



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMERICA

**PERU**

**CALIDAD  
EN SALUD**

**Sistematización de la Implementación y Oficialización de la Intervención de  
Mejora del Desempeño  
DEL PROYECTO USAID|PERÚ|CALIDAD EN SALUD  
Período Julio 2008 – Mayo 2012**

**INFORME FINAL REVISADO**

**Octubre 2012**

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.



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMERICA

**PERU**

**CALIDAD  
EN SALUD**

**Revisión técnica**

*María de la Luz Morgan*

*Alberto Padilla*

*Guillermo Frias*

*Oscar Córdón*

**Edición**

*Oscar Córdón*

# Índice

---

Abreviaturas .....	5
Contexto, Marco Metodológico y Resumen de Acciones .....	6
Gráfico 1. Nociones Básicas sobre Sistematización de experiencias.....	8
Gráfico 2. Momentos del Proceso de Sistematización .....	9
Tabla 1. Listado de Participantes según los Talleres Ejecutados.....	10
Gráfico 3. Línea de tiempo en la implementación del proyecto e institucionalización de la MMD11	
<b>I. El Proyecto USAID   Perú   Calidad en Salud implementado por Chemonics International Incorporated .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Enfoques y metodologías de intervención.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Organización del trabajo .....</b>	<b>13</b>
Gráfico 4. Organigrama del proyecto Calidad en Salud .....	13
Cuadro 1. Marco de Resultados del Proyecto USAID   Perú   Calidad en Salud .....	14
<b>1.3. Objetivos del Proyecto .....</b>	<b>15</b>
<b>II. Aspectos conceptuales: de la Metodología de Mejoramiento del Desempeño .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. La Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento – GBE-R. ....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. La Metodología de Mejora del Desempeño.....</b>	<b>18</b>
<b>III. La experiencia de implementación del Proyecto USAID   Perú   Calidad en Salud y de oficialización de la MMD .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Situaciones que afectaron al proyecto en su conjunto .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2. Momento uno: definición de buenas prácticas o estándares .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3. Implementación de la MMD.....</b>	<b>23</b>
Tabla 2. Plan de intervención .....	26
Guía 1. Criterios de desempeño según buenas prácticas / dimensiones y análisis de causas propuestas de actividades / intervenciones .....	26
Guía 2. Priorización de actividades / intervenciones .....	26
Guía 3. Elaboración de plan de mejora de la calidad (*) .....	26
Cuadro 2. Criterios y tipos de reconocimiento.....	28
<b>3.4. Resumen descriptivo por regiones de factores facilitadores y obstaculizadores para implementar la MMD .....</b>	<b>29</b>
<b>IV. Análisis de la experiencia .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1. Aspectos internos que afectaron la implementación del Proyecto .....</b>	<b>30</b>
4.1.1. Diseño inicial .....	30
4.1.2. Concepción y estrategia de intervención.....	30
4.1.3. Gestión interna del Proyecto (personal, clima organizacional) .....	32
4.1.4. Relaciones entre el Proyecto, USAID y Jhpiego.....	33
<b>4.2. Aspectos externos que afectaron la implementación del Proyecto .....</b>	<b>33</b>
4.2.1. Relaciones con actores del sector salud .....	33

4.2.2. Relaciones con los gobiernos regionales y locales .....	34
4.2.3. Relaciones con la sociedad civil y la cooperación .....	35
4.2.4. Relaciones con otros actores: academia, empresas privadas.....	36
<b>V. Proceso para oficializar la MMD .....</b>	<b>36</b>
<b>VI. Principales aprendizajes obtenidos (Lecciones Aprendidas) .....</b>	<b>39</b>
<b>6.1. Concepción y estrategia de intervención.....</b>	<b>39</b>
<b>6.2. Gestión interna .....</b>	<b>41</b>
<b>6.3. Relaciones con el sector salud.....</b>	<b>41</b>
<b>6.4. Relaciones con otros actores.....</b>	<b>41</b>
<b>VII. Recomendaciones .....</b>	<b>42</b>
<b>7.1. Diseño, concepción y estrategia de implementación.....</b>	<b>42</b>
<b>7.2. Gestión del proyecto.....</b>	<b>42</b>
<b>7.3. Relaciones con USAID .....</b>	<b>42</b>
<b>7.4. Relaciones con otros actores.....</b>	<b>42</b>
Anexos .....	44
Anexo I: Instrumentos para la reconstrucción de la experiencia.....	45
Anexo II: Líneas de implementación a nivel regional (Reconstrucción de experiencias en regiones)...	50
Anexo III: Línea del tiempo de la implementación del Proyecto Calidad en Salud.....	91
Anexo IV: Matriz de pasos para la oficialización de la metodología de desempeño a través de una Directiva Administrativa .....	95
Anexo V. Informe de Consultoría sobre Estrategia de Asistencia Técnica basada en Actores Locales Informe de Consultoría sobre Estrategia de Asistencia Técnica basada en Actores Locales .....	98
Anexo VI. Guía de Implementación de la MMD.....	127

## Abreviaturas

---

CeS	Proyecto USAID   Perú   Calidad en Salud
CRS	Consejo Regional de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DCS	Dirección de Calidad en Salud
DGPRIMS	Dirección General de Promoción de la Salud
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
EsSALUD	Seguro Social de Salud del Perú
ESN ITS/VIH/SIDA- VIH/SIDA	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA
ESN TB	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
GBE-R	Gerencia Basada en Estándares y Reconocimientos
GDS	Gerencia de Desarrollo Social (de gobiernos regionales y locales)
HPI	Proyecto Health Policy Initiative – USAID
IIH	Infecciones Intrahospitalarias
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
MCS	Proyecto Municipios y Comunidades Saludables – USAID
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
MMD	Metodología de Mejora del Desempeño
MR	Micro red
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismos no Gubernamentales
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PF	Planificación Familiar
PMD	Plan de Mejora del Desempeño
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
SIS	Seguro Integral de Salud
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico – Quirúrgicos
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SMI	Salud Materna e Infantil
TB	Tuberculosis
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

## Contexto, Marco Metodológico y Resumen de Acciones

---

El Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud (CeS) se inició en julio de 2008 y concluirá el 3 de julio del 2013; su ejecución está a cargo de Chemonics International Inc. asociada con Jhpiego Corporation –. Para su implementación se priorizaron las regiones de Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Callao, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Tacna y Ucayali<sup>1</sup>. Este proyecto se licitó a través de una solicitud de propuesta emitida por USAID|Perú que identificó de manera explícita que este proyecto contribuiría a consolidar los productos obtenidos por proyectos previos que trabajaron bajo la coordinación de la oficina de salud y educación.

El proyecto utilizó los primeros dos años para adaptar la metodología de desempeño propuesta, trabajando con direcciones generales de salud en varias regiones y con el nivel central del Ministerio de Salud a través de las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva, de ITS/VIH/SIDA y de Tuberculosis adaptando estándares que fueron definidos como buenas prácticas que fortalecen el cumplimiento de la normativa nacional vigente.

Durante el año 2010 el proyecto se enfocó a realizar mediciones de desempeño en las regiones antes descritas en donde se identificaron brechas que impedían un desempeño adecuado de los servicios de salud. Estas mediciones identificaron brechas específicas del desempeño que requirieron de la implementación de planes de mejora.

Estos planes fueron implementados en colaboración con diferentes organizaciones nacionales y regionales. Entre ellas organizaciones no gubernamentales que recibieron la transferencia tecnológica, fueron capacitadas en el uso de la metodología y expandieron su uso en regiones no cubiertas por el proyecto. También se logró en algunas regiones como Ucayali y Loreto que universidades regionales participaran en la evaluación de establecimientos que pudieran funcionar como sedes docentes para la capacitación de proveedores de tratamiento antirretroviral.

A principios del año 2011 el equipo de CeS decidió sistematizar la experiencia de la implementación de la mejora del desempeño, para lo cual se contrató una consultoría. Se consideró que el Proyecto estaba en un momento crucial, al haber transcurrido la mitad del período de implementación, y que era necesario rescatar procesos valiosos que corrían el riesgo de perderse, a la vez que se explicitaban aprendizajes que se podían llevar a la práctica en el tiempo de vida que le restaba al Proyecto.

El proceso se sustentó en la siguiente concepción de sistematización: “la reconstrucción y reflexión analítica sobre una experiencia, mediante la cual se interpreta lo sucedido para comprenderlo; ello permite obtener conocimientos consistentes y sustentados, comunicarlos, confrontar la experiencia con otras y con el conocimiento teórico existente, y así contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica”<sup>2</sup>. Ver resumen en Gráfico 1. Nociones Básicas sobre Sistematización de experiencias.

**Nota: Toda la información que se incluye en este documento fue recopilada a noviembre del 2011 fecha en la cual la consultora terminó de recabar información de las fuentes de registro y de las personas entrevistadas durante el período de la consultoría.**

---

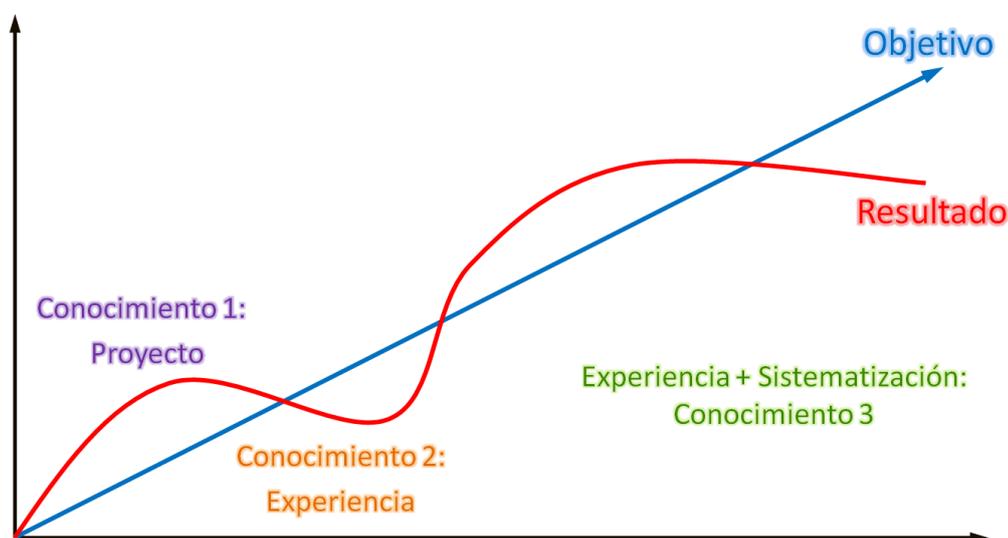
<sup>1</sup> Calidad en Salud: “Resumen ejecutivo”, septiembre de 2010, página 2. Inicialmente se había considerado a Junín y Pasco, que fueron posteriormente reemplazados por Apurímac y Huancavelica, a solicitud del MINSa.

<sup>2</sup> Barnechea, M. y Morgan, M: “Propuesta de método de sistematización de experiencias”. Trabajo de investigación presentado para optar al grado académico de Magíster en Sociología, Pontificia Universidad Católica, Lima, 2007.



Gráfico 1. Nociones Básicas sobre Sistematización de experiencias

## Lo que realmente sucedió:



El punto de partida fueron dos talleres realizados los días 25 de marzo y 19 de abril de 2011, en los que el equipo del Proyecto definió los acuerdos básicos del proceso de sistematización:

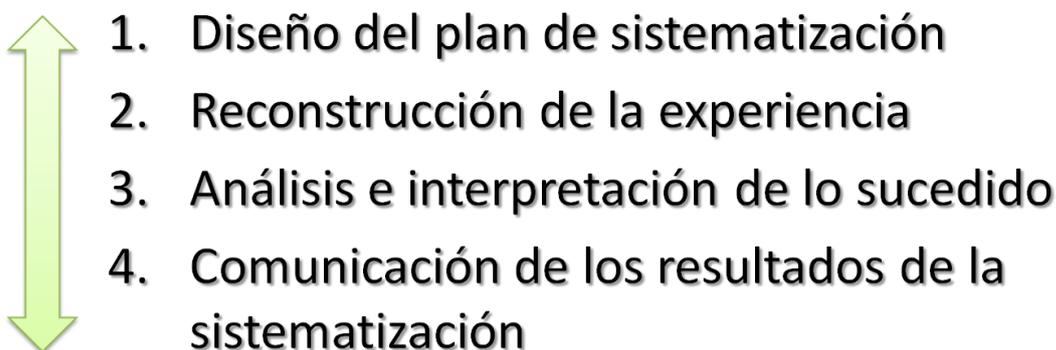
- **Experiencias a sistematizar:**  
El equipo del proyecto decidió que la experiencia más importante que merecía sistematizarse por la integralidad de su concepción donde prácticamente todas las herramientas producidas fueron utilizadas como parte de la misma era la implementación de la Metodología de Mejora del Desempeño (MMD), incluyendo sus cinco momentos, los cuales fueron revisados en un número reducido de regiones que de alguna manera representaban diferentes estadios de implementación (regiones que ya habían sido transferidas a sus contrapartes regionales, regiones donde el proyecto aun continuaba brindando asistencia técnica y regiones donde se implementaron intervenciones en los diferentes componentes técnicos que cubría el proyecto). La revisión y discusión se centró en las siguientes regiones<sup>3</sup>:
  - Cusco, en que se trabajó salud materna e infantil (SMI) y planificación familiar (PF);
  - Huánuco, en que se trabajaron las mismas líneas programáticas que en Cusco;
  - La Libertad, en que se trabajó tuberculosis (TB);
  - San Martín, en que se trabajó SMI;
  - Ucayali, en que se trabajaron SMI y prevención y control de infecciones de transmisión sexual ITS/VIH/SIDA, como también TB
- Se identificó que debido al tiempo que llevaría la revisión de experiencias y que la misma se realizaría por los mismos trabajadores que continuaban implementando las intervenciones del proyecto con esta muestra reducida se podría obtener información suficiente que permitiera identificar lecciones aprendidas y recomendaciones que permitieran mejorar algunos de los procesos apoyados por el proyecto..
- **Objetivos de la sistematización:** producir aprendizajes que reviertan en la propia práctica del equipo del Proyecto CeS, y aportar orientaciones a otros actores involucrados en el tema del mejoramiento de la calidad de los servicios.

<sup>3</sup> Inicialmente se incluyó Ayacucho, pero luego se decidió descartar esta experiencia debido a que el personal que participó en ella ya no forma parte del equipo de CeS.

- *Pregunta eje de la sistematización:* ¿Qué aspectos internos (concepción y estrategia de implementación, gestión, clima organizacional, características del equipo, relaciones con USAID y Jhpiego) y externos (relaciones con el sector salud, gobiernos regionales y locales, sociedad civil y cooperación internacional, academia, empresas), favorecieron y/o dificultaron la implementación de la MMD? Ver gráfico 2

**Gráfico 2. Momentos del Proceso de Sistematización**

## Momentos del proceso de sistematización



El proceso de sistematización de cada momento de la MMD empezó con la reconstrucción de lo sucedido por parte de las personas responsables de las experiencias seleccionadas (Cusco: Eva Miranda; Huánuco: Lourdes Álvarez; La Libertad: Ana María Morales; San Martín: Rigoberto García de los Ríos; Ucayali: Rosa María Valle) utilizando fichas diseñadas especialmente para ello<sup>4</sup>. A continuación se realizaron talleres en que, además de completar la reconstrucción cuando resultaba necesario, el equipo reflexionó sobre la experiencia a partir de la pregunta eje de la sistematización, concluyendo en los aprendizajes obtenidos a partir de lo vivido.

El último taller dio una mirada de conjunto a la experiencia; la consultora consolidó la reconstrucción de lo sucedido y los productos de los talleres anteriores (aspectos que facilitaron y dificultaron la implementación y aprendizajes sobre cada momento). Estos insumos fueron discutidos y ajustados por el equipo, consolidándose las lecciones aprendidas durante todo el proceso. Ver el anexo 1 para un mayor detalle de las guías utilizadas para la reconstrucción de experiencias.

En el siguiente cuadro se presenta el listado de personas que participaron en cada uno de los talleres internos:

<sup>4</sup> Las fichas de reconstrucción se adjuntan en el Anexo I.: Instrumentos para la reconstrucción de la experiencia

**Tabla 1. Listado de Participantes según los Talleres Ejecutados**

Participantes	Talleres							
	1	2	3		4		5	
			Día 1	Día 2	Día 1	Día 2	Día 1	Día 2
Lourdes Álvarez	x	x	x	x	x	x		x
Silvana Bolaños	x							
Pablo Campos		x	x	x			x	x
Oscar Cordón	x	x	x	x	x		x	x
Ellen Eiseman		x						
Guillermo Frías	x	x	x	x	x	x	x	x
Rigoberto García	x		x		x		x	x
Edith Márquez				x				
Alberto Mendoza		x		x	x			
Eva Miranda		x	x	x		x	x	x
Ana María Morales		x	x	x	x		x	x
Jean Morote	x							
Alberto Padilla	x	x	x	x	x	x	x	x
María Luz Pérez	x	x	x		x	x	x	x
Rosa María Valle	x		x	x	x	x	x	x
Rubén Vásquez		x	x	x	x		x	
Alfonso Villacorta	x	x					x	x

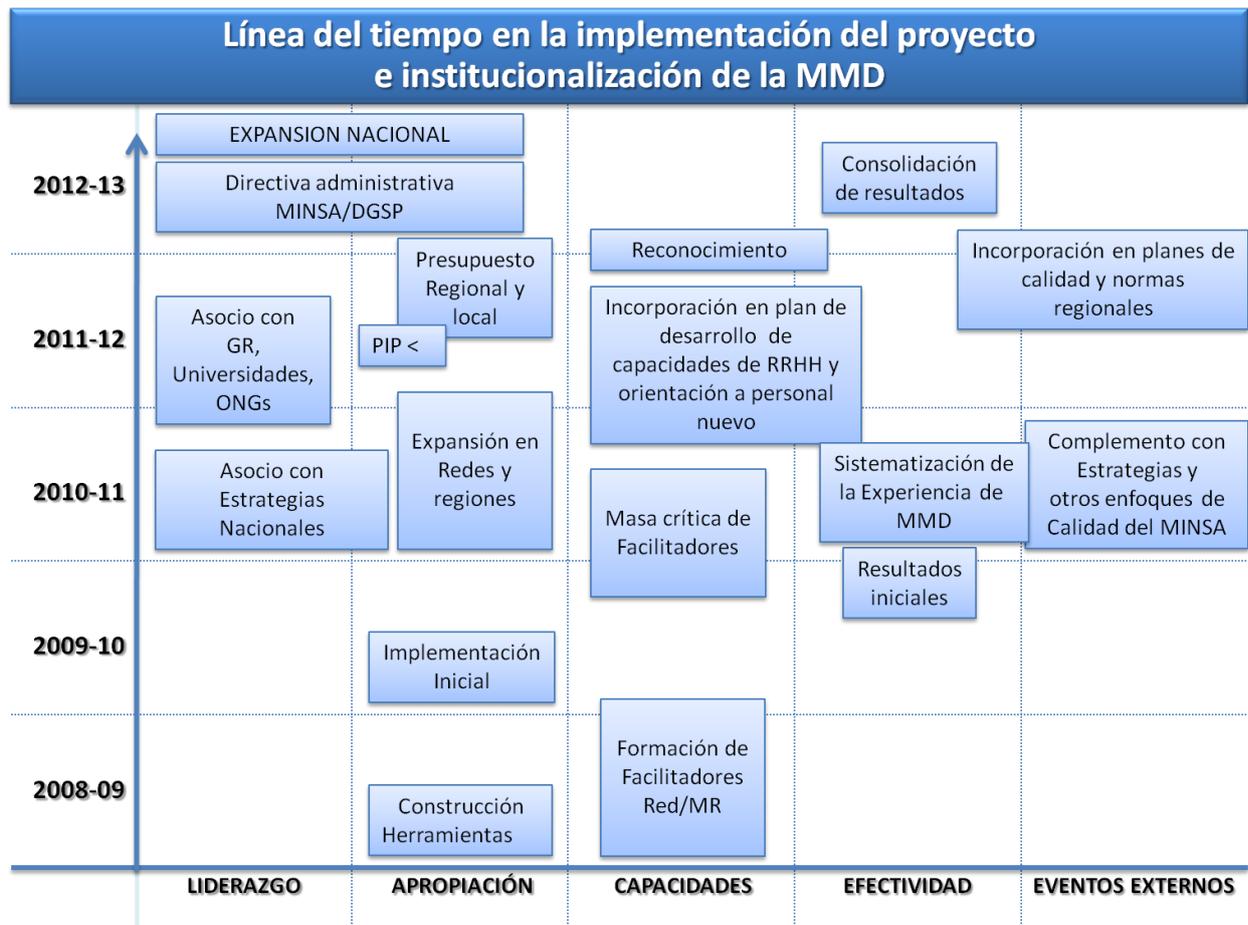
Después de cada taller la consultora redactó informes de avance y el informe final, que fueron revisados y comentados por el equipo del proyecto.

Las principales dificultades que enfrentó la sistematización se derivaron del escaso tiempo de que dispuso el personal de CeS para abordar la tarea, debido a sus recargadas actividades. Al inicio se presentaron también algunos problemas para centrarse en los aspectos en que se enfoca una sistematización de experiencias (principalmente, cómo se desarrollaron los procesos, con la finalidad de aprender de ellos) debido a que era algo nuevo para el equipo. Los ajustes que se fueron realizando permitieron mejorar tanto la participación del equipo como la calidad de los insumos que se presentaron a los talleres y la reflexión misma que se desarrolló en ellos.

Cabe resaltar el constante interés y la motivación del equipo por analizar su experiencia y compartir la diversidad de situaciones que enfrentaron en la práctica, así como los aprendizajes obtenidos. Ello hizo que, a pesar de sus recargadas tareas, destinaran tiempo y esfuerzo al proceso de sistematización y explica los resultados obtenidos, de los que da cuenta este informe.

El presente documento está organizado en siete secciones: en la primera se reseña el Proyecto CeS; en la segunda se presenta el marco conceptual de la intervención y a continuación, la manera en que se implementó la MMD en las experiencias seleccionadas. La cuarta sección da cuenta de los aspectos que facilitaron y dificultaron dicha implementación; la quinta, describe el proceso que se llevó a cabo para lograr la institucionalización, la sexta describe los principales aprendizajes obtenidos; y termina con la séptima sección donde se presentan algunas recomendaciones que surgen de la sistematización de la experiencia las cuales se continuarán implementando en el resto de vida del proyecto. El cuadro que se describe abajo presenta una línea de tiempo con los momentos más significativos en la implementación del proyecto y en el proceso de oficialización de la metodología del desempeño. El cuadro presenta en su línea inferior cinco categorías que el proyecto utilizará hasta el final del mismo para identificar el grado de transferencia y sostenibilidad que se habrá logrado de sus intervenciones.

**Gráfico 3. Línea de tiempo en la implementación del proyecto e institucionalización de la MMD**



Acompañan a este informe los siguientes anexos:

- I: Instrumentos para la reconstrucción de la experiencia
- II: Líneas de implementación a nivel regional
- III: Línea del tiempo de la implementación del proyecto Calidad en Salud
- IV: Matriz de oficialización de la metodología de desempeño a través de una Directiva Administrativa

## **I. El Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud implementado por Chemonics International Incorporated**

El proyecto se originó en una convocatoria de USAID|PERU en respuesta a la cual Chemonics (empresa consultora internacional) presentó una propuesta. Jhpiego, organización afiliada a la Universidad Johns Hopkins, había desarrollado y puesto en práctica en otros países una metodología denominada Gerencia Basada en Estándares y Resultados (GBE-R), que se incorporó al proyecto que ganó la licitación. El contrato entre Chemonics y USAID|PERU fue suscrito en junio de 2008, incluyendo en su propuesta técnica a la organización Jhpiego como su subcontratista técnico, se constituyó un equipo ejecutor denominado Grupo de Asistencia Técnica al Sector Salud en Perú – GATS-Perú, nombre que cambió posteriormente a Calidad en Salud que es el nombre con el cual se identifica al proyecto hasta la fecha. Las actividades se iniciaron en julio de ese mismo año.

De acuerdo al contrato<sup>5</sup> el objetivo del proyecto era proveer asistencia técnica especializada a agencias de salud del gobierno del Perú en tres áreas programáticas: 1) prevención y control de enfermedades infecciosas; 2) salud materna e infantil; y 3) planificación familiar y salud reproductiva. Se estableció que la actividad se enfocaría principalmente en problemas prácticos y operacionales del sector público que impiden la entrega de servicios y programas de salud efectivos y de calidad en estas áreas, implicando una cooperación cercana con el Ministerio de Salud (MINSa) y gobiernos regionales y locales seleccionados (página 4 del contrato).

Mediante este proyecto, USAID|PERU buscaba complementar a los otros componentes de su Programa de Salud en Perú, específicamente los proyectos Municipios y Comunidades Saludables (MCS), Vigía (que ejecutó acciones referidas a Infecciones Intrahospitalarias, VIH/SIDA y Tuberculosis), Iniciativa de Políticas en Salud y Políticas en Salud.

Los principios que guían la implementación del proyecto son los siguientes (paginas 5-6 del contrato entre USAID|PERU y Chemonics International Inc.): liderazgo y apropiación por parte del Perú; coordinación, colaboración y comunicación multisectoriales para crear sinergias entre programas e involucrar al sector salud y a la sociedad civil; e introducción de enfoques técnicos y gerenciales prácticos e innovadores a partir de lecciones aprendidas de proyectos anteriores.

### **1.1. Enfoques y metodologías de intervención**

El proyecto enfatiza la transferencia tecnológica de soluciones innovadoras a los problemas cotidianos, trabajando de manera asociada con las contrapartes, desde los proveedores de salud hasta el nivel local, regional y nacional. A través de ello se busca incrementar las capacidades de proveedores para desarrollar e implementar iniciativas que mejoren los servicios de salud, creando un ambiente que apoye soluciones sostenibles<sup>6</sup>.

Se propone a la GBE-R como una metodología que permitirá un mejoramiento permanente de la calidad de la salud a partir de la mejora del desempeño basado en buenas prácticas en la prestación de atención sanitaria a los usuarios de los servicios. Se asume que su institucionalización se facilitará puesto que utiliza un enfoque participativo para establecer estándares y promueve su apropiación, sin reemplazar a los sistemas existentes sino más bien reforzándolos. Esta metodología que fue usada por CeS como una estrategia fue denominada como “Metodología de Mejora del Desempeño” (MMD), formulada como una adaptación de la GBE-R a la realidad peruana. Utilizando esta metodología se promueve que los

---

<sup>5</sup> Chemonics International Inc., Contrato N° GHS-I-00-007-00004-00 TO 362 (traducción propia).

<sup>6</sup> Chemonics International Inc., Contrato, página 9.

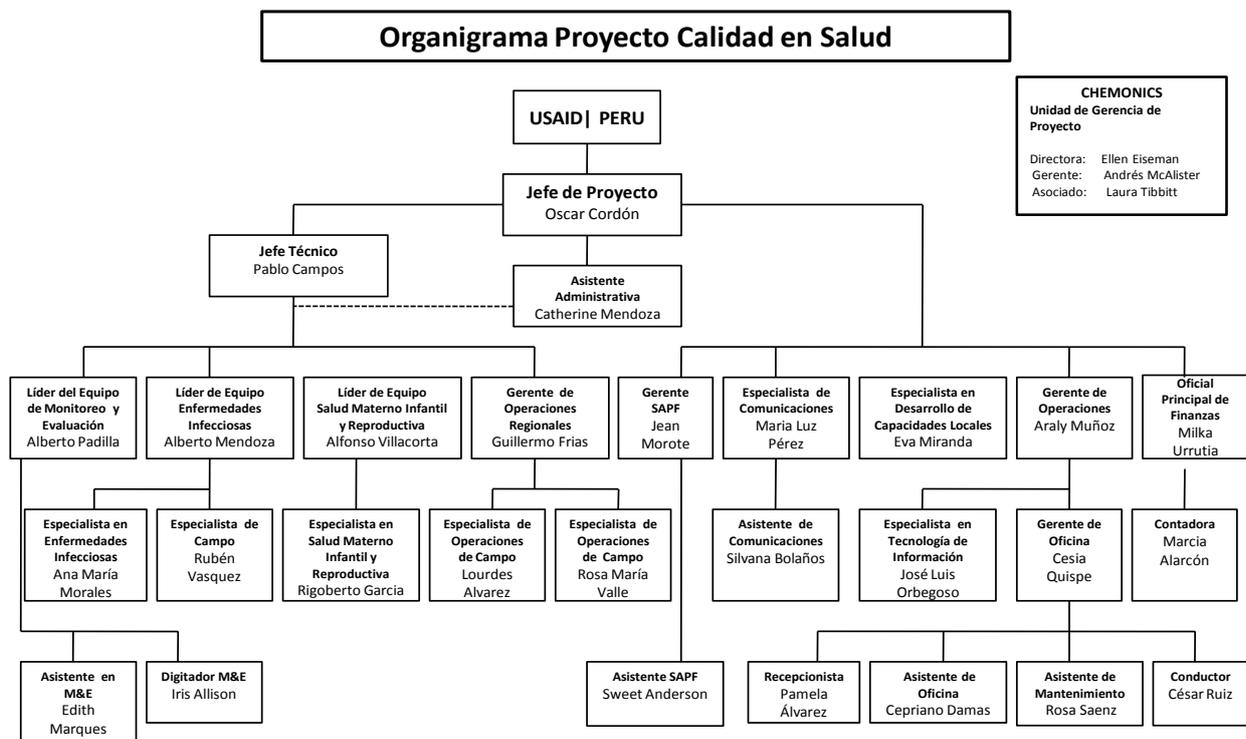
equipos de salud identifiquen y analicen las brechas existentes con relación al desempeño esperado, formulen planes de mejora e implementen las soluciones necesarias.

## 1.2. Organización del trabajo

La Gerencia del proyecto estuvo a cargo de Chemonics a través de una unidad integrada por un Director, un gerente y un asociado ubicados en las oficinas centrales localizadas en Washington, DC.

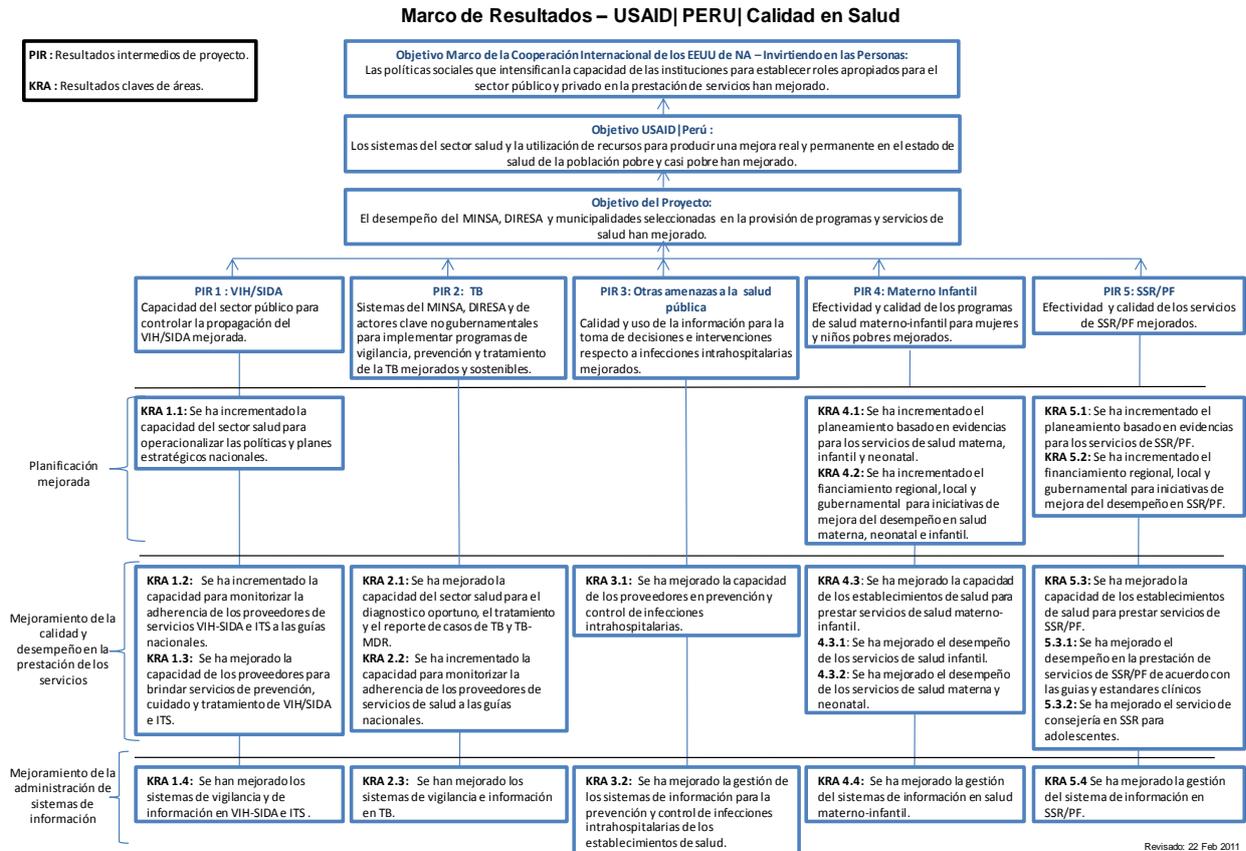
El equipo estuvo integrado por 28 personas (ver el organigrama en el Gráfico 4). Liderado por un Jefe, apoyado por un jefe técnico y una Gerente de Operaciones. De ellos depende el personal técnico (11 personas en total) y de apoyo (14 personas). Es importante mencionar que a lo largo de la vida del proyecto se experimentaron varios cambios en el equipo que de alguna manera influyó en el normal desarrollo de la implementación del mismo. Estos cambios también generaron la necesidad de re-estructuras al equipo que permitiera alcanzar los resultados que se esperaba obtener. La descripción del marco de resultados con el cual operó el equipo aparece en el Cuadro 1. Marco de Resultados del Proyecto.

**Gráfico 4. Organigrama del proyecto Calidad en Salud**



Actualizado: 22 de agosto de 2011  
OC/amo

**Cuadro 1. Marco de Resultados del Proyecto USAID|Perú| Calidad en Salud  
Enero 2010 (Plan de Trabajo del 2010)**



### 1.3. Objetivos del Proyecto

En la elaboración de este reporte se consideraron los objetivos existentes al inicio del contrato. El contrato establece que, al terminar del plazo de ejecución del proyecto, se deberá alcanzar las siguientes metas o entregables (páginas 18-21 del contrato)<sup>7</sup>:

- VIH/SIDA, (este componente técnico se trabajó en los regiones de Lima y Callao, Loreto y Ucayali, a los que se sumó Madre de Dios a partir del año 2011):
  - El 100% de las guías de la ESN ITS/VIH/SIDA están alineadas con el conocimiento científico vigente, las recomendaciones y orientaciones de la OMS y otros documentos de referencia relevantes.
  - Los equivalentes de la ESN ITS/VIH/SIDA en el 85% de las DIRESA producen y utilizan efectivamente información sobre calidad relevante para el control de ITS/VIH/SIDA (incidencia, prevalencia e indicadores de cobertura, curación, etc.).
  - Los equivalentes de la ESN ITS/VIH/SIDA en el 85% de las DIRESA planean e implementan intervenciones para la prevención y control del ITS/VIH/SIDA usando un enfoque multisectorial y dirigido principalmente a la población de mayor riesgo, basadas en evidencias y que responden a las necesidades locales.
  
- Tuberculosis, (Este componente se trabajó inicialmente en 9 departamentos: Ancash, Lima y Callao, Ica, Lambayeque, La Libertad, Madre de Dios, Tacna y Ucayali; a partir de 2009 se concentró en Lima y Callao, Madre de Dios y Ucayali):
  - La ESNTB y sus equivalentes regionales producen y utilizan información confiable para el control de la enfermedad (incidencia, prevalencia e indicadores de cobertura, curación, etc.).
  - Programas DOTS<sup>8</sup> sostenibles y sustentables en ejecución en el 90% de las DIRESA, con un desempeño de por lo menos 95% en la detección y 90% en la curación de los casos en todas sus redes de salud.
  - Programas DOTS Plus sostenibles y sustentables en ejecución en todas las DIRESA, con un desempeño de por lo menos 95% en la detección y 90% en la curación de los casos en todas sus redes de salud.
  
- Otras amenazas a la salud pública, (este componente del trabajo era a nivel nacional):
  - Un modelo para la institucionalización de la prevención y control de IIH probado.
  - 85% de los hospitales públicos más grandes del país (aproximadamente 70<sup>9</sup>) producen y utilizan información local sobre la ocurrencia de IIH para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de intervenciones, y cuentan con estructuras que aseguran la continuidad de estas actividades.
  - Las autoridades de salud nacionales, regionales y locales, así como los principales prestadores de salud (incluyendo pero no limitándose al SIS y EsSALUD) monitorean y evalúan el desempeño de los hospitales con relación a infecciones intrahospitalarias.
  - El público está informado del desempeño del 85% de los hospitales más grandes del país con relación a la prevención y control de infecciones.
  
- Salud materna e infantil, (el contrato inicial incluía 7 departamentos: Ayacucho, Cusco, Huánuco, San Martín, Ucayali, Junín y Pasco los cuales que fueron posteriormente reemplazados por Apurímac y Huancavelica); después de la enmienda No. 2 el trabajo se concentró en Ayacucho, San Martín y Ucayali:

---

<sup>7</sup> En octubre del 2009 el contrato fue modificado mediante una enmienda, estableciendo que el Proyecto se implementará en las regiones aprobadas por USAID.

<sup>8</sup> DOTS es la estrategia recomendada internacionalmente para asegurar la curación de la tuberculosis.

<sup>9</sup> Al haberse interrumpido el financiamiento para esta línea de acción el año 2009, se ha reducido el ámbito de trabajo a 12 hospitales públicos de Lima.

- 90% de Micro redes (MR) de salud en las regiones aprobadas por USAID cuentan con programas de recursos humanos integrados y en funcionamiento que proveen capacitación en servicio regular, supervisión y evaluación en SMI y SSR.
  - El financiamiento para sostener al menos el 90% de estos programas está incorporado en los presupuestos regionales y/o municipales.
  - Se provee asistencia técnica a las DIRESA de las regiones aprobadas por USAID para integrar buenas prácticas clínicas y de gerencia en sistemas de formación del personal dirigidos a las principales causas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, vinculados con CRECER, SIS y JUNTOS.
  - Se dispone de data confiable sobre salud infantil, nutrición y servicios en formatos amigables para el público en las regiones aprobadas por USAID.
- Planificación familiar y salud sexual y reproductiva, donde se trabajó en los mismos regiones que SMI:
    - 90% de las MR de salud en las regiones aprobadas por USAID cuentan con programas para la capacitación en servicio, supervisión y evaluación en los temas de SSR y PF más relevantes para las necesidades de los usuarios locales, incluyendo coordinación.
    - El SIS provee rutinariamente de consejería en PF en las regiones aprobadas por USAID.
    - 90% de reducción del desabastecimiento de insumos para PF en establecimientos públicos en las regiones aprobadas por USAID, en comparación con la línea de base.
    - Programas de formación básica y de actualización establecidos en las regiones aprobadas por USAID para el SISMED y administración logística.
    - 90% de las MR de salud y 100% de las DIRESA en las regiones aprobadas por USAID usan apropiadamente el SISMED.
    - En las regiones aprobadas por USAID ha mejorado la calidad de la atención en SSR cumpliendo con los estándares del MINSA. 50% de incremento en el cumplimiento entre las MR de salud de las regiones aprobadas por USAID.
    - El financiamiento para sostener estos programas está incorporado en los presupuestos regionales y/o municipales.
    - Al menos el 70% de los pacientes de SSR y PF están satisfechos con los servicios prestados.
    - Incremento de 50% en el conocimiento de sus días fértiles entre adolescentes de zonas seleccionadas en las regiones aprobadas por USAID.

El Marco de Resultados del proyecto, por su parte, establece los objetivos y resultados clave (KRA) que se presentan en el Cuadro 1<sup>10</sup>.

## II. Aspectos conceptuales: de la Metodología de Mejoramiento del Desempeño

### 2.1. La Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento – GBE-R<sup>11</sup>.

Como ya se indicó, la MMD se formuló a partir de la adecuación a la realidad peruana de la GBE-R, enfoque desarrollado por Jhpiego con la finalidad de mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud. Se la considera una metodología útil y fácil de implementar en países en desarrollo donde los servicios de salud no cuentan con una estandarización básica. Al poner énfasis en la verificación interna del cumplimiento de los estándares, se centra en el proceso de cambio y requiere menos infraestructura operacional externa (página 5 de la Guía de Gestión y Reconocimiento Basada en Estándares – GBE-R).

La propuesta está dirigida a gerentes y proveedores de servicios de salud e incluye cuatro pasos básicos:

<sup>10</sup> Calidad en Salud: Results Framework (traducción propia). Mayo 2011

<sup>11</sup> Necochea, Edgar y Bossemeyer, Débora: “Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento. Una guía de campo”, Estados Unidos, 2007.

*Paso 1. Definición de estándares de desempeño de manera operacional*, considerando los siguientes principios: una actitud proactiva, que pone más énfasis en el desempeño esperado que en los problemas existentes; precisar qué se debe hacer y cómo; un enfoque sistémico que cubre toda un área de entrega de servicios, facilitando sinergias; basarse en evidencia científica e incorporar las opiniones de proveedores, clientes y gerentes (páginas 9 y 10 – GBE-R). Para definir los estándares, se proponen las siguientes actividades (páginas 10 a 16 – GBE-R):

Identificación de los servicios a ser mejorados, teniendo en cuenta las prioridades nacionales, regionales y locales y de manera participativa, para lograr consensos.

Definición en detalle del contenido y apoyo a los procesos para la entrega de esos servicios, pensando de manera rigurosa y metódica en lo que se debe hacer para el correcto desempeño de sus funciones críticas.

Elaboración de estándares operacionales para cada proceso, organizados en un instrumento de evaluación que expresa el nivel de desempeño deseado y cómo alcanzarlo, así como criterios de verificación objetivos para determinar si se ha logrado.

*Paso 2. Implementación de los estándares a través de una metodología dinámica y sistemática*. Se empieza conociendo cómo se están entregando los servicios, comparando con el desempeño deseado e identificando las brechas (página 17 a 24 – GBE-R). Las actividades propuestas son las siguientes:

Medición y análisis de la línea de base e identificación de las brechas de desempeño (estándares no logrados) usando un instrumento de medición que muestra cómo se están desempeñando los servicios y organiza la información en una tabla de puntajes.

Análisis de las causas de las brechas de desempeño considerando tres condiciones: la capacidad (el operador sabe qué hacer), la oportunidad (puede hacer su trabajo) y la motivación (quiere hacer su trabajo). Es necesario distinguir los síntomas de las brechas de sus causas aparentes y sus causas raíz, teniendo en cuenta que enfrentar las segundas puede ayudar a obtener resultados rápidos y visibles e impulsar el cambio, que permitirá abordar luego las causas de fondo.

Identificación de intervenciones adecuadas para corregir las brechas de desempeño, teniendo en cuenta las tres condiciones mencionadas antes: capacidad, oportunidad y motivación.

Implementación de las intervenciones a partir de la elaboración de planes operacionales que incluyen las brechas, sus causas, las intervenciones a implementar, los responsables, el plazo y los apoyos requeridos. Se recomienda formar grupos de personas especialmente comprometidas con la iniciativa, trabajar con redes de servicios o establecimientos similares – que pueden intercambiar experiencias y ayudarse mutuamente – y propiciar el involucramiento de clientes y comunidades.

*Paso 3. Medición del progreso para guiar el proceso de mejora*, facilitando así su conducción e impulso por parte de los directivos, proveedores de salud e incluso, las comunidades organizadas (página 25). Estas mediciones pueden ser realizadas por proveedores individuales (autoevaluaciones), por otras personas del establecimiento de salud (evaluaciones internas) o por personas ajenas a éste (evaluaciones externas). Deben ser sucesivas y comparables, conformando un sistema de supervisión que incluye diversas perspectivas, lo que contribuye a su sostenibilidad (páginas 25 y 26).

*Paso 4. Reconocimiento del cumplimiento de los estándares* para incrementar la motivación mediante un mayor conocimiento y control de los proveedores de salud sobre sus tareas (descritas claramente en los instrumentos de medición del desempeño); los éxitos rápidos que se van evidenciando; la cercanía de supervisores externos; el ambiente de competencia que surge del trabajo en redes y el análisis comparativo de las mediciones, entre otros (páginas 27 y 28). Establecer consecuencias – positivas y negativas, con énfasis en las primeras – del desempeño, conocidas con antelación por los trabajadores, también fortalece la motivación.

## 2.2. La Metodología de Mejora del Desempeño

Al iniciarse la implementación del proyecto Calidad en Salud fue necesario que el equipo conociera y adaptara la GBE-R a la realidad del Perú. El proceso – que se detallará en el siguiente capítulo – contó con la participación de especialistas de Jhpiego, que presentaron la metodología y la experiencia internacional en su uso. Igualmente, se revisó exhaustivamente las políticas y normatividad nacionales relacionadas con la calidad de la salud y los procesos de atención que garantizaban la calidad de las prestaciones en las temáticas que abordaría el proyecto (SMI, SSR y PF, ITS/VIH/SIDA, TB, IIH).

El MINSA cuenta, desde el año 2001, con una Dirección de Calidad en Salud que forma parte de la Dirección General de Salud de las Personas. Ésta privilegia el enfoque de la mejora continua de la calidad, que no explicita la importancia de tener definidos estándares de desempeño para lograr la misma. Existe la concepción de que el cumplimiento de determinadas normas permitirá mejorar la calidad de los servicios de salud, pero la inexistencia de una política homogénea en los diversos niveles de gobierno, el incipiente posicionamiento de la calidad en los espacios subnacionales, la diversidad de normas y su insuficiente operativización, hacen que en la práctica, la mejora en la calidad de la salud sea aún un importante reto para el país.

Al inicio del proyecto el MINSA planteó observaciones a la GBE-R que estaban relacionadas en su mayoría a la percepción de que algunos elementos de la metodología parecían estar repetidos en instrumentos que ya eran utilizados para el nivel nacional y por las regiones. Ante ello el equipo decidió cambiar su denominación a *Metodología de Mejora del Desempeño (MMD)* para no aludir a conceptos de gerencia sino a procesos de mejora. Asimismo, se reemplazó el término estándares por *buenas prácticas*. Estos cambios permitieron que el proyecto pudiera precisar las prácticas que permitirían una mejora en la calidad de la salud en el Perú. Esto también facilitó la negociación y aceptación por parte del MINSA a utilizar la metodología propuesta.

El proceso de adaptación de la GBE-R dio lugar a algunos ajustes conceptuales y metodológicos y a la identificación de un nuevo momento, como se reseña a continuación. Se definió a la MMD como *“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”*<sup>12</sup>.

Los pasos básicos para su implementación se definieron como momentos y quedaron definidos de la siguiente manera:

- 1) *Momento preliminar – diálogo social*. Si bien la GBE-R considera la necesidad y conveniencia de involucrar a personas clave que serán afectadas, de manera directa o indirecta, sea positiva o negativamente, por los cambios propuestos<sup>13</sup>, su énfasis está dirigido al personal de salud y a los usuarios actuales o potenciales de los servicios. El apoyo de la opinión pública (gobiernos, sociedad civil y comunidad, entre otros) es mencionado como un factor fundamental para la institucionalización y el reconocimiento y disseminación de los logros (páginas 58 y 60 de la GBE-R), pero en la guía existen escasas orientaciones sobre formas específicas de involucrar a estos actores en el proceso.

La práctica misma en los distintos ámbitos en que se implementó el proyecto hizo que el involucramiento de actores que no forman parte, en términos estrictos, de la relación entre los establecimientos de salud y sus usuarios, adquiriera cada vez mayor importancia, especialmente para asegurar la sostenibilidad de la propuesta. A partir de ello fue haciéndose evidente la

---

<sup>12</sup> Calidad en Salud: “La Metodología de Mejora del Desempeño – MMD”, Lima, sin fecha, página 1.

<sup>13</sup> Necochea y Bossemeyer, Op. Cit., página 47.

necesidad de dar mayor peso al *diálogo social* entre los diversos actores, así como de precisar las orientaciones para desarrollarlo. A fines del año 2009, el equipo de CeS propuso a USAID que el diálogo social fuera concebido como momento preliminar en la MMD, lo que fue aceptado e incluido en el Plan Operativo 2010.

La precisión conceptual y metodológica de este nuevo momento se formuló en el marco de una consultoría contratada para apoyar el diseño y puesta en marcha de la estrategia de desarrollo y fortalecimiento de actores locales. El segundo informe de esa consultoría<sup>14</sup> precisó que el diálogo social comprende negociaciones, consultas e intercambio de información entre representantes del Gobierno Regional, el Consejo Regional de Salud o su equivalente, la DIRESA y los trabajadores de los servicios. Dicho diálogo se enfoca en los objetivos, naturaleza e importancia de la estrategia de desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la mejora del desempeño de los servicios de salud y el logro de los objetivos sanitarios del departamento (páginas 4 y 16 – Informe de Consultoría sobre Estrategia de Asistencia Técnica basada en Actores Locales) Ver anexo V.

El mismo documento establece que “este primer momento es de carácter político, considerado necesario para la institucionalización y sostenibilidad de la estrategia... (y) debe culminar con la asunción de compromisos y responsabilidades de todas las partes plasmados en un acta o documento formal”. Las condiciones para el diálogo social, de acuerdo a la misma fuente, son esenciales para el logro de los objetivos. (página 16 - Informe de Consultoría sobre Estrategia de Asistencia Técnica basada en Actores Locales):

- independencia, representatividad, capacidad técnica y acceso a información de los representantes de las diferentes instancias;
- voluntad política y compromiso de todas las partes interesadas;
- respeto y negociación colectiva;
- apoyo institucional adecuado.

El citado informe entrega orientaciones precisas, que incluyen la elaboración de un mapa de actores y su caracterización, entregando un formato para realizarlo (páginas 20 a 22 - Informe de Consultoría sobre Estrategia de Asistencia Técnica basada en Actores Locales).

De manera consistente con lo anterior, el texto en que el proyecto CeS define la MMD<sup>15</sup> especifica que ésta “requiere de un elevado esfuerzo e involucramiento del nivel local (momento preliminar) y del compromiso del equipo de salud en su conjunto para implementarla y gestionar la sostenibilidad de los procesos desencadenados” (página 1 - Guía de Implementación de la MMD). Define al diálogo social como un momento político de consenso y compromiso para la mejora de la calidad de los establecimientos de salud al que se convoca a representantes del gobierno regional y gobiernos locales, al Consejo Regional de Salud, a la DIRESA, redes, MR, universidades, colegios profesionales, entre otros. Se propone que, con estos actores, se seleccione a las redes o MR que serán mejoradas y que se conforme un comité o instancia responsable del seguimiento del proceso (página 2 Guía de Implementación de la MMD). Ver anexo VI

- 2) *Momento uno – definición de buenas prácticas o estándares de desempeño.* Se estableció que las buenas prácticas “explicitan qué se debe hacer en términos de calidad, cantidad, tiempo o costo para producir una atención de salud efectiva, aceptable y equitativa, que responda a los valores de la realidad cultural en que se realiza y regulada de acuerdo a las normas y protocolos oficiales” (página 1 Guía de Implementación de la MMD). Las buenas prácticas estandarizan y orientan la labor de los equipos de salud de manera que los usuarios reciban atenciones de similar calidad. Incluyen

---

<sup>14</sup> Miranda, Eva: “Estrategia de asistencia técnica basada en actores locales”, Calidad en Salud, Lima, enero de 2010.

<sup>15</sup> Calidad en Salud: “La Metodología de Mejora del Desempeño – MMD”, Op. Cit.

un conjunto de criterios que definen cómo alcanzarlas, los que son verificados mediante listas de chequeo y se organizan en Guías de Buenas Prácticas del Desempeño (página 1 Guía de Implementación de la MMD). Su aplicación en cada establecimiento de salud permite identificar las brechas en el desempeño y sus causas, así como definir planes de mejora del desempeño para reducirlas (páginas 2 y 3 Guía de Implementación de la MMD).

El desempeño esperado considera 5 dimensiones, entendidas como los aspectos clave que deben existir en un servicio para satisfacer las diferentes necesidades y expectativas de sus usuarios (página 2 Guía de Implementación de la MMD):

- buena relación proveedor usuario (RPU);
- adecuada información al usuario (IU);
- competencias<sup>16</sup> técnicas y clínicas de los proveedores (CTC);
- prevención de infecciones para una atención segura (PI);
- gestión local de sistemas de soporte para una buena atención (GL).

El proceso de definición de buenas prácticas incluye las mismas actividades establecidas en la GBE-R: identificación de los servicios a ser mejorados; definición en detalle del contenido y apoyo en los procesos para la entrega de esos servicios; y elaboración de las buenas prácticas o estándares operacionales para cada proceso.

3) *Momento dos – implementación de buenas prácticas.* El proceso de implementación de buenas prácticas definido por el proyecto incluye pasos similares a los propuestos en la GBE-R (páginas 2 y 3 Guía de Implementación de la MMD):

- Medición y análisis de la línea de base e identificación de las brechas del desempeño (criterios no cumplidos).
- Identificación de las causas de las brechas usando diversos métodos (se recomienda la técnica de los por qué, debido a su simplicidad).
- Identificación de intervenciones apropiadas para corregir las brechas del desempeño, las que se priorizan usando criterios como por ejemplo, impacto en los usuarios, poder de decisión local para actuar, tiempo necesario para alcanzar los resultados, recursos requeridos. A partir de ello se elaboran planes de mejora del desempeño (PMD) para disminuir o eliminar las brechas.
- Implementación de intervenciones, dando seguimiento colectivo y periódico a los avances y buscando formas de superar retrasos. De acuerdo a la propuesta, los establecimientos de salud, MR, redes y DIRESA deberán organizar la gestión de los procesos de mejora a nivel local, apoyándolos, coordinándolos y monitoreándolos. Las acciones de gestión y seguimiento se conciben como herramientas para asegurar que todos los factores que puedan mejorar el desempeño (capacitación, apoyo logístico, financiamiento, organización, incentivos) estén alineados con los propósitos de mejora de la calidad de los servicios.
- Desarrollo y fortalecimiento de capacidades con actores locales; socios o sinergias interinstitucionales.

4) *Momento tres – medición del progreso,* concebido como la implementación periódica de mediciones, internas y externas, de seguimiento (página 2). Se sugiere realizar, como mínimo, revisiones trimestrales de los avances en la implementación de los PMD, involucrando a autoridades locales, la comunidad y los apoyos externos obtenidos. Los resultados de las mediciones permiten a los equipos de salud realizar ajustes en las intervenciones, generando así un proceso de mejora constante, conducido y apoyado por las MR, redes y DIRESA (páginas 3 y 4 - Guía de Implementación de la MMD).

---

<sup>16</sup> Actualmente se ha reemplazado el término “competencias” por “capacidades”.

- 5) *Momento cuatro – reconocimiento de logros*, definido como la entrega de incentivos a los trabajadores de salud y otras personas involucradas (página 2 de la Guía de implementación de la MMD). Consiste en la retroalimentación a los equipos locales con relación al avance de sus planes y a los resultados sanitarios obtenidos, mediante un acompañamiento que los motive y reconozca los éxitos alcanzados. Se sugiere que el MINSA, en coordinación con los gobiernos regionales y locales y otros actores, establezca y difunda políticas explícitas de reconocimiento tanto personal como profesional, que alienten los éxitos de los equipos de salud y los motiven a mantener sus mejoras (página 3 - Guía de Implementación de la MMD).

Como parte de la discusión técnica que se generó sobre este momento a principios del año 2010 el entonces Jefe del Proyecto, preparó un plan de Incentivos y de Reconocimiento al Desempeño que sirvió de orientación inicial. Las acciones propuestas incluían la convocatoria a los principales actores que intervienen en el proceso de mejora del desempeño (MINSA, DIRESA, SIS, otros proyectos de USAID) y a quienes se benefician directa o indirectamente (gobiernos regionales y locales, universidades y centros de formación, gremios, organizaciones de usuarios, principalmente), para garantizar su participación y apoyo. Igualmente, la conformación de un jurado calificador integrado por personalidades reconocidas y respetadas, y la definición de incentivos y reconocimientos como por ejemplo, distinciones públicas, capacitaciones, visitas de observación y publicación de experiencias exitosas.

### **III. La experiencia de implementación del Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud y de oficialización de la MMD<sup>17</sup>**

#### **3.1. Situaciones que afectaron al proyecto en su conjunto**

La implementación del proyecto empezó en julio de 2008, poco antes del nombramiento del Dr. Óscar Ugarte como Ministro de Salud, quien ejerció el cargo entre noviembre de ese año y julio de 2011. Esto produjo un retraso en las negociaciones que tuvieron que realizarse con las nuevas autoridades técnicas del MINSA las cuales tardaron en ocupar sus cargos y ponerse al tanto de las tareas que habían quedado pendientes de ejecutar por sus predecesores.

El proyecto se vio afectado por la ausencia de un jefe hasta octubre de 2008, lo que tuvo como consecuencia dificultades en la definición de estrategias y planificación iniciales del proyecto. Las dificultades para coordinar reuniones en conjunto con USAID y las contrapartes nacionales dio lugar a incomprendimientos y resistencias de parte del Ministerio para aceptar las propuestas del proyecto.

Paralelamente, sin embargo, la priorización de la salud materna e infantil en el Plan de Gestión del MINSA generó oportunidades en ese campo. A inicios del año 2009 el Ministerio solicitó el apoyo del Proyecto para la implementación de la política de aseguramiento universal en salud en regiones, posteriormente se promulgó el Plan de Reducción de la Muerte Materna 2009-2012, se declaró a la tuberculosis como emergencia sanitaria a nivel nacional y se promulgó la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, hechos que igualmente abrieron oportunidades para la implementación del proyecto. En el anexo II “Líneas de implementación a nivel regional (Reconstrucción de experiencias en regiones)” podrá observarse un cuadro que representa la línea del tiempo de la implementación del proyecto en las regiones seleccionadas. El mismo proporciona momentos e hitos clave de dicho proceso.

Como ya se indicó, al iniciarse el año 2010 se contrató una consultoría sobre desarrollo de capacidades locales, que permitió precisar las orientaciones para el diálogo social y llevó a proponerlo como un

---

<sup>17</sup>Ver, en el Anexo N° II una serie de cuadros que representan las líneas de implementación del Proyecto a nivel regional (Reconstrucción de experiencias en regiones).

nuevo momento de la MMD. En mayo de ese año el equipo decidió adoptar la estrategia de experiencias demostrativas, concentrando los esfuerzos en menos ámbitos para así reforzar la asistencia técnica y alcanzar resultados en menos tiempo.

En el mes de junio del 2010, un nuevo jefe asumió la jefatura del Proyecto; al haber participado en su diseño y contar con experiencias previas en la implementación de la GBE-R en otros países, dio un importante impulso al trabajo, a la vez que realizó ajustes en el equipo e inició mejoras en las relaciones internas, propiciando reuniones de discusión e intercambio de experiencias.

En julio de 2010, el MINSA aprobó el documento técnico "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada" y en octubre, el Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención; ambos textos incluyen el tema de la calidad y dan sustento político a la mejora del desempeño y a las buenas prácticas.

Hacia fines de ese año, el MINSA organizó un encuentro nacional de mejora de la calidad en el que participaron varios establecimientos de salud que habían sido seleccionados como experiencias demostrativas por el Proyecto. Las buenas calificaciones obtenidas por éstos llamaron su atención, haciendo que se valorara la propuesta y se percibiera la complementariedad entre la MMD y las políticas oficiales. Aprovechando la oportunidad, a inicios de 2011, el Proyecto y USAID sostuvieron varias reuniones con el MINSA, presentándoles los resultados logrados mediante la implementación de la MMD. Como producto de ello, en abril se recomendó su utilización mediante Resolución Ministerial N° 278-11.

Las campañas y elecciones regionales y municipales (segundo semestre de 2010) y nacional (primer semestre de 2011), si bien no alteraron sustancialmente la implementación del Proyecto, generaron ciertos retrasos en actividades debido al cambio de autoridades. Conflictos sociales en algunas regiones (Cusco, Huánuco, San Martín y Ucayali) y la emergencia sanitaria por la epidemia del dengue en San Martín también provocaron dificultades, que se solucionaron posteriormente.

### **3.2. Momento uno: definición de buenas prácticas o estándares**

La implementación del Proyecto se inició con la revisión y adaptación de la GBE-R a la realidad peruana. A lo largo de cuatro meses el equipo técnico, con la asesoría de Jhpiego, se familiarizó con la metodología, seleccionó los servicios en que ésta se aplicaría a partir de las prioridades establecidas en el Proyecto y definió las cinco dimensiones del desempeño que se consideraría. El proceso culminó con la elaboración de las primeras versiones de las guías de medición del desempeño, tomando como orientación las que Jhpiego había utilizado en otros países y las que ya existían en el Perú, a la vez que se las alineaba con la normatividad nacional, la Estrategia Nacional CRECER y el Programa JUNTOS.

La validación de las guías tuvo lugar en varios momentos. En primer lugar, entre noviembre y diciembre de 2008 se las aplicó en el Centro de Salud San Cosme (Lima); posteriormente y a lo largo de todo el año 2009 se las continuó validando en Lima y Callao, Cusco, Loreto, La Libertad, Lambayeque, San Martín y Ucayali, realizándoles sucesivos ajustes. La guía sobre TB sensible se validó con la ESN TB durante el primer trimestre de 2009, y la referida a acción comunitaria, con la DGPROMS, a fines del 2010, revisándose luego con el Proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS) – USAID a principios del 2011. Todo este proceso dio lugar a una serie de ajustes que permitieron simplificar las guías y alinearlas mejor con la normatividad nacional.

Entre septiembre y noviembre de 2010 se realizó la revisión, edición y publicación de dos guías de buenas prácticas: una referida a SMI, SSR y PF, y otra a ITS/VIH/SIDA, y TB, que a partir de febrero de 2011 están publicadas en la página web del Proyecto. La guía sobre IIH también ha sido elaborada y

adecuada a las necesidades de los servicios críticos de institutos y hospitales, aunque al momento de terminar este documento aún no se había publicado.

### 3.3. Implementación de la MMD

La implementación de la metodología del desempeño tanto a nivel nacional como regional ha incluido casi todas las herramientas producidas por el proyecto CeS. Durante los cuatro años que lleva el proyecto ha tenido diferentes momentos que han sido claves tanto para su expansión como en la propuesta que se ha discutido con el MINSA para su oficialización.

En el anexo 2 se puede apreciar un detalle más preciso de eventos del contexto general del país, del MINSA, y de las regiones que han contribuido a la implementación de la MMD así como de los esfuerzos de oficializar su uso a nivel nacional a través de la emisión de una directiva administrativa. Al momento de escribir este reporte esos esfuerzos aun continuaban a nivel de la Oficina General de Asuntos Jurídicos (OGAJ) del MINSA.

En este anexo se puede observar que en marzo del 2009 se realizó una reunión en que se presentó la MMD y se discutieron las guías de buenas prácticas con representantes del MINSA, las DIRESA del ámbito de intervención y otros proyectos de salud de USAID (Health Policy Initiative y MCS). Inmediatamente después se realizó un taller nacional de capacitación de facilitadores en MMD con presencia de representantes de Ayacucho, Huánuco, San Martín y Ucayali.

En las regiones seleccionadas para esta sistematización la implementación se realizó en diversos periodos<sup>18</sup>. En Huánuco, San Martín y Ucayali se presentó el Proyecto a fines de 2008, se iniciaron las actividades en los meses siguientes y continúan hasta la fecha. En los casos de Cusco y La Libertad, el proceso se inició en septiembre y agosto de 2009, respectivamente, y culminó en julio de 2011. Es importante resaltar que en el caso de estas dos últimas regiones los procesos de implementación y expansión en el uso de la MMD han continuado a pesar de que el proyecto ya no tuvo presencia física en esas regiones. Algo similar ha ocurrido en Huánuco. En el anexo 3 se podrán observar líneas de tiempo de implementación específicas de esas regiones.

Un hallazgo común en ellas que pueda explicar el porqué los procesos de MMD han continuado podría ser el hecho que en las primeras dos se cuenta con procesos de empoderamiento gerencial iniciados varios años atrás que de alguna manera han facilitado la apropiación de la asistencia técnica y en particular de la metodología de MMD.

Si bien cada experiencia tuvo sus propias particularidades, en términos generales el proceso de implementación de la MMD empezó con la presentación del Proyecto a las autoridades de cada departamento, principalmente el gobierno regional y el sector salud. Una vez obtenida su aprobación, se definieron con las DIRESA los espacios (redes, MR, establecimientos) en que se desarrollaría la metodología.

A continuación se resume la implementación de cada uno de los momentos de la MMD en las experiencias seleccionadas:

- *Momento preliminar – diálogo social:* en todos los casos, el interlocutor más importantes del Proyecto fue el sector salud (DIRESA, redes, MR, representantes regionales de la Dirección de Calidad y de las Estrategias Sanitarias en los temas priorizados en cada zona). En Ucayali se trabajó con el Consejo Regional de Salud (CRS) integrado por representantes del Gobierno Regional, la DIRESA y la sociedad civil. En ese departamento y La Libertad se logró también incluir a hospitales y

---

<sup>18</sup> Ver la línea del tiempo en el Anexo N° II.

en San Martín, a EsSALUD. En Cusco, de otro lado, se involucró al PAR-Salud II<sup>19</sup> y al proyecto Políticas en Salud, mientras en Ucayali, a MCS.

En distintos grados, en todas las experiencias hubo involucramiento de los gobiernos regionales y locales. Otros actores incluidos en el diálogo social fueron: la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza (MCLCP) en Ayacucho y Ucayali; universidades (La Libertad, San Martín y Ucayali); colegios profesionales (Cusco, Huánuco, La Libertad, San Martín y Ucayali), asociaciones de pacientes (La Libertad) y organizaciones sociales (Huánuco y Ucayali).

Los procesos de diálogo social se desarrollaron de manera diversa en cada uno de los departamentos; la revisión de la experiencia evidencia que recién a partir del año 2010 se dio más énfasis a la participación de actores que no forman parte del sector salud: universidades, colegios profesionales, sociedad civil.

Ucayali constituye un caso especial ya que casi desde el inicio se involucró a una amplia gama de actores en torno a iniciativas para la prevención y control de la tuberculosis (MCLCP, PRONAA, Defensoría del Pueblo, universidad, medios de comunicación, empresas, Fondo Global contra la Tuberculosis, ONG, organizaciones sociales, iglesia adventista). La magnitud del problema en el departamento facilitó la sensibilización y su posicionamiento en la agenda pública, lográndose que el Gobierno Regional asumiera su enfrentamiento como prioridad mediante una Ordenanza. Ello dio lugar a la formulación de un Plan Multisectorial para enfrentar esta enfermedad. Ver anexo 3 para más detalles.

La experiencia de diálogo social amplio e involucramiento de actores diversos se repitió en el caso de SMI en Ucayali, trabajando conjuntamente con UNICEF, UNFPA, PAR-Salud, INMED-PRISMA y el Comité Consultivo de Género e Interculturalidad. Incluso, recientemente se ha conseguido involucrar a organizaciones de comunidades nativas, lo que es particularmente importante puesto que se busca la adecuación del parto basada en el diálogo intercultural.

- *Momento dos – implementación de buenas prácticas:* se realizaron las siguientes actividades:
  - a) Formación de facilitadores en MMD seleccionados por las DIRESA a partir de criterios propuestos por el Proyecto (capacidad de liderazgo, experiencia en gestión, perfiles profesionales diversos). La formación se realizó mediante talleres en que se abordaron aspectos conceptuales y metodológicos de la MMD (factores y dimensiones del desempeño, análisis de causas de las brechas y elaboración de PMD) y se entrenó a los participantes en el uso de las guías, incluyendo prácticas de medición del desempeño en establecimientos de salud seleccionados. Como producto del taller los facilitadores elaboraron sus planes de trabajo y suscribieron actas de compromiso para implementarlos.

Inicialmente los talleres eran conducidos por el personal del proyecto y duraban 5 días, pero luego hubo que reducirlos a 2-3 días debido a las dificultades de los participantes para asistir durante tanto tiempo. La alta rotación del personal de salud obligó a realizar nuevos talleres, siendo la conducción asumida progresivamente por los facilitadores ya formados.

- b) Medición del desempeño: en conjunto con las DIRESA y redes se seleccionaron los establecimientos, se formaron equipos responsables y se definieron cronogramas. Un criterio general adoptado fue realizar mediciones externas, es decir, mediante visitas de los facilitadores a establecimientos en los que no trabajaban ellos.

---

<sup>19</sup> Proyecto del MINSa con financiamiento del BID y el Banco Mundial.

Los equipos de medición realizaron una o dos visitas en las que aplicaban las guías de buenas prácticas a través de la observación, entrevistas, simulaciones y revisión de historias clínicas. Luego procesaron y consolidaron la información en los gráficos provistos en las mismas guías, que agrupan los resultados según buenas prácticas y dimensiones del desempeño.

- c) Presentación de resultados y elaboración de los PMD: en reuniones con todo el personal de los establecimientos de salud se presentaron los resultados e identificaron las brechas de desempeño, es decir, las prácticas y dimensiones que no alcanzaban un 80% de cumplimiento. Luego se analizaron sus causas, teniendo en cuenta los factores del desempeño (conocimientos, oportunidades, motivaciones) y, a partir del año 2010, los indicadores sanitarios definidos por el MINSA para cada componente (SMI, SSR, PF, TB o VIH). A continuación se definieron acciones para reducir las brechas, que se organizaron en planes donde se priorizaban las intervenciones que podían resolver más fácilmente los problemas usando recursos disponibles localmente. La identificación de brechas comunes en los servicios permitió formular propuestas de mejora que beneficiarían al establecimiento de salud en su conjunto.

A nivel de las MR se presentó un consolidado de la medición de los establecimientos de su jurisdicción, identificando brechas y soluciones comunes. También se les entregaron los PMD elaborados para que les dieran seguimiento. El proceso se repitió en las redes y las DIRESA, donde se elaboraron PMD enfocados en causas que no podían ser enfrentadas en el nivel de establecimiento de salud y MR.

En Cusco, La Libertad, San Martín y Ucayali se identificaron problemas organizativos o de gestión que explicaban las brechas, para enfrentarlos primero. En Ucayali, de otro lado, se distinguieron las causas internas de las brechas (posibles de resolver con actividades del propio establecimiento) y externas (que no dependían de éste), las que se presentaron a los gobiernos locales con la finalidad de obtener su apoyo. Asimismo, tanto en La Libertad como en Ucayali se distinguió entre planes de mejora de corto plazo, que permitían superar las brechas internas con recursos del establecimiento de salud, y proyectos de mejora de mayor alcance, que requerían el involucramiento de otros actores.

La identificación de la dimensión de prevención de infecciones como una de las brechas de desempeño común más importante en Ucayali llevó a la elaboración de un PMD para enfrentarla en la MR Campo Verde. Como resultado de ello, esta experiencia fue considerada como un referente en la mejora de la prevención de infecciones a nivel regional, pues es sede docente para talleres de capacitación y rotaciones en servicio, así como campo clínico para la Universidad Nacional de Ucayali. Igualmente, se presentó en la reunión nacional de mejora de la calidad organizada por el MINSA.

Al inicio de la implementación el equipo adaptó la matriz propuesta en la GBE-R para la elaboración de los planes según la tabla que a continuación se presenta:

**Tabla 2. Plan de intervención**

Criterio (*)	Causa	Intervención propuesta	Apoyo externo	Responsable	Fecha de entrega

(\*) Corresponde a las dimensiones: RPU, IU, CTC, PI, GL.

Durante la experiencia se constató, sin embargo, que esta matriz daba lugar a intervenciones desarticuladas, por lo que algunos integrantes del equipo empezaron a definir sus propias orientaciones. La discusión de esas propuestas llevó a la adopción de las tres guías que se utilizan desde abril de 2010 y que se presentan a continuación.

**Guía 1. Criterios de desempeño según buenas prácticas / dimensiones y análisis de causas propuestas de actividades / intervenciones**

Buena práctica	Dimensión	Criterios de desempeño no alcanzados	Identificación de causas	Actividades

**Guía 2. Priorización de actividades / intervenciones**

Actividades	Criterios de priorización				Puntaje total
	Impacto en el paciente (poco 1- bastante 5)	Poder de decisión del equipo local (poco 1- bastante 5)	Recursos necesarios (bastante 1- poco 5)	Tiempo requerido (bastante 1- poco 5)	

**Guía 3. Elaboración de plan de mejora de la calidad (\*)**

Objetivos:				
Buena práctica	Actividades priorizadas	Tiempo (duración y fecha)	Responsable de la actividad	Costo / fuente de financiamiento

(\*) Incluye un cronograma de implementación y un plan de monitoreo.

- d) Implementación de los PMD con recursos propios y apoyo de los niveles superiores y del proyecto (capacitación y asistencia técnica, intercambio de experiencias y entrega de materiales de información, educación y comunicación).

El monitoreo de la implementación de los PMD estuvo a cargo de los niveles superiores, con participación del proyecto. Consistió principalmente en visitas a los establecimientos de salud para verificar el cumplimiento de los planes, ofrecer apoyo y realizar ajustes, en caso de necesidad. Los jefes de establecimiento, por su parte, informaban los avances y dificultades en reuniones periódicas en las MR, proceso que se repetía en las redes y DIRESA.

El nivel de cumplimiento de los planes fue variable, con tendencia a mejorar año a año. Las principales dificultades para la implementación se relacionan con la motivación del personal, problemas organizativos y de recursos.

- e) Fortalecimiento y desarrollo de capacidades, como una manera de apoyar la implementación de los PMD, a través de diversas actividades, entre las que destacan:
  - Consultorías como, por ejemplo, evaluación rápida de las necesidades de desarrollo de capacidades de los proveedores de salud para la atención en PF (Cusco, agosto a octubre de 2010); evaluación de las relaciones proveedor-usuario e información al usuario (Ucayali, abril de 2010); implementación de la MMD en prescripción y dispensación de medicamentos (Ayacucho, Cusco, Huánuco, San Martín y Ucayali, 2010 y 2011).
  - Talleres de comunicación interpersonal (enfocados en la relación proveedor-usuario y en información al usuario); mejora de las habilidades técnico clínicas; prevención de infecciones y mejora de las medidas de bioseguridad en establecimientos de salud. En Cusco este último taller fue dictado por una profesional de la MR Campo Verde (Ucayali), constituyéndose en una actividad de inter aprendizaje entre MR en las que intervino el proyecto. También se realizaron talleres para la implementación de la metodología de orientación/consejería balanceada en PF (propuesta original del proyecto que ha sido incorporada en la normatividad del MINSA) en Ayacucho, San Martín y Ucayali.
  - Intercambio de experiencias mediante visitas guiadas a establecimientos de salud con resultados exitosos en la mejora de la calidad para fortalecer capacidades técnicas en salud sexual y reproductiva, planificación familiar, tuberculosis, ITS/VIH/SIDA y prevención de infecciones.
  - Apoyo para la calificación de establecimientos de salud como sedes docentes (casos de la MR Campo Verde para prevención de infecciones y atención peri-natal, y del Centro de Referencia en Infecciones de Transmisión Sexual – CERITS del Hospital Regional de Pucallpa para ITS/VIH/SIDA).
  - Asistencia técnica para la mejora de procesos, la gestión, la organización de servicios y el fortalecimiento del trabajo en equipo, que facilitaron la concreción de las propuestas de mejora acordadas colectivamente tanto en las regiones de salud como en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN).
- *Momento tres – medición del progreso:* el diseño inicial del proyecto planteaba que este momento sería responsabilidad del sector salud, pero la necesidad de dar cuenta de los avances logrados mediante la intervención obligó al equipo a jugar un rol de mayor responsabilidad. En todos los casos, sin embargo, el papel fue de apoyo y facilitación a las iniciativas locales, principalmente de las MR, redes y DIRESA.

Hasta la fecha (mayo 2012) se han realizado cuatro mediciones de avance en San Martín, tres en Huánuco, La Libertad y Ucayali, y dos en Cusco, donde el ciclo completo (que incluyó desde el momento preliminar con al menos una medición anual) de la MMD se realizó en un año (2010-2011). En Huánuco se realizó un monitoreo mensual del avance en la implementación de los PMD y su posterior revisión conjunta en la red.

El procedimiento fue similar al seguido para la primera medición, es decir, se formaron equipos de facilitadores que aplicaron las guías y luego se analizaron y discutieron los resultados con el personal del establecimiento, comparándolos con los obtenidos en las mediciones anteriores y con los indicadores sanitarios del MINSA. Igualmente, se revisaron los PMD y se les hicieron ajustes a partir de las brechas encontradas. El proceso se repitió en las MR, con menor participación de las redes y DIRESA. En algunas MR de Ucayali se realizaron mediciones internas entre servicios, es decir, efectuadas por el personal del mismo establecimiento; esta modalidad fue altamente valorada por considerar que fortalecía el trabajo de equipo y ayudaba a conocer mejor lo que hacían los demás.

En términos generales, se pudo apreciar mejoras en el proceso de medición, pues los facilitadores tuvieron un mejor desempeño en la aplicación de las guías de buenas prácticas. Igualmente, hubo una evolución positiva en los indicadores y avances en el cierre de brechas en la mayoría de los establecimientos de salud y MR, lo que no sólo generó estímulos para continuar mejorando sino que hizo que el personal de los establecimientos y en general, del sector salud, valorara cada vez más la propuesta de la MMD.

En los casos de algunas MR (Yanaoca en Cusco, San Rafael en Huánuco y Lluylucucha en San Martín), su incorporación al proceso de medición realizado por el MINSA en el marco del Programa de Fortalecimiento al Primer Nivel de Atención evidenció que, gracias a la intervención del proyecto, tenían mejores resultados. Como ya se indicó, ello contribuyó a que el Ministerio percibiera que la MMD complementaba sus propias iniciativas y a que valorara la propuesta. Esto fue clave posteriormente cuando el MINSA en diciembre del 2011 decidiera que esta metodología se oficializara a nivel nacional a través de una directiva administrativa.

- *Momento cuatro – reconocimiento de logros:* las redes y las DIRESA participaron en este momento, como también algunos gobiernos regionales (Ucayali) y locales (Cusco y Ucayali), así como universidades (La Libertad y Ucayali). Los criterios de reconocimiento se definieron conjuntamente con las DIRESA, con participación de representantes de las redes y MR involucradas en algunos casos. El Cuadro 2 da cuenta de la diversidad de criterios y tipos de reconocimiento definidos en cada departamento.

### Cuadro 2. Criterios y tipos de reconocimiento

Ver Anexo II para identificar momentos de implementación de MMD específicos por región y su respectiva línea de tiempo

Departamento	Criterios	Tipo
<b>Cusco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajadores: participación en el cierre de brechas (aplicación de buenas prácticas, aprendizajes en talleres)</li> <li>- Facilitadores: participación en las mediciones y cierre de brechas; que sus establecimientos muestren avances en dimensiones o buenas prácticas</li> <li>- Establecimientos de salud cuyos servicios muestran por lo menos 80% de cumplimiento en las dimensiones del desempeño</li> <li>- Establecimientos de salud cuyos servicios muestran por lo menos 80% de cumplimiento en buenas prácticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajadores: Resolución Directoral de la DIRESA</li> <li>- Facilitadores: certificación otorgada conjuntamente por la DIRESA, CeS y el gobierno local</li> <li>- Establecimientos de salud: carta de CeS y libros (para dimensiones del desempeño); certificado otorgado conjuntamente por la DIRESA, CeS y el gobierno local y libros (para buenas prácticas).</li> </ul>
<b>Huánuco</b>	<p>Se asigna puntaje (1 a 3) y se elabora un ranking de establecimientos de salud considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trabajo en equipo</li> <li>- organización de servicios por etapa de vida</li> <li>- logística local de medicamentos</li> <li>- señalización de servicios y flujo de atención a usuarios</li> <li>- registro, análisis y uso de información</li> <li>- referencia y contra referencia</li> <li>- gestión local de financiamiento</li> <li>- aplicación de interculturalidad en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diploma al personal de todos los establecimientos de salud de la MR.</li> <li>- Regalo personal a los trabajadores de los 3 establecimientos que encabezan el ranking.</li> </ul>

Departamento	Criterios	Tipo
	servicios de salud.	
<b>La Libertad</b>	Elaboración de un ranking de establecimientos según el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios.	Diploma al establecimiento de salud, al coordinador o facilitador y a la representante de la Universidad que participo en el proceso de mejora.
<b>San Martín</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitadores destacados por la calidad de la medición y por dar seguimiento a los PMD.</li> <li>- Establecimientos de salud con más de 80% de logro en buenas prácticas.</li> </ul>	Certificados a personas y establecimientos.
<b>Ucayali</b>	<p><u>2010:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejoras al comparar mediciones</li> <li>- Innovaciones en procesos de atención</li> <li>- Relacionamiento con autoridades locales</li> </ul> <p><u>2011 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora progresiva en las buenas prácticas.</li> <li>- Mejora en la calidad, consistencia y consolidación de la información</li> <li>- Existencia de plan de capacitación</li> <li>- Tendencia a mejora de indicadores sanitarios</li> <li>- Mejora en la relación con el gobierno local y organizaciones comunitarias.</li> </ul>	<p>Resolución Directoral y felicitación pública de la DIRESA al establecimiento de salud y su personal.</p> <p>Evento público de reconocimiento con participación del Gobierno Regional.</p>

**Nota:** las actividades de reconocimiento implementadas tanto en estas regiones seleccionadas como en todas las demás donde se implementaron mostraron que podían contribuir a un poderoso estímulo para que los equipos de los establecimientos de salud continuaran esforzándose en reducir sus brechas y en competir de manera sana con otros establecimientos de las MR que si habían logrado lo que se habían propuesto.

Se aprovecharon también otros eventos, considerándolos como formas de reconocimiento; entre ellos el tercer lugar obtenido por la MR San Rafael (Huánuco) en el encuentro sobre mejora de la calidad organizado por el MINSA y la calificación de establecimientos de salud como sedes docentes (Ucayali). Estos hechos no sólo motivaron al personal sino que contribuyeron a generar expectativas e interés en otros establecimientos y a dar a conocer y valorar la MMD.

### 3.4. Resumen descriptivo por regiones de factores facilitadores y obstaculizadores para implementar la MMD

Durante la entrevista realizada a los coordinadores de campo de las cinco regiones seleccionadas para esta revisión, se obtuvo información sobre los factores facilitadores y los obstáculos encontrados para la implementación de la MMD, y las respuestas de los coordinadores para enfrentar los segundos.

La información de las cinco regiones fue resumida en tablas (anexo 2) para apreciar mejor los elementos comunes a las regiones, que fueran facilitadores para la implementación de la MMD o que por el contrario, fueran obstaculizadores en agilizar los procesos.

## IV. Análisis de la experiencia

La reflexión del equipo en los talleres de sistematización permitió identificar los siguientes aspectos que facilitaron o dificultaron la implementación del proyecto. Para un mayor detalle de la línea del tiempo que se siguió en la implementación de MMD en las regiones seleccionadas referirse al anexo 3 donde aparecen hitos clave de dicho proceso.

### 4.1. Aspectos internos que afectaron la implementación del Proyecto

#### 4.1.1. Diseño inicial

Aunque no se lo había considerado entre los temas a abordar en la sistematización, la reflexión sobre la experiencia evidenció que hubo tópicos y supuestos no considerados en el diseño que dificultaron posteriormente la implementación de varias intervenciones en particular de la MMD.

- El proyecto partió del supuesto que el MINSA y las DIRESA se apropiarían rápida y eficazmente de la metodología, objetivos y actividades propuestos. En consecuencia, no se previó estrategias ni recursos para convencer a los interlocutores nacionales, regionales y locales. Al no ocurrir este supuesto, hubo que realizar esfuerzos y destinar tiempo a acciones de incidencia, motivación y negociación, lo que también explica los retrasos en el logro de las metas en los plazos previstos.
- El proyecto fue diseñado para transferir su metodología y herramientas a organizaciones locales, – principalmente del sector salud – para que las implementaran, con la asistencia técnica y supervisión del equipo del proyecto, pero múltiples obstáculos obligaron a que el proyecto las implementara directamente. La composición del equipo del proyecto, tanto en número como en tipo de profesionales, no era la adecuada para ese rol imprevisto. La consecuencia fue una recarga de trabajo para el personal, y un retraso en la ejecución de actividades y logro de metas durante el primer año de vida del proyecto.
- Se asumió, que la aplicación de las guías de desempeño entregaría información para levantar la línea de base, confundiendo la medición de buenas prácticas con el logro de los objetivos y resultados del proyecto. Ello también obligó al equipo a destinar más tiempo y esfuerzos a la primera medición, descuidando durante el primer año el conjunto del ciclo de la MMD.
- De otro lado, el proyecto no cuenta con indicadores de proceso para cada uno de los momentos de la MMD, lo que hace que se ponga atención exclusivamente en los resultados finales, limitando la visibilidad de los productos intermedios que permiten alcanzarlos. Concretamente, no había indicadores que dieran cuenta del diálogo social, la definición de buenas prácticas, su implementación, la medición del progreso ni el reconocimiento de logros. El Plan de evaluación y monitoreo (PMP) del proyecto ha tratado de recoger varios de estos elementos de la metodología. Además de dificultar el seguimiento, ello generó frustraciones con el equipo, que percibió que sus esfuerzos y el tiempo que destinaban a alcanzar estos productos no eran suficientemente valorados.

#### 4.1.2. Concepción y estrategia de intervención

- Un elemento que facilitó mucho la implementación fue que el equipo técnico mismo realizara la adaptación de la GBE-R a la realidad y normatividad peruanas, ya que les permitió conocerla en profundidad, comprenderla y apropiarse de ella. Esto, junto con la flexibilidad con que se adecuó la propuesta a las características de las zonas de intervención, contribuyó al reconocimiento de la MMD, tanto a nivel nacional como en regiones, y es un elemento que favorece su institucionalización y sostenibilidad.
- La decisión de reemplazar el término estándares de desempeño por buenas prácticas favoreció las relaciones con el sector salud a nivel nacional y en las regiones, abriendo las puertas para su colaboración, la identificación conjunta de los servicios a ser mejorados, la definición de buenas prácticas en ellos y su apoyo a los procesos de mejora.

- Si bien los enfoques generales de la metodología demostraron su calidad, las estrategias de implementación no estaban claramente precisadas y debieron construirse sobre la marcha. En ocasiones ello se tradujo en inconsistencias y diferencias en la manera de trabajar en las diversas zonas, aunque la experiencia ganada por el equipo durante estos años ha favorecido su mejor desempeño y, por lo tanto, la obtención de resultados.
- La adopción de la estrategia de experiencias demostrativas resultó muy beneficiosa pues, al concentrar los esfuerzos del equipo en pocos ámbitos, permitió intensificar el acompañamiento y la asistencia técnica. Ello facilitó evidenciar el carácter cíclico de la MMD (es decir, la relación entre la identificación de las brechas, la implementación de planes para enfrentarlas y la mejoría en el desempeño), mostrar resultados y reconocer logros, generando interés y motivación en los actores directamente involucrados y en otros.

Un problema derivado de esta estrategia, sin embargo, fue que al reducir el ámbito de la intervención, impidió que se lograran las metas cuantitativas previstas.

- La incorporación de diversos actores al diálogo social se vio favorecida cuando fue posible mostrar los éxitos alcanzados con la MMD, a lo que contribuyó la estrategia de experiencias demostrativas. El sector salud, por su parte, mostró mayor disposición a buscar soluciones conjuntas con otros actores a partir del conocimiento de sus problemas y limitaciones evidenciado en las mediciones. Una limitación, especialmente durante los primeros años, fue la insuficiente precisión conceptual y metodológica sobre cómo operacionalizar el diálogo social, que llevó a que se lo impulsara con intensidades distintas en los diversos ámbitos.
- En las zonas de intervención, la definición de buenas prácticas se facilitó cuando se empezó identificando interlocutores con interés y buena disposición, a quienes se les presentó la MMD y se les convenció de su utilidad.
- Durante una primera etapa se puso excesivo énfasis en la medición de buenas prácticas, sin dar la misma importancia al análisis de sus resultados ni a la elaboración, implementación y seguimiento de los planes para enfrentar las brechas identificadas. En ello influyó la formación inicial recibida por el equipo, como también la necesidad de levantar la línea de base, y se transmitió en las primeras formaciones de facilitadores. Este énfasis se ha ido corrigiendo a lo largo del tiempo; la adopción del enfoque de desarrollo de capacidades constituyó un punto de quiebre, ya que centró la formación en el rol de apoyo de los facilitadores en la mejora de la calidad de los servicios de salud.
- Las primeras mediciones experimentaron dificultades derivadas, por un lado, de la inexperiencia de los facilitadores y, por otro, de la excesiva amplitud y complejidad de las guías, especialmente al aplicarlas en establecimientos de salud pequeños y con poco personal. A ello se sumó el retraso en la elaboración del aplicativo para consolidar los resultados de las mediciones, que obligó a los facilitadores hacerlo manualmente.
- La guía para la elaboración de los PMD utilizada inicialmente, al concentrarse en actividades de bajo costo y fáciles de implementar, permitió mostrar resultados rápidos y favoreció la valoración y adopción de la MMD. En ese mismo sentido apuntó la disposición del proyecto a utilizar los formatos con que contaban el MINSA o las DIRESA, que además evitó la duplicación de esfuerzos. Como ya se indicó, sin embargo, la experiencia mostró que esa primera guía daba lugar a actividades dispersas y al riesgo de perder de vista un abordaje integral en el cierre de brechas. Ante ello, el equipo diseñó nuevos formatos y realizó ajustes en la formación de facilitadores, dando más importancia y asignando mayor tiempo al análisis de las brechas y a la elaboración, implementación y seguimiento de los PMD.
- Las asociaciones y sinergias con otros actores (gobiernos regionales y locales, otros proyectos de USAID, ONG, principalmente) para la implementación de los PMD potenció los recursos disponibles para ello y por lo tanto, la mejora del desempeño.
- Durante el primer año no se tuvo en cuenta los indicadores sanitarios del MINSA al analizar la información de las mediciones, por lo que no fue posible documentar la manera en que la MMD contribuyó a las mejoras. Su posterior inclusión, además de corregir esta situación, ha provocado

un mayor interés del personal de los establecimientos de salud por participar en el proceso, ya que les facilita la elaboración de sus reportes al MINSA.

- La decisión de definir los criterios y tipos de reconocimiento en conjunto con los actores locales aportó a su viabilidad, así como a la apropiación de ese momento y de la MMD en su conjunto.

#### 4.1.3. Gestión interna del Proyecto (personal, clima organizacional)

- Como ya se indicó, cuando se inició la implementación existieron muchos desafíos para la gestión. Cambios en la jefatura y conflictos interpersonales que impidieron la existencia de espacios de debate y reflexión en el equipo y, en consecuencia, la construcción de una visión compartida en términos conceptuales, de enfoques y de estrategias de implementación. Consecuencias de ello fueron la extensión del período de planificación inicial, el incumplimiento de la hoja de ruta definida a fines del año 2008 y el inicio del trabajo de campo recién en el año 2009, en gran medida por presión de USAID y sin contar aún con un equipo completo. Igualmente, no se discutió ni llegó a acuerdos sobre cómo implementar la MMD, lo que llevó a cada integrante a buscar sus propias vías de manera independiente.

Los problemas en el liderazgo y conflictos internos incidieron también en inadecuadas descripciones de cargos, un uso poco eficiente de los escasos recursos disponibles y deficiencias en su asignación. Expresión de ello es que el componente de enfermedades infecciosas (ITS/VIH/SIDA, TB e IIH), a pesar de contar con el 55% del presupuesto total del proyecto, tuvo limitado personal, lo que retrasó la definición de buenas prácticas y la elaboración de la correspondiente guía.

Recién con la llegada del actual jefe del proyecto, a mediados de 2010, la situación se empezó a resolver, dando lugar a una mayor adecuación del personal a sus funciones, mejores relaciones interpersonales, y mayor intercambio de experiencias y reflexiones. Todo ello ha permitido construir rutas de intervención comunes y mejorar notoriamente la eficacia y eficiencia del trabajo, así como el clima organizacional.

Algunos aspectos que es necesario seguir trabajando tienen que ver con la articulación entre los dos componentes y el reforzamiento de los procesos de inducción al personal nuevo para evitar debilidades y disparidades en la intervención.

- A lo largo de la vida del proyecto, la incorporación de nuevas personas ha permitido que el equipo enriquezca y amplíe sus perspectivas y acción con relación a la definición de buenas prácticas. De otro lado, la adopción del enfoque de fortalecimiento de capacidades locales, la consultoría que ayudó a precisarlo y la apertura del Área de Desarrollo de Capacidades ayudaron a definir orientaciones para validar las guías de buenas prácticas y para el diálogo social.
- Al iniciarse el trabajo de campo antes de que hubiera personal asignado a todas las regiones del ámbito de intervención, hubo un acompañamiento insuficiente a los procesos de implementación de buenas prácticas y, en algunos casos, la primera medición no fue seguida del análisis de las brechas y la elaboración de planes para enfrentarlas.
- El conocimiento, experiencia previa y las relaciones ya establecidas entre los integrantes del equipo y los actores locales facilitaron la convocatoria a procesos de diálogo; el mismo rol jugó la visibilización de casos exitosos así como la información periódica publicada en la página web ([www.calidadensalud.pe](http://www.calidadensalud.pe)).

La relativa autonomía del personal en los ámbitos de intervención dio lugar a experiencias interesantes y valiosas de diálogo social, pero también generó disparidades. Además de lo ya mencionado con relación a las escasas orientaciones operativas y espacios de debate interno, contribuyeron a ello las débiles capacidades de negociación y concertación en algunos integrantes del equipo.

#### 4.1.4. Relaciones entre el Proyecto, USAID y Jhpiego

- El apoyo técnico de Jhpiego fue fundamental en el momento de la definición de buenas prácticas. Los talleres y las reuniones con sus representantes ayudaron al equipo a comprender y aprehender la GBE-R y a adaptarla a la realidad y normatividad nacional. El intercambio de experiencias en la aplicación de instrumentos de medición del desempeño en otros países también enriqueció el diseño de las guías.
- Los cuestionamientos de USAID en relación a la incorporación de la etapa “diálogo social” como parte de la MMD y la necesidad de definir los instrumentos de medición de buenas prácticas provocaron atrasos en la ejecución de las actividades. Estas dificultades, sin embargo, tuvieron un efecto positivo, al obligar al equipo a precisar sus concepciones y enfoques; la mayor claridad en su presentación facilitó la aprobación de sus propuestas, entre ellas la de la incorporación de la etapa de “diálogo social” como un nuevo momento de la MMD.
- La demanda al proyecto para mostrar resultados integrales, sistémicos y sostenibles se convirtió en una motivación para que el equipo ampliara su mirada desde el excesivo énfasis inicial en la aplicación de las guías de buenas prácticas a la aplicación de planes de mejora dirigidos a resolver brechas del desempeño. A la vez, permitió mostrar los avances obtenidos gracias a la MMD, facilitando que los interlocutores la valoren y se comprometan a continuar y ampliar su aplicación.
- El reenfoque estratégico geográfico de USAID/Perú hizo que el proyecto enfocara sus actividades en algunas zonas geográficas más que en otras previamente abordadas, dificultando el acompañamiento de algunas actividades de reconocimiento y su articulación con un nuevo ciclo de la MMD en las regiones no focalizadas.
- Inicialmente, hubo cambios sucesivos de la contraparte en USAID y del jefe del equipo del proyecto que causaron dificultades en la coordinación de actividades.
- El impulso de USAID|PERU al trabajo conjunto y sinérgico entre los proyectos socios (MCS, HPI y Políticas en Salud) ha potenciado los recursos disponibles y motivado a otros actores a incorporarse a los procesos de mejora del desempeño.

#### 4.2. Aspectos externos que afectaron la implementación del Proyecto

##### 4.2.1. Relaciones con actores del sector salud

- Las concepciones distintas sobre la calidad en salud y cómo alcanzarla, mencionadas en el punto 2.2, dificultaron las relaciones y la implementación del proyecto en general, retrasando la aceptación, aprobación e institucionalización de las buenas prácticas propuestas. Las DIRESA de las zonas de intervención aceptaron usar las guías de buenas prácticas pues no disponían de instrumentos para medir el desempeño de los servicios. La ausencia de definiciones de calidad con relación a TB y VIH/SIDA, de otro lado, facilitó la aceptación y adopción de las propuestas por el proyecto.

Las constantes reuniones técnicas y el trabajo conjunto con las contrapartes técnicas, principalmente con la ENSSSR, la ENSTB, la ENS ITS/VIH/SIDA, la DGPROMS y la Etapa Vida Niño, tanto a nivel central como con sus contrapartes regionales, han contribuido a revertir las iniciales resistencias y al alineamiento de las buenas prácticas con las políticas y normatividad del MINSA identificando que a través del uso y seguimiento de las guías de buenas prácticas se reforzaba el cumplimiento de la normatividad vigente.

En las zonas de intervención los procesos fueron diversos. En algunos casos fue posible encontrar complementariedad entre los enfoques del proyecto y del sector mediante trabajo conjunto y coordinaciones, pero en otros las largas discusiones retrasaron la implementación. La experiencia mostró que la participación de personal de los establecimientos de salud en el proceso de definición de buenas prácticas facilitó su aceptación y uso.

- Las expectativas del MINSA respecto a la cooperación internacional, que en algunos casos se limita a la provisión de recursos para cubrir vacíos financieros, retrasó las posibilidades de establecer relaciones a partir de una propuesta más técnica como la MMD.
- En el proceso de descentralización el MINSA trasladó su estructura orgánica a las regiones como ejemplo de organización. La propuesta era que las “Estrategias” utilizaran parte de sus recursos para mejorar la calidad de la salud, con la rectoría normativa de las direcciones regionales de calidad, que no cuentan con presupuesto propio. Esto no ha sucedido y es una limitación importante para la implementación del proyecto.
- Algunas DIRESA no han jugado, de la mejor manera, el rol de asistencia técnica a los procesos de mejora del desempeño que el proyecto promueve.
- Los constantes cambios en las autoridades y personal del sector salud (más evidente a nivel regional) también dificultaron la implementación, seguimiento y apropiación de los procesos de mejora. En algunos casos los cambios completos de equipos técnicos produjo una carencia de memoria institucional, y consecuentemente una debilidad de las instituciones.
- La sensibilización constante sobre la necesidad de abordar la salud desde una perspectiva integral ha empezado a revertir la concepción que la salud es un tema de exclusiva responsabilidad del sector. Los instrumentos de política y de gestión vigentes, que promueven el abordaje intersectorial de la salud, tales como la inclusión de salud en todas las políticas (Health in All Policies- HiAP) promovida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud así como todos los lineamientos políticos y técnicos contenidos en la Ley General de Descentralización del estado peruano y en particular los referidos al sector salud también han servido de apoyo.
- La participación en mediciones conjuntas con el MINSA permitió aclarar dudas sobre una posible duplicación de esfuerzos y ayudó a que se valorara la MMD y a identificar la complementariedad de los procesos. Esto sentó las bases para que la asesoría técnica del despacho ministerial en la definición de un nuevo modelo de atención del primer nivel basado en familia y comunidad decidiera abrir las puertas para la oficialización de la MMD, iniciada el 2011 a través de la inclusión de la misma en el Documento Técnico del Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2012 (RM-278-2011). Los progresos mostrados mediante las mediciones del proceso evidencian la utilidad de la MMD lo cual facilita el apoyo político y técnico de las personas clave del sector salud<sup>20</sup>. Ello se expresó, por ejemplo, en la realización de mediciones de avance de manera autónoma al proyecto en algunos casos y en la inclusión del seguimiento de los PMD en las visitas de supervisión que realizan algunas redes.
- Las sucesivas mediciones, a la vez, generaron una sana competencia entre el personal de establecimientos de salud, MR y redes, que se esmeraron en desarrollar las acciones previstas en sus PMD para poder mostrar progresos. Un elemento que dificultó este momento fue la carencia de recursos en el sector para financiar el traslado de los facilitadores a los establecimientos de salud que se les había asignado. Esto afectó especialmente a Ucayali debido a las características geográficas de la zona (selva) que elevan los costos del transporte.
- En el Estado peruano en general no existe una cultura de reconocimiento de logros, lo que dificultó que las autoridades del sector entendieran el sentido e importancia de este momento. Ello se empezó a revertir cuando se mostró las evidencias de los resultados obtenidos, comprometiéndolos en las actividades de reconocimiento.

#### 4.2.2. Relaciones con los gobiernos regionales y locales

- Los gobiernos regionales y locales, por lo general, apoyaron la implementación del proyecto. La misma debilidad inicial de las nuevas autoridades por el tiempo que les llevó instalarse en el poder y conocer su contexto pudo revertirse una vez que asumieron sus cargos en enero de 2011 luego de

---

<sup>20</sup> Se definió como apoyo político a la incorporación de la MMD en el discurso de las autoridades, la emisión de normas y la asignación de presupuestos; y como apoyo técnico, el impulso, motivación y conducción de procesos de mejora, transfiriendo conocimientos y capacidades al personal involucrado.

las elecciones, mostrándoles la utilidad de este proceso lo cual facilitó la valoración de la propuesta y la aceptación de su continuidad.

- La coincidencia entre las prioridades sanitarias regionales y las del proyecto facilitaron la incorporación de los gobiernos a los procesos de diálogo. A la vez, como quedó demostrado en Ucayali, cuando un tema que aborda el proyecto se convierte en prioritario, se constituye en un importante incentivo para que otros actores se sumen al proceso. En cambio, cuando las prioridades se modificaron (como sucedió en San Martín), surgieron dificultades y hubo que destinar especiales esfuerzos a descubrir nuevos puntos de encuentro. Otro elemento que motivó a los gobiernos a incorporarse a los procesos de diálogo fue la difusión de los logros obtenidos previamente o en otros espacios.

El principal obstáculo confrontado para la incorporación de los gobiernos regionales y locales a los procesos de diálogo deriva de su concepción del desarrollo como infraestructura. Puesto que la mejora de la calidad de la salud no es visible en términos de obras físicas, resulta difícil convocarlos a comprometerse en este tipo de iniciativas. A ello se suman las deficientes capacidades regionales y locales para priorizar inversiones intangibles y procesos de desarrollo de capacidades. Sin embargo, las orientaciones políticas nacionales que incluyen aspectos referidos a la salud como, por ejemplo el Plan de Incentivos a la Mejora y Modernización Municipal del MEF, se han constituido en valiosos recursos para convocar a los gobiernos locales.

- La validación de las guías de buenas prácticas se facilitó cuando los gobiernos regionales y locales las percibieron como un instrumento para mejorar la calidad de los servicios que prestan los establecimientos de salud de su jurisdicción. La ya mencionada coincidencia con las prioridades políticas de los gobiernos regionales (caso de Ucayali) fue otro elemento que facilitó la definición, validación y aprobación de las buenas prácticas. Las principales dificultades derivan de conflictos entre los gobiernos regionales y las DIRESA, que hicieron que los primeros rechazaran la implementación del proyecto o no se involucraran. La debilidad de algunas Gerencias de Desarrollo Social (GDS) fue también un obstáculo.
- Los gobiernos regionales y locales participaron escasamente en los momentos de implementación de buenas prácticas y medición del progreso, con excepción de algunas municipalidades que aportaron recursos para los PMD de establecimientos de salud de su jurisdicción (La Libertad, Huánuco, Ucayali). Cuando lo habían hecho, fue más fácil que se involucraran en las actividades de reconocimiento. Contribuyeron a ello las evidencias de los avances alcanzados y su interés por visibilizar logros de su propia gestión.  
La participación de los gobiernos en las actividades de reconocimiento mostró ser una motivación importante para el personal de salud.

#### 4.2.3. Relaciones con la sociedad civil y la cooperación

- Cuando se inició la implementación del proyecto, USAID contaba con tres proyectos de salud en el Perú: HPI, MCS y CeS. En una primera etapa se generaron algunas dificultades derivadas de concepciones y estrategias distintas entre los implementadores, así como de la aparente superposición de sus ámbitos de trabajo (HPI también abordaba el tema de la calidad y MCS desarrollaba actividades con servicios de salud). Esta situación se empezó a resolver el año 2009, cuando USAID precisó los mandatos de cada proyecto, estableciendo que HPI se enfocaría en los sistemas de salud, MCS en la comunidad y CeS en los servicios y en el desarrollo de instrumentos para mejorar la calidad. Igualmente, empezó a promover sinergias y espacios para compartir lecciones entre los proyectos.  
En los ámbitos geográficos coincidentes, empero, el trabajo conjunto no siempre fue fácil, persistiendo en ocasiones ciertas discrepancias en enfoques y estrategias que generaron confusiones en los interlocutores locales. A partir del año 2011 (antes en Ucayali, con un plan conjunto entre MCS y CeS) las relaciones mejoraron, lo que potenció recursos y creó sinergias que han facilitado la implementación del proyecto.

- La debilidad de la mayor parte de organizaciones de la sociedad civil en las zonas de intervención, junto con celos interinstitucionales en algunos casos, obstaculizaron su incorporación a procesos de diálogo. Como con los demás actores, la difusión de procesos exitosos y de las mejoras obtenidas han sido la motivación más importante.
- La participación de algunas ONG en la revisión de las guías de buenas prácticas (Caritas y CARE en atención infantil; IDIPS del Norte -La Libertad- en TB) así como agencias de cooperación multilateral como la Organización Panamericana de la Salud enriqueció su definición y facilitó su adecuación a la realidad nacional y regional. El aporte de recursos de otras ONG, por su parte, facilitó la implementación de los PMD y permitió ampliar la intervención a nuevos ámbitos en algunos departamentos. Igualmente, fortaleció y facilitó las vinculaciones del proyecto con los demás actores. Su presencia en las actividades de reconocimiento, de otro lado, las ha realzado y ha incrementado el interés y motivación del personal de salud por participar en los procesos de mejora.

#### 4.2.4. Relaciones con otros actores: academia, empresas privadas

- En términos generales, la participación de universidades en la implementación del proyecto se constituyó en un incentivo para el personal de salud debido a su prestigio académico. Las principales formas de involucramiento fueron la acreditación o entrega de certificados a facilitadores, la acreditación de establecimientos de salud como sedes docentes y la participación de profesores en los equipos de medición. En La Libertad, la Universidad Nacional de Trujillo colaboró en la revisión y validación de las guías, facilitando su adecuación.
- En Ucayali y Ayacucho la Universidad Nacional de Ucayali y la de San Cristóbal de Huamanga reactivaron convenios con las respectivas direcciones regionales con los cuales se diseñó e implementó un diplomado para el fortalecer el Liderazgo del Desarrollo Local que concluyó después de seis meses con la graduación de cuarenta y siete líderes que están trabajando en planes de acción para mejorar las condiciones de salud materno infantil y de salud sexual y reproductiva en sus respectivos departamentos.
- En cuanto al sector privado la experiencia en Ucayali mostró que es más fácil convocar a las empresas cuando los temas son prioritarios para los gobiernos, aprovechando el enfoque de responsabilidad social que muchas están adoptando. En ese caso también fue útil la sensibilización a la opinión pública sobre el problema de la tuberculosis y la existencia de diversos espacios interinstitucionales que abordaban el tema. Sin embargo, el enfoque pragmático de las empresas las hace resistirse a participar en procesos de diálogo que, por definición, son consensuados y toman más tiempo, limitándose a aportar recursos para actividades puntuales. Cabe resaltar que el proyecto tampoco se ha planteado hasta ahora proponerles un rol que vaya más allá de ser una fuente de apalancamiento.

## **V. Proceso para oficializar la MMD**

La regulación de la gestión de los establecimientos de salud se ha fortalecido paulatinamente, por un lado con la creciente profesionalización de los equipos técnicos a cargo, y por otro lado, con la generación de los documentos que permiten una apropiada operacionalización de los elementos de la gestión, tales como: i) la Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud, aprobada mediante R.M. 672-2009/MINSA, orientada a la gestión de nivel de Direcciones Regionales, y ii) los documentos normativos orientados a la gestión de los establecimientos de salud, ya sea en el primer nivel de atención, como el Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, aprobado mediante R.M. 278-2011/MINSA, o en todos los niveles, como la Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención, aprobada mediante R.M. 572-2011/MINSA.

Este importante desarrollo, tenía como tarea pendiente la gestión de la prestación en el primer nivel de atención, tarea esencial debido a la trascendencia de este nivel de atención para la atención mayoritaria de la población peruana.

Es así que el Ministerio de Salud identificó experiencias que se habían venido validando a nivel local o regional por diversos agentes, y entre ellas, la experiencia de Metodología de Mejora del Desempeño que venía siendo desarrollada en las Regiones de Ayacucho, Apurímac, Cusco, Huánuco, Loreto, Madre de Dios, Puno, San Martín, y Ucayali, así como numerosas localidades de Lima y Callao. En el diálogo con las Regiones se comprobó lo beneficioso de la MMD en las regiones en las cuales ya se había aplicado, y se vio la conveniencia de su generalización.

El 8 de diciembre del 2011, la Dirección General de Salud de las Personas como órgano rector proponente estableció un Equipo Técnico Responsable que revisara los productos elaborados por el proyecto CeS. Este equipo estuvo conformado de la siguiente manera: Dirección de Atención Integral de Salud, Dr. Luis Miguel León García y Dra. Rosa Vilca Bengoa; por la Dirección de Gestión Sanitaria, el Dr. Alexander Konstadinov Tarev y la Dra. Karina Gil Loayza; por la Dirección de Calidad en Salud, la Licda. Rosario Zavaleta Alvarez y la Licda. Jessica Graña Espinoza; y por la Dirección de Servicios de Salud, la Dra. Marita Pereyra Quiroz. El equipo técnico contó con el apoyo de un consultor, el Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana, contratado para tal efecto con recursos del proyecto.

En general, el proceso de revisión incluyó la realización de reuniones en las que se iniciaba revisando lo actuado en la sesión previa, para luego profundizar el debate y llegar a puntos de consenso. Entre sesión y sesión, el Consultor asumía la tarea de documentar el proceso, revisar referencias o documentos complementarios para alimentar el diálogo, y documentar los avances.

Se desarrollaron sesiones de trabajo durante los meses de diciembre de 2011 y enero de 2012, en las cuales se sumaron al Equipo Técnico Responsable, representantes de las Estrategias Sanitarias o Etapas de Vida directamente involucradas con los procesos de atención a los cuales se aplica la Metodología en esta primera etapa. Este equipo de expertos estuvo conformado de la siguiente manera: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Dra. Lucy del Carpio y Lic. Marisol Campos Fanola; Etapa de Vida Niño, Dr. Víctor Girao Ysidro y Lic. Hortensia Ramírez Leandro; Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, Lic. Antonieta Alarcón y Lic. Rula Aylas Salcedo; y Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA, Lic. Cristina Magán.

Al igual que en el caso anterior, se realizaron reuniones en las cuales se inició revisando lo actuado en la sesión previa, para luego profundizar el debate. El consultor apoyó registrando los debates, y generando versiones sucesivas de la directiva y de sus anexos.

En enero del 2012 se llevó a cabo un taller de validación operacional de los instrumentos utilizados en la implementación de la MMD con representantes de las direcciones adscritas a la Dirección General de Salud de las Personas y de varias direcciones regionales de salud. Este equipo generó varias recomendaciones entre las cuales vale la pena mencionar: 1) Se recomendó consultar la posibilidad de incluir en la base legal de la Directiva lo relacionado a los estándares e indicadores de calidad materna neonatales, el FON y SIP 2000, 2) verificar lo relacionado a medicamentos, 3) agregar en las disposiciones complementarias la base legal que respaldan el uso de los instrumentos, es decir especificar que es la norma vigente, 4) indicar que las normas técnicas deben figurar como base legal de los instrumentos en la sección de anexos.

También se sugirió reordenar la secuencia general de aplicación de la metodología; iniciar con la afirmación de la progresividad, concluyendo con la idea de la implementación del 100% de procesos técnicos en el 100% de establecimientos. Se comentó que en el caso de las Regiones o Redes en los que ya se hubiera aplicado la Metodología, la última medición precedente sería considerada como la

medición basal. El grupo consideró que se debía aclarar en el nivel que correspondiera, si: (a) habría discrecionalidad para elegir los procesos de atención y para identificar instrumentos para la medición, o (b) se abarcaría al 100% de los procesos de atención incluidos en la norma, y se incrementarían función de lo que el Nivel Nacional normaría de manera complementaria y progresiva.

Este equipo técnico también comentó que se hablaba de brechas críticas, pero este término no estaba definido en el documento y que valdría la pena aclararlo. Se recomendó que se precisara donde correspondiera, que la Unidad Ejecutora sería responsable de implementar el Plan de Implementación de la Metodología, sea DIRESA o Red, e inclusive MR, si ese fuera el caso. Se indicó que era necesario explicar que los criterios que establecían las guías debían ser complementarios a otras herramientas de medición existentes. Asimismo, se recomendó que la guía debiera tener un orden sucesivo de acuerdo a los procesos de atención, y que los instrumentos que se utilicen se deberían adecuar a la categoría del EESS

Finalmente se comentó que en el instrumento de medición de desempeño en ITS/VIH/SIDA, a partir de la Buena Práctica 09 a la 19, de atención a pacientes con VIH y que son manejados en ámbito hospitalario, se debería redefinir con algunas buenas prácticas de atención a pacientes con VIH en el primer nivel de atención, en el marco del proceso de desconcentración del TARGA y que en el Instrumento de Medición del Desempeño en Atención Médica Periódica, se debería agregar una buena práctica que evalúe el ambiente de atención diferenciando claramente en la Buena Práctica AMP-03, el tema de mobiliario e insumos.

Se comentó un poco sobre el costo efectividad del uso de la MMD una vez convertida a una directiva administrativa identificando que la misma buscaría darle una mayor calidad a la gestión de la atención, y en tal sentido, no generaría actividades adicionales, sino que dotaría de instrumentos a actividades que son parte de la operación regular de las diversas instancias encargadas, en este caso las funciones de supervisión de las DIRESA y de las Redes.

Se comentó que la manera más eficiente de instrumentar al personal para asegurar la aplicación de la norma, era a través de la impresión a gran escala de la Directiva y en particular de sus instrumentos, tal como se ha efectuado ya para otros documentos normativos. En una primera etapa, esta publicación será asumida por la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), que cuenta ya con ofrecimientos de cooperantes para financiar la primera impresión. Las impresiones adicionales de instrumentos deberían ser efectuadas por la Dirección Regional o por las Redes correspondientes, debiendo ser parte de su Plan Operativo Anual, tal como lo prevé la propia Directiva.

Una observación derivada de la discusión se relacionó a los costos derivados de la implementación del programa de reconocimientos, se discutió que si bien era responsabilidad de la DIRESA, la propia Directiva establecía su importancia y daba la facultad para gestionar recursos de los actores regionales o locales que se involucren en la aplicación de la Directiva, en el momento del diálogo social.

El anteproyecto de directiva administrativa y sus anexos fueron concluidos el 2 de marzo incluyendo su respectivo documento técnico y anexo. Se hizo la presentación oficial del mismo a la DGSP quienes a su vez lo elevaron a la Oficina General de Asuntos Jurídicos del MINSA. La directiva opera de manera sinérgica con otros instrumentos normativos actualmente vigentes. De acuerdo con la experiencia ya vivida en los dos últimos años en las regiones en donde se ha aplicado la MMD, se puede señalar que sus principales beneficios son:

- a) la generación de un alto involucramiento de actores regionales y locales, como el Gobierno Regional, Gobiernos Locales, lo cual ha impactado de manera importante en planes intersectoriales en el enfrentamiento de las prioridades sanitarias nacionales, aportando recursos al sector.

- b) Se ha demostrado que la mejora del desempeño de los prestadores produce un impacto en indicadores operacionales como la captación de sintomáticos respiratorios y los indicadores de seguridad del paciente en cuanto a prevención de infecciones.
- c) El análisis del desempeño por componentes, permite visualizar la importancia de la provisión de información al usuario y de la relación que debe existir entre el proveedor y el usuario, que son aspectos que generan una mejor imagen del servicio en los usuarios y usuarias.

Para un mayor detalle del proceso que se llevó a cabo tanto en el nivel nacional, como en el regional para elaborar el anteproyecto de directiva administrativa, el documento técnico y sus respectivos anexos favor referirse al anexo 3.

## **VI. Principales aprendizajes obtenidos (Lecciones Aprendidas)**

Las reflexiones desarrolladas durante el proceso de sistematización permitieron al equipo de CeS formular los aprendizajes que se presentan a continuación.

### **6.1. Concepción y estrategia de intervención**

- Posiblemente el principal aprendizaje obtenido hasta la fecha y que la sistematización permitió evidenciar es que el *diálogo social no es un momento preliminar sino un enfoque transversal y continuo*. Los diversos actores deben participar en todos los momentos de la MMD: definición de buenas prácticas, medición, análisis de la información e identificación de brechas, formulación de planes para enfrentarlas, implementación y seguimiento de dichos planes, y reconocimiento de logros.

La experiencia del proyecto mostró que fue un error no incluir a las contrapartes nacionales (MINSA y sector salud, gobiernos regionales y locales, otros proyectos financiados por USAID, MCLCP, sociedad civil) en el proceso de adaptación de la metodología y definición de buenas prácticas. Ello hubiera permitido responder mejor a sus necesidades y prioridades, discutir los diversos enfoques, conceptos y metodologías, buscar puntos de encuentro y generar complementariedades y/o sinergias.

Para un trabajo integrado con diversos actores, sea a nivel nacional o en las zonas de intervención, es indispensable generar confianza entre ellas y con el proyecto. La experiencia mostró algunos elementos que facilitan que esa confianza nazca y se mantenga: una comunicación abierta y permanente (tanto formal como informal); momentos de encuentro que permiten que los actores se conozcan y entablen vínculos; negociaciones conjuntas que evidencian posibles alianzas y complementariedades; y seguimiento de los acuerdos, asegurando su cumplimiento y el reconocimiento de los aportes individuales e institucionales.

Es importante considerar las capacidades y necesidades específicas de cada actor, para pedirles lo que pueden aportar y asegurarse de que reciban lo que requieren. Las guías para la implementación de la MMD deberían incluir explícitamente orientaciones para promover el diálogo social. La experiencia del proyecto permitió identificar las siguientes lecciones:

- Al iniciar el trabajo, realizar un mapeo de actores y/o FODA en cada zona de intervención, identificando intereses comunes. Este mapeo debería actualizarse constantemente puesto que actores, intereses y relaciones son cambiantes. Se aprendió también que la mejor manera de motivar a los actores a incorporarse al diálogo es mostrar evidencias de los logros obtenidos en el proceso y en otros.
- Durante la implementación de la MMD, tener una actitud flexible, receptiva y dispuesta a realizar cambios, para así sostener el compromiso de los actores y su disposición al diálogo. Se debería combinar las relaciones bilaterales y multilaterales, dependiendo de las necesidades y

coyunturas. Igualmente, comunicar constantemente el enfoque social, multisectorial e interdisciplinario que sustenta la propuesta, y seguir presentando evidencias de los logros alcanzados en la zona y en otras, para mantener la motivación. Otro elemento importante es asegurar que las decisiones adoptadas se cumplan dándoles participación a los actores.

- También se produjo aprendizajes relacionados con la conceptualización del momento cuatro – reconocimiento de logros, que no era muy precisa en las orientaciones iniciales. *Se definió como reconocimiento a una acción que valora, utilizando diversos medios, a los establecimientos de salud, a su personal y a facilitadores, por el cumplimiento de estándares de desempeño o buenas prácticas.* Se estableció el criterio que los reconocimientos se otorgarían tanto al alcanzar un 80% de cumplimiento en buenas prácticas y/o dimensiones, como al mostrar una evolución positiva en los indicadores, aunque con premios diferenciados.
- Estas definiciones conceptuales, empero, deben ser asumidas con flexibilidad, de manera tal que se incorporen iniciativas de los demás actores que aseguren la viabilidad, sostenibilidad y apropiación del momento de reconocimiento de logros.
- Con relación a la *formación de facilitadores en MMD*, se obtuvo también importantes aprendizajes. En primer lugar, se evidenció que las condiciones laborales del personal de salud no les permiten la asistencia a talleres de larga duración (5 días), como se previó inicialmente. La experiencia mostró que el tiempo máximo que podían permanecer era 2 a 3 días.
- Desde el enfoque de desarrollo de capacidades se precisó que la formación de facilitadores era más que un simple entrenamiento en el uso de determinadas herramientas, debiendo darle mayor importancia a su rol de impulso, conducción y monitoreo integral del proceso de mejora.
- En este sentido cobraba una mayor relevancia su papel de gestores de la capacitación en el nivel local según las necesidades identificadas por la MMD, fortaleciendo especialmente la inducción del personal nuevo, ya que la alta rotación era parte de la realidad en los servicios de salud. Se aprendió igualmente que era necesario programar actividades de formación de nuevos facilitadores para reemplazar a quienes dejaban de cumplir la función o era trasladados a otro servicio, así como de refrescamiento y actualización de conocimientos de los ya formados.
- La constante modificación de los interlocutores no está bajo el control del proyecto, por lo que hay que contar con estrategias y recursos para abordarla. La experiencia mostró, por ejemplo, que los cambios de autoridades obligaron a reiniciar los procesos de presentación del proyecto y de convencimiento para su aceptación una y otra vez, lo que debe ser considerado en los planes operativos de cualquier institución que desee implementar un proceso parecido.
- En lo que se refiere a los momentos de la MMD, los aprendizajes más importantes fueron los siguientes:
  - La importancia de la coincidencia entre las prioridades políticas y los temas del proyecto mostró que era necesario reforzar el trabajo de incidencia, especialmente mediante articulaciones y sinergias con otros proyectos.
  - Es indispensable que, en cada ámbito de intervención se desarrollen todos los momentos de la MMD, asegurando así percepción del carácter cíclico donde el momento cuatro es el inicio de un nuevo esfuerzo de mejora.
  - Vincular los resultados de las mediciones con los indicadores sanitarios, evidenciando que la MMD contribuye a mejorarlos, es la mejor forma de demostrar su utilidad al personal de salud.
  - Las orientaciones para el análisis de las brechas, la formulación del PMD, su implementación y seguimiento, con participación de actores locales, deben incluirse explícitamente, tanto en la propuesta metodológica como en la formación de facilitadores.

- La evidencia producida en el momento tres sirve para elaborar productos de comunicación sobre experiencias de éxito reales que muestran la utilidad de la MMD para mejorar la calidad de los servicios y ayudan a ampliar su uso, a la vez que motivan a otros actores a incorporarse a los procesos.

## **6.2. Gestión interna**

- La experiencia del proyecto deja como principal aprendizaje que se debe prever estrategias para abordar las dificultades y conflictos interpersonales, que siempre están presentes. Las reuniones conjuntas y el intercambio de experiencias contribuyen al mejor conocimiento del equipo sobre el trabajo de los demás y a la generación de confianza.
- Se aprendió también que es necesario asignar personal para que acompañe y brinde asistencia técnica en cada una de las zonas de intervención. Estas funciones se deben traspasar paulatinamente a las DIRESA, redes y MR, definiendo estrategias para ello. La experiencia mostró que resulta útil identificar a personas con particular interés en el tema (aunque no ocupen puestos altos) para que lideren los procesos y, a través de los resultados obtenidos, motiven a otros a incorporarse.
- Los reportes deberían vincular mejor el proceso de implementación de la MMD con los productos y resultados esperados del proyecto, de tal manera que se pueda orientar más claramente la intervención, facilitar el seguimiento y evitar frustraciones y confusiones en el equipo.

## **6.3. Relaciones con el sector salud**

- Un aprendizaje obtenido en la experiencia es que la Dirección de Calidad en Salud debería ser convocada desde el inicio de la implementación, tanto a nivel central como en las regiones. En términos generales, para reducir las resistencias, resulta mejor adaptarse a los instrumentos vigentes e insertar las propuestas en procesos de mejora de la calidad en curso, cuando existen. Como ya se indicó, mostrar resultados es la mejor manera de convencer sobre las bondades de la MMD, evitando discusiones estériles.
- Otro aprendizaje se refiere a la necesidad de seguir simplificando las guías de buenas prácticas para que sean sencillas y fáciles de entender. Esto requiere identificar aquellas prácticas críticas o esenciales para mejorar la calidad de la salud. De alguna manera esto ya ha sido abordado durante la validación operativa de la MMD que se condujo con personal de las regiones y del MINSA en enero del 2012.
- El reconocimiento de los logros ha mostrado ser muy valioso, ya que incrementa el orgullo y el sentido de pertenencia a su establecimiento de parte de los trabajadores de salud, a la vez que los empodera. Al mismo tiempo, ejerce un efecto de demostración, motivando a otros a esforzarse más para lograr ser reconocidos. La presencia de autoridades de salud, de los gobiernos locales y regionales y de representantes del proyecto en los eventos de reconocimiento los realza y hace que las personas premiadas se sientan más valoradas.

## **6.4. Relaciones con otros actores**

- Las propuestas del proyecto deben ser lo suficientemente flexibles y adaptarse a las realidades regionales y culturales, así como a los diversos tipos de organizaciones de la sociedad civil de cada ámbito de intervención. La experiencia evidenció que para ello es de gran ayuda que el equipo incluya a actores con conocimiento de la zona.

## VII. Recomendaciones

La sistematización de la experiencia permitió entregar algunas sugerencias tanto para lo que resta del proyecto como para iniciativas similares.

### 7.1. Diseño, concepción y estrategia de implementación

- Se debe asegurar la consistencia interna entre la magnitud del proyecto (objetivos, resultados y metas que se espera alcanzar, ámbitos geográficos), sus supuestos, las estrategias y actividades previstas, los recursos asignados y los perfiles profesionales del equipo responsable de la implementación. En caso de un proyecto como CeS, es necesario considerar tiempos razonables para la adaptación de la metodología a la realidad nacional. Basarse en un buen diagnóstico ayuda a alinear un proyecto con las prioridades nacionales y regionales y a lograr su consistencia interna, en la medida que hace supuestos realistas. En caso de que su ocurrencia sea poco probable, se debería prever estrategias y actividades que los promuevan, o planes de contingencia en caso que ello no suceda. Es necesario actualizar el diagnóstico de manera periódica, para ajustar el conocimiento de la realidad, los escenarios y los interlocutores, en constante cambio.
- El diseño de un proyecto que busca implementar una metodología como la MMD debería detallar las estrategias y actividades requeridas para cada uno de los momentos, procurando que no existan desbalances internos y que no se invisibilicen los procesos, sin los cuales es imposible alcanzar los resultados. Los aprendizajes ya adquiridos deben plasmarse en una especie de manual con orientaciones precisas para la definición de buenas prácticas, la formación de facilitadores, la medición del desempeño, la elaboración y seguimiento de PMD, así como las formas de convocar a diversos actores a los procesos de mejora de la calidad de la salud. Ello sería un importante aporte para el sector salud, los diversos actores regionales y locales, así como para otros proyectos interesados en el tema.
- La gestión del conocimiento debería considerarse en el diseño, especialmente en proyectos enfocados en innovaciones metodológicas. Esto significa incluir un plan con actividades, tiempo y recursos para el intercambio y la reflexión en el equipo, a manera de aprovechar los aprendizajes que se van adquiriendo en la misma práctica.
- Un proyecto que promueve una metodología novedosa debería empezar desarrollando experiencias demostrativas que muestren evidencias de sus resultados rápidamente.

### 7.2. Gestión del proyecto

- Al iniciar la implementación de un proyecto se debería elaborar un “mapa de actores” interno, que caracterice al equipo y sienta las bases para un buen clima organizacional.
- El debate interno debería ser permanente, para lograr y mantener la coherencia en los enfoques, conceptos y estrategias, aprovechar las experiencias individuales y potenciar el trabajo en equipo.
- La selección de personal debe ser cuidadosa e ir acompañada del desarrollo de capacidades, consistente con los temas que se trabajan y con los retos que van apareciendo. El seguimiento debe ser constante y dar lugar a medidas correctivas cuando sea necesario.

### 7.3. Relaciones con USAID

- La experiencia del proyecto evidenció que es necesario tener flexibilidad y planes de contingencia para adaptarse a los cambios de prioridades y abordajes de USAID. Igualmente, que se debe mejorar las vías de comunicación y mantener una actitud proactiva.
- Se debe desarrollar una agenda integrada con los proyectos de salud apoyados por USAID, profundizando los espacios de diálogo y el intercambio de experiencias y aprendizajes.

### 7.4. Relaciones con otros actores

- El liderazgo local es indispensable para que las intervenciones de mejora de la calidad se implementen, se monitoreen y se sigan usando una vez que el proyecto ha terminado.
- La experiencia evidenció que se debe dar más importancia al involucramiento de los gobiernos regionales y locales en todo el ciclo de la MMD, reforzando su rol de dirección política en sus respectivas jurisdicciones. La identificación de coincidencias con sus prioridades, el mostrarles evidencias de la potencialidad de la propuesta para mejorar la calidad de la salud y los consiguientes beneficios que ello daría a su gestión, y la realización de actividades de incidencia política, en alianza con otros actores, han demostrado ser elementos que facilitan su participación.
- Es necesario seguir trabajando para revertir la concepción del desarrollo como infraestructura que existe en los gobiernos regionales y locales. Igualmente, fortalecer sus capacidades para destinar recursos a inversiones sociales y en desarrollo de capacidades. Ello sienta las bases para la institucionalización de los procesos de mejora y la asignación de presupuestos que apoyen su implementación.
- Al ocurrir un cambio de autoridades, es necesario iniciar inmediatamente las relaciones, presentándoles los logros obtenidos con la MMD, para motivar su apoyo. El trabajo con mandos medios, que no cambian debido a las elecciones, facilita la continuidad de los procesos.
- Es necesario reforzar la sensibilización al personal de salud para que comprenda que el tema trasciende la responsabilidad del sector y que deben asumir un rol de gestores de la salud, involucrando a diversos actores, especialmente a los gobiernos regionales y locales, a las universidades, a la sociedad civil y a las empresas.
- Los vínculos con la sociedad civil y la cooperación internacional en los ámbitos de intervención deben reforzarse. Para ello, el conocimiento y análisis de las organizaciones que operan en las zonas es fundamental, buscando intereses comunes que den lugar al trabajo conjunto.
- Igualmente, es necesario promover espacios y mecanismos de vigilancia ciudadana que garanticen la continuidad de los procesos de mejora, una vez que las acciones del proyecto hayan culminado.
- Con relación a la academia, hay que propiciar que tanto las Diresa como los gobiernos regionales las convoquen a participar en los procesos de desarrollo de capacidades. Igualmente, proponer que las universidades incluyan los temas de calidad e, incluso, la MMD en sus contenidos curriculares.
- Al interior del proyecto se debería discutir y llegar a acuerdos sobre la manera de incorporar a las empresas privadas en los procesos de mejora de la calidad de la salud, aprovechando el enfoque de responsabilidad social y procurando que trasciendan el mero aporte de recursos.

## Anexos

---

## **Anexo I: Instrumentos para la reconstrucción de la experiencia**

## INSTRUMENTOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

### Presentación

Estas fichas buscan reconstruir las experiencias desarrolladas desde el inicio de la intervención hasta diciembre de 2010, de manera que sirvan como insumo para el proceso de sistematización. Se llenarán utilizando como fuentes de información la documentación existente, complementada con la memoria y con opiniones y percepciones de otros actores.

Se deberá usar una ficha N° 1 y una ficha N° 2 para cada momento de la MMD, incluyendo todo lo que tenga relación con ese momento, en orden cronológico. Por ejemplo, para el momento preliminar, se deberá reseñar todos los acontecimientos en que hubo diálogo social, desde los inicios de la intervención en el departamento hasta diciembre de 2010, incluso aquellos que se dieron cuando ya se estaban desarrollando otros momentos (definición o implementación de las buenas prácticas, medición del progreso y/o reconocimiento de logros).

Se recomienda a las/os responsables de la reconstrucción que, al llenar las fichas, recuperen y organicen evidencias relacionadas con el proceso (por ejemplo, resoluciones, materiales utilizados, notas en medios de comunicación, fotos, etc.) de manera que estén disponibles tanto para el análisis como para incluirlas en los informes en caso de considerarlo pertinente.

Las personas responsables de la reconstrucción son las siguientes:

- Cusco: Eva Miranda
- Huánuco: Lourdes Álvarez
- La Libertad: Ana María Morales
- San Martín: Rigoberto García de los Ríos
- Ucayali: Rosa María Valle

**FICHA Nº 1**

1. **Identificación:** anotar el departamento correspondiente, el momento que se está reconstruyendo (preliminar, uno, dos, tres o cuatro) y el nombre de la persona que llenó la ficha.
2. **Descripción de lo sucedido:**
  - 2.1. Señalar los actores que participaron en cada momento, distinguiendo:
    - Sector salud: precisar nombres, cargos e instituciones;
    - otros actores (por ejemplo, gobiernos locales o regionales, otros sectores, programas sociales, academia, ONG, organizaciones de la sociedad civil, etc.): precisar nombres, cargos e instituciones u organizaciones.
  - 2.2. Resumir lo que pasó, incluyendo acciones de los demás actores que pudieran haber influido en el funcionamiento de la MMD:
    - qué pasó (hechos o situaciones que tuvieron lugar);
    - cuándo (fecha o período que abarcaron);
    - con quiénes se realizó cada acción;
    - cómo se desarrollaron las acciones;
    - resultados positivos y negativos de cada acción;
    - comentarios, si los hubiera

*Detallar lo suficiente como para que se entienda, pero no de manera excesiva, para que la ficha no resulte demasiado extensa. Es particularmente importante explicar cómo se hizo: los temas abordados en eventos o reuniones, los procedimientos o herramientas utilizados, etc.*
  - 2.3. Indicar los aspectos que facilitaron o dificultaron la implementación de ese momento de la MMD, señalando cómo aprovecharon los primeros y cómo enfrentaron los segundos. Distinguir aspectos internos al Proyecto (gestión, estrategia de implementación, características del equipo, su forma de trabajo y de establecer relaciones, etc.) y externos (comportamiento de los diversos actores, sus experiencias previas, etc.).

**1. Identificación:**

<b>Departamento:</b>	<b>Momento de la MMD:</b>	<b>Responsable de llenar la ficha:</b>
----------------------	---------------------------	--

**2. Descripción de lo sucedido:**

**2.1. Quiénes intervinieron:**

Sector salud				Otros			
Nombre	Cargo	Institución	Período en que participó	Nombre	Cargo	Institución u organización	Período en que participó
						...	

(Agregar las filas necesarias)

## 2.2. Qué sucedió:

Qué pasó	Cuándo (fecha o período)	Quiénes intervinieron	Cómo lo hicieron	Resultados		Comentarios
				Positivos	Negativos	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

(Agregar las filas necesarias)

## 2.3. Principales aspectos que facilitaron y/o dificultaron la implementación de este momento:

INTERNOS AL PROYECTO Y EQUIPO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

(Agregar las filas necesarias)

EXTERNOS AL PROYECTO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

(Agregar las filas necesarias)

## FICHA Nº 2

### **Instrucciones**

1. **Identificación:** anotar el departamento correspondiente, el momento que se está reconstruyendo (preliminar, uno, dos, tres o cuatro) y el nombre de la persona que llenó la ficha.
2. **Contexto:** indicar los hechos o situaciones que afectaron positiva o negativamente la implementación del momento: a nivel local, regional o nacional, anotando la fecha aproximada en que sucedieron. Por ejemplo, dispositivos legales, conflictos, cambios de personal en las contrapartes, etc.  
*Procurar no repetir los elementos facilitadores u obstaculizadores que están reseñados en la Ficha Nº 1. Aquí se deberá mencionar hechos o situaciones del contexto que sucedieron durante el trimestre.*
3. **Opiniones o comentarios:** anotar otros contenidos que les interese reportar.

### **1. Identificación:**

<b>Departamento:</b>	<b>Momento de la MMD:</b>	<b>Responsable de llenar la ficha:</b>
----------------------	---------------------------	--

### **2. Hechos o situaciones del contexto:**

A nivel local	Fecha	A nivel regional	Fecha	A nivel nacional	Fecha

(Agregar las filas necesarias)

### **3. Opiniones o comentarios:**


## **Anexo II: Líneas de implementación a nivel regional (Reconstrucción de experiencias en regiones)**

	Pág.
<b>II.1 CUSCO</b> .....	52
<b>II.2 HUÁNUCO</b> .....	61
<b>II.3 LA LIBERTAD</b> .....	66
<b>II.4 SAN MARTÍN</b> .....	72
<b>II.5 UCAYALI</b> .....	78

## RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA CONSOLIDADA

### II.1 CUSCO

1. **Duración:** Septiembre de 2009 a marzo 2011

2. **Principales actores**

Sector salud		Otros	
Institución	Dependencia	Institución	Dependencia
MINSA	Asesoría despacho ministerial, Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria y de Servicios de Salud	PAR SALUD II	Región Cusco
DIRESA	Dirección General, Dir. Salud Individual, Dir. Gestión y Calidad Sanitaria, Recursos Humanos (capacitación), Comunicaciones	Políticas en Salud – USAID	Región Cusco
Red Canas Canchis Espinar	Gestión y Calidad Sanitaria, SSR, Salud Niño, medicamentos	Municipalidad Provincial Canas Yanaoca	Alcaldía
Micro Redes Yanaoca, Belenpampa	Jefatura, Responsable Calidad, ESSR, Etapa Niño	Programa Juntos	Coordinación Yanaoca y Livitaca
DIRESA Ucayali	CS Campoverde		

3. **Desarrollo de la experiencia**

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
Reunión con DIRESA	Sep. 09	CES DIRESA (equipo de gestión)	Presentación propuesta metodológica del proyecto y acciones para comenzar la intervención	DIRESA solicitó envío de plan de actividades para analizarlo y ver qué actividades se podían incorporar en su Plan Estratégico 2010	No se percibió interés inmediato por aceptar el inicio de actividades por parte de la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria		Se comunicó resultado de reunión a jefatura de CeS.
Presentación del proyecto, MMD e instrumentos de medición	Nov. 09 – abril 10	CES DIRESA: Gestión y Calidad Sanitaria, Capacitación MR Yanaoca y Belenpampa	Explicación ventajas, beneficios y experiencias exitosas	Definición ámbito de intervención: MR Yanaoca (a cargo CES) y Belenpampa (a cargo DIRESA). Viabilidad política, técnica y financiera para implementación MMD. Conformación comité conductor: DIRESA y CeS.			CeS asumió asistencia técnica y financiamiento; cofinanciamiento de MR Yanaoca y apalancamiento de Munic. Prov. Canas Yanaoca.

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
Comunicación a DIRESA	Ene. 10	CES Director de Gestión y Calidad Sanitaria - DIRESA	Solicitud de respuesta sobre inicio de actividades del proyecto	Compromiso de respuesta en plazo de un mes.	Se evidencia que no se había analizado a profundidad la propuesta del proyecto,		
Nombramiento equipo conductor	May 10	Equipo gestión DIRESA	Coordinaciones con Director de Calidad	Se nombran 2 responsables (de (RRHH y Calidad de la DIRESA)			
Formación de facilitadores en MMD	May 10	CES DIRESA 20 profesionales de Redes Cusco Norte, Canas Canchis Espinar, MR Belenpampa y Yanaoca	Taller de 3 días de duración. Contenidos: - conceptos, metodología e instrumentos; - práctica supervisada de medición en servicios - elaboración planes de mejora y acuerdos	Formación de 20 facilitadores MMD Firma de Acta de compromisos	Solo 12 facilitadores (9 de MR Yanaoca, 2 de Belenpampa y 1 de DIRESA) cumplieron su rol de facilitadores MMD		La MR Yanaoca posteriormente formó facilitadores para realizar la implementación
<b>MR Yanaoca</b> Formación de equipo de mejora de la calidad	Jun 10	Gerente, responsables de calidad, SSR y etapa vida niño de MR	Reunión técnica	MR cuenta con equipo conductor			
<b>MR Yanaoca</b> Organización de equipos para 1ª medición (línea de base)	Jun 10	Gerente y responsable de calidad de MR	Reunión técnica. Servicios seleccionados: EON, APN, atención infantil, PF y acciones con la comunidad en 11 EESS	Formación de 3 equipos integrados por 3 facilitadores entrenados en uso de guías	Por rotación de personal sólo quedaron 9 facilitadores.		
<b>MR Yanaoca</b> Identificación de datos de los indicadores sanitarios seleccionados para proceso de mejora	Jul 10	Gerente y responsables de calidad, SSR, etapa de vida niño de MR	Reunión técnica	Participantes identificaron importancia de relacionar los indicadores con los resultados de medición basal			Los indicadores basales se obtuvieron de estadísticas de la MR
<b>MR Yanaoca</b> 1ª medición de 11 EESS	Jun – jul 10	Facilitadores MMD	- Entrenamiento nuevos facilitadores (sólo en uso de guías) - Visita a EESS - Aplicación guías (facilitadores	Los errores fueron analizados y la información fue complementada con entrevistas	A pesar del entrenamiento en uso de guías hubo errores en aplicación de algunos criterios de desempeño		- Algunos EESS tienen solo un trabajador  - Los errores fueron superados luego

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
			externos) - Discusión de resultados y propuesta de PMD en EESS. - MR financió mediciones.				de su análisis correspondiente.
<b>MR Yanaoca</b> Análisis de resultados de 1ª medición, identificación de brechas y elaboración de PMD por EESS y MR	Jun – jul 10	Equipo conductor del proceso y jefes de EESS de la MR	Dos reuniones técnicas con participación de CES y dos reuniones técnicas internas de la MR	Línea de base de MR elaborada considerando indicadores sanitarios, resultados de mediciones e información complementaria. Se identificaron brechas y sus causas. PMD y planes de trabajo elaborados y aprobados, incluyendo actividades según causas de brechas, responsables, plazos, financiamiento y apoyo externo.	En segunda parte del análisis de brechas (julio) no participaron directivos de Red Canas Canchis Espinar		
Evaluación rápida de necesidades de desarrollo de capacidades de proveedores de salud para atención en PF	Ago – oct 10	CES Asesor JHPIEGO Consultor contratado por CES	- Diseño estudio - Recolección información de profesionales y técnicos - Procesamiento información - Capacitación del personal en base a resultados del estudio	Resultados: menos de 50% de profesionales se sienten competentes para realizar orientación y consejería; 61% ofertan esta atención y sólo 36% refiere estar capacitado; 50% carece de materiales para consejería		Huelga indefinida en defensa del agua limitó el paso de transporte terrestre en vía principal de Canchis	
<b>MR Yanaoca</b> Implementación PMD: reuniones de problematización	Ago – nov 10	Gerente, responsables de calidad y SSR, jefes de EESS de MR	Reuniones técnicas	Contribuyó a cerrar brechas relacionadas con aspectos organizativos	No se logró que todos los EESS realicen la problematización	Problemas políticos que involucran Canas-Canchis- Espinar obligan a posponer los talleres de cierre de brechas	
<b>MR Yanaoca</b> Monitoreo y supervisión	Ago – nov 10	Gerente, Resp. Calidad, Salud Materna y Salud	Visitas a EESS para verificar cumplimiento	Se realizaron los ajustes necesarios al	No hubo participación presencial de DIRESA y		Tres niveles de seguimiento: DIRESA,

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
trimestral		Niño de MR	de PMD, ofrecer asistencia técnica y realizar ajustes. Jefes de EESS informan avances y dificultades en reuniones mensuales de MR, proponiendo alternativas para superarlas	proceso de implementación	Red		Red y MR.
<b>Red Canas Canchis Espinar</b> Cierre de brechas	Ago – nov 10	DIRESA: Resp Calidad, ESSR, Salud Niño Red: Resp Calidad, ESSR, Salud Niño, medicamentos MR Yanaoca: trabajadores participan rotativamente Programa Juntos	Talleres, dotación de insumos y desarrollo de capacidades para atención niño, emergencias obstétricas y atención a personas con ITS/VIH/SIDA; sesiones demostrativas.				Motivación y compromiso del equipo conductor fue determinante para el cierre de las brechas. Apoyo de Juntos en algunos EESS favoreció aumento de cobertura de atención.
<b>MR Yanaoca</b> Taller “Comunicación interpersonal. Una atención de calidad pensada en ellas”	Sep 10	CES 26 personas de MR Yanaoca y DIRESA Cusco	Taller: 2 días de duración Contenidos: - Causas de mala relación con usuarias - Beneficios de comunicación efectiva, relación con satisfacción del cliente y contribución a atención de calidad. - Aplicación en servicio de herramientas de comunicación para mejorar calidad.	Unificación de criterios relacionados con protocolo de comunicación efectiva para el servicio Firma de compromisos para seguimiento de satisfacción de usuarias			Desde setiembre, intervenciones para cierre de brechas se realizaron en alianza con Red Canas Canchis Espinar (logística), Gerencia de MR y Municipalidad Provincial Canas Yanaoca (financiamiento)
<b>MR Belenpampa</b> Organización del trabajo, elaboración de la línea de base e inicio de cierre de brechas	Sep – dic 10	CES MR: Jefe, Resp. Calidad	- Organización equipos - Visita de medición a EESS - Elaboración de PMD - Taller “Comunicación interpersonal”	La MR consideró necesario superar los problemas de relaciones interpersonales y motivación del personal, antes de implementar la MMD. Por ello	No se cumplió cronograma de trabajo		La implementación PMD en esta MR estaba a cargo de DIRESA con asistencia técnica de CES. Luego de formación de facilitadores, equipo de MR y DIRESA

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
				priorizaron el cierre de brechas relacionadas con clima organizacional			acordaron realizar primero medición del clima organizacional y cerrar esas brechas (jun-sep)
<b>MR Yanaoca</b> Seminario taller "Mejoramiento de competencias técnico clínicas en atención materna y PF"	Oct 10	CES 16 profesionales de MR Yanaoca	Seminario Taller: 3 días de duración. Contenidos: - Atención prenatal reenfocada - Prestación servicios de SSR y PF.	Mejoran capacidades para atención materna y servicio de PF			Actividad se desarrolló en marco de aniversario de Provincia Canas, denotando importancia que autoridades dan a salud materna.
<b>MR Yanaoca</b> Curso taller "Prevención de infecciones y aplicación de medidas de bioseguridad, durante la atención en establecimientos de salud"	Nov 10	Profesional capacitada de MR Campo Verde (Ucayali) CES 15 participantes de EESS Yanaoca y Tungasuca.	Curso taller teórico práctico, impulsando aprendizaje en servicio. Contenidos - Elaboración y uso equipos protección personal - Identificación riesgos de transmisión de infecciones - Identificación mecanismos de prevención	13 de 15 participantes mejoraron competencias. Evento fue experiencia de aprendizaje en servicio; destaca inter aprendizaje entre MR Campo Verde y Yanaoca (inter regional) El evento permitió la transformación de los servicios a través de la dotación de materiales e insumos y la organización de los mismos para la prevención de infecciones y aplicación de medidas de bioseguridad	Sólo participaron trabajadores de dos EESS		Los servicios seleccionados fueron: admisión y triaje, tóxico, consultorio de medicina, consultorio de obstetricia, sala de partos, hospitalización, laboratorio y farmacia.
<b>MR Yanaoca</b> Organización de equipos para 2ª medición	Nov 10	Gerente y Resp. Calidad de MR	Formación de 3 equipos integrado por 3 facilitadores externos al EESS medido. Criterio: cercanía al EESS donde labora	3 equipos conformados por facilitadores entrenados en uso de 5 guías de BP para medir 11 EESS			Mismos servicios seleccionados que para 1ª medición: EON (solo CS Yanaoca), APN, atención infantil, PF y acciones con la comunidad.
<b>MR Yanaoca</b> Levantamiento de	Dic 10	Gerente y equipo técnico de MR: Calidad,	Revisión de estadísticas a dic 2010	MR cuenta con información necesaria			Mismos indicadores ; se obtuvieron de

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
información sobre indicadores sanitarios referentes para proceso de mejora		SSR, Etapa Vida Niño (3 personas)		respecto a indicadores			Estadísticas de MR Yanaoca
<b>MR Yanaoca</b> 2ª medición de 11 EESS	Dic 10	Facilitadores	Visita a EESS y aplicación guías de BP Análisis de resultados con integrantes de EESS Identificación de brechas	Avances notorios en cierre de brechas en todos EESS Financiamiento a cargo de la MR			Mediciones financiadas por MR. Disminuyen errores en medición, sobre todo en uso de rubro "No Aplica"
<b>MR Yanaoca</b> Reunión técnica de análisis de resultados	Dic 10	Equipo conductor del proceso y jefes de EESS	Análisis de avances según servicios, BP y dimensiones, comparación con 1ª medición y relación con indicadores sanitarios. Reajuste PMD por EESS y MR	MR lidera logros en la Red. Se identificaron factores transversales generadores de brechas: alta rotación de personal y ausencia de programa de orientación (inducción) al personal nuevo.	No se logró el reajuste de PMD en todos los EESS		
Identificación de criterios de reconocimiento de EESS y MR	Ene – feb 11	DIRESA: Gestión y calidad Sanitaria CES	Reunión técnica: identificación de criterios de reconocimiento y premios. Determinación de fecha para ceremonia de reconocimiento	Criterios de reconocimiento: - personal de EESS comprometido con el cambio - facilitadores que participaron en mediciones y cierre de brechas y muestran avances en sus EESS - EESS que superan 80% en BP - servicios de EESS que avanzan en cierre de brechas	La fecha no se cumplió por cambio de autoridades de la DIRESA	Nuevas autoridades municipales	DIRESA dio especial importancia al momento de reconocimiento.  El CS Yanaoca fue incorporado por el MINSA al piloto del Programa de Fortalecimiento del 1er Nivel de Atención y es visitado por MINSA para medición; muestra avance de 66% (supera promedio nacional). Se hizo visible la complementariedad entre la medición del desempeño de los EESS propuesta por el MINSA y la MMD propuesta por CES.

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
<b>MR Yanaoca</b> Identificación de EESS que obtuvieron mejores cambios según servicios, BP y dimensiones	Ene – feb 11	DIRESA: Gestión Sanitaria CES	Revisión de resultados de 2ª medición y comparación con 1ª, revisión de indicadores, determinación de avances	Reconocimiento a 3 EESS por lograr BP superiores a 80%. Reconocimiento a 12 facilitadores y a trabajadores de EESS.		Cambio de autoridades de DIRESA (feb).	
<b>MR Yanaoca</b> Ceremonia de reconocimiento	Mar 11	Municipalidad Canas Yanaoca DIRESA Cusco Gerente MR Belenpampa CES	Programación de ceremonia; invitación a todos EESS. Coordinación con municipalidad para reconocimiento	3 EESS reciben certificado de reconocimiento, libros de AIEPI y materiales. E.S. Yanaoca nominado candidato a reconocimiento de MINSA en Programa Fort. I Nivel de Atención. Facilitadores y trabajadores reciben RD de Municipalidad y DIRESA. Personal de salud, renueva compromiso con mejorar desempeño. Gerente MR Belenpampa se compromete a continuar hasta demostrar cambios			La ceremonia fue conducida por nuevas autoridades de Municipalidad y DIRESA. Reconocimiento otorgado por Municipalidad y DIRESA a través de RD N° 0199-2011 DRSC/DGDPA.

#### 4. Principales aspectos que facilitaron y/o dificultaron la implementación de este momento:

INTERNOS AL PROYECTO Y EQUIPO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Designación temporal de responsable de coordinación de actividades en la región	Organización y seguimiento de actividades	Aplicativo con deficiencias e insuficiencias para procesamiento de información	Se solicitó apoyo a la oficina CES para superar deficiencias. En algunos casos el equipo de la MR Yanaoca asumió las correcciones.
Aceptación y reconocimiento local de especialistas e invitados de CES	Se nombró a responsables de actividades de cierre de brechas según su experticia. Trato horizontal con integrantes de la MR Yanaoca Seguimiento a distancia de procesos	Ausencia de un especialista de campo permanente en la región	Visitas programadas de la coordinadora de la región según cronograma elaborado y seguimiento a distancia
Coordinación permanente con Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria de DIRESA	Se logró su compromiso		
Contar con versión final de guías de buenas prácticas	Se aplicaron las mismas guías en los 11 EESS de la MR Yanaoca		
Importancia otorgada a participación de actores locales para trabajo compartido	Apalancamiento, asesoría, organización de actividades		

EXTERNOS AL PROYECTO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Existencia y acceso a información de MR Yanaoca	Información sirvió como referente basal para los comparativos posteriores Se establecieron mecanismos para contar con la información a distancia.	Limitado acercamiento con la Dirección de Calidad de la DIRESA.	Reuniones mensuales de información con Dirección de Calidad en que se solicitó apoyos necesarios Se involucró al gerente de la MR Yanaoca en las coordinaciones Se generó acercamiento de la jefatura de CES con todo el equipo de gestión de la DIRESA Se programaron reuniones con anterioridad con los directivos de la DIRESA.
Confianza depositada en el equipo CES para trabajar directamente con la MR Yanaoca	Programación de actividades se realizó directamente con equipo de gestión de MR.	No hubo visitas de seguimiento de parte de DIRESA	Las visitas fueron realizadas por el equipo responsable de calidad de la MR Yanaoca
Valor otorgado por MR Yanaoca a MMD	Se involucró y empoderó a facilitadores; MR financió mediciones.	Los dos hospitales de la región (ubicados en Cusco) no lograron calificación como sedes docentes para capacitación en emergencias obstétricas y neonatales (trabajo concordado con PARSALUD II) por lo que no fue posible la pasantía de los profesionales de la MR Yanaoca.	Se realizó un taller de desarrollo de capacidades a cargo del proyecto.
Plan de trabajo de MR Yanaoca contemplaba 2ª medición	Seguimiento a cumplimiento del plan	Movilización permanente de personal	Red contrató personal para cubrir las demandas de los servicios
Apoyo de autoridades de Municipalidad Provincial	Apalancamiento de actividades	Diversas actividades de MR Belenpampa,	Seguimiento permanente del equipo CES.

EXTERNOS AL PROYECTO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Canas Yanaoca		incluyendo su incorporación como sede piloto para intervenciones del MINSA y otros proyectos, dificultaron inicio de implementación de la MMD.	
Apoyo de Municipalidad de Quehue para contrato de personal	EESS contó con personal	Gobiernos locales no usan los recursos del plan de incentivos a la mejora de la gestión municipal.	Acercamiento a proyecto Políticas en Salud-USAID para que asesore en uso de estos recursos
Reconocimiento de metodología por MINSA	Luego de verificar complementariedad de MMD con instrumentos del piloto de fortalecimiento del 1er nivel de atención, MINSA reconoció metodología y premió en ceremonia pública al CS Yanaoca.	Campaña y elecciones municipales: planes de trabajo de candidatos no incluyeron tema de salud materna	Presencia de gerente de MR Yanaoca en reuniones y presentaciones públicas generó inclusión del tema materno
Incorporación de ES Yanaoca en piloto de fortalecimiento del I nivel de atención del MINSA.			

### COMENTARIOS

Es necesario seguimiento de procesos desde DIRESA; sin embargo, es indispensable liderazgo local, que en este caso fue asumido y reconocido por el Gerente de la MR Yanaoca.
Es vital contar con información basal de tres tipos: indicadores sanitarios, de cobertura y del desempeño del servicio de salud, como referentes para determinar los logros en desempeño, cobertura y resultados sanitarios.
Es indispensable contar con un sistema o aplicativo ágil para el procesamiento de información
El trabajo de acercamiento con actores locales desde el diálogo social facilita la implementación de los procesos, sobre todo de cierre de brechas.
El trabajo colaborativo interregional fue estupendo y gratificante para ambas MR (Yanaoca y Campo Verde).
El reconocimiento de sus esfuerzos ha motivado a los trabajadores de los 11 EESS, sobre todo la premiación nacional.

## RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA CONSOLIDADA

### II.2 HUÁNUCO

1. **Duración:** Noviembre 2008 a febrero 2011

2. **Principales actores**

Sector salud		Otros	
Institución	Dependencia	Institución	Dependencia
DIRESA	Dirección Regional, Dir. de Calidad, Salud de las Personas	Gobierno Regional (GR)	Gerencia de Desarrollo Social (GDS)
Red Huánuco	Dirección, Calidad	Colegios Profesionales	Enfermería, Obstetricia.
Red Leoncio Prado	Dirección, Calidad	Proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS)-USAID	
MR San Rafael, Panao, Ambo, Huacar, Carlos Showing Ferrari, Las Palmas, San Jorge	Facilitadores regionales MMD	Proyecto Políticas en Salud-USAID	

3. **Desarrollo de la experiencia**

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
Formación facilitadores MMD	Nov 08	CES DIRES Redes	2 talleres Cada MR forma sus facilitadores.	Formación de 30 facilitadores	Sólo 10 activos		Cambio constante de personal, muchos no tenían facilidades para cumplir rol de facilitador
Presentación del proyecto	Dic 08	CES DIRESA GR					
Organización 1ª medición	Ene 09	CES DIRESA Redes MR	Criterio: medición cruzada (EESS median a otros). Servicios: atención niño sano y enfermo, CPN, PF, emergencias obstétricas. Cada MR armó su cronograma de visitas	Asumieron medición y su financiamiento como parte de actividades de MR			
1ª medición	Ene 09	DIRES Redes MR	Personas capacitadas en talleres salieron a EESS de acuerdo al cronograma.	Se validó guía de BP	Se detectaron errores en uso de guías. No se encontraba pacientes para observar		

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
					atención.		
Revisión de avances de implementación MMD	Jul 09	CES DIRESA Redes MR	Responsables de calidad de MR seleccionadas presentan avances y resultados en implementación MMD.	Se identifican avances en implementación de MMD. MR cuentan con información sobre dificultades de sus EESS.	Dificultades para consolidar resultados	Intervención de otros proyectos de USAID en la región favoreció intervención de CES.	Con esta reunión se retoma el proyecto en Huánuco (se había perdido contacto entre enero y junio 09).
Presentación resultados 1ª medición	Jul 09	CES DIRESA Redes MR	Se identifican brechas, analizan causas y formulan PMD.	MR cuentan con planes de mejora	Dificultades para consolidar resultados.		
Presentación de MMD	Ago 09	CES DIRESA Redes Facilitadores	Reunión (4 horas aprox.) enfatizando necesidad de apoyo político a implementación para lograr sostenibilidad e institucionalización.	Designación responsables implementación MMD (Resp. Calidad DIRESA y Redes y MR)		Cambio Dirección DIRESA y constantes en personal de Redes, MR y establecimientos de salud.	
Presentación de avances de mediciones realizadas en MR seleccionadas para la intervención.	Ago 09	CES DIRESA Red Huánuco MR seleccionadas: Resp. Calidad Facilitadores	Cada responsable de calidad de MR presentó resultados de mediciones realizadas en servicios de atención del niño, control prenatal, PF, previa asistencia técnica	Se entendieron mejor bondades de MMD como instrumento útil para identificar dificultades en atención a usuarios en servicios de salud.	Por empezar a mitad de año no se pudo insertar en el POA		
Confirmación ámbitos de intervención.	Ago 09	CES DIRESA Red Huánuco MR seleccionadas: Resp. Calidad Facilitadores	Reunión	Ámbitos definidos formalmente por DIRESA.			Ámbitos se habían definido en dic 08.
Organización y oficialización equipos de calidad	Ago 09	DIRESA: Resp Calidad Redes Huánuco y Leoncio Prado: Dirección y Resp Calidad Personal MR	Se designó o ratificó a responsables de calidad mediante resolución, con función de conducir proceso de mejora de calidad en sus EESS				
Elaboración directorio	Ago – oct 09						

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
actores locales							
Implementación planes de mejora	Ago 09 – jul 10	CES DIRESA Redes MR			Falta de presupuesto para implementar planes	Nov 10: MR San Juan participa en encuentro nacional de mejora de la calidad (MINSA) presentando buenas prácticas. Queda seleccionada en 3er lugar a nivel nacional.	
Coordinaciones con GR, y colegios profesionales	Sep 09	CES DIRESA GR – GDS Red Decanas de colegios profesionales	Reuniones de presentación de metodología MMD. Invitación a participar en talleres de MMD	GDS incluye tema de MMD en su discurso político. Incorporación de colegios profesionales a proceso de implementación MMD			
Presentación propuesta y enfoque metodológico	Oct 09	CES Autoridades locales					
Formación facilitadores MMD	Ene 10	CES DIRESA Redes	2 talleres Cada MR forma sus facilitadores.	Formación de 30 facilitadores MMD	Sólo 10 activos		Cambio constante de personal, muchos no tenían facilidades para cumplir su rol de facilitador
Organización 2ª medición	Ene 10	CES DIRESA Redes MR	Igual a la 1ª				
2ª medición	Ene 10	DIRESA Redes MR	Igual a la 1ª				
Presentación de resultados de 2ª medición	Mar 10	CES DIRESA Redes MR	Igual a la 1ª				
Talleres de cierre de brechas	Jun 10	CES	Tres talleres: prevención de infecciones (PI); competencias técnico clínicas en área materna y niño; relación proveedor -usuario e información al usuario	Se fortaleció capacidades de personal de salud en áreas de atención del niño, gestante, PF y PI.	Participaba personal nuevo que desconocía el proceso.		

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
Selección de EESS a premiar		Red Huánuco	Definición de criterios de premiación y selección de EESS en orden de méritos.		Red y MR no cuentan con presupuesto para incentivos.		
Premiación a equipos de calidad y personal de EESS de MR San Rafael	Jun 10	Red Huánuco: Resp. Calidad y equipo MR San Rafael: 13 resp. calidad.	Reunión privada: Red entrega regalos a 13 equipos de calidad de EESS. MR los premia con paseo campestre.	Generó motivación y competencia entre EESS para seguir mejorando.			
Visitas de monitoreo a EESS de MR San Rafael	Oct-nov 10	CES Red MR San Rafael Responsables de calidad de 13 EESS	Elaboración hojas de monitoreo de PMD a partir de matrices entregadas por CES. Visitas según cronograma. EESS reportan a MR, se reúnen todos los meses para analizar avances.	Se verificaron avances en implementación PMD. Motivó a personal de salud a continuar.	No todos EESS monitorearon avances; falta presupuesto de Red y MR. Dirección de Red no apoya ejecución de actividades.		
Participación de MR San Rafael en Encuentro Nacional de Mejora de Calidad (MINSA)	Nov 10		Presenta experiencia de mejoramiento en base a BP	MR ocupa 3er lugar a nivel nacional.			
Organización 3ª medición	Dic 10	CES DIRESA Redes MR	Igual a 1ª y 2ª				
3ª medición	Dic 10	DIRESA Redes MR	Igual a 1ª y 2ª	Permite comparar resultados de mediciones y conocer aspectos que han mejorado. Se evidencian cambios notorios en indicadores económicos (aumento de sus ingresos).	Persiste desconocimiento sobre gestión de recursos económicos para financiar actividades propuestas en PMD.		
Premiación a equipos de calidad y personal de EESS	Feb 11		Reunión pública de premiación a EESS que obtienen 80% de BP. Entrega de diplomas a				

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
			personal y EESS				

#### 4. Principales aspectos que facilitaron y/o dificultaron la implementación de este momento:

INTERNOS AL PROYECTO Y EQUIPO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Coordinadora permanente con experiencia de trabajo previo en la región; conocimiento de directivos y personal y de dinámica del sector salud.	Agilizó proceso de implementación de MMD.	El momento preliminar no estaba bien definido	Se planteó este momento como sensibilización con las autoridades y de acuerdos y compromisos.
Apoyo técnico y financiero necesario de CES para desarrollo de actividades en campo.	Se fortaleció equipo de Red, MR y EESS en implementación MMD	Constante modificación de guías de medición. No se actualizó aplicativo para consolidado de resultados	Se hicieron sugerencias a encargados de CES.

EXTERNOS AL PROYECTO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Aceptación de MMD por parte de DIRESA, Colegio de Enfermeras, Obstetrices, Gobierno Regional y algunos gobiernos locales.	Facilita institucionalización de MMD.	Pérdida de credibilidad en el proyecto por parte de autoridades de DIRESA y personal de salud. Debido a retrasos en visitas de seguimiento por recargas de trabajo del personal del proyecto	Cumpliendo con acuerdos, acompañamiento permanente durante todo el proceso.
Conocimiento del tema de calidad por Resp. Calidad de DIRESA facilitó rápida comprensión de propuesta de MMD	Mayor involucramiento de Resp. Calidad, quien lideró proceso de implementación de MMD.	Dificultades para viajar a la región por factores climatológicos/geográficos y sociales (huelgas).	Seguimiento vía teléfono y correo electrónico
Región asumió costo de traslado de personal para reuniones de capacitación y desarrollo de mediciones.	Se consideró como apalancamiento	Cambios constantes de directivos de DIRESA	Reuniones con nuevos directivos para socializar MMD y avances del trabajo.
Región se benefició con intervención de 3 proyectos con fondos USAID en tema de calidad.	Se utilizaron recursos de los otros proyectos.	Alta rotación del personal de salud en los EESS	En cada reunión y/o visita a EESS se preguntaba si había personal nuevo y se les socializaba metodología y avances logrados.
		Proceso electoral regional y municipal genera incertidumbre en directivos, personal de salud y autoridades en general, limitando toma de decisiones. Poco compromiso hasta saber nuevo rumbo que tomará región	

#### COMENTARIOS

El proceso de implementación de la MMD es sistémico.

## RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA CONSOLIDADA

### II.3 LA LIBERTAD

1. **Duración:** Agosto 2009 a julio 2011

2. **Principales actores**

Sector salud		Otros	
Institución	Dependencia	Institución	Dependencia
Gerencia Regional de Salud (GERESA)	Estrategia Sanitaria Regional Tuberculosos-ESRTB, Laboratorio de referencia regional	ESSALUD	
Red Trujillo	Coordinación Regional, Dirección Atención Integral en Salud (DAIS), ESTB, Unidad de Investigación	Univ. Nac. de Trujillo (UNT)	Facultad Enfermería
MR: Florencia de Mora, Trujillo Metropolitano, El Porvenir, La Esperanza, Laredo, Víctor Larco, Moche	Coordinación, Estrategia Sanitaria TB-ESTB y equipo técnico encargado de atención.	Colegios Profesionales de Enfermeros, Biólogos y Tecnólogos Médicos	
Hospital Regional de La Libertad	Coordinación TB y medico consultor de TB	Asociación de Pacientes TB por MR	
Hospital Belén de Trujillo	Coordinación Estrategia TB y medico consultor TB	Gobierno local	

3. **Desarrollo de la experiencia**

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
Presentación Proyecto y MMD	Ago 09	CES GERESA y Red Trujillo: equipo de gestión	Reunión técnica con equipo de gestión y taller con equipos técnicos	Aceptación MMD por equipos técnicos de Redes. Selección ámbito de intervención	Escaso compromiso equipo gestión GERESA, dieron visto bueno pero no se comprometieron al acompañamiento		Coordinación Regional se involucró y delegó decisiones a Red Trujillo
Capacitación facilitadores	Oct 09	CES Red: coordinación y equipo técnico MR: coordinadores UNT ESSALUD Total: 30 participantes	Taller de 3 días: 24 horas.	30 facilitadores capacitados (médicos, enfermeros, tecnólogos médicos, obstetras).	Consultores médicos de hospitales no asistieron permanentemente por no disponer de tiempo.		Solo se capacitó a equipos técnicos de Red Trujillo, las otras redes no fueron priorizadas. Necesidad de ampliar convocatoria.
1ª medición	Oct – nov 09	DIRESA Red Trujillo	Aplicación Guía BP. Medición cruzada	Brechas identificadas en 40 EESS de 7 MR.	Escaso apoyo de jefes de MR para realizar		Cambio personal EESS, manteniéndose

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
		MR: facilitadores capacitados		Identificación brechas comunes: registro información, cumplimiento medidas bioseguridad, captación sintomáticos respiratorios, competencias técnico clínicas	mediciones		coordinadores ESTB
Elaboración PMD	Dic 09 – ene 10	CES GERESA: coordinación Red: equipo técnico MR: coordinadores UNT Asociación pacientes por MR	Talleres locales y regional: consolidación mediciones desde EESS usando aplicativo elaborado por enfermera de MR Trujillo; elaborac. PMD.	Identificación de brechas y alternativas de solución 7 PMD elaborados (1 por MR)	Convocatoria insuficiente en reuniones técnicas debido a no participación de jefes de MR y coordinación de GERESA.		Para elaboración PMD en MR se consideró participación de autoridades locales y asociaciones de pacientes.
Socialización PMD	Ene 10	GERESA Red MR	GERESA envió PMD a Red y de ahí a MR	Decisores conocen PMD		Cambios de personal, especialmente en EESS.	Envío "formal" de planes sirvió para que jefes les dieran importancia.
Monitoreo implementación PMD	Ene-may 10	CES GERESA: coordinadora, ESRTB Red Trujillo: coordinadora ESTB, DAIS, Laboratorio 9 MR	Visitas mensuales a MR previa coordinación. Se verifica cumplimiento actividades PMD (captación sintomáticos respiratorios) y su correlación con indicador sanitario.	En MR La Esperanza y Víctor Larco se implementaron unidades tomadoras de muestras. En otras se reubicó ESTB y se fortaleció organización y recursos humanos	Indiferencia de algunos jefes de MR. Personal asignado sólo dedicaba 8 horas semanales a ESTB, que quedaba a cargo de técnicas de enfermería. Algunos informes de avance de PMD no eran socializados con Coord. Regional, lo que no tenía información de logros para reconocimiento		CES se sumaba cuando coincidían con actividades programadas en plan conjunto
Reuniones técnicas para compartir información sobre ESTB		Red: Director MR: Jefes	Análisis de indicadores de ESTB, incluyendo resultado de mediciones	Mayor atención a ESTB. Se va incorporando MMD como parte del proceso de supervisión, al articularlo con los indicadores.			
2ª medición	Jul10	CES	Reunión con MR para	Brechas disminuyeron			Facilitadores más

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
		Red: coordinación y equipo técnico MR: coordinadores UNT 46 EESS (6 más que en la 1ª)	organizar mediciones cruzadas y cronograma de visitas a EESS. Aplicación guías de BP y consolidación con apoyo de equipo técnico de Red y GERESA	en todas las MR respecto de 1ª medición			familiarizados con metodología → proceso de medición más corto.
Taller de consolidación de resultados de medición y elaboración PMD	Jul 10	GERESA: Coord. TB, Calidad, Laboratorio Red y MR: coordinación y equipos técnicos TB. Hospitales Colegio Enfermeros UNT	Revisión consistencia de información, comparación con 1ª medición y relación con indicadores operativos de ESRTB. Elaboración PMD incorpora auditoría de historias clínicas de afectados por TB (Dir. Calidad de GERESA), que evalúa procesos de atención al paciente.	9 PMD elaborados (1 por MR) más 1 por EESS. Incorporación de gestión de la calidad a través de auditorías.	Persisten brechas en captación de sintomáticos respiratorios y prevención de infecciones. No se involucra a personal de otras áreas en elaboración de PMD, que debía ser ejercicio conjunto de EESS y no solo responsabilidad de ESTB.	Defensoría del Pueblo exigía calidad en atención a afectados por TB debido a quejas registradas, por lo que GERESA incorpora auditoría a EESS.	Se incorpora enfoque de procesos en la atención, permitiendo dar una mirada gerencial a coordinadoras de Estrategia TB. Auditoría de historias clínicas se complementó con MMD al identificar brechas en desempeño. Es tema sensible, se produjeron reacciones defensivas que se revirtieron explicándola dentro del proceso de implementación de gestión de calidad en ESRTB.
Implementación de PMD	Jul-dic 10	MR: coordinadores y equipo técnico	Implementación de actividades priorizadas (captación de sintomáticos respiratorios y cumplimiento medidas de bioseguridad). Presupuesto de MR, apoyo de Red y GERESA.	Análisis conjunto de todo el personal de EESS permitía identificar intervenciones como equipo y no sólo de ESRTB.	No se pudo implementar todas las actividades por falta de apoyo financiero de Red y GERESA para compra de insumos y materiales para bioseguridad, pero permitió poner en evidencia dicha carencia.		Brechas identificadas fueron sustento técnico para que decisores de MR prioricen compra de algunos materiales e insumos.
Supervisión del progreso	Jul-dic 10	Coord. regional Red: coordinación y DAIS	Supervisiones mensuales integrales desde Red, verificando implementación de	Equipo técnico de Red tenía conocimiento de necesidades de MR e informaba al Director	Dificultades en organización y carencia de recursos humanos solo se resolvió con		Se capacitó a nuevos contratados con apoyo de CES y luego, de facilitadores.

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
			actividades propuestas en PMD e indicadores de ESRTB	para que apoye	nuevos contratos por Presupuesto por Resultados en primeros meses 2011		
3ª medición	Dic 10	CES GERESA Red MR Gobierno Local UNT Asoc. Pacientes	Reunión con MR para organizar mediciones cruzadas y cronograma de visitas a EESS. Aplicación de guías de BP y consolidación con apoyo de equipo técnico de Red y GERESA.	Brechas disminuyeron en comparación con 2ª medición: mejoraron en PI, captación de sintomáticos respiratorios y quimioprofilaxis de contactos. Incorporaron a otros actores sociales en sus planes. Compromiso de seguir utilizando la MMD con el enfoque de procesos y de gestión integral y territorial. Se fortalece gestión de EESS	Cambios del personal		Se realizó cuando se iba a cerrar intervención CES; no hubo seguimiento cercano a implementación de PMD
Se inicia vigilancia ciudadana	2010						Los afectados y la población conocen más sus derechos. Casos de denuncias contra personal de salud se incrementan.
Identificación de EESS a ser reconocidos			Elaboración de ranking de EESS en base a % de captación de sintomáticos respiratorios durante 2010.				
Reunión de reconocimiento de logros	Jul 11	CES GERESA Red Trujillo UNT	En marco de evaluación semestral se reconoció a MR que alcanzaron captación de sintomáticos respiratorios en más del 5% requerido por ESNTB y que mejoraron quimioprofilaxis de	Motivó a equipos de MR a seguir implementando mejoras	No hubo más reconocimientos por falta de tiempo de la Coordinación Regional.		Se pospuso fecha de reconocimiento en 2 oportunidades por problema con Defensoría del Pueblo debido a investigación de un caso de negligencia, por lo que la DIRESA no la

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
			contactos. Se entregó diploma de reconocimiento a EESS y a coordinador y/o facilitador de proceso de mejora				autorizaba. Está pendiente seguimiento para institucionalizar MMD en GERESA

#### 4. Principales aspectos que facilitaron y/o dificultaron la implementación de este momento:

INTERNOS AL PROYECTO Y EQUIPO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Conocimiento de funcionamiento de GERESA, Red y MR	Desarrollar propuestas y estrategias adecuadas a su realidad	Multifuncionalidad del personal CES no permitía disponibilidad para capacitaciones	
Conocimiento de mayoría de profesionales de equipos técnicos y a funcionarios regionales	Facilitó implementación MMD y planes de mejora	No había una persona específica para La Libertad (la persona a cargo trabajaba el tema de enfermedades infecciosas en todo el ámbito de intervención del proyecto).	Apoyo de coordinadoras para hacer seguimiento de aplicación de guías, consolidación resultados, elaboración planes y socialización con EESS de cada MR
Confianza de los jefes en mi capacidad técnica para ejecutar las acciones.	Avanzar a pesar de la cantidad de regiones a cargo.	Escasa disponibilidad de tiempo para seguimiento, por cantidad de regiones a cargo.	Involucrar a coordinadoras regionales y de Red de la ESRTB, aprovechando lazos amicales y acercamiento con jefes para completar actividades.
		Alta carga de trabajo pues se cubría en ruta desde Lambayeque hasta Chimbote para optimizar costos.	Dejar hoja de ruta a coordinadores y equipos técnicos de GERESA y Red: firmar acuerdos y compromisos al finalizar reuniones.
		Corto tiempo para la medición	Se dividieron las actividades (capacitación facilitadores, medición, PMD) en distintas fechas para no obligarlos a participar 3-4 días seguidos.

EXTERNOS AL PROYECTO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Equipo técnico GERESA aportó a validación, ajuste e implementación guías		Personal de DIRESA y EESS no dispone de suficiente tiempo.	Se encargó monitoreo a personal de MR
Equipos técnicos de la GERESA con gran capacidad técnica y de desarrollo de propuestas	Mejorar los instrumentos y desarrollar nuevas propuestas	Tiempo de los coordinadores	"Empaquetando actividades": capacitación en manejo integral, supervisión integral, evaluaciones conjuntas, etc.
Coordinación permanente y participación activa de equipo técnico de Red Trujillo	Incorporación de monitoreo de planes a actividades regulares de ESTB; desarrollo de actividades	Escasa disponibilidad de tiempo de Coordinación Regional por sus múltiples actividades.	Coordinar directamente con Red Trujillo

EXTERNOS AL PROYECTO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
	conjuntas sin interferir con las regulares.		
Incorporación ESTB a presupuesto por resultados	Incluir actividades de PMD para su financiamiento	Disponibilidad de tiempo de coordinadoras	Apoyo de personal de otros EESS para realizar mediciones.
Apoyo y compromiso de equipos técnicos de TB locales y regionales.	Implementar MMD y poner en valor su utilidad en gestión de ESRTB.		
Interés de equipos técnicos de MR por implementar mejoras.	Se realizaron las 3 mediciones y elaboraron PMD de 56 EESS de las 9 MR.		
Apoyo y compromiso de equipos técnicos de TB locales y regionales.	Implementar la MMD y poner en valor su utilidad en la gestión de ESR TB.		

### COMENTARIOS

La incorporación de la MMD como una herramienta gerencial en el proceso de mejora del desempeño permitió abrir un espacio gerencial de procesos, dándole una mirada de gestión y no solamente de coordinación de la estrategia de TB, llegándose a elaborar (para lo cual se elaboró) un documento técnico sobre los procesos en la atención a personas afectadas por TB con sus respectivos instrumentos para su implementación.
La incorporación de la MMD como una herramienta gerencial en el proceso de mejora del desempeño permitió abrir un espacio gerencial de procesos, para lo cual se elaboró un documento técnico sobre los procesos en la atención a personas afectadas por TB.

## RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA CONSOLIDADA

### II.4 SAN MARTÍN

1. **Duración:** Noviembre 2008 a abril 2011

#### 2. Principales actores

Sector salud		Otros	
Institución	Dependencia	Institución	Dependencia
DIRESA	Dirección, Oficina Desarrollo Institucional y Calidad (OEDIC), Coordinación Calidad, Estrategia Salud Sexual y Reproductiva, Etapa Vida Niño	Jhpiego	
Redes Lamas, Moyobamba, Rioja, San Martín	Coordinación de Calidad	Gobierno Regional (GR)	Gerencia de Desarrollo Social (GDS), asesoría
MR Pongo, Huimbayoc, Barranquita	Jefatura	Gobiernos locales	GDS y Juntas Vecinales
ESSALUD		Universidad Nacional San Martín (UNSM)	Facultad de Ciencias de la Salud
		Colegios Profesionales	Enfermería, Obstetricia.
		MCS-USAID y Políticas en Salud-USAID	

#### 3. Desarrollo de la experiencia

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
Presentación del proyecto	Nov 08	CES DIRESA Redes: dirección MR					
Construcción estrategia intervención	Mar 09	CES DIRESA: equipo de gestión	Reunión taller				
Formación en MMD	Abr 09	CES 68 facilitadores de 19 MR priorizadas	Taller, 4 días. Contenidos: - Factores del desempeño - Dimensiones del desempeño - Conocimiento y uso de guías BP - Análisis causas de brechas - Elaboración PMD	Facilitadores con capacidad de conducir el proceso de MMD en sus MR. Compromiso de redes de realizar medición del desempeño entre abril y mayo			Dificultades administrativas de CES impidieron presencia del especialista de campo en la región, limitando seguimiento de medición y elaboración planes de mejora.
Curso de prevención de	2009	CES					

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
infecciones para el primer nivel de atención		Jhpiego UNSM Personal de salud					
1ª medición	May – Jun 09	Redes Lamas, Moyobamba, Rioja y San Martín: facilitadores					
Seguimiento al proceso de medición	May – nov 09	CES Redes: equipos de gestión	Reuniones	Cumplimiento al 100% en la medición en Lamas y Moyobamba; avance de 80% en Rioja. Todas las MR medidas han elaborado sus PMD	Red San Martín no concluye medición		Red San Martín planteó problemas de financiamiento por deuda del SIS
Definición de áreas de intervención en estrategia experiencias demostrativas	Nov 09	CES DIRESA: Equipo de gestión GR: GDS	Reunión	Selección de 3 MR del Bajo Huallaga: Pongo, Huimbayoc y Barranquita (Red San Martín) GR comprometió su apoyo al proceso.	Apoyo de GR no se concretó. Debido a cambios de personal en MR no realizaron seguimiento adecuado de PMD.		
Formación de facilitadores en MMD (experiencias demostrativas)	Abr 10	CES DIRESA 17 personas de MR Pongo, Huimbayoc, Barranquita y Red San Martín	Taller de 2 días, mismos contenidos que en abril 09.	Facilitadores con capacidad de conducir el proceso de MMD en sus MR. Compromiso de realizar medición del desempeño entre mayo y junio			
<b>Redes Rioja y Moyobamba</b> Formación de facilitadores en MMD	May 10	CES DIRESA 49 participantes	Taller de 3 días, mismos contenidos	Facilitadores con capacidad de conducir el proceso de MMD en sus MR. Compromiso de realizar medición del desempeño entre junio y julio			
<b>Redes Rioja y Moyobamba</b> Elaboración PMD	Jun – jul 10	Redes y MR: equipos de gestión	Análisis de resultado de mediciones en EESS y luego MR, consolidando brechas comunes y las que no tienen solución en EESS.				

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
<b>Red San Martín</b> 1ª medición del desempeño en servicios de atención infantil, CPN y PF	Jul 10	MR Pongo, Huimbayoc, Barranquita: facilitadores	Visitas a EESS (6 en Pongo, 12 en Huimbayoc y 10 en Barranquita) según programación (90% de EESS)				
<b>Redes Moyobamba y Rioja</b> 2ª medición del desempeño	Jul – ago 10	Facilitadores MMD	Con financiamiento de Red y apoyo técnico de CES. Formación de equipos de facilitadores que visitaron EESS de MR y realizaron observación del desempeño Resultado se registró en aplicativos Excel. Elaboración PMD	Se estableció nueva línea de base de desempeño para proceso de mejora Proceso evidencia que propuesta metodológica CES es considerada de utilidad en redes y DIRESA	Tiempo transcurrido entre 1ª y 2ª medición fue demasiado prolongado (casi 1 año) lo que hace poco útil establecer avances en cumplimiento de BP. Uso de guías distintas dificultó comparación entre mediciones.		Modificación de guías es resultado de experiencias de su uso y de recomendaciones de DIRESA. Por cambio de enfoque de CES (a experiencias demostrativas) no se realizó 2ª medición en las otras Redes.
<b>Red San Martín</b> Análisis de resultados de medición y validación de PMD de MR	Ago 10	CES DIRESA Red San Martín: equipo de gestión MR Pongo, Huimbayoc, Barranquita: facilitadores y jefes	Reunión, 1 día de duración	Brechas identificadas y PMD validados.			
<b>Redes Rioja y Moyobamba</b> Análisis de los resultados de la medición y validación de los Planes de Mejora	Ago 10	CES DIRESA Redes: equipo de gestión MR: jefes y facilitadores	Reunión	Brechas identificadas y PMD validados Identificación de avances entre 1ª y 2ª medición			Comparación entre mediciones se dificultó porque guías utilizadas no tenían mismo formato
<b>Red Moyobamba MR Lluyllucucha</b> Reconocimiento a facilitadores y EESS destacados en mejora del desempeño	Oct10	CES DIRESA: OEDIC Red Moyobamba y MR: equipo de gestión	Reunión en que se entregaron certificados	Incremento de motivación de involucrados en mejora del desempeño		Emergencia sanitaria por epidemia de dengue	El proceso quedó limitado a una MR, porque epidemia de dengue no hizo posible reconocimiento a las demás.
Programación de actividad de reconocimiento	Dic10	CES DIRESA: OEDIC	Se acordaron criterios. Redes seleccionaron personas y EESS a premiar. Se programó reunión de	Criterios: facilitadores destacados por calidad de medición y seguimiento PMD y EESS con más de 80%	No fue posible realizarla en la fecha prevista debido a epidemia dengue.		

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
			premiación para diciembre	de avances en BP con relación a 1ª medición.			
Actividad de reconocimiento	Abr 11	CES DIRESA: OEDIC	Entrega de certificados a personas y EESS destacados	Incremento de motivación de involucrados en mejora del desempeño			
Presentación de alcances de intervención del proyecto	Jul 11	CES GR: GDS	Reunión	MMD es considerada apoyo fundamental a programa regional para disminuir desnutrición crónica		Inestabilidad en los cuadros de dirección de la DIRESA	

**4. Principales aspectos que facilitaron y/o dificultaron la implementación de este momento:**

INTERNOS AL PROYECTO Y EQUIPO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Julio 09: se reinició regular mente acompañamiento y asistencia técnica a la región	Permanente consulta, discusión y acuerdos en diversos niveles, que generó amplia confianza y facilitó interacción entre CES y DIRESA.	No contar desde el inicio con especialista de campo para la región	Contratar el especialista de campo
Rol asignado a facilitadores, que incluye actividades de medición y monitoreo, supervisión integral y capacitación en servicio, contribuyó a generar mejor clima laboral, posibilitando cierre de brechas y mejora de atención.	Mejora y continuidad de acciones encaminadas al cierre de brechas identificadas		
Cambio en la jefatura de CES (junio 10)	Delimitación clara de objetivos y productos; mejora trabajo del equipo	Demora en devolución de pagos comprometidos por CES a facilitadores debido a trámites engorrosos para sustentar trabajo realizado	Entrega de toda la documentación requerida por área administrativa
Reducción de ámbito de intervención permitió disponer de mayores recursos financieros para el trabajo	Ampliación del número de MR con que se trabaja	Reducción del marco presupuestal CES para finalizar año 2009 y actividades planificadas el 2010	Propuesta de metodología y estrategia de experiencias demostrativas
		Demora en delimitación de alcances de estrategia de experiencias demostrativas	Contratación de consultoría enfocada en desarrollo de capacidades y metodología
		Adopción de estrategia de experiencias demostrativas	Se mantuvo asistencia técnica a MR no incluidas (Rioja y Moyobamba) que decidieron por su cuenta continuar con implementación MMD.
		Finalización del trabajo del consultor de campo asignado a la región	Responsabilizar de continuidad del trabajo a especialista en salud materna
		Dualidad de funciones del nuevo encargado de la región limitó frecuencia e intensidad de asistencia técnica.	

EXTERNOS AL PROYECTO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Directora de la OEDIC Coordinadora regional de calidad	Elaborando colectivamente el plan conjunto que beneficiará a EESS	Cambios y poco interés en la dirección de OEDIC en dar continuidad al trabajo	Focalizar el trabajo en la motivación a nivel de MR
Julio 10: Nombramiento como DGS y como asesor en GR de anterior directora de la OEDIC y del Director de DIRESA, quienes habían mostrado cooperación e interés en trabajo del proyecto.	Intensificar apoyo de GR a continuidad de acciones, para suplir dificultades en gestión de DIRESA	Dificultades presupuestales (retraso en reembolsos del SIS) motivaron que DIRESA incumpliera parcialmente con financiamiento de actividades de medición del desempeño.	Apoyo financiero parcial de CES a actividades
Disposición de Redes de Rioja y Moyobamba de realizar 2ª medición con medios propios			Fortalecimiento del trabajo con redes. Solicitar apoyo al GR
		Poca capacidad de gestión en MR seleccionadas en estrategia de experiencias demostrativa para llevar a cabo proceso MMD; cambio frecuente de responsables y jefes de MR Huimbayoc y Barranquita	Intensificando asistencia técnica.
		Nov 10 – feb 11: epidemia de dengue	Se mantuvo asistencia técnica y apoyo frente a emergencia
		Ene – mar 11: conflictos laborales y huelga del sector salud	Se mantuvo asistencia técnica y otras actividades de capacitación programadas dirigidas a reforzar capacidades de proveedores en base a brechas identificadas

### COMENTARIOS

--

## RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA CONSOLIDADA

### II.5 UCAYALI

1. **Duración:** Diciembre 2008 a agosto 2011

2. **Principales actores**

Sector salud		Otros	
Institución	Dependencia	Institución	Dependencia
MINSA	Estrategia Sanitaria Nacional Salud Materna (ESNSM) y Salud Sexual y Reproductiva SSR	Gobierno Regional (GR)	Gerencia y Sub Gerencia de Desarrollo Social (GDS)
DIRESA	Dirección General, Dirección de Atención Integral y Calidad (DAISCS), Dirección de Promoción de la Salud (DIPROMS) – Unidad de Género e Interculturalidad (UGI), SSR, Estrategia de Poblaciones Nativas, Estrategia Regional TB, Salud Infantil, Estrategia Regional ITS/VIH/SIDA-, Área de Capacitación	Gobiernos locales (Aguaytía, Campo Verde, Calleria, Coronel Portillo, Iparia, Irazola, Manantay, Yarinacocha)	GDS
Hospital Regional de Pucallpa (HRP)	Calidad, Capacitación, Enfermería, Centro de Referencia en Infecciones de Transmisión Sexual (CERITSS), Estrategia Local TB	Consejo Regional de Salud (CRS), integrado por GR, DIRESA y sociedad civil: - Mesa Multisectorial TB - Mesa Derechos Reproductivos - Comité Consultivo de Género e Identidad (CCGI)	Secretaría Técnica
Hospital Amazónico de Yarinacocha (HAY)	Calidad y Transmisibles (TB y VIH), facilitadores	UNICEF, UNFPA, IMED/PRISMA, CARE	Coordinaciones regionales
Redes Aguaytía y Atalaya	Jefatura y Coord. Calidad y Estrategias	Proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS) – USAID	Coordinación regional
MR: 9 de octubre, Campo Verde, Nueva Requena, Nuevo Paraíso, San Fernando, Nechuya-Curimana, Aguaytía, San Alejandro, Iparia, Masisea	Facilitadores, personal	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP)	Secretaría Técnica
		PRONAA	
		Organizaciones de mujeres, jóvenes, iglesia, empresas privadas	
		Universidad Nacional de Ucayali (UNU)	Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería
		Universidad Alas Peruanas	Escuela de Obstetricia

### 3. Desarrollo de la experiencia

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
Presentación proyecto	Dic 08	CES GR DIRESA					
Formación de facilitadores y primera medición	Dic 08 – ago 09						No hubo más acompañamiento de CES.
Elaboración documento (justificación técnica) para que se declare TB prioridad regional	Oct 09 – ene 10	CES DIRESA: TB CRS: grupo impulsor de mesa temática TB Autoridades, instituciones y medios de comunicación MCLCP PRONAA Gobiernos locales	Socialización de información sobre magnitud de TB y situación de servicios de salud. Reuniones y mesas de trabajo. Abogacía e incidencia.	Se posicionó tema de TB en agenda pública. Se fortaleció equipo técnico TB de DIRESA (muchos de ellos facilitadores MMD)			Había mucha sensibilización de los protagonistas e interés de las autoridades
1ª medición a nivel MR	Abr – may 09	DIRESA Facilitadores MMD	Aplicación guías BP	Percepciones positivas sobre MMD (instrumento práctico y fácil de usar), incremento número de facilitadores mediante capacitación práctica. Identificación de uso inadecuado de metodología y factores que la limitan	No se procesó la información ni elaboraron planes de mejora.		Las guías estaban acumuladas en DIRESA. No había acompañamiento de CES ni asistencia técnica de DIRESA y Redes.
Elaboración directorio actores locales en TB, VIH/SIDA y SMI	Sep – nov 09	CES					
Acompañamiento CES, privilegiando empoderamiento de facilitadores en uso MMD	Sep – dic 09	CES DIRESA	Reuniones técnicas por MR : - . - Socialización de brechas - Análisis causas. - Identificación y priorización de alternativas	Análisis más profundo de brechas. Formato de PMD consensuado con DIRESA que diferencia brechas con causas internas (posibles de superar con esfuerzo de EESS y MR) y externas (requieren participación	Limitaciones metodológicas para facilitar transferencia de MMD a facilitadores		

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
			- PMD consensuado con participantes	de otros actores). Se distingue plan de mejora (de corto plazo, para superar brechas internas) y proyecto de mejora (requiere recursos e involucramiento de otros actores).			
Asistencia técnica a facilitadores para que conduzcan taller regional de prevención de infecciones (PI)	Sep – dic 09	CES Facilitadores de Red Atalaya y MR Nuevo Paraíso, 9 de Octubre, San Fernando, Nueva Requena					
<b>MR Nuevo Paraíso</b> Invierte en mejoras para superar brechas en prevención de infecciones y APN	Sep – dic 09	Facilitador Equipo MR	Colocación de lavaderos en consultorios, implementación acciones del PMD en APN.	Mejora bioseguridad, atención integral APN, consejería y plan de parto.			
Identificación de PI como una de mayores brechas de desempeño en la región (medición Salud Infantil, APN y PF)	Nov 09 – jul 10	CES DIRESA MR Campo Verde: jefe y facilitadores Empresa privada (nivel local)	Elaboración plan de mejora en PI: sensibilización al personal, capacitación y organización e implementación progresiva de mejoras. AT de CES durante proceso	Campo Verde califica como sede docente en PI para 1er nivel de atención, evaluación externa a cargo de DIRESA. Campo Verde sostiene mejoras con recursos propios y donaciones de empresa privada; involucra actores locales. Es considerada experiencia regional referente de mejora en PI y se presenta en reunión nacional.	No se concreta cambio en petitorio regional propuesto por Campo Verde para garantizar insumos necesarios para mejora.		
<b>MR Nuevo Paraíso</b> DIRESA felicita a facilitador Johnny Matos	Dic 09	DIRESA: Coord. Calidad	En reunión de socialización de experiencias en uso de MMD se dan a conocer avances.	Carta de felicitación que va a legajo personal de facilitador; DIRESA emite RD. Factor motivador pues			

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
				no había antecedentes de reconocimientos similares.			
Socialización brechas en TB	Dic 09 – mar 10	CES CRS GR: Sub GDS MR y EESS: equipo técnico de TB MCLCP		Se consensuó que mejora de calidad de servicios de salud trascendía esfuerzo de servicios		Desconocimiento de situación de TB entre autoridades , funcionarios y medios	Equipo técnico de TB reconocido con RD. En antecedentes de Ordenanza Regional se menciona medición desempeño (ver OR N°006-2010-GOREU)
Elaboración, socialización y validación Plan Multisectorial Anual (PMA) TB 2010 y Ordenanza Regional que prioriza TB	Ene – mar 10	CES DIRESA CRS GR y locales Marina de Guerra Defensoría del Pueblo Foro Salud Federación de Mujeres UNU Organizaciones sociales	MCLCP da AT para elaboración colectiva PMA TB. Dos momentos: 1) socialización, validación y aprobación del Plan; 2) elección de Mesa Temática TB.	Plan elaborado. Gran convocatoria en socialización y validación.	Diversos niveles de compromiso en el sector.		Plan incluye actividades de prevención, promoción, atención integral de las PAT y de salud y seguridad de servidores y usuarios de EESS. Ámbito de intervención: 2 hospitales y 3 MR priorizadas.
Presentación y negociación estrategia experiencias demostrativas	Inicios 2010	CES DIRESA MR seleccionadas.	Reuniones	DIRESA se compromete con experiencias demostrativas. Se acuerdan MR a intervenir: San Fernando, Campo Verde, Nueva Requena	Se deja sin atención 9 MR intervenidas 2009		Se fortalecen estrategias de cofinanciamiento de actividades con DIRESA, Redes, MR. DIRESA participa en experiencias demostrativas para alinear aportes CES con prioridades regionales y reforzar su rol de gobierno, fortaleciendo articulación y coordinación con niveles locales
Identificación MR comunes de socios USAID (Campo Verde y Nueva Requena)	Mar 10	CES MCS	Reuniones	Elaboración plan conjunto para MR, favoreciendo intervenciones sinergizadas y			

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
				complementarias			
Aprobación Ordenanza Regional que prioriza TB	24 de marzo 2010, día mundial de TB	CES GR DIRESA Mesa Multisectorial TB Medios	Conferencia de prensa	Se asigna presupuesto extraordinario de S/. 286,912 a PMA TB. PMA y PMD son instrumentos de gestión de referencia regional.		Los medios radiales, TV e impresos cubrieron el hecho.	
Consultoría especializada relaciones proveedor-usuario (RPU) e información al usuario (IU)	Abr 10	CES		Identificación buenas prácticas con enfoque intercultural, posibles de incluir en atención de salud		Ucayali es región pluricultural y multilingüe, tiene 15 pueblos indígenas. Población indígena: 17% del total (74,582 personas).	
<b>HRP-TB</b> 2ª medición	Abr 10	Jefe enfermería, coord. calidad.	Visitas a servicios mientras atienden usuarios	Progreso en BP; se mantienen brechas relacionadas con insumos.			Uso periódico de MMD para monitorear cambios.
Seminario taller regional sobre TB	Jun 10	CES DIRESA: TB Expertos de ENTB e INS Defensoría del Pueblo Proveedores de salud UNU	Incluyó presentación del PMA enfatizando abordaje social de TB	Se entregó 3 instrumentos de gestión a red de servicios: Ordenanza Regional, PMA y Plan Regional de Mejora en TB.	Diferente grado de compromiso del personal de salud.		Urge contar con el sistema de reconocimiento e incentivos.
2 talleres RPU/IU	Jul 10	CES		Se analizó RPU/IU; se identificó escasa proporción de partos verticales			
Taller regional de prevención de infecciones (PI)	Jul 10	Facilitadores de Red Atalaya y MR Nuevo Paraíso, 9 de Octubre, San Fernando, Nueva Requena (sede: MR Campo Verde) UNU	Facilitadores dirigen taller regional.	DIRESA se involucra y cambia petitorio. UNU considera a Campo Verde como campo clínico para sus estudiantes	No todas MR se comprometen a réplica de experiencia de Campo Verde ni trabajan mejoras.	Presupuesto por Resultados comienza a incluir PI	
<b>DIRESA felicita a MR Campo Verde</b>	Jul 10	DIRESA: Capacitación, Calidad, DIPROMS MR Campo Verde: equipo de gestión	Comisión visitó formalmente MR y verifica logros (superación brechas) en bioseguridad y PI.	DIRESA emite informe de felicitación a MR refrendado con RD. Equipo de MR motivado; no había antecedentes de			

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
				reconocimiento similares			
Reunión para mejora de soportes sociales a afectados de TB	Jul – Ago 10	CES DIRESA Interbank Empresas petroleras Misión del Oriente Peruano (Iglesia Adventista) UNU y UAP	.	Se forma Patronato para apoyo solidario a afectados de TB.	Se avanzó poco en relación al Patronato	Ordenanza Regional es instrumento de gestión que está permitiendo involucrar a diferentes actores locales	Proyecto no participó formalmente al no contar con autorización del responsable técnico, pues se privilegiaba enfoque clínico.
Gestión de adendas en PAN TB	Jul – Ago 10	CES Municipalidad provincial Coronel Portillo Equipo técnico de TB Grupo impulsor de la Mesa	Se gestiona incremento de canasta para familias afectadas y se solicita canasta para personal de salud.				Canasta para personal de salud sería importante incentivo ante escasa motivación a trabajar en este servicio.
Formulación plan conjunto de parto vertical con adecuación cultural	Ago 10 → 11	CES DIRESA UNICEF UNFPA PARSALUD		Diagnóstico rápido de costumbres y creencias sobre embarazo, parto, puerperio y RN. Preparación sedes docentes (UNICEF) Diálogo intercultural (UNFPA)			Guía de BP con enfoque intercultural y guía de diálogo intercultural elaborada por UNFPA son tomadas como aportes por DIRESA y recogidas en Plan Conjunto de Parto Vertical
Implementación auto-instructivo ICATT para mejora manejo niño enfermo	Sep 10	CES MINSAs DIRESA Redes MR UNICEF MCS Facilitadores regionales UNU	Conducción de facilitadores regionales; asistencia técnica virtual de MINSAs, participación docentes UNU. Se articuló 3 áreas en DIRESA: capacitación, estrategia salud infantil, informática	45 profesionales completan aprendizaje virtual (3 envíos)	MINSAs no envió estándares para calificar sede docente en AIEPI y cerrar segunda fase: aprendizaje práctico en la metodología propuesta en ICATT	EESs que atienden a comunidades nativas con interés por tener servicios de atención del parto con adecuación cultural (Masisea, Iparia, Nuevo San Juan y Tashitea).	Estamos en proceso de cerrar el ciclo con fase práctica mediante sedes calificadas en AIEPI apenas se cuente con estándares para calificar sede. Acuerdo de complementariedad: UNICEF, niño sano; CES, niño enfermo
Preparación informe avances y limitaciones en prevención y control TB	Sep 10	CES		Acuerdo de elaborar PERM TB Ucayali con apoyo técnico y financiero de PRISMA	GR no ha definido mecanismos de implementación del Plan Multisectorial TB 2010.		Para presionar apoyo a PRISMA, sub-receptor del Fondo Global, para la formulación del PERM TB 2011-16

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
					A pesar de opinión favorable, oficina de asesoría legal de la MPCP no establece mecanismos para incorporar dichas recomendaciones		
Difusión ordenanza TB como instrumento de gestión	Sep – oct 10	CES					
Formulación y socialización plan de parto vertical conjunto con adecuación cultural	Sep – nov 10	CES MR, HRP y HAY: responsables Salud Materna Comité consultivo de Género e Interculturalidad UNICEF UNFPA	Pasantía en Belenpampa (financia UNICEF). Taller regional de socialización parto vertical y de brechas en RPU e IU (cofinanciado CES y UNICEF).	Se puso en agenda tema de brechas en la RPU relacionadas con interculturalidad.	No se logra incorporar a organizaciones que representan a comunidades nativas		Se tenía como referente lo andino y no las características culturales de la Amazonía. Se planifica diagnóstico de creencias y costumbres en cuidado de embarazo, parto, puerperio y recién nacido (cofinanciado por UNICEF, UNFPA y CEC).
<b>HRP-CERITSS</b> 2ª medición	Oct 10	ER ITS/VIH/SIDA-HRP: Calidad y Capacitación Facilitadores	Visitas a servicios mientras atienden usuarios	90% de progreso en BP; solicitan evaluación externa. Personal dispuesto a usar guías pues ayudan a medir avances.	Quiénes medían cometieron errores (por desconocer servicio); se debió repetir.		Busca calificar como sede docente y lo logra el 2011 (RD N° 011-11 y N° 012-11)
<b>HAY -Unidad Médica Periódica (UAMP)</b> 2ª medición	Oct 10	HAY – Coord. Calidad Facilitadores	Visitas a servicios mientras atienden usuarios	Progreso en algunas BP. Personal dispuesto a usar guías pues ayudan a medir avances.			Había implementado PMD luego de 1ª medición y formado equipo multidisciplinario reconocido por RD. Busca ampliar servicios en ITS-VIH/SIDA
<b>MR San Fernando</b> 2ª medición TB	Oct 10	Facilitadores	Visitas a 5 EESS de jurisdicción de facilitadores	3 EESS mejoran BP	2 EESS aumentan brechas.		MR elegida como experiencia demostrativa por tener más casos TB.
<b>HAY- CERITSS</b> califica como sede docente	Oct-nov10	DIRESA: Capacitación, ER ITS/VIH/SIDA-	CERITSS alcanza 90% de progreso en BP y	DIRESA emite RD de acreditación y reconoce			

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
		VIH/SIDA	solicita evaluación externa (requisito para ser sede docente).	como tutores calificados a equipo de CERITSS			
Ratificación de vigencia del PMA TB 2011, al no concretarse la asignación presupuestaria del GR	Oct – nov 10	CES Mesa Multisectorial a cargo del grupo impulsor y miembros del equipo técnico de TB					
Identificación de brechas de desempeño imposibles de superar con planes de mejora	Oct – sep 10	Gobiernos locales MCS UNFPA CARE Empresa privada	Presentación iniciativas a GL.	2010: Mejora acercamiento MR-GL; presentación iniciativas a PIM que responden a brechas identificadas mediante MMD.			Necesidad de profundizar relación salud- GL.
<b>HAY-CERITSS</b> Pasantía para formación equipos multidisciplinarios en atención integral ITS/VIH/SIDA-	Nov 10	UNU Equipo CERITSS Pasantes de Atalaya.	Pasantía con participación de UNU (1 docente)	UNU entrega constancia a tutores y pasantes (créditos), que fue considerada como incentivo.			
Taller "Gestión Sanitaria en Ucayali y la ruta al 2010"	Nov – dic 10	CES DIRESA Redes MR UNICEF UNFPA MCS INMED/PRISMA	Socialización de brechas encontradas y mejoras sugeridas a nivel MR: - Identificación de factores que facilitan y retardan mejora de calidad - Retos y próximos pasos	Se puso en agenda: - Identificación SIS y SISMED como nudos críticos por MR, Redes y DIRESA - Desarticulación y descoordinación entre estrategias que dificulta supervisión integral. - Escaso apoyo a 2 redes descentralizadas	DIRESA tuvo participación parcial Planes de mejora acordados en EESS y MR no avanzan por escasa asistencia técnica de DIRESA y Redes		Taller cofinanciado por todos los cooperantes. Brechas en desempeño en MI son insumo para evaluación y planificación 2010 de Salud MI y TB en DIRESA.
<b>MR San Fernando (1ª), Campo Verde (2ª) y Nueva Requena (2ª)</b> Mediciones en SMI	Nov – dic 10	Facilitadores	Medición interna (intercambio entre personal de EESS). Financiamiento: San Fernando: CES; Campo Verde: MCS y CES;	Personal aprecia medición interna porque fortalece trabajo en equipo y ayuda a conocer lo que hacen los demás	No se realizó medición en PS por no contar con recursos para desplazamiento.		En 09 se midió en 10 MR (incluyendo Campo Verde y Nueva Requena); 2010 en 3 MR (San Fernando, Campo Verde y Nueva

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
			Nueva Requena: DIRESA (con demora).				Requena)
Formación de facilitadores de aprendizajes y sedes docentes	Nov 10 → 11	CES DIRESA Redes MR UNU		Sede calificada y tutores capaces de generar aprendizajes logró éxito en pasantías en APN e ITS/VIH/SIDA-, con participación UNU	Procesos para calificar sedes son complejos.		Hay que fortalecer sistemas de capacitación sencillos y ágiles, apoyados con facilitadores regionales capacitados
<b>MR Campo Verde</b> califica como sede docente	Dic 10	DIRESA MR Campo Verde UNU	MR alcanza 90% de BP en APN y solicita evaluación externa. Pasantía en APN a 18 EESS, involucrando UNU	UNU y DIRESA emiten constancia a tutores y pasantes de 18 EESS (créditos), que es considerada como incentivo.			
Reunión regional de evaluación de experiencias de mejora	Dic 10	DIRESA (organiza): Coord. Calidad Hospitales y MR: coord. calidad Comentaristas invitados CES	En panel foro se presentan experiencias de Nueva Requena, Campo Verde y San Fernando (TB); reciben comentarios de invitados externos.	Comentaristas concluyen que la mejor experiencia es Campo Verde y la felicitan. Se difunde estrategia de enfatizar reconocimiento a mejoras.			
Elaboración Plan Regional de Calidad que incluye uso de MMD para formulación de PMD. Identificación de mejores facilitadores	Dic 10 – ene 11	CES DIRESA: Coord. Calidad Facilitadores regionales		Plan regional aprobado por RD; reconocimiento mediante RD a equipo regional de calidad que facilita procesos de implementación de mejoras			
Diagnóstico rápido de creencias y costumbres relacionadas con atención del embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido.	Dic 10 – mar 11	CES UNICEF UNFPA Cte. Consult. Género e Interculturalidad (CCGI) MR, HRP y HAY: responsables de SMI	Reuniones técnicas para elaborar y consensuar metodología, instrumentos y cronograma. Implementación por equipos de salud (cofinanciada por	Metodología del diagnóstico rápido consensuada. UNFPA brinda asistencia técnica especializada para organización de data.	No se logra incorporar a las organizaciones que representan a las comunidades nativas		

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
			UNFPA, UNICEF y CES).				
Reunión regional de reconocimiento de mejoras	Feb 11	DIRESA (organiza) CES Gov. Regional CERITSS Redes y MR UNU DP Otros cooperantes	Se entrega RD de reconocimiento a equipo de Campo Verde.	Motivación y expectativa en las demás MR.			
<b>HAY-UAMP</b> 3ª medición	Abr 11	HAY: Calidad, transmisibles Facilitadores	Visitas a servicios mientras atienden usuarios	Progreso en BP. Personal colabora en medición; muestran interés en 4ª medición			UAMP implementado con equipos por Fondo Global. Ha completado enfermera y pretende ser CERITSS
<b>HRP - TB</b> 3ª medición	Abr 11	HRP: Calidad, enfermería	Visitas a servicios mientras atienden usuarios	Personal no se atemoriza con mediciones	Brechas han aumentado. Deficiente inducción de personal nuevo.		Aumento de personal TB gracias a PpR. Programan medición interna para nov 11.
Validación y enriquecimiento de los resultados del diagnóstico rápido	May 11	CES UNICEF UNFPA CCGI MR, HRP y HAY: responsable de SMI	Taller con líderes indígenas. Se valida guía de BP en interculturalidad recogiendo aportes de UNFPA y CES.			Se logra incorporar a las organizaciones que representan a las comunidades nativas	Análisis de resultados cuenta con asistencia técnica de UNFPA, que preparó metodología para trabajar con población nativa (basada en diálogo intercultural). RD de esta guía está pendiente.
Medición brechas en CS Aguaytía	May 11	CES MR Campo Verde: facilitadores	Taller y asistencia técnica periódica a cargo de facilitadores en PI; implementación práctica en servicio	Se muestran grandes brechas en PI. Red Aguaytía asume financiamiento de insumos de PI	Diferencias en el nivel de compromiso de las MR		
<b>MR Nuevo Paraíso, 9 de Octubre y San Fernando</b> 3ª medición TB	May - ago11	DIRESA (organiza) Facilitadores TB y SMI (juntos)	CS: medición cruzada en marco taller MMD PS: visitas según programación Cofinanciamiento DIRESA y CES	Algunos EESS reducen brechas.	Algunos EESS no tuvieron logros. Mucha demora en decisión de DIRESA de invertir para movilidad.		En marco de Plan Regional de Calidad. Se retoman MR dejadas después de 1ª medición.
<b>HRP-CERITSS</b>	Jun 11	Enfermería	Visitas a servicios	Progreso se mantiene.			Programaron 4ª

Qué pasó	Cuándo	Quiénes	Cómo	Resultados		Contexto	Comentarios
				Positivos	Negativos		
3ª medición		Facilitadores	mientras atienden usuarios	Equipo comprometido en mantener estándares de calidad; orgullosos y empoderados de calificar como sede docente			medición interna (entre miembros del equipo) para nov 11
<b>MR San Fernando (2ª), Campo Verde (3ª) y Nueva Requena (3ª)</b> Mediciones en SMI	Jun – oct 11	Facilitadores	CS: medición cruzada en marco capacitación en MMD (dictado por facilitadores) PS: visitas según programación	Algunos EESS han mejorado y otros mantienen brechas.	Retrasos por demora de DIRESA en otorgar recursos.		CES tuvo que cofinanciar para lograr el objetivo
Identificación de brechas de desempeño imposibles de superar con planes de mejora	Ago – sep 11	Gobiernos locales MCS UNFPA CARE Empresa privada	Talleres en alianza con UNFPA y CARE para planes de acción complementarios a PpR.	Planes de acción con gobiernos locales (UNFPA-CARE); inversión de S/. 40,000 para TB (Calleria) y más de S/. 250,000 en SSR para 2012.			
Definición criterios de reconocimiento	Ago 11	DIRESA: DAISCS, DPROMS CES MCS	Visitas conjuntas a MR	Se identifica y define por consenso criterios de reconocimiento, de abajo hacia arriba (EES – MR).			
Reunión conjunta para reforzar plan de mejora de la calidad en Campo Verde	Ago 11	DIRESA: Calidad, Promoción Salud MR Campo Verde Municipalidad Campo Verde MCS CES		Municipalidad se compromete a premiar a los 2 mejores EESS, según criterios acordados.			
Identificación de brechas de desempeño imposibles de superar con planes de mejora	Nov 11	Gobiernos locales MCS UNFPA CARE Empresa privada	Alianza con MCS para usar su metodología PIP e identificación participativa de ideas de proyecto en base a brechas identificadas	16 proyectos PIP formulados con enfoque integral: componentes de oferta en base a brechas identificadas y componente de demanda			

#### 4. Principales aspectos que facilitaron y/o dificultaron la implementación de este momento:

INTERNOS AL PROYECTO Y EQUIPO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Identificación de brechas en RPU e IU relacionadas con interculturalidad.	Consultoría en interculturalidad y posibles BP de atención que incorporan enfoques de género e interculturalidad	La actividad de interculturalidad no aparece como entregable en un Kra, pero está directamente ligada a calidad de atención en RPU e IU, de vital importancia en la región.	Se cofinancia con los demás cooperantes para no ocasionar sobrecostos al proyecto
Sistema administrativo incluye actividades previstas con la Mesa Multisectorial TB.	Facilitar el proceso regional	Énfasis en los Kra/productos, con escasos espacios para reflexión y análisis en el abordaje	Se cofinancian actividades de la Mesa Multisectorial con DIRESA, MPLCP
Equipo va adquiriendo más experiencia y desarrollando mayor capacidad para adecuar MMD a realidad regional	Socializando experiencias exitosas con posibilidad de ser sostenibles en la región	Desencuentro entre enfoque social y enfoque biomédico, no hay espacios para valorar su complementariedad	Mantener criterio y enfoque en la región
		Falta de acompañamiento después de la 1ª medición en 2009	Completar el equipo con especialista de campo
		No se recogen aprendizajes en las diversas regiones que permita construir "modelo Calidad en Salud"	No se ha avanzado
		Falta claridad metodológica en secuencia de análisis: ¿por BP?, ¿por dimensión del desempeño?, ¿brechas mayores y menores?, ¿priorización de intervención-plan de mejora integral de EESS y MR?	Progresivamente va mejorando el abordaje metodológico.
		Mediciones a EESS rurales donde hay sólo un personal de salud han significado mucho esfuerzo por cantidad de guías a aplicar	Seguir esforzándose por lograr instrumentos sencillos y ágiles. En Ucayali el 70% de EESS están a cargo de técnico de enfermería
		Guías han cambiado muy frecuentemente. Dificultades para contar con aplicativos que ayuden a mostrar y analizar información	Esperamos un aplicativo que facilite organización de la información
		Cambio de estrategia en el 2010 → se dejó de apoyar a MR en que se había hecho 1ª medición	No se perdió contacto con las MR, se les incluyó en los talleres regionales y la DIRESA asumió el financiamiento

EXTERNOS AL PROYECTO			
Facilitadores		Obstáculos	
Cuáles	Cómo los aprovecharon	Cuáles	Cómo los enfrentaron
Región es receptiva a MMD	Se involucró y empoderó a facilitadores a nivel de DIRESA, Redes, MR y EESS	Diagnóstico rápido de creencias y costumbres demoró más de lo previsto	Actualizando el plan conjunto de parto vertical
Miembros del equipo técnico de TB y actores locales favorables a implementar procesos de diálogo social	Empoderamiento de estos líderes Promover espacios para llegar a acuerdos y compromisos Visibilizar sus logros	Débil complementariedad entre enfoque biomédico y enfoque social en tema TB, donde hay determinantes que influyen en conclusión de tratamiento, aspecto que interesa al personal	Sensibilización y capacitación a proveedores. Articular instrumentos de gestión. Acciones sostenidas de abogacía
Gobierno regional y locales tienen apertura a temas de salud y se involucran en reconocimiento.	Acercamiento de MR con sus gobiernos locales. Reuniones conjuntas usando información generada por MMD Reuniones en que nuevas MR en que se intervendrá 2011 ven reconocimiento a Campo Verde.	No todo el personal de salud asume compromiso de construir la intersectorialidad. Les cuesta mucho compartir información. Se sienten fácilmente fiscalizados. No analizan determinantes del abandono, descargando responsabilidad en afectados	Con proveedores: sensibilización e incorporación de estos temas en capacitación y reuniones técnicas. Fomento del uso de Ordenanza Regional como instrumento de gestión en nivel local. Avances en sensibilización sobre rol de afectados.
Facilitadores asumen compromisos y se involucran	Empoderándolos y reforzando sus capacidades en manejo de MMD y conducción de mejoras	Compromisos de las demás instituciones a veces no ha contado con representantes con capacidad de decisión	Identificar e involucrar a funcionarios que son líderes y pueden mover voluntades para toma de decisiones
Brechas identificadas se encuentran en campo de intervención de otros proyectos	Planes conjuntos e intervenciones complementarias y sinergizadas con otros cooperantes	DIRESA no planifica ni presupuesta recursos para supervisión de MR a EESS, considerando sólo supervisión de DIRESA a Redes y MR	Elaboración de informes regionales (09 y 10) que dan cuenta de factores que afectan mejora de calidad en nivel local.
Actividad de UNICEF (pasantía en parto vertical en Cusco) generó oportunidad de sinergizar / complementar intervenciones con el proyecto	Elaboración colectiva del plan conjunto de parto vertical que beneficiará a EESS de varios distritos con un mismo enfoque y actividades, lo que fortalece toda la región	Debilidades de DIRESA para formulación participativa (con Redes y MR) del Plan Operativo 2010 para afianzar proceso de intervención en marco del Presupuesto por Resultados	Coordinación entre cooperantes
MCS promueve e involucra a la comunidad en reconocimiento	Formulando un plan de reconocimiento con participación de MCS, que es propuesto a la DIRESA, aspirando a institucionalizar diferentes modalidades y mecanismos de reconocimiento.	Deficiencias en asistencia técnica de DIRESA y Redes para acompañar medición del progreso	Involucrarlos en acompañamiento conjuntamente con CES Alianza con MCS
		Salida de facilitadores a EESS no cuenta con financiamiento regular	Involucrar a MCS, municipalidad y cuando se pudo, a DIRESA Cofinanciar mediciones con DIRESA

## COMENTARIOS

Tema intercultural en la Amazonia es muy complejo por cantidad de etnias y diversidad de lenguas diferentes.
Ha sido y es un esfuerzo compatibilizar intereses y actividades de cada uno de cooperante que participa en esta experiencia, no podemos hablar todavía de resultados. Simplemente compartirla como una muestra del dialogo social que hace posible que todos ganemos: cooperantes y en especial, la región
Aprendizaje con relación a voluntad, esfuerzo y capacidades regionales. Se trata de fortalecerlos, empoderarlos y contribuir en procesos creativos para institucionalizar cada vez más el dialogo social en tema TB y determinantes que sostienen su alta prevalencia en Ucayali
La región y en especial el equipo de salud que en la práctica lidera estos procesos, ha mostrado mucha apertura para operacionalizar en la practica la complementariedad de estos enfoques
Debemos asumir desafío de construir colectivamente el "modelo TB" que Perú necesita. Eso pasa por tener una mirada y un manejo más articulador e integrador de las experiencias regionales. Estamos en un proyecto de carácter regional y nacional y a tiempo de construir la intersectorialidad, pues la descentralización, fortalecimiento del primer nivel de atención y rol que progresivamente van asumiendo gobiernos locales en temas de salud están generando valiosas oportunidades para construir intersectorialidad.
Identificación de brechas en desempeño es uno de momentos iniciales de implementación de la MMD. Su análisis debe asegurar integralidad que permita arribar a PMD de EESS y también recoger especificidades de servicios medidos.
PMD es expresión colectiva de la voluntad y compromiso de un equipo (de EESS o MR) con procesos posibles de ser mejorados involucrando activamente a EESS, MR, Red, DIRESA; por ello su formulación e implementación implica integralidad de atención (actividades intra y extramurales), articulación y coordinación de niveles (MR, Red, DIRESA) apuntando a modificación positiva de indicadores sanitarios.
La mejora de calidad de atención trasciende esfuerzo del sector; por ello es clave que los equipos de salud entiendan y asuman su rol como gestores de la salud, socializando información e involucrando a diferentes actores locales, en especial a gobiernos locales (descentralización está generando oportunidades que salud debe considerar).

## **Anexo III: Línea del tiempo de la implementación del Proyecto Calidad en Salud**

**Línea de tiempo de los momentos más significativos de la implementación del proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud y del proceso de oficialización de la Metodología de Mejora del Desempeño**

FASES	Año 2008		Año 2009				Año 2010				Año 2011							Año 2012						
	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun-Dic
<b>Contexto Nacional</b>		El Dr. Oscar Ugarte Ubilluz, asume la cartera de Salud.	MINSa prioriza la Salud Materno Infantil en su Plan de Gestión 2009 y presenta el Plan de Reducción de Mortalidad Materno Infantil del 2009-2012	Se aprueba mediante la R.M. 672-2009/MINSa la Directiva Administrativa de Supervisión Integral a las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud, orientada a la gestión de nivel de Direcciones Regionales. En abril se promulga la Ley 29344 del Aseguramiento Universal de Salud		En noviembre el MINSa declara TB como emergencia sanitaria. El proyecto inicia a proveer asistencia técnica a la Estrategia Nacional.				Campana y elecciones regionales y municipales														
<b>Momentos en el proceso de institucionalización de la MMD</b>			MINSa solicita apoyo del Proyecto USAID/Calidad en Salud (CES) para proveer asistencia técnica en las regiones que iniciarán con el aseguramiento universal en salud		Se emite el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)-Se promulga la Ley de Aseguramiento Universal.	Se realiza SEMINARIO INTERNACIONAL: Reforma del Modelo de Atención de Salud - Experiencias Internacionales. Se presenta la MMD como una metodología complementaria a los instrumentos de supervisión y desempeño del MINSa	Encuentro Nacional de Calidad - MINSa. Se presenta complementariad de metodología de mejora del desempeño y medición de macro-procesos del MINSa		Ene 2011. El Dr. Angel Inbarri asesor principal del despacho del Ministro de Salud indica favorablemente que los Instrumentos de medición de desempeño a Establecimientos de Salud basado en buenas prácticas (MMD) se compatibiliza perfectamente con el Instrumento de medición de desempeño de EESSS del primer nivel de atención del MINSa según la RM 520-2010/MINSa.	Abril. Se emite R.M. 278-11 MINSa donde se incluye la medición del desempeño basado en buenas prácticas en la atención materna e infantil y en la atención de personas con ITS/VIH/SIDA y TB como parte del Documento Técnico del Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2012	Jul 1. Se realiza Revisión y actualización de Normas de PF	A través de la RD 419-2011 se institucionaliza la MMD en el Instituto Nacional de Salud	Sep 5. Reunión con DIGEMID y ENSSR para unificación de buena práctica de programación de insumos (Índice de Consumo Interno -ICI) y formatos SIS-240D y SIS 240-M)	Oct 4. Se realiza la presentación de MMD a DISA-V y se obtiene su aceptación al uso de la misma	Nov 9. Se presenta a la Dirección de Calidad del MINSa los resultados de desempeño actualizados del uso de la MMD en regiones y en el INSN. Se identifican las prioridades de la dirección según plan de trabajo del proyecto.	Dic. 2 Inicia Trabajo Preparatorio con DGSP y la DAIS para oficializar la MMD. El Viceministro de Salud designa a Director de Atención Integral de Salud como líder técnico del proceso. Dic. 5 Se revisa con el MINSADAIS un mapeo de actores intraministeriales que deberían participar en el proceso de oficialización de MMD. Se revisan los documentos normativos ya existentes que se relacionan con la MMD.	Durante los meses de diciembre y enero se sumaron al equipo técnico responsable, representantes de las estrategias sanitarias y etapas de vida directamente involucrados en los procesos de atención a los cuales se aplica la MMD. Este equipo técnico revisó todos los instrumentos de medición según la normativa vigente de cada uno de los programas técnicos involucrados. Se trató de identificar cualquier incongruencia técnica y normativa. Se identificó que no hubiera duplicación o repetición de procesos.	Ene 5. El Equipo Técnico decide convocar a un taller de validación de los instrumentos de la MMD. Se envían los documentos pre-taller a todas las direcciones del MINSa y direcciones regionales más oficinas que estarán involucradas en la validación. El COP de USAID/Calidad en Salud realiza una presentación al Comité Técnico encargado de la elaboración de la Directiva Administrativa para presentarles la MMD, sus referentes internacionales, su adaptación al Peru, sus fortalezas y debilidades y los resultados obtenidos con el uso de la misma a la fecha.	Feb 1 - 29. Se consolidaron todas las observaciones y comentarios recibidos del taller de validación. Se agregaron recomendaciones técnicas dentro de las buenas prácticas de los componentes que se miden con la MMD según las observaciones de cada estrategia participante en el taller. Se constató que que el borrador de directiva administrativa daba más claridad a la gestión de la atención y que no generaba actividades adicionales sino que dotaba de instrumentos a actividades que son parte de la operación regular de las diversas instancias encargadas, en este caso las funciones de supervisión de las DIRESA y de las Redes.	Mar 2. Se produce una propuesta de Anteproyecto de Documento Normativo. Este documento contiene Disposiciones Generales y Específicas más Responsabilidades, así como Disposiciones Finales. Cuenta con el texto y nueve anexos: Anexo N° 01: Metodología para la Mejora del Desempeño – MMD. Anexo N° 02: Instrumento de Medición de Buenas Prácticas en la Atención de la Salud Materna y Neonatal. Anexo N° 03: Instrumento de Medición de Buenas Prácticas en la Atención del Niño y Niña. Anexo N° 04: Instrumento de Medición de Buenas Prácticas en la Atención del Control de Tuberculosis. Anexo N° 05: Instrumento de Medición de Buenas Prácticas en la Atención del Control de VIH-SIDA. Anexo N° 06: Modelo de Resolución Jefatural para el Reconocimiento del Desempeño Basado en Buenas Prácticas de Atención de Salud. Anexo N° 07: Modelo de Resolución Directoral para el Reconocimiento del Desempeño Basado en Buenas Prácticas de Atención de Salud. Anexo N° 08: Modelo de Resolución Ministerial para el Reconocimiento del Desempeño Basado en Buenas Prácticas de Atención de Salud. Anexo N° 09: Modelo de Plan de Mejora del Desempeño. Anexo N° 10: Guía de Monitoreo de la Gestión de la Mejora del Desempeño.	Abril 2. El Documento Técnico y el Anteproyecto de Directiva Administrativa son entregados a la Oficina de Asesoría Legal del MINSa	Mayo 2. Se solicita a USAID/Calidad en Salud que responda al requerimiento del MINSa con aclaraciones. Asimismo, las otras direcciones y estrategias envían sus respuestas al documento emitido por la Oficina de Asesoría Legal.	Julio 4. Se publica en el diario "El Peruano" la Resolución Ministerial 556-2012 que contiene la Directiva Administrativa 193-MINSa-DGSP-V-01	
						Preparación del Borrador: "Documento Técnico MINSa: Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel Atención que incluye la medición de desempeño en base a buenas prácticas MMD"	Nota IDI recomienda asegurar calidad		Feb 23. Se realiza una Reunión Técnica con MINSa (Secretaría General, Dirección General de Comunicaciones, Dirección General de Estadística e Informática, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Atención Integral, Estrategias de: Salud Sexual y Reproductiva, TB y de ITS/VIH/SIDA, Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Calidad en Salud, Dirección de Gestión Sanitaria, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos) Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Salud del Niño, representantes de las Regiones de Madre de Dios, Loreto, Ucayali, Ayacucho, San Martín, Lima y Callao. Oficiales de la Oficina de USAID/Calidad en Salud - Para definir las Acciones Propuestas y Concertadas del Plan de Trabajo 2011	Jul 8. Revisión de Instrumentos de Consejería Balanceada de Planificación Familiar	Sep 15. Reunión con RRHH para identificar acciones conjuntas de apoyo técnico para el desarrollo de planes regionales de capacidades, continuidad de implementación de AIEPI, del programa de orientación al personal nuevo y del uso de MMD en el desarrollo de RRH en regiones.	Oct 11. Reunión con Director DGSP (Dr. Carlos Acosta) para identificar hoja de ruta y proceso de oficialización de MMD	Nov 12. Reunión Técnica con el Vice-ministro de Salud. Se le muestran los materiales producidos por el proyecto USAID/Calidad en Salud. Los resultados del uso de la MMD en regiones y en el INSN. Indica su interés en que se priorice la transferencia de estos productos de manera oficial al MINSa para asegurar su institucionalización.	Dic. 8. Se define con DAIS la estrategia de Preparación de Documento Ariete. Se indica que para iniciar el proceso que oficialice la MMD ésta debe figurar en el Plan Operativo Anual (POA) de la dirección proponente. Se constata que la MMD está incluida en el POA 2012 de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)	Ene 10. Se realiza reunión con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que percibe que la Directiva Administrativa podría duplicar aspectos normativos ya existentes de la estrategia. Se inicia un período de discusión y consenso y se identifica que no existen discrepancias técnicas, ni duplicaciones normativas sino al contrario se complementan los propósitos de crear una directiva administrativa que permita el cumplimiento normativo de la estrategia a nivel nacional.	Ene 18. Se realiza presentación a la Dirección de Calidad del MINSa al Equipo Técnico para verificar que la normativa de la dirección no está en contradicción ni duplicación de la MMD	Mar 2. Se elaboró un Documento Técnico que contó con el texto principal y 10 anexos. Anexo A -Informe Balance de la Experiencia - Ayacucho. Anexo B - Balance las intervenciones de mejora de la calidad en los servicios de salud – Apurímac, 2010. Anexo C - Informe de Formación de Facilitadores y de Asistencia Técnica e Identificación de Brechas de la Autoevaluación – Medición de mejora de desempeño de la calidad de atención del Centro de Salud Huancabamba, Noviembre de 2011. Anexo D- Reporte de la intervención de mejora del desempeño en base a buenas prácticas en los servicios de salud materno infantil y planificación familiar. MFR Yanacocha – Red Canas Canchis Espinar – Cusco. Anexo E - Informe técnico de la metodología de medición del desempeño basada en buenas prácticas aplicada en la microred Pampaphalla – Cusco. Anexo F- Situación de la tuberculosis a diciembre del 2011 - DIRESA Madre de Dios. Anexo G -Transferencia del marco técnico, metodológico e instrumental de la mejora del desempeño en los servicios de salud en base a buenas prácticas – Puno. Anexo H - Intervención para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas en los servicios de atención de salud materno infantil y planificación familiar, tuberculosis e ITS, VIH/SIDA – Ucayali. Anexo I - Intervención de mejora del desempeño en base a buenas prácticas en la prevención y control de la tuberculosis e ITS, VIH/SIDA – Lima y Callao. - Anexo J - Sistematización de las intervenciones de mejora del desempeño en los servicios de salud. Proyecto USAID/Calidad en Salud 2008 – 2011.	Abr 16. La Oficina General de Asesoría Jurídica (OGAJ) del MINSa envía a la Dirección General de Salud de las Personas un documento con observaciones y preguntas. USAID y Calidad en Salud reciben la solicitud de emitir carta indicando su respaldo y confirmación de utilidad de la MMD. Las observaciones recibidas por las diferentes direcciones y estrategias deben ser respondidas al 2 de mayo.						



FASES	Año 2008		Año 2009				Año 2010				Año 2011						Año 2012											
	Jul - Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul - Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun-Dic				
Contexto Regional			May 11. El Gobierno Regional de Ucayali emite la Ordenanza Regional OR-011-2009 a través de la cual promueve el acceso de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva		Nov 23. La DIRESA Ucayali emite la Resolución Directoral 828-2009 donde se reconoce al obstetra Jhony Mattos por la implementación exitosa de buenas prácticas en atención materno infantil			Ago 11. El Gobierno Regional de Ucayali emite la RD 739-2010 donde se felicita al centro de salud de Campo Verde por el cumplimiento de buenas prácticas en Salud Materno Infantil		Ene 24. El Gobierno Regional de Ucayali emite Resolución Ejecutiva 113-2011 donde se felicita a los trabajadores de la Micro Red Campo Verde y se le identifica como modelo de un sistema de capacitación.					Sep 2. A través de las RD-631- y 632-2011 se identifican responsables para el portal web y de la Directiva Administrativa en el manejo de la página web de Ucayali	Oct 10. Se conforma a través de la RD-729-2011 al Equipo Técnico de Tuberculosis.	Nov. La Dirección Regional de Salud de Loreto emite la - RD 1315-2012 – que autoriza la conformación de Sedes Docentes.	Dic 12. A través de las resoluciones directorales 830 y 831-2011 La DISA Apurímac II reconoce a los facilitadores regionales en la implementación de MMD y del Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud y el Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.		Feb 24 y 27. A través de las resoluciones RD 160 y 166-2012. la DIRESA Ucayali aprueba el plan regional de reconocimiento e incentivos y el documento de criterios de buenas prácticas para implementar el Derecho a Equidad de Género e Interculturalidad en Hospitales y Establecimientos de Salud La DIRESA de Madre de Dios emite la - RD 161-2012 – mediante la cual Reconoce al personal que ha implementado buenas prácticas en prevención y control de TB y VIH/SIDA.	Mar 6. A través del Decreto de Alcaldía DA-002-2012 Se reconocen a los EESS por su labor y logros en las mejoras de calidad de atención en salud de Tuberculosis durante el año 2011. A través de las RD 202, 203, 204 y 205-2012 la DIRESA Ucayali reconoce a profesionales y técnicos de EESS y Hospitales de la región por el cumplimiento de buenas prácticas en Salud Materno Infantil, Tuberculosis y VIH/SIDA.	Abr 2 y 4. A través de las Resoluciones RD-249 y 254 -2012 se aprueba el Plan Regional y se conforman los equipos de Gestión de Calidad 2012						
										Mar 16. la DIRESA Ucayali a través de RD-154-2011 designa a un responsable para la implementación de la página web con apoyo técnico del Proyecto USAID/Calidad en Salud	May 5. La DIRESA Ucayali a través de RD-260-2011 Conformo el Comité Regional Ampliado de Gestión de Calidad de la DIRESA Ucayali.													Mar 12. A través de la RD-195-2012 el Gobierno Regional de Huánuco agradece y felicita al Proyecto USAID/Calidad en Salud por la asistencia técnica de la facilitación del nivel nacional en Salud Materno Infantil del Dr. Alfonso Villacorta				
										Mar 29. la DIRESA Apurímac a través de RD-174-2011 reconoce y felicita al personal del Proyecto USAID/Calidad en Salud por la asistencia técnica recibida en MMD	May 11. El MINSA a través de Resolución Ministerial RM-366-2011 otorga reconocimiento a Centro de salud de El Bosque/La Libertad, al Centro de Salud de Yanacocha/Cusco y al CS Santa Elena/Ayacucho por haber alcanzado un resultado adecuado en la primera medición de estándares del desempeño del Primer Nivel de Atención con el apoyo y asistencia técnica de CeS																	

## **Anexo IV: Matriz de pasos para la oficialización de la metodología de desempeño a través de una Directiva Administrativa**

## Matriz de pasos para la oficialización de la metodología de desempeño a través de una Directiva Administrativa (actualizado a junio 2012)

EVALUACION						
IMPLEMENTACION						
DIFUSION						
APROBACION						
<b>FORMULACION</b>						

PLANIFICACION	<p>de normas exista 4 tipo de documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NORMA TECNICA EN SALUD: norma y regula aspectos relacionados a intervenciones, estrategias, objetivos de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y otros aspectos sanitarios en salud pública, en el marco de las funciones y competencias de la Autoridad Nacional de Salud - ANS.</li> <li>2. DIRECTIVA: define aspectos técnicos y operativos en materias específicas.</li> <li>3. GUIA TECNICA: describe de manera precisa procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias.</li> <li>4. DOCUMENTO TECNICO: presenta información sistematizada o disposiciones sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él y que la ANS considera necesario enfatizar o difundir, autorizándola expresamente.</li> </ol>					
	<p>Conformación del equipo responsable de elaborar el DN</p> <p>PUNTOS CLAVE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El equipo debe estar conformado por representantes de todas las instancias involucradas.</li> <li>2. Debe nominarse un titular y alterno.</li> <li>3. Los representantes deben conocer el tema o la experiencia que se normará.</li> </ol>					
	<p>Identificación del órgano proponente del MINSA: DGSP-DGS y designación de una campeona para conducir al equipo responsable de elaborar el DN: Dra. Karina Gil.</p> <p>PUNTOS CLAVE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La máxima autoridad del órgano proponente debe tener conocimiento y estar convencido de la necesidad de normar la intervención.</li> <li>2. La campeona o campeón debe ser un líder o lideresa reconocida y con ascendencia en los integrantes del equipo responsable de elaborar el DN. Debe conocer la intervención que se va normar.</li> <li>3. Si el líder o lideresa no conoce la intervención de manera completa, programar visitas a las regiones con experiencias exitosas.</li> </ol>					
	<p>Decisión del MINSA de normar la MMD</p> <p>PUNTOS CLAVE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acercarse a la instancia respectiva del MINSA, resaltando experiencias exitosas relacionadas con lo que se va a normar.</li> <li>2. Los resultados de las experiencias exitosas deben ser presentados por las Regiones, autoridades políticas o la comunidad.</li> <li>3. Enfatizar la complementariedad de lo que se quiere normar con las intervenciones instaladas por el MINSA.</li> <li>4. Evitar liderazgos externos al MINSA.</li> <li>5. Contrato de un Consultor para el apoyo a la elaboración del documento normativo. EXP TRABAJO normativo</li> </ol>					
ETAPAS Y TIEMPO	15 de diciembre 5 de enero 2012	5 - 24 de enero 2012	25 de enero - 29 de febrero de 2012		1 - 30 de marzo de 2012	2 de abril - 1 de junio 2012

**Anexo V. Informe de Consultoría sobre Estrategia de Asistencia Técnica basada en Actores Locales Informe de Consultoría sobre Estrategia de Asistencia Técnica basada en Actores Locales**



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**PERU**

**CALIDAD  
EN SALUD**

**CONSULTORÍA PARA APOYAR EL DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE LA  
ESTRATEGIA DE DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE ACTORES LOCALES**

**Informe 2**

**“ESTRATEGIA DE ASISTENCIA TÉCNICA BASADA EN ACTORES LOCALES”  
(Documento preliminar)**

**Presentado por:  
EVA ILIANA MIRANDA RAMÓN**

**25 de enero de 2010**

# **CONTENIDO**

**ABREVIATURAS**

**INTRODUCCION**

- I. CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA**
  
- II. ASPECTOS CONCEPTUALES**
  
- III. BASE LEGAL**
  
- IV. OBJETIVOS**
  
- V. AREAS DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA**
  
- VI. METODOLOGIA**
  
- VII. SEGUIMIENTO, EVALUACION Y RETROALIMENTACION DE LA ESTRATEGIA**

**ANEXO:**

- 1. FORMATO PARA EL MAPEO DE ACTORES LOCALES**
- 2. FORMATO PARA LA PRE SELECCIÓN DEL ACTOR LOCAL**

## ABREVIATURAS

CEP	Colegio de Enfermeros del Perú
CMP	Colegio Médico del Perú
COBSTP	Colegio de Obstetras del Perú
CRED	Crecimiento y desarrollo
DGGDRRH	Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
DIRESA	Dirección Regional de Salud
EN	Emergencias neonatales
EO	Emergencias obstétricas
GL	Gobierno local
GN	Gobierno nacional
GR	Gobierno regional
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MR	Micro Red
ONG	Organismos No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMM	Programa de Modernización Municipal
PI	Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal
PpR	Presupuesto por Resultados
RHUS	Recursos Humanos de Salud
RN	Recién nacido
SIDA	Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida
SS	Servicios de salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Humana

## INTRODUCCIÓN

Las políticas de regionalización, descentralización y aseguramiento universal han dado lugar a procesos de alta relevancia nacional de allí que los sectores y proyectos vienen alineando sus políticas y estrategias con el fin de contribuir al logro de los desafíos relacionados con el desarrollo regional y local.

El sector Salud es uno de los sectores que ha desplegado con bastante énfasis y de manera participativa, acciones de descentralización lo que ha implicado la transferencia de responsabilidades desde el gobierno central hacia las instancias regionales involucrando un conjunto de intervenciones que conlleva a cambios en la asignación de responsabilidades.

En este contexto, el Proyecto USAID | PERU | Calidad en Salud dirige sus acciones a promover y fortalecer la capacidad local de respuesta, utilizando metodologías participativas que promuevan un desarrollo local sostenible y la integración de redes asistenciales de cooperación entre diversos actores para brindar asistencia técnica especializada en tres áreas programáticas: (1) Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas, (2) Salud Materno-Infantil, y (3) Planificación Familiar y Salud Reproductiva, y así contribuir con el fortalecimiento de la calidad y el desempeño de servicios y programas de salud, como condición necesaria para poder avanzar en el mejoramiento sostenible del nivel de salud de la población, en especial aquella más pobre y vulnerable localizadas en las zonas rurales del país.

Razón a ello, se ha diseñado la **ESTRATEGIA DE DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES BASADA EN ACTORES LOCALES PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ESTRATEGIA)**, dirigida a contribuir con la construcción de la capacidad local para mantener y desarrollar los cambios propuestos y reducir la dependencia de recursos externos.

El presente documento constituye el Producto 2 denominado, “ESTRATEGIA DE ASISTENCIA TÉCNICA BASADA EN ACTORES LOCALES”, que incluye el contexto de la estrategia, los aspectos conceptuales, la base legal, los objetivos, las áreas de aplicación de la estrategia, metodología y el seguimiento, evaluación y retroalimentación de la ESTRATEGIA.

## I. CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA

Considerando los objetivos del Proyecto USAID | PERU | Calidad en Salud, la “ESTRATEGIA DE DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES BASADA EN ACTORES LOCALES PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD” (ESTRATEGIA), **centra su contribución en el logro de los cuatro primeros objetivos sanitarios nacionales 2007 - 2020**<sup>21</sup> es decir, reducir la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la desnutrición infantil y controlar las enfermedades transmisibles. (Ver Gráfica 1).

La ESTRATEGIA a su vez se enmarca en **cinco estrategias de intervenciones nacionales**: la descentralización, el aseguramiento universal y el fortalecimiento del primer nivel de atención, para los tres primeros objetivos sanitarios y sumado a ellos, la capacitación del personal y la acción concertada entre el gobierno nacional, regional, local y la sociedad civil, para el cuarto objetivo sanitario.

La **descentralización** abarca aspectos políticos, técnicos, administrativos y financieros, en el que se destaca "el proceso de transferencia de la capacidad de decidir", buscando colocar el poder de decisión en el mismo espacio en donde se suceden los problemas<sup>22</sup>. Asimismo, la descentralización tiene el desafío de lograr el desarrollo integral, armónico y sostenible, mediante la separación de competencias y el equilibrado ejercicio de poder por los tres niveles de gobierno.<sup>23</sup> Esto implica cambios en la gestión en todos los niveles de gobierno, innovación de los estilos y de las prácticas de gestión, cambios en las estructuras de las instituciones públicas, que garanticen una mayor participación de los diversos actores en la identificación de problemas y en la búsqueda e implementación de soluciones.

La descentralización es un medio, no es un fin. Los fines son los objetivos sanitarios.<sup>24</sup>

El **aseguramiento universal**, es otra estrategia que se encuentra en proceso de implementación. A través de su implementación se busca garantizar los derechos a la atención de salud de toda la población desde su nacimiento hasta su muerte, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento, proteger a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad y mantener y mejorar los resultados sanitarios, contribuyendo a elevar la productividad del capital humano.

Este derecho no estaba consagrado en el país y hacerlo significa marcar un hito histórico dando al Aseguramiento Universal el carácter de profunda reforma social hacia una sociedad más justa y equitativa. La Ley 29344 o de Aseguramiento Universal en Salud, constituye uno de los acontecimientos más importantes para la salud pública de las últimas décadas.<sup>25</sup>

Este tiene el propósito de reducir tanto las barreras de acceso al sistema de salud así como las inequidades en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. Es así que establece la obligatoriedad que todas las instituciones aseguradoras (públicas o privadas) estén en la

---

<sup>21</sup> MINSA. Plan Nacional Concertado de Salud. Perú. 2007.

<sup>22</sup> OPS-OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No. 16 Factores Restrictivos para la descentralización en Recursos Humanos. Washington. Julio 1999.

<sup>23</sup> Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización Perú, Año 2003.

<sup>24</sup> Lineamientos de gestión propuestos por el Ministro Oscar Ugarte Ubillus. 2008

<sup>25</sup> MINSA. 2009

obligación de financiar como mínimo el **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, (PEAS)**<sup>26</sup>, bajo determinados estándares de calidad y oportunidad por las diferentes redes prestadoras de servicios de salud y que toda persona del país esté afiliada a un tipo de seguro (contributivo, semicontributivo o subsidiado). El PEAS debe garantizar lo siguiente:

- Garantía de oportunidad: referida al tiempo máximo para que el usuario reciba las prestaciones del PEAS.
- Garantía de calidad: Referida a la mejor evidencia científica nacional e internacional de manejo en la práctica clínica basada en guías así como a la mejor estructura, procesos y recursos relacionados a la prestación. Esta garantía requiere del fortalecimiento de competencias de los gestores y prestadores de salud.

El **fortalecimiento del primer nivel de atención** es otra estrategia que el MINSA viene implementando y considera que es indispensable trabajar con la familia, la comunidad y el nivel local sobre todo para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Como se sabe el 80% de la demanda se puede resolver en el primer nivel de atención, sin embargo el grueso de los recursos está asignado a los niveles de mayor complejidad. Ello requiere invertir las prioridades.

El MINSA ha establecido a través de la Resolución Ministerial N° 587-2009/MINSA la **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar**, y que tiene por objetivo concentrar esfuerzos en el fortalecimiento del primer nivel de atención tomando como eje fundamental al Equipo Básico de Salud para un mayor beneficio de la población en situación de pobreza y pobreza extrema correspondiendo integrar a todos los profesionales de la salud necesarios para abarcar las intervenciones preventivo — promocionales en el núcleo familiar, llevándolas a los lugares más apartados del país.

El Plan Nacional Concertado de Salud, considera que es indispensable el **entrenamiento del personal de salud** para asumir las responsabilidades que conlleven el logro de los objetivos sanitarios del país sobre todo lo relacionado con la prestación del servicio contemplando la mejora del desempeño para atender con calidad. Así mismo, considera importante la acción concertada entre el gobierno nacional, regional, local y la sociedad civil, para lograr sinergias y así desarrollar intervenciones sanitarias eficaces y eficientes.

A lo mencionado, se agrega que en el país se viene implementando el **Presupuesto por Resultados (PpR)** con el objetivo de contribuir con el Estado Peruano en sus esfuerzos por consolidar el proceso de descentralización. El PpR va más allá de la mera asignación de recursos públicos y control de gastos, para convertirse en una herramienta de gestión al evaluar productos y resultados relacionados con los usuarios o beneficiarios finales. El PpR, integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto, en una visión de logro de resultados a favor de la población, retroalimenta los procesos anuales para la reasignación, reprogramación y ajustes de las intervenciones y además constituye un desafío ético.

Así mismo, se encuentra en implementación el **Presupuesto participativo**, que es un instrumento de política y a la vez de gestión, a través del cual las autoridades regionales y locales, así como las organizaciones de la población debidamente representadas, definen en conjunto, cómo y a qué se van a orientar los recursos, teniendo en cuenta los Objetivos del Plan de Desarrollo Estratégico o

---

<sup>26</sup> MINSA. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). 2009

Institucional, según corresponda, los cuales están directamente vinculados a la visión y objetivos del Plan de Desarrollo Concertado. De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política del Perú y las leyes Orgánicas de Gobiernos Regionales y de Municipalidades, los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales formulan sus presupuestos de manera participativa.

Cabe anotar que el Gobierno aprobó mediante Decreto Supremo N° 002-2010-EF, el “**Programa de Modernización Municipal**” (PMM) y a través del Decreto Supremo N° 003-2010-EF, el “**Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal**” (PI), con la finalidad de impulsar reformas que permitan lograr el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local y la mejora de su gestión, en el marco del proceso de descentralización y mejora de la competitividad. El objetivo principal es incentivar a los gobiernos locales para que se modernicen y avancen hacia un enfoque por resultados.

El esquema de incentivos comprende tanto el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI), como el Programa de Modernización Municipal (PMM), los cuales involucran una serie de metas para la autosostenibilidad financiera, la reducción de la desnutrición crónica infantil, la mejora de los servicios públicos, la infraestructura y la simplificación de trámites en los municipios. Cabe señalar que las metas definidas variarán en función de las carencias, necesidades y potencialidades de cada municipalidad.<sup>27</sup>

Dichos mecanismos de incentivos constituyen excelentes vías para alinear objetivos y estrategias entre las diversas entidades del estado, a nivel nacional y local.

Dentro de los **ejes de reforma**, la ESTRATEGIA se inserta en el impulso que se viene dando al cambio en el modelo de atención que abarca la promoción de la equidad, sin discriminación de género, raza, edad o características culturales; y la prevención de riesgos y daños a la salud. Esto es fundamental para garantizar un uso más racional de los recursos y mejorar también los niveles de atención primarios y los más complejos.

Finalmente, la ESTRATEGIA surge en pleno proceso de implementación de **políticas de recursos humanos y de calidad**, en tal sentido contribuye a la implementación de los lineamientos de política de RHUS, específicamente el lineamiento de política 4: Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.

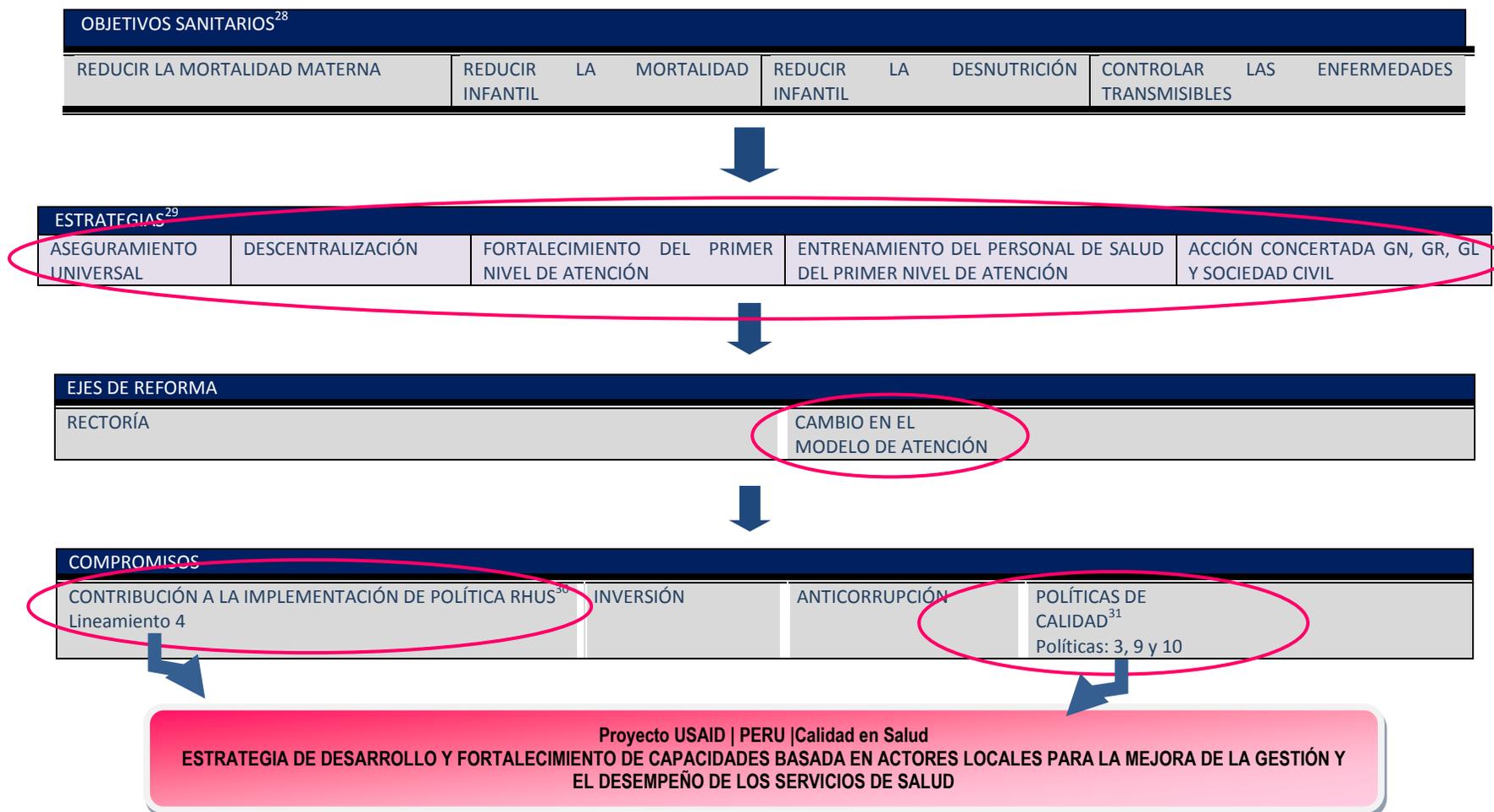
Así mismo, se inserta en la implementación de tres Lineamientos de política nacional de calidad en salud:

Lineamiento 3: La Autoridad en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad.

---

<sup>27</sup> MEF. 2010

**GRAFICA 1: elementos conceptuales, normativos y de contexto de la ESTRATEGIA DE DESARROLLO Y fortalecimiento DE CAPACIDADES BASADA EN ACTORES Locales PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO DE LOS servicios DE SALUD**



<sup>28</sup> Tomado del Plan Nacional Concertado de Salud. 2007. Cuatro primeros Objetivos Sanitarios Nacionales – 2007 – 2020

<sup>29</sup> Tomado de los Lineamientos de gestión propuestos por el Ministro Oscar Ugarte Ubillus. 2008, y del Plan Nacional Concertado de salud. 2007

<sup>30</sup> LINEAMIENTO 4: Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población

<sup>31</sup> LINEAMIENTO 3: La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad/ LINEAMIENTO 9: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, así mismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud/ LINEAMIENTO 10: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración. Garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de atención.

Lineamiento 9: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, así mismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.

Lineamiento 10: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración. Garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de atención.

Sumado a los elementos del contexto, la ESTRATEGIA toma en cuenta los componentes del enfoque general, las áreas programáticas y la metodología del **Proyecto USAID | PERU | Calidad en Salud**. Estas líneas han sido agrupadas en tres áreas de fortalecimiento y desarrollo de capacidades con actores locales: área de provisión de servicios, área metodológica, área de gestión y liderazgo de la calidad. (Ver Gráfica 2).

## II. ASPECTOS CONCEPTUALES

La ESTRATEGIA es el conjunto de procesos dirigidos a lograr los objetivos propuestos con la finalidad de fortalecer la calidad y el desempeño de servicios y programas de salud, como condición necesaria para poder avanzar en el mejoramiento sostenible del nivel de salud de la población, en especial aquella más pobre y vulnerable localizadas en las zonas rurales del país.

La ESTRATEGIA, se dirige a fortalecer y desarrollar las capacidades de los gestores y equipo de provisión de servicios para la **implementación de los siguientes procesos**: - diagnóstico y planificación de intervenciones, -implementación de intervenciones e iniciativas basadas en evidencias, -asistencia técnica e identificación de experiencias exitosas transferibles, - implementación de incentivos y reconocimientos, -institucionalización de la calidad, consolidación del cambio y difusión y - dialogo social.

Así mismo, la ESTRATEGIA se dirige a fortalecer las capacidades de los trabajadores de salud para la **Provisión de Servicios**, entendida como los servicios entregados por el personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de éstas, con los propósitos de promover, mantener y/o recuperar la salud y minimizar las disparidades tanto en acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población; así mismo para la **mejora del desempeño**, que es un enfoque gerencial para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud y consiste en la utilización sistemática, consistente y efectiva de buenas prácticas operacionales y de gestión para el optimo funcionamiento de los servicios. Es una metodología detallada para descubrir qué se requiere para asegurar un buen desempeño y proveerlo. Su construcción considera el desempeño que se desea alcanzar (desempeño deseado), planteamiento de las buenas prácticas en forma operacional, una visión integral de la entrega del servicio e incorpora las opiniones de los proveedores, gerentes y clientes, finalmente la ESTRATEGIA se dirige a fortalecer las capacidades para la **gestión y liderazgo de la calidad**, como elemento estratégico para la institucionalización y sostenibilidad de la cultura de la calidad en los servicios de salud.

El fortalecimiento de capacidades para la mejora del desempeño abarca **cinco dimensiones** que vienen a ser aspectos de un servicio requeridos para satisfacer diferentes expectativas de las (los) usuarias (os), estos son:

1. **Relación proveedor- usuario**, que es el respeto a la privacidad, a la confidencialidad, a la toma de decisiones, a la identidad de género y al origen étnico y prácticas tradicionales.
2. **Competencias clínico-técnicas**, son los procedimientos de probada efectividad para realizar actividades preventivo – promocionales, diagnósticos y tratamientos.
3. **Información al usuario**, que abarca la explicación de procedimientos, verificación de comprensión de mensajes, explicación del diagnóstico, las recomendaciones para tratamiento en el hogar y el fomento de hábitos de vida saludables.
4. **Prevención de infecciones**, para la seguridad de la usuaria (o) y del proveedor (a), lo que implica la higiene de manos, limpieza de ambientes, limpieza de equipos e instrumentos, manejo de material contaminado y manejo de residuos.
5. **Gestión local de sistemas de apoyo**, que permite asegurar que se cuente con lo requerido, es decir el trabajo en equipo, la logística local de medicamentos e insumos, la señalización de ambientes y flujo de usuarias (os), el registro, análisis y uso de información, la referencia y contra referencia y la gestión local del financiamiento.

La ESTRATEGIA concibe al **desarrollo de capacidades** como el proceso por el cual los conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que poseen los trabajadores de salud se afianzan e incrementan para poder elegir, decidir, ejecutar y darle sostenibilidad a la mejora del desempeño de los servicios de salud. Este desarrollo debe permitir la internalización de saberes y habilidades para que los trabajadores, equipos y establecimientos de salud resuelvan problemas, desempeñen funciones y tomen decisiones oportunas y adecuadas orientadas a mejorar el desempeño de los servicios.

La ESTRATEGIA promueve que las capacidades se incrementen intercambiando los conocimientos que cada uno de ellos trae, que el facilitador aprende de los participantes y viceversa, y que este conocimiento no puede permanecer como información o conocimiento teórico, sino que debe ponerse en práctica en la realidad, insertándose en los procesos ya existentes y más aún en los procesos por incorporarse.

La ESTRATEGIA considera que los **actores locales**<sup>32</sup> son instituciones públicas o privadas reconocidas en el medio local y regional (académicas, colegios profesionales, medios de comunicación, empresariado, iglesias, organizaciones sociales, ONG, agentes cooperantes, entre otros), servicios, funcionarios y personal de salud de las direcciones regionales de salud que intervienen para desarrollar y mantener los cambios en el proceso de mejoramiento de la calidad en salud. A través de actores locales, el proyecto transfiere un conjunto de alternativas metodológicas y herramientas técnicas y operativas, para fortalecer capacidades locales que permitan obtener resultados sostenibles.

Los **“actores locales”** o **“entidades socias locales”** intervienen para fortalecer y desarrollar capacidades para la mejora del desempeño basada en las buenas prácticas y **TAMBIÉN** para apoyar a los gestores y prestadores de salud en el diagnóstico y planificación de intervenciones, implementación de intervenciones e iniciativas basadas en evidencias, asistencia técnica e identificación de experiencias exitosas transferibles, implementación de incentivos y reconocimientos, institucionalización de la calidad, consolidación del cambio y difusión y en el impulso del dialogo social.

Trabajar con actores locales, es una estrategia que contribuye a fortalecer y agilizar el proceso de descentralización, que es el medio más eficaz para devolver autoridad y recursos a las regiones y generar mecanismos de control y participación de la sociedad civil.

En tal sentido, los actores locales pasan a tener principal relevancia en los procesos de desarrollo de sus ámbitos, tanto en sus roles particulares, como también en sus acciones de coordinación

---

<sup>32</sup> Definición operativa del Proyecto USAID | PERU | Calidad en Salud.2010.

De acuerdo al Decreto Supremo N° 004-2010-PCM, que aprueba el “Plan Nacional de Desarrollo de Capacidades para la Gestión Pública y Buen Gobierno de los Gobiernos Regionales y Locales”, también pueden denominarse “Entidades socias locales”.

entre ellos ya que el desarrollo relativo entre una sociedad y otra están determinadas por la capacidad y calidad de las instituciones, las personas que las dirigen y el nivel de coordinación e integración entre las mismas conformando redes locales. Es fundamental que esta integración se realice, ya que ninguno de los actores puede lograr un mayor de desarrollo actuando individualmente. La individualización de cada uno de ellos y la carencia de aporte cooperativo impide que los resultados sean mayores.

La ESTRATEGIA, se basa en los siguientes **principios**:

- a) Contribuye con las instancias regionales de salud en el logro de sus objetivos institucionales y en la mejora de la calidad de los servicios brindados a la población.
- b) Atiende a las necesidades provenientes del proceso de modernización, aseguramiento y descentralización en salud, de las prioridades sanitarias regionales, así como las necesidades de conocimiento y superación profesional de los trabajadores de salud.
- c) Se rige por los principios de especialización y eficiencia, fomentando el desarrollo de un mercado competitivo regional para la formación, capacitación y asistencia técnica de los gestores, prestadores y servicios de salud.
- d) Valora la práctica laboral como espacio de aprendizaje permanente y pluridisciplinario.
- e) Propicia que los recursos humanos asuman un rol protagónico y cooperativo en la capacitación, formación y asistencia técnica recibida.
- f) Impulsa el desarrollo de proyectos para enfrentar procesos de cambio, tecnologías cambiantes, condiciones económicas poco favorables, etc.
- g) Impulsa la solidaridad y aprendizaje compartido generando que los diferentes actores y espacios que acumularon capacidades faciliten aprendizajes a otros, fortaleciendo competencias para la atención integral.

La ESTRATEGIA se **caracteriza** por lo siguiente:

- a) Es descentralizada y se implementa y gestiona en el marco de la normatividad que rige el proceso de descentralización nacional.
- b) Articula procesos y recursos para generar y fortalecer competencias laborales en los trabajadores de las instancias regionales de salud, convocando al gobierno regional y al gobierno local, entidades formadoras, colegios profesionales u otros, con el propósito de generar redes regionales colaborativas de aprendizaje y contribuir en el logro de los objetivos sanitarios y la mejora de los niveles de salud con un enfoque de desarrollo humano.
- c) Se desarrolla con participación intra e intersectorial
- d) Es participativo.
- e) Es Inclusiva y se rige por los principios de mérito, capacidad y responsabilidad de los trabajadores de salud, imparcialidad y equidad, evitando la discriminación de las personas bajo ninguna forma.
- f) Tiene múltiples actores (multidisciplinario) y sujetos de la capacitación, no se restringe a las instituciones y personal de los servicios de salud, sino que incluyen la participación de autoridades regionales, locales, docentes de entidades formadoras, trabajadores del municipio, personas calificadas de organizaciones de la sociedad civil y de las empresas privadas, agentes comunitarios de salud y de otros sectores.

- g) Impulsa el aprovechamiento del conjunto de los recursos regionales disponibles: las instituciones, las personas y sus competencias, infraestructura, y materiales, disponibilidad presupuestaria, entre otros.
- h) Impulsa la sinergia de los recursos y de las instituciones, a la vez construye viabilidad a diversas líneas de desarrollo de competencias postergadas; así como, a segmentos de personal o actores en los cuales se ha descuidado su desarrollo de capacidades. Se trata de aprovechar al máximo las capacidades regionales y locales.
- i) Dirige sus acciones a lograr la sostenibilidad económica ya que la puesta en marcha se basa en técnicas prácticas y accesibles, sencillas y de coste mínimo o nulo. Quienes reciban la capacitación o asistencia técnica debe ser capaces de utilizar y transferir los conocimientos y aprendizajes adquiridos. La sostenibilidad social, la puesta en marcha desde el inicio debe ser participativa y la sostenibilidad institucional, el fuerte componente social debe promover la innovación y consolidación de la cultura de la calidad en el Región.
- j) Favorece la transferibilidad ya que es reproducible. La ESTRATEGIA puede aplicarse en otros lugares con condiciones similares.
- k) Tiene un enfoque territorial, es decir, será ajustada en cada caso a los problemas, oportunidades, recursos y capacidades institucionales de cada territorio regional.

### III. BASE LEGAL

- Ley Nº 27657- "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley Nº27815, -"Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley Nº. 27783. "Ley de Bases de la descentralización".
- Ley Nº 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales" y su modificatoria Nº 27902.
- Ley Nº 28927 "Presupuesto por Resultados"
- Ley Nº 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud".
- Ley Nº 29158, nueva Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE), la cual tiene como uno de sus objetivos adecuar la legislación del gobierno nacional al nuevo diseño de gobierno descentralizado.
- Ley Nº 29244, que establece la implementación y el funcionamiento del fondo para el fortalecimiento del capital humano
- D.S. 013-2002-SA- "Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud".
- D.S. 023-2005-SA-"Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias".
- D.S. 007-2006-SA-" Modifican Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- D.S. 016-2009-SA "Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)".
- D.S.Nº062-2008-PCM. "Reglamento de Organización y Funciones de la Autoridad nacional del Servicio. Civil", que detalla las funciones del Tribunal del Servicio civil, y de sus gerencias de línea, entre ellas la Gerencia de Políticas de Gestión de Recursos Humanos, la Gerencia de Desarrollo de Capacidades y Rendimiento.
- Decreto Supremo No 005-90-PCM -"Reglamento de la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público".
- D.S.004-2010-PCM. Aprueba el "Plan Nacional de Desarrollo de Capacidades para la Gestión Pública y Buen Gobierno de los Gobiernos Regionales y Locales".
- Decreto Legislativo No 276- "Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público"
- Decreto Legislativo Nº1023 que crea la "Autoridad Nacional del Servicio Civil, rectora del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos".
- Decreto Legislativo Nº1024, crea y regula el cuerpo de gerentes públicos.
- Decreto Legislativo Nº1025 que aprueba las Normas de Capacitación y Rendimiento para el Sector Público.
- Decreto Legislativo Nº1026 que establece un Régimen Especial Facultativo para los Gobiernos Regionales y Locales que deseen implementar Procesos de Modernización Institucional Integral.
- Resolución Ministerial Nº1027 "Lineamientos de Política Nacional de Recursos Humanos en Salud".
- Resolución Ministerial Nº589-2007/MINSA, aprueba el "Plan Nacional Concertado de salud".
- Lineamientos de Políticas del Sector Salud 2007-2020
- Convenios Marco Intergubernamental entre el Ministerio de Salud y los diferentes gobiernos Regionales.

#### **IV. OBJETIVOS**

ESTRATEGIA tiene como objetivos:

- Desarrollar y fortalecer las capacidades de los equipos de gestión y equipos de provisión de servicios para la institucionalización de la calidad en los servicios de salud.
- Generar un mercado competitivo regional para la capacitación y asistencia técnica de los gestores y prestadores de servicios de salud.
- Promover la integración, desarrollo y fortalecimiento de redes colaborativas de actores locales que trabajan en función de mejorar la calidad y la eficiencia con que se prestan los servicios de salud.

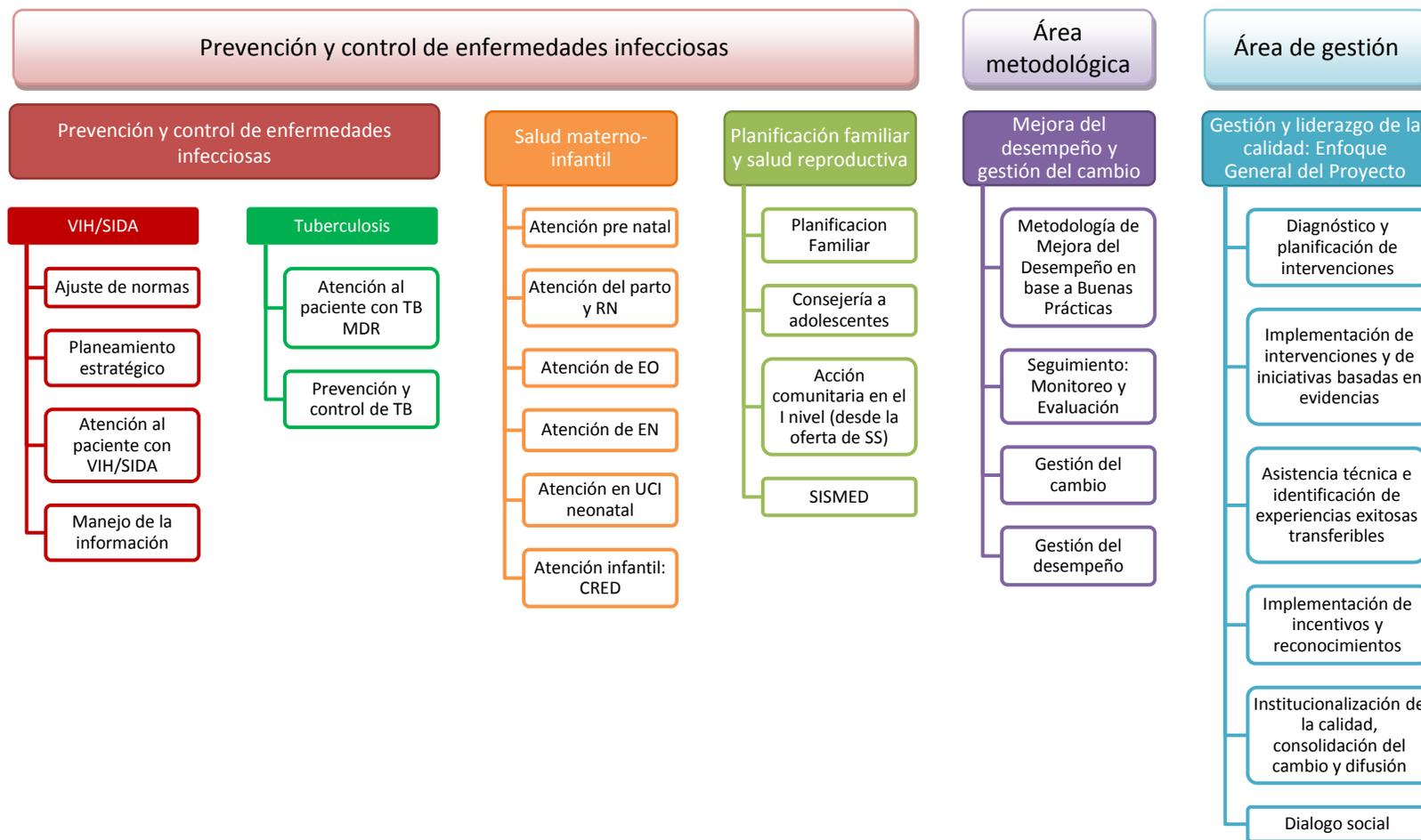
## V. AREAS DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Los actores locales desarrollarán y fortalecerán capacidades a través de actividades de capacitación, asistencia técnica, intervenciones e iniciativas basadas en evidencias, en tres áreas (Ver Grafica 2):

1. **Área de Provisión de servicios**, dirigida a las tres áreas programáticas:
  - Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas; VIH/SIDA y tuberculosis.
  - Salud Materno-Infantil, y
  - Planificación Familiar y Salud Reproductiva
2. **Área Metodológica**, que abarca la Mejora y gestión del desempeño y gestión del cambio.
3. **Área de Gestión**, incluye la Gestión y liderazgo de la calidad dirigida al enfoque general del Proyecto:
  - Diagnóstico y planificación de intervenciones.
  - Implementación de intervenciones e iniciativas basadas en evidencias.
  - Asistencia técnica e identificación de experiencias exitosas transferibles.
  - Implementación de incentivos y reconocimientos.
  - Institucionalización de la calidad, consolidación del cambio y difusión.
  - Dialogo social.

Cada una de las áreas, incluye una temática específica:

**GRAFICA 2: AREAS PARA LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA de Desarrollo Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES basada en Actores Locales PARA LA MEJORA DE LA GESTION Y EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIO DE SALUD<sup>33</sup>**



Dimensiones del Desempeño	Relacion Proveedor – Usuario	Información al Usuario	Competencia Técnico – Clínica
	Prevención de Infecciones	Gestión Local de Sistemas de Soporte	

<sup>33</sup> ÁREAS DE TRABAJO DEL PROYECTO USAID | PERU | CALIDAD EN SALUD, PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES.

## VI. METODOLOGIA

La ESTRATEGIA se implementa con la participación de representantes del Gobierno Regional, del Consejo Regional de Salud o su equivalente, de la DIRESA y de los trabajadores de los servicios. En adelante los llamaremos (REPRESENTANTES).

### a) Diálogo social y compromisos

El diálogo social comprende las negociaciones, consultas e incluso el intercambio de información que debe realizarse entre los REPRESENTANTES acerca de los temas relacionados con la ESTRATEGIA. Incluye sus objetivos, naturaleza y la importancia para el logro de los objetivos sanitarios en la Región. Este primer momento es de carácter político, considerado necesario para la institucionalización y sostenibilidad de la ESTRATEGIA. Debe culminar con la asunción de compromisos y responsabilidades de todas las partes plasmados en un Acta o documento formal.

Las condiciones para el diálogo social son las siguientes:<sup>34</sup>

- Independencia, representatividad, capacidad técnica y acceso a la información de los representantes de las diferentes instancias.
- Voluntad política y compromiso de todas las partes interesadas.
- El respeto y la negociación colectiva.
- Apoyo institucional adecuado.

### b) Identificación de las necesidades de capacitación y de asistencia técnica en las áreas de la ESTRATEGIA

Constituyen las brechas identificadas durante la autoevaluación del desempeño y forman parte del plan de mejora del servicio o establecimiento de salud.

### c) Elaboración del mapa de actores de la Región

Los REPRESENTANTES identifican a nivel territorial, las instituciones que desarrollan actividades de capacitación y asistencia técnica en las áreas de aplicación de la ESTRATEGIA. Para realizar la actividad se aplica el FORMATO No. 1 (ANEXO 1)

Los actores locales para el mapeo son:

- Universidades: nacional y privada
- Institutos tecnológicos
- Colegios profesionales: CMP, CEP, COBSTP, CQFP
- ONG
- Municipalidades
- Empresas privadas: fábricas, mineras, farmacias, u otros
- Entidades de otros sectores: MEF, MIMDES, EDUCACIÓN
- Medios de comunicación
- DIRESA/hospitales, redes, MR: sedes docentes acreditadas
- MINSA/direcciones, proyectos o programas
- Proyectos de cooperación internacional

### d) Caracterización de los actores locales

---

<sup>34</sup> Adaptado de OIT

Es el momento en el que los REPRESENTANTES identifican o determinan en forma aproximada las fortalezas y debilidades de los programas de capacitación o asistencia técnica que ejecutan los actores locales y que corresponden con las áreas y temas de la ESTRATEGIA.

**e) Pre Selección del actor local para el desarrollo de capacidades**

A partir de la caracterización, los REPRESENTANTES, eligen de manera preliminar a los actores locales con fortalezas para desarrollar e implementar programas de capacitación o asistencia técnica relacionadas con la gestión o el plan de mejora de la calidad de los servicios de salud de la Región.

**f) Selección del actor local para el desarrollo de capacidades**

Es el proceso de identificación de las instituciones que pueden para llevar a cabo el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades en las áreas y temas de la ESTRATEGIA.

Los **critérios básicos para la selección del actor local** participante en el desarrollo de capacidades son:

CRITERIOS INSTITUCIONALES	CRITERIOS RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicación regional o en una región cercana.</li> <li>- Viabilidad legal.</li> <li>- Apertura/flexibilidad para desarrollar programas de capacitación o asistencia técnica ad hoc a los servicios de salud.</li> <li>- Apertura/flexibilidad para incorporar en la plana docente/facilitador a profesionales sugeridos por los servicios de salud.</li> <li>- Capacidad instalada para el desarrollo de programas de capacitación o asistencia técnica presenciales o a distancia.</li> <li>- Capacidad de convocatoria.</li> <li>- Representatividad: imagen, reconocimiento y credibilidad.</li> <li>- Capacidad o viabilidad de otorgar certificación académica reconocida, o disposición de asocio con otras instituciones académicas para la certificación correspondiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Punto de partida: análisis de las sanitarias de la Región</li> <li>- Pertinencia con la realidad sanitaria regional</li> <li>- Pertinencia con la realidad de los servicios de salud</li> <li>- Destinatarios: servidores públicos</li> <li>- La metodología impulsa el aprendizaje en servicio</li> <li>- Flexibilidad para su desarrollo y posibilidades de adaptación a las necesidades de los servicios de salud</li> <li>- Constituye una iniciativa</li> <li>- Se encuentra en el marco de la descentralización</li> <li>- Se encuentra en el marco del aseguramiento universal</li> <li>- Demanda del programa</li> <li>- Resultados favorables de la evaluación realizada por los participantes</li> <li>- Enfoque de competencias</li> <li>- Vigencia</li> <li>- Materiales didácticos</li> <li>- Prevé el período de actualización</li> <li>- Cuenta con sílabo o programa orientador</li> <li>- Incluye actividades de sostenibilidad de intervenciones</li> <li>- Incluye actividades que permiten la institucionalización</li> <li>- Se basa en evidencias o experiencias exitosas</li> </ul>

**EN SINTESIS: EL Programa debe garantizar:**

- **PERTINENCIA/ADECUACIÓN Y ADAPTABILIDAD**
- **CALIDAD/ACEPTACIÓN/RECONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS**

**La ESTRATEGIA prioriza el Programa no la institución**

**g) Negociación de intereses con instituciones seleccionadas**

Es el momento de intercambio con la institución seleccionada (actor local) para llegar a un acuerdo sobre los procesos de capacitación o asistencia técnica que debe desarrollar en el marco de la ESTRATEGIA. Implica:

- Identificar intereses y objetivos comunes y los beneficios para ambas partes ya que es una actividad en la que todos deben ganar.
- Zanzar alguna diferencia mediante un acuerdo. El compromiso de buscar un acuerdo es lo que diferencia a la negociación de otras instancias.
- Tener muy claros los objetivos y el margen dentro del cual pueden realizar concesiones y llegar, finalmente, a un acuerdo.
- Acuerdos sobre el presupuesto.

**h) Elaboración del plan de acción para el desarrollo y fortalecimiento de capacidades y adecuaciones institucionales**

El plan de acción debe permitir la organización, planeación, ejecución, evaluación y corrección de situaciones prioritarias que repercuten en la eficiencia del proceso de desarrollo y fortalecimiento de capacidades. Este tendrá las siguientes características:

- Objetivo claro, conciso y medible
- Estrategias que reflejen el camino a seguir para lograr el objetivo
- Tareas que describan los pasos exactos para el cumplimiento de las estrategias
- Tiempos reales de cumplimiento en inicio y fin de cada tarea
- Responsables directos de cada tarea
- Seguimiento constante y evaluación de cumplimiento
- Evaluación final para replanteamiento del plan de acción o elaboración de otro.
- Costos.

La implementación del plan de acción sin duda requiere que el actor local realice **adecuaciones institucionales**, lo que debe ser previsto durante el proceso de negociación, estas adecuaciones están relacionadas con los programas de capacitación y asistencia técnica, materiales didácticos, ambientes de trabajo - mobiliario y equipos multimedia; plataforma informática para actividades de tutoría virtual; convalidación y certificación académica, asocio con otras instituciones, equipo de docentes y facilitadores, entre otros.

**i) Firma de convenios o contratos**

**j) Desarrollo de actividades de capacitación y asistencia técnica**

Es el momento de la ejecución del plan de acción dirigido al desarrollo o fortalecimiento de capacidades de los gestores y trabajadores del área de prestación.

Este momento abarca actividades de capacitación y de asistencia técnica.

**La capacitación** se realiza a través de diferentes modalidades, sean presenciales o no presenciales (virtuales) y abarca:

- Talleres
- Cursos cortos
- Pasantías
- Diplomados
- Programas de especialización.
- Intercambios
- Benchmarking
- Programa de becarios, su enfoque es que ellos pueden contribuir mejor si utilizan sus propios recursos humanos como “fellows”, una especie de pasantes que enseñan y también aprenden. El personal del servicio de salud sea del área de gerencia, logística, ventas, o prestación etc. realiza una pasantía a una institución (actor local) y allí ayuda a analizar sus desafíos, a planear soluciones y a iniciar su implementación. Esto permite crear un puente entre el aparataje de recursos humanos especializados que laboran en el sector privado (no necesariamente en el sector salud) con los recursos humanos de organizaciones del estado.

**Asistencia técnica en servicio:**

- Coaching, que permita a los trabajadores a mejorar sus destrezas de trabajo a través de incentivo y [retroalimentación](#) positiva basado en la [observación](#). Es una [actividad](#) que mejora el [desempeño](#) en forma permanente. Específicamente, es una conversación que involucra al menos dos personas en nuestro caso a un facilitador y a un trabajador; aunque en ocasiones puede ser entre un superior y su equipo. Se considera que hubo coaching cuando ocurre un [cambio](#) positivo.
- Asistencia técnica intensiva a cargo del actor local
- Reuniones técnicas
- Asesorías

**k) Seguimiento de capacitados y de procesos**

**l) Conformación de redes regionales colaborativas**

## **VII. SEGUIMIENTO, EVALUACION Y RETROALIMENTACION DE LA ESTRATEGIA**

La ESTRATEGIA amerita establecerse un sistema de seguimiento hasta su consolidación.

**ANEXO 1: FORMATO PARA EL MAPEO DE ACTORES LOCALES**

**Objetivos del mapeo de actores:**

- Identificar los actores locales que están desarrollando acciones en temas relacionados a la ESTRATEGIA.

**Información general:** Región: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ OBSERVACIONES:

AREAS DE LA ESTRATEGIA				Nombre de la institución que están trabajando en la Región/Dirección /contacto administrativo y técnico	Temas que trabajan y experiencia	Ámbitos de trabajo: Nacional (N), Regional (R), Local: Provincial (P) Distrital (D), Comunal(C)/número de personas que laborar	Nivel de intervención según tipo de establecimiento	Fortalezas y debilidades	Lecciones aprendidas y posibilidad de sinergia
Provisión de servicios	Prevención y control de enfermedades infecciosas	VIH/SIDA	Ajuste de normas						
			Planeamiento estratégico						
			Atención al paciente con VIH/SIDA						
			Manejo de información						
	Salud materno infantil	TB	Atención al paciente con TB MDR						
			Prevención y control de TB						
	Salud materno infantil	Atención pre natal							
		Atención del parto y del RN							
Provisión de	Salud materno infantil	Atención de E.O.							
		Atención de E. N.							
		Atención en UCI							

AREAS DE LA ESTRATEGIA			Nombre de la institución que están trabajando en la Región/Dirección /contacto administrativo y técnico	Temas que trabajan y experiencia	Ámbitos de trabajo: Nacional (N), Regional (R), Local: Provincial (P) Distrital (D), Comunal(C)/número de personas que laborar	Nivel de intervención según tipo de establecimiento	Fortalezas y debilidades	Lecciones aprendidas y posibilidad de sinergia
servicios	Planificación familiar y salud reproductiva	Atención infantil: CRED						
		Planificación familiar						
		Consejería a adolescentes						
		Acción comunitaria en el I nivel						
		SISMED						
Metodológica	Mejora del desempeño y gestión del cambio	Metodología de mejora del desempeño basada en las buenas practicas						
		Seguimiento: monitoreo y evaluación						
		Gestión del cambio						
		Gestión del desempeño						
Gestión	Gestión y liderazgo	Diagnóstico y planificación de intervenciones						
		Implementación de intervenciones e iniciativas basadas en evidencias.						
		Asistencia técnica e identificación de experiencias exitosas transferibles.						
		Implementación de incentivos y reconocimientos.						

AREAS DE LA ESTRATEGIA		Nombre de la institución que están trabajando en la Región/Dirección /contacto administrativo y técnico	Temas que trabajan y experiencia	Ámbitos de trabajo: Nacional (N), Regional (R), Local: Provincial (P) Distrital (D), Comunal(C)/número de personas que laborar	Nivel de intervención según tipo de establecimiento	Fortalezas y debilidades	Lecciones aprendidas y posibilidad de sinergia
		Institucionalización de la calidad, consolidación del cambio y difusión.					
		Dialogo social					

<b>ACTORES LOCALES/ INSTITUCIONES/ ORGANIZACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universidades: nacional y privada</li> <li>- Institutos tecnológicos</li> <li>- Diresa/hospitales, redes, MR: sedes docentes acreditadas</li> <li>- Minsa/direcciones, proyectos o programas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colegios profesionales: CMP, CEP, COBSP, CQFP</li> <li>- ONG</li> <li>- Medios de comunicación</li> <li>- Municipalidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empresas privadas: fábricas, mineras, farmacias, u otros</li> <li>- Entidades de otros sectores: MEF, MIMDES, EDUCACIÓN</li> <li>- Proyectos de cooperación internacional</li> </ul>
---	--	---	---

**ANEXO 2: FORMATO PARA LA PRE SELECCIÓN DEL ACTOR LOCAL**

**Objetivos:**

- Revisar el mapa de actores locales.
- Pre seleccionar actores locales que están desarrollando acciones en temas relacionados a la ESTRATEGIA
- Impulsar sinergias para el logro de objetivos y resultados sanitarios en la Región
- Identificar propuestas innovadoras

**Información general:** Región: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ OBSERVACIONES:

AREAS DE LA ESTRATEGIA				NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN /DIRECCIÓN/CONTACTO ADMINISTRATIVO Y TÉCNICO	CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA		CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN (ver los criterios al final de la matriz)
					PERTINENCIA, ADECUACIÓN Y ADAPTABILIDAD	CALIDAD/ACEPTACIÓN /RECONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS	
Provisión de servicios	Prevención y control de enfermedades infecciosas	VIH/SIDA	Ajuste de normas				
			Planeamiento estratégico				
			Atención al paciente con VIH/SIDA				
			Manejo de información				
		TB	Atención al paciente con TB MDR				
			Prevención y control de TB				
	Salud materno infantil	Atención pre natal					
		Atención del parto y del RN					
		Atención de E.O.					
		Atención de E. N.					
		Atención en UCI					
		Atención infantil: CRED					
	Planificación	Planificación familiar					
		Consejería a adolescentes					

AREAS DE LA ESTRATEGIA			NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN /DIRECCIÓN/CONTACTO ADMINISTRATIVO Y TÉCNICO	CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA		CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN (ver los criterios al final de la matriz)
				PERTINENCIA, ADECUACIÓN Y ADAPTABILIDAD	CALIDAD/ACEPTACIÓN /RECONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS	
	familiar y salud reproductiva	Acción comunitaria en el I nivel				
		SISMED				
Metodológica	Mejora del desempeño y gestión del cambio	Metodología de mejora del desempeño basada en las buenas practicas				
		Seguimiento: monitoreo y evaluación				
		Gestión del cambio				
		Gestión del desempeño				
Gestión	Gestión y liderazgo	Diagnóstico y planificación de intervenciones				
		Implementación de intervenciones e iniciativas basadas en evidencias.				
		Asistencia técnica e identificación de experiencias exitosas transferibles.				
		Implementación de incentivos y reconocimientos.				
		Institucionalización de la calidad, consolidación del cambio y difusión.				
		Dialogo social				

<b>ACTORES LOCALES/ INSTITUCIONES/ ORGANIZACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universidades: nacional y privada</li> <li>- Institutos tecnológicos</li> <li>- DIRESA/hospitales, redes, MR: sedes docentes acreditadas</li> <li>- MINSA/direcciones, proyectos o programas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colegios profesionales: CMP, CEP, COBSTP, CQFP</li> <li>- ONG</li> <li>- Medios de comunicación</li> <li>- Municipalidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empresas privadas: fábricas, mineras, farmacias, u otros</li> <li>- Entidades de otros sectores: MEF, MIMDES, EDUCACIÓN</li> <li>- Proyectos de cooperación internacional</li> </ul>
---	--	--	---

<b>CRITERIOS PARA SELECCIONAR A LA INSTITUCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicación regional o en una región cercana.</li> <li>- Viabilidad legal.</li> <li>- Apertura/flexibilidad para desarrollar programas de capacitación o asistencia técnica ad hoc a los servicios de salud.</li> <li>- Capacidad de convocatoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura/flexibilidad para incorporar en la plana docente/facilitador a profesionales sugeridos por los servicios de salud.</li> <li>- Capacidad instalada para el desarrollo de programas de capacitación o asistencia técnica presenciales o a distancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Representatividad: imagen, reconocimiento y credibilidad.</li> <li>- Capacidad o viabilidad de otorgar certificación académica reconocida, o disposición de asocio con otras instituciones académicas para la certificación correspondiente.</li> </ul>
--	--	---	--

<b>CRITERIOS PARA SELECCIONAR AL PROGRAMA</b>	<b>PERTINENCIA, ADECUACIÓN Y ADAPTABILIDAD</b>	<b>CALIDAD/ACEPTACIÓN /RECONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Punto de partida: análisis de las sanitarias de la Región</li> <li>- Pertinencia con la realidad sanitaria regional</li> <li>- Pertinencia con la realidad de los servicios de salud</li> <li>- Destinatarios: servidores públicos</li> <li>- La metodología impulsa el aprendizaje en servicio</li> <li>- Flexibilidad para su desarrollo y posibilidades de adaptación a las necesidades de los servicios de salud</li> <li>- Se encuentra en el marco de la descentralización</li> <li>- Se encuentra en el marco del aseguramiento universal</li> <li>- Constituye una iniciativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demanda del programa</li> <li>- Resultados favorables de la evaluación realizada por los participantes</li> <li>- Enfoque de competencias</li> <li>- Vigencia</li> <li>- Materiales didácticos</li> <li>- Prevé el período de actualización</li> <li>- Cuenta con silabo o programa orientador</li> <li>- Incluye actividades de sostenibilidad de intervenciones</li> <li>- Incluye actividades que permiten la institucionalización</li> <li>- Se basa en evidencias o experiencias exitosas</li> </ul>

## **Anexo VI. Guía de Implementación de la MMD**