USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | PERU | CALIDAD EN SALUD

21 años de USAID|Perú mejorando la calidad de la atención en salud

En el Perú, el movimiento para mejorar la calidad de la atención en salud ha sido una de las estrategias para cerrar las brechas existentes entre las necesidades de atención de salud de la población y el desempeño del sistema de salud. Este movimiento atravesó por tres fases claramente identificables: la estandarización de los procesos de atención, la formulación de políticas y estrategias nacionales, y la formulación de una propuesta integral, sostenible y viable en un entorno de gestión pública descentralizada.

Este documento discute las fortalezas y debilidades del movimiento por la mejora de la calidad de atención en salud en el Perú, presenta sus logros y avances, y brinda recomendaciones para el futuro desarrollo de la mejora de la calidad en el sistema de salud del país.

Los años de la estandarización

La situación de la atención en salud a inicios de la década de los 90 era de colapso: el sector salud redujo en 87% el gasto anual per cápita, o había insumos básicos para brindar la atención, los pacientes hospitalizados tenían que aportar sus alimentos y ropa de cama, los servicios de cirugía se redujeron y sólo atendían urgencias, y el liderazgo del Ministerio de Salud era muy débil.[1]

En este contexto, sin norte claro ni visión de largo plazo, se inició el movimiento para mejorar la calidad de atención en salud en el Perú. Su primer objetivo fue introducir, en la cultura sectorial, el uso de la evidencia científica como la base para una prestación efectiva de servicios de salud. Entre los primeros esfuerzos, en 1996, destacó la aprobación del Sistema de Acreditación de Hospitales en base a estándares de gestión de instituciones prestadoras de servicios de salud.[2]

En esta etapa de desarrollo incipiente del movimiento para mejorar la calidad de atención en salud, se dieron avances importantes en el desarrollo de las Normas Técnicas de Atención, destacando las referidas a la Planificación Familiar, Inmunizaciones, y Salud Infantil. Estas normas fueron de mucha ayuda para iniciar el proceso de estandarización, aunque carecieron de instrumentos complementarios para facilitar su uso cotidiano a cargo de los trabajadores de salud durante la organización e implementación de los procesos de atención.

A mediados de los años 90, una nueva generación de salubristas comenzó a ejercer un creciente liderazgo en el Ministerio de Salud (MINSA). Se formularon diez proyectos[3] que lograron recuperar la capacidad para prestar servicios básicos e introdujeron los conceptos de servicios de salud centrados en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, y la adecuación de los servicios para responder a la diversidad cultural y étnica del país. Igualmente, se conformaron los comités de mejora de calidad a nivel de los establecimientos de salud.

Se introdujeron las primeras versiones de estándares de desempeño que traducían las Normas

Técnicas de Atención en lineamientos prácticos para su utilización cotidiana por proveedores de servicios de salud.

Igualmente, los proyectos introdujeron una nueva cultura de rendición de cuentas y reconocimiento que se implementó mediante la práctica de la auto-evaluación y la calificación de "establecimientos modelo".

Durante este período, también se fortaleció la gestión local de procesos de mejora de la calidad en programas de salud reproductiva, incluyendo sistemas de monitoreo y evaluación, el uso de sistemas de reconocimiento, la formación de facilitadores locales, mecanismos para "escuchar" la opinión de usuarios, el trabajo en equipo, y la inclusión de otros actores, más allá de los linderos del sector salud, en los procesos de mejora de la calidad.[1]

No todos estos avances encontraron las condiciones propicias para su desarrollo. Los proyectos no tuvieron una hoja de ruta explícita para lograr un alcance nacional; tampoco se desarrollaron mecanismos para sustentar los cambios y mejoras una vez que los proyectos culminaran. Entre los elementos que contribuyeron a que estas iniciativas no lograsen institucionalizarse y perdurar, destacan la inexistencia de marcos políticos y normativos nacionales para la gestión de la mejora de calidad y una gestión pública altamente centralizada, jerárquica y aislada de la sociedad civil.

Los años de la normativización

Los primeros cinco años del nuevo milenio estuvieron marcados por el inicio de una transición hacia un sistema de gobierno descentralizado y con mayor apertura hacia las comunidades, gobiernos locales, y la sociedad civil. El sector salud enfrentó el desafío de acompañar el proceso de descentralización en el país. Esto exigía una estructuración sólida y explícita de las funciones de gobierno sectoriales y la transferencia de algunas de ellas desde el nivel nacional hacia el regional.[10]

Es en este contexto que continuó el desarrollo de iniciativas locales y regionales para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva y salud materna, dando prioridad al desarrollo del soporte normativo y gerencial que permitiera una gestión sectorial de los procesos de mejora de calidad de manera integral, eficaz y sostenible.

El logro principal durante estos años fue el fortalecimiento de las capacidades de liderazgo dentro del sistema de salud y mejorar las competencias gerenciales para el diseño e implementación de estrategias sanitarias, que permitieran atender las necesidades y demandas de salud con equidad, eficacia, eficiencia y calidad, en el marco de la descentralización. Se formuló la Política Nacional de Calidad en Salud y el Programa de Gestión de la Calidad, incluyendo la incorporación de la Dirección de Calidad en el MINSA y DIRESA.[1]

Del mismo modo, se fortaleció la gestión de los recursos humanos, de modo que éstos tuvieran las competencias necesarias para dirigir e implementar las actividades de mejora de la calidad. En el 2005 el MINSA oficializa los Lineamientos de Política Nacional de Recursos Humanos;[5] y en ese marco, los proyectos fortalecieron la capacidad de las regiones para desarrollar el potencial de los recursos humanos mediante la creación de Centros de Desarrollos de Competencias. También con participación de los proyectos, se fortalecieron los sistemas para acreditar a las facultades y escuelas de medicina, enfermería y obstetricia; se creó una entidad nacional autónoma de evaluación, acreditación y certificación de la educación superior;[4] se apoyó la organización e implementación de la certificación y recertificación periódica de los profesionales de enfermería, medicina, y obstetricia; y se fortaleció la capacidad sectorial para la acreditación de establecimientos de salud.[6]

Los diferentes elementos necesarios para la mejora de la calidad fueron progresivamente integrados en los sistemas regulares del MINSA y las DIRESA, dando lugar a la formulación de la política nacional de calidad en salud.[8] Igualmente, se fortaleció el desarrollo de los procesos de estandarización con énfasis en la vigilancia, prevención y control de infecciones hospitalarias; se contribuyó a orientar las inversiones de los gobiernos regionales en el sector salud; se implementaron sistemas regionales de mejora de calidad, y normas y métodos de calidad para los establecimientos de salud.

Sin embargo, los importantes esfuerzos por fortalecer los sistemas y la gestión de la mejora de calidad tuvieron una debilidad: se descontinuó el desarrollo y utilización de estándares operacionales en la provisión de servicios de salud. El MINSA carecía de instrumentos que permitieran traducir las nuevas políticas e instrumentos de gestión en prácticas cotidianas durante la provisión de servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención.

Los años de la integración

A partir del 2008, el Ministerio de Salud decidió iniciar la implementación del aseguramiento universal en salud. El diseño técnico de esta política

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, definidas como la utilización de la mejor evidencia científica nacional e internacional de manejo en la práctica clínica.[9]

Al mismo tiempo, se relanzó globalmente la Atención Primaria de Salud (APS) con los objetivos de alcanzar la cobertura universal de la atención en salud, la mejora de la prestación de servicios, el establecimiento de políticas públicas saludables, y el fortalecimiento de un liderazgo integrador, participativo y dialogante; elementos clave para alcanzar mejor salud para todos (Organización Mundial de la Salud (OMS)). Simultáneamente, se desarrolló el movimiento global por la seguridad del paciente, liderado por la OMS, enfocado en la mejora de las prácticas y estandarización de los procesos de atención.[12]

Como dice el antiguo adagio, "*Todo tiene su tiempo, y hay un momento bajo el cielo para toda actividad*". El contexto durante la tercera etapa del movimiento por la mejora de la calidad fue propicio para proponer la integración de todas las piezas desarrolladas en las etapas anteriores. Se construyó una propuesta que continuara los avances y logros de las etapas anteriores, asegurando la implementación de buenas prácticas de atención, engranando los elementos de política y gestión de la calidad, fortaleciendo los procesos de descentralización del estado, incorporando a diversos actores regionales de la sociedad civil y comunidad, y asegurando su institucionalización y sostenibilidad.

Recomendaciones

La revisión de experiencias ha permitido identificar elementos de política y gestión clave para asegurar el éxito y sostenibilidad de la mejora de la calidad:

Respecto del marco político:

- Privilegiar las soluciones localmente apropiadas y sustentables dentro de un contexto descentralizado.
- Incorporar la mejora de la calidad de atención en salud 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 de participación y supervisión desde la sociedad civil.
- 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.
- Alinear los objetivos en gestión de la calidad con las orientaciones estratégicas del sector, en especial con lo establecido en la Ley de Aseguramiento Universal.

Respecto de las metodologías para la mejora de la calidad:

- Fomentar la utilización diversificada y complementaria de distintos abordajes para la mejora de la calidad de atención, de acuerdo a la situación particular que se enfrenta; por ejemplo:
  - Mejora del desempeño en base a buenas prácticas para asegurar condiciones mínimas de estandarización de los procesos de atención.
  - Mejora continua de la calidad para procesos que han alcanzado una estandarización básica.
  - Colaborativos de calidad para fomentar la cooperación y benchmarking entre experiencias de mejora continua de la calidad.
- Construir un cuerpo de evidencia en base a la monitorización de las diversas intervenciones en mejora de la calidad de atención, analizar periódicamente sus avances y resultados, e incorporar los modelos exitosos, así como las mejores prácticas internacionales que se adecuen a la realidad del Perú.
- Promover la articulación de las intervenciones promovidas por diferentes proyectos, sobre todo si comparten objetivos comunes a fin generar sinergia en la mejora continua de la calidad.

Respecto de la gestión de la mejora de la calidad:

- Promover un liderazgo sostenido del mejoramiento de la calidad de atención en los niveles de gestión estratégica, táctica y operativa.
- Vincular la mejora de la calidad con los sistemas de planeamiento, financiamiento, 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.
- 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.
- Irradiar las experiencias de las regiones hacia el resto del país.

Respecto de los recursos humanos en salud:

- 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 en el mismo el 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.

Respecto de los asocios multisectoriales:

- Promover la participación ciudadana y de los gobiernos locales en la implementación de la mejora de la calidad de atención, tanto para ampliar su base social y recursos, como para promover la rendición de cuentas.
- 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.
- Coordinar con universidades regionales la incorporación de la metodología de mejoramiento del desempeño en los contenidos curriculares de profesionales de la salud.
- 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.

Conclusiones

Durante los últimos 21 años, el movimiento por la mejora de la calidad de atención en el Perú ha recorrido una larga travesía, desde los primeros pasos por la estandarización de los procesos de atención, el desarrollo de políticas y sistemas de gestión de la calidad, hasta la integración del conjunto de elementos en una propuesta construida para fortalecer la efectividad de los servicios dentro de un marco de descentralización, aseguramiento universal, la participación ciudadana y de la sociedad civil, y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Los distintos proyectos que construyeron este movimiento cumplieron eficazmente su rol de apoyo al desarrollo progresivo de las políticas públicas del sector salud (Ver Tabla 1). Aunque en su momento era difícil valorar cabalmente las contribuciones de cada proyecto, una mirada retrospectiva permite unir los puntos y encontrar una coherencia estratégica a las distintas piezas que hoy forman un todo caracterizado por haberse adaptado a las necesidades y exigencias de los procesos políticos y sociales del país.

La mejora de la calidad de atención ha contribuido a mejorar los indicadores clave de salud. Por ejemplo, la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años en 2010 es menos de la mitad de la registrada en 1990 (de 37% a 18%); la razón de muerte materna y la tasa de mortalidad infantil disminuyeron en más de dos tercios durante el mismo período (300 a 93 por mil nacidos vivos y 57 a 18 por mil nacidos vivos, respectivamente).

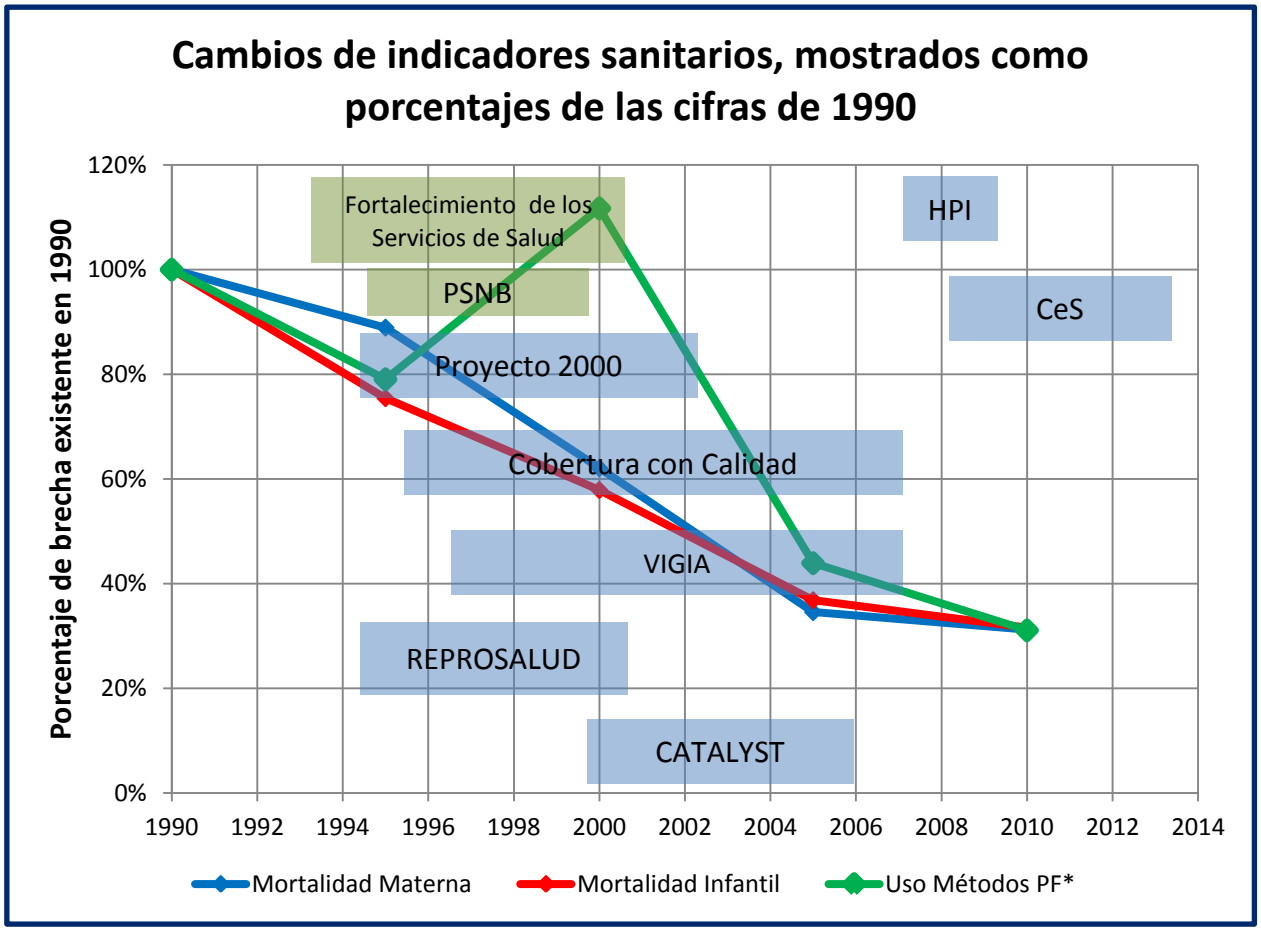
Este movimiento se sumó a otros esfuerzos del Estado Peruano por mejorar las condiciones de vida y salud de los peruanos, destacando el mayor acceso a la educación, el desarrollo de infraestructura productiva, de comunicación y transporte, y el acceso a la electrificación y el saneamiento básico. De igual importancia han sido los procesos para asegurar la gobernanza del sector, la explícita incorporación de la mejora de la calidad de salud como una meta estratégica del Estado, así como la participación social y vigilancia ciudadana en la gestión del sector salud. Debe reconocerse las importantes contribuciones de los socios del Estado Peruano, entre ellos USAID, UNFPA, UNICEF, OPS, JICA, GTZ, y otras organizaciones internacionales y nacionales que han apoyado y participado activamente en el movimiento por la mejora de la calidad de atención.

Tabla 1. Contribuciones de los proyectos y programas participantes en el movimiento por la mejora de la calidad de atención en salud

APRISABAC Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico en Cajamarca	PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PROYECTO DE SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA
Cajamarca **(1993-2000)** -300 comunidades, 70 puestos de salud y 20 centros de salud -Ápoyó el diseño de modelos de organización y gestión de servicios de salud, desarrollo comunitario, agua y saneamiento -Fortaleció la capacidad técnica, gerencial y financiera de la DISA Cajamarca, 7 municipios provinciales y 9 municipios distritales -Logró que 92% establecimientos implementaran sistemas de planeamiento intra y extramural; y que el 74% implementaran el análisis de situación de salud (ASIS) -Implementar en 54% de los establecimientos de salud sistemas de mejora de calidad	**Nacional** **(1993-2000)** -Re-equipó 2,655 puestos de salud, 709 centros de salud, 117 hospitales y 38 unidades administrativas -Capacitó a 15,036 funcionarios de establecimientos de salud -Apoyó en la formación y capacitación de equipos de gestión en 33 DISA, 114 unidades administrativas intermedias y 21 hospitales nacionales-Proporcionó apoyo técnico para preparación de la Ley General de Salud y la Ley de Modernización de la Seguridad Social -Apoyó técnicamente en la creación de bases de la Red Nacional de Telecomunicaciones e Informática del MINSA -Redimensionó 5 redes de servicios y 5 hospitales -Reconstruyó y rehabilitó 19 establecimientos afectados por desastres naturales	**Cajamarca, Cusco, Lima Norte y Piura** **(1994-2000)** -Logró que 237 establecimientos del primer nivel implementaran un modelo integrado de gestión y atención al paciente - Apoyó en la producción de 42 manuales de referencia -Apoyó financieramente la renovación de 184 establecimientos de salud y el equipamiento de 15 DISA -Capacitó a 125 funcionarios en un Diplomado de Mercadeo Social -Capacitó a 500 técnicos en promoción de servicios de salud -Capacitó a 94 funcionarios de Cusco en Quechua y cultura andina -Capacitó a 77 funcionarios en comunicaciones empáticas y relaciones interpersonales -Capacitó a 289 funcionarios s en un Diplomado de Gestión de Servicios de Salud -Apoyó en la Implementación de un modelo de gestión en redes -Logró que 107 establecimientos implementaran proyectos de mejora de la calidad
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	**PROYECTO REPROSALUD**	**PROYECTO 2000**
Hospitales de Lima (1997-1998) -Apoyó en las mejoras de indicadores de producción -Logró mejoras en los compromisos y en la identificación institucional -Promovió la mejora de la calidad de atención y optimización del uso de recursos -Obtuvo mejoras en los ingresos económicos y en la recaudación de fondos -Apoyó en la formación de Unidades de Apoyo a la Gestión -Diseñó sistemas de atención y producción con indicadores	**Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Lima Este, Puno, San Martín, Ucayali** **(1995-2000)** -Logró alianzas de cooperación con 240 organizaciones comunitarias -Logró que 140 mil pobladores participaran en programas educativos -En 30 localidades se lograron incrementos en la cobertura de atención -Logró un incremento de la referencia desde las comunidades hacia los establecimientos de salud -Logró que 1290 mujeres realizaran 58 autodiagnósticos comunitarios	**Ancash, Andahuaylas, Ayacucho, Huancavelica, Ica, La Libertad, Lima este, Moquegua, Puno, San Martín, Tacna, y Ucayali** **(1995-2002)** -En 18 hospitales departamentales y 78 hospitales rurales o centros de salud de referencia se alcanzaron estándares básicos de calidad en servicios materno-infantiles -130 tutores y facilitadores regionales alcanzaron competencias para sostener intervenciones -10 mil proveedores de servicios participaron en actividades de capacitación -107 unidades ejecutoras de 34 DISA aumentaron sus capacidades para preparar y sustentar presupuestos -Se dejaron operando 8 unidades de costos hospitalarios -Se desarrollaron instrumentos para mejorar la gestión financiera de hospitales
PROYECTO MAX SALUD	**PASARE** **Proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva**	**PROYECTO COBERTURA CON CALIDAD**
Lambayeque y Cajamarca **(1995-2011)** -Se obtuvo mejoras de la calidad de atención -Se logró que 100% de clínicas contaran con 100% de insumos y equipos necesarios -Se incrementó el uso del partograma de 40% a 100% -Se redujo la tasa de cesárea en la Clínica Max Salud Balta de 64% a 11% -Se mejoró la calidad de atención al recién nacido desde 0-26% hasta 90% -Se logró más de un 90% de clientes satisfechos	**Ancash, Ayacucho, Huánuco y Puno** **(1998-2000)** -Se logró la incorporación de la cultura de calidad en varios niveles de gestión de servicios de salud reproductiva -Se obtuvo una mejora de las habilidades gerenciales con incorporación de sistemas de escucha al cliente -100 facilitadores fueron capacitados en el programa de mejora de la calidad en servicios de salud materno-infantil y salud reproductiva, en coordinación con el Proyecto 2000	**Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, San Martín y Ucayali** **(1996-2007)** -Se logró la institucionalización de la Norma de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud y el Manual de Mejora de la Calidad dentro de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA -Se obtuvo un sistema de gestión mejorado en DIRESA, redes y micro-redes participantes -Se renovó el equipamiento en DIRESA participantes -Se capacitó a más de 4 mil proveedores -Se promovió la creación de Unidades de Calidad en los establecimientos de salud -Se apoyó la creación de 300 casas de espera

PROYECTO VIGIA	PROYECTO CATALYST	PROYECTO AMARES Proyecto de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y aplicación en una región del Perú
Nacional **(1997-2007)** -Se implementó el Sistema de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias en 63 hospitales -55 epidemiólogos fueron formados a través del programa de Entrenamiento de Epidemiólogos de campo -Se implementó el Sistema de Inteligencia Sanitaria en 10 DIRESA -2,714 proveedores de 70 hospitales fueron capacitados en prevención y control de infecciones -Se mejoró el equipamiento de 18 hospitales nacionales -Se apoyó técnicamente en la elaboración y difusión de normas y manuales para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias	**Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, San Martín y Ucayali** **(2000-2006)** -Se formaron equipos para la mejora de calidad en 108 micro-redes -472 proveedores de salud capacitados -Se elaboraron proyectos de mejora de la calidad y obtuvo co-financiamiento con autoridades locales, empresas privadas y ONGs -Se implementaron mejoras de la calidad de atención y del manejo de emergencias obstétricas y neonatales -Se apoyó la implementación de casas de espera	**Andahuaylas, Ayacucho y Huancavelica** **(2003-2007)** -Brindó apoyo técnico para la actualización y difusión de la norma del Sistema nacional de Gestión de la Calidad y para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo -Apoyó en el diseño de Instrumentos para el mejoramiento continuo de la calidad -Proporcionó apoyo técnico en la formación de la Comisión Andina de Salud Intercultural -Capacitó a funcionarios de DIRESA, redes y micro-redes Sistematización y difusión del modelo de mejoría de calidad -Apoyó en la elaboración e implementación de 82 proyectos de mejora de calidad en 54 centros de salud y 3 hospitales regionales -Diseñó mecanismos de vigilancia ciudadana en 4 micro-redes y un hospital -Apoyó en la implementación de 19 proyectos de adecuación intercultural en 17 micro-redes y 2 hospitales
PROYECTO NEXOS	**PROYECTO HPI** **Proyecto Iniciativas de Política en Salud**	**PROYECTO USAID|PERÚ|CALIDAD EN SALUD**
Cusco **(2005-2009)** -Obtuvo una reducción de desnutrición en niños de 6-23 meses de 38% a 29.8% -Se redujo el bajo peso al nacer de 17.6% a 12% -Se incrementó de lactancia materna exclusiva de 78.9% a 87.9% -Se redujo la mortalidad materna en un 50% -El porcentaje de madres que conocían al menos dos señales de alarma durante la gestación aumentó de 10% a 59%	**Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, San Martín y Ucayali** **(2007-2009)** -Apoyó técnicamente la elaboración y difusión de las Políticas nacionales de Calidad en Salud -Diseñó los estándares nacionales de calidad para la atención de la cesárea, sepsis, hipertensión inducida por la gestación y planificación familiar -Apoyó técnicamente en la creación de los estándares de Acreditación de Institutos Especializados -Apoyó técnicamente en la formulación de una propuesta para un Programa de Gestión de la Calidad	**Ayacucho, Callao, Cusco, Lima, Loreto, Madre de Dios, Huánuco, Lambayeque, Tacna, Ancash, La Libertad, San Martín, Apurímac, Huancavelica, Ica y Ucayali** **(2008-2013)** -Apoyó técnicamente en la implementación de Centros de Desarrollo de competencias en ITS, VIH y SIDA en Ucayali y Loreto -Proporcionó asistencia técnica para la revisión y actualización del Plan intersectorial para la prevención y control de ITS y VIH en Alto Amazonas y Datem del Marañón -Asistió técnicamente en la Descentralización de provisión de TARGA en Ucayali, Loreto y Lima Ciudad -Apoyó técnicamente en las Mejoras del desempeño en el manejo de TB logrando un impacto en indicadores estratégicos -Proporcionó asistencia técnica en la revisión ya actualización de los Planes intersectoriales para la prevención y control de tuberculosis en, Lambayeque, Tacna, Ancash, La Libertad, Ica, Lima y Madre de Dios -Apoyó técnica y financieramente en la implementación de la Iniciativa de Infección Zero del MINSA (disminución de las tasa de infección del torrente sanguíneo en unidades de cuidado crítico) -Apoyó técnicamente en el incremento de la mejora del desempeño en la provisión de servicios de salud materno-infantil y salud reproductiva -Asistió técnicamente en la Incorporación de la Metodología de Mejora del Desempeño en el Plan Nacional de Fortalecimiento del primer Nivel de Atención -Apoyo técnicamente en la incorporación de la consejería balanceada en planificación familiar en la normatividad y práctica de los servicios de salud reproductiva -Apoyó técnicamente en un mejor uso de la información que proporciona el Sistema Informático Perinatal (SIP) el cual fue revisado y actualizado. Apoyó técnicamente en un mejor uso del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (SISMED)

Contribución del Movimiento por la Mejora de la Calidad de Atención al Logro de Resultados Sanitarios*



*Adaptado de Chaw y Spelucin, 2012.

Estos proyectos fueron financiados a través de préstamos realizados por el estado peruano con organismos multilaterales y recibieron asistencia técnica de proyectos de USAID.

Revisión de documentación de proyectos para esta publicación

- Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud
- Proyecto de Salud y Nutrición Básica – (PSNB)
- Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico en Cajamarca – (APRISABAC)
- Proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva – (PASARE)
- Proyecto Cobertura con Calidad
- Proyecto 2000
- Proyecto Iniciativas de Política en Salud (HPI)
- Proyecto MaxSalud
- Proyecto Mejorando la Salud de Poblaciones de Alto Riesgo (Catalyst)
- Proyecto Reprosalud
- Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud – (CeS)
- Proyecto Vigia

Obras citadas

1. Chaw, I., & Spelucin, J. (2012). *Revisión Documental de 21 años de experiencias de mejora de la calidad de atención en los servicios de salud. Periodo 1990-2011*. Lima: USAID/Perú/Calidad en Salud.

2. Ministerio de Salud. (1996). *Manual de acreditación de hospitales.* Lima: Ministerio de Salud.

3. Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Proyecto de Salud y Nutrición Básica, Proyecto 2000-USAID, Programa de Salud Básica para Todos, Proyecto Reprosalud-USAID, Proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva-USAID, Proyecto MaxSalud-USAID, Proyecto de Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca, Programas de Apoyo a los Acuerdos de Gestión, y Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una Región del Perú.

4. Ministerio de Salud. (2001). *Ley, normas de ejecución y estándares mínimos para la acreditación de facultades o escuelas de medicina.* Lima: Ministerio de Salud.

5. Ministerio de Salud. (2005). *Lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud.* Lima: Ministerio de Salud.

6. Ministerio de Salud. (2007). *Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.* Lima: Ministerio de Salud.

7. Ministerio de Salud. (2012). *Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención".* Lima: Ministerio de Salud.

8. Ministerio de Salud del Perú. (2009). *Política Nacional de Calidad en Salud.* Lima: MINSA.

9. Ugarte, O. (2007). *Lineamientos de Gestión.* Lima: Ministerio de Salud del Perú.

10. USAID|Peru|Políticas en Salud. (2011). *Reporte sobre el modelo de Gestión descentralizada para prioridades sanitarias nacionales seleccionadas, incluyendo actividades realizadas y recomendadas para su Implementación.* Lima.

11. USAID Perú Calidad en Salud. (2011). *Metodología de mejora del Desempeño*. Recuperado el 30 de 11 de 2012, de USAID/Peru/Calidad en salud: http://calidadensalud.pe/estrategias/metodologia-de-mejora-del-desempeno

12. World Alliance for Patient Safety. (2008). *Forward Programme 2008-2009.* Geneva: World Health Organization.

13. World Health Organization. (s.f.). *Primary health care*. Recuperado el 30 de 11 de 2012, de World Health Organization: http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/

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.