Ricse Cataño.
Dr. Luis García Corcuera.
Dra. Juana Antigoni.
Dr. Luis Legua García
Dr. Jaime Moya Grande
Lic. Harrison Sandoval
Dr. Neptalí Santillán Ruiz Asesor del Presidente Regional de San Martín - Ex miembro de la Unidad Especial del MINSA para el Proyecto 2000 - Ex Director Regional de Salud de San Martín

Nombre y apellidos Cargo.
Lic. Sofía Velásquez Portocarrero Gerente de Desarrollo Social - Ex responsable de Calidad de la DIRESA San Martín
Dr. Raúl Arroyo Tirado Médico Gineco Obstetra del Hospital de Tarapoto - Ex director del Hospital Materno Infantil durante la intervención del Proyecto 2000
Dr. Augusto Llontop Reátegui Médico Gineco Obstetra - Actividad privada - Responsable de Capacitación en la DIRESA San Martín durante el Proyecto 2000
Lic. Elsa Cabrera Reátegui Directora de Control de Epidemias, Emergencias y Desastres - DIRESA - Ex Coordinadora Regional de San Martín durante el Proyecto 2000
Lic. Geydi Vigo Paima, Enfermera del Hospital de Tarapoto Trabajó en el Hospital Materno Infantil de Tarapoto durante la intervención del Proyecto 2000
Lic. Elizabeth Arostegui Saldaña, Enfermera del Hospital de Tarapoto Trabajó en el Hospital Materno Infantil de Tarapoto durante la intervención del Proyecto 2000
Dr. Carlos Mata Pérez, Médico Pediatra del Hospital de Tarapoto Trabajó en el Hospital Materno Infantil de Tarapoto durante la intervención del Proyecto 2000
Sr. Alfonso Chung Garcia, Estadístico del Hospital de Tarapoto. Responsable del SIP 2000 en el Hospital Materno Perinatal de Tarapoto
Dr. Miguel Vela López, Ex Director de la Dirección Regional de Salud de San Martín - Ex Gerente de Max salud
Dr. Jorge Rodríguez Rivas Médico Gineco Obstetra del Hospital de Ayacucho - Ex Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ayacucho
Obst. Walter Bedriñana Carrasco Miembro del Equipo de Epidemiología de la DIRESA Ayacucho Ex Director de Salud de la Región Ayacucho
Obst. Amadea Huamaní Palomino Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la DIRESA Ayacucho