USAID | PERU | CALIDAD EN SALUD

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Fortalecimiento del Sistema de Salud del Perú por el Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud

El objetivo principal del proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud es ayudar al Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) a desarrollar soluciones localmente apropiadas, con resultados rápidos y sustentables, para mejorar la salud materno-infantil, la salud reproductiva y la planificación familiar, así como el control y prevención de la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones intrahospitalarias (IIH). Para esto, el proyecto se ha enfocado principalmente en problemas prácticos y operacionales de los establecimientos y programas de salud públicos que impiden la entrega de atenciones e intervenciones de salud efectivas y de calidad en estas áreas, trabajando sobre la base de una cooperación cercana con el MINSA, y autoridades políticas y de salud de los niveles regional y local.

El proyecto se guió por estrategias de fortalecimiento de liderazgo y apropiación por parte de instituciones del gobierno nacional, regional, y local del Perú; coordinación, colaboración y comunicación multisectoriales para crear sinergias entre instituciones; y la introducción de enfoques técnicos y gerenciales prácticos e innovadores a partir de lecciones aprendidas de proyectos anteriores.

Al iniciarse el proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud, el Perú necesitaba fortalecer su sistema de salud, integrando todas las experiencias previamente desarrolladas para la mejora de la calidad de atención, para que respondiera a las políticas sectoriales del gobierno.

El enfocó sus esfuerzos en utilizar los instrumentos estandarizados de atención ya existentes, fortaleciendo el liderazgo a nivel de DIRESA y micro-redes, y consolidando asocios con gobiernos locales, organizaciones de la sociedad civil, universidades, así como con organizaciones comunitarias y asociaciones de usuarios.

El contexto en el cual se implementó el proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud estuvo marcado por cambios importantes en la conducción estratégica del sector salud en el país.

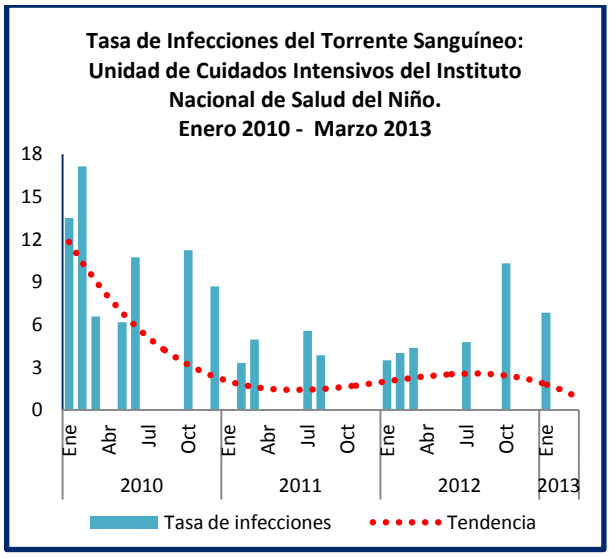
El MINSA determinó que sus objetivos sanitarios — reducción de la desnutrición crónica infantil, disminución de la mortalidad infantil, disminución de la mortalidad materna, control de las enfermedades infecciosas y control de las enfermedades crónicas y degenerativas— serían alcanzables mediante tres estrategias:[1]

- el aseguramiento universal, que promovía la utilización de la mejor evidencia científica nacional e internacional para definir las prestaciones en la práctica clínica.
- la descentralización de la salud, que buscaba la transferencia de competencias y funciones sectoriales a los gobiernos regionales
- el fortalecimiento del primer nivel de atención, que utiliza el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.

Fortaleciendo las capacidades locales técnicas y de gestión

La implementación del proyecto giró alrededor de la mejora de la calidad orientada al logro de resultados sanitarios, primariamente instrumentalizada con la Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas (MMD). La MMD es una herramienta para la gestión local utilizada por los equipos de los establecimientos de salud para identificar brechas entre lo que es su desempeño cotidiano y lo que se establece en guías estandarizadas basadas en evidencia y concordantes con las Normas Técnicas nacionales. Luego, diseñan e implementan planes de acción para cerrar las brechas. Finalmente, aquellos equipos exitosos en este proceso son reconocidos por sus esfuerzos, con la finalidad de mantener su motivación en seguir mejorando. Si bien el reconocimiento cierra un ciclo MMD, el proceso es repetido cada 6 meses.[2]

La versatilidad de la MMD permitió al proyecto abordar la mejora de la calidad de atención en áreas técnicas diversas, incluyendo el control y tratamiento de la tuberculosis, las ITS, el VIH/SIDA, y las IIH; la atención materna, neonatal e infantil; la salud reproductiva y la planificación familiar. Igualmente, abarcó la gama entera de niveles de atención en el país, desde el primer nivel de atención en micro-redes rurales hasta centros de salud de referencia, hospitales de apoyo y regionales, y hospitales e institutos nacionales. Por ejemplo, en el Instituto Nacional de Salud del Niño, por ejemplo, se formaron 10 facilitadores provenientes de todas sus áreas críticas para gestionar intervenciones para la prevención de IIH. Este equipo fue capaz de desencadenar los procesos de mejora de desempeño y calidad de atención involucrando a 443 de sus trabajadores de salud en la implementación de todos los pasos de la MMD, lo cual produjo una significativa reducción de las infecciones intrahospitalarias.[3]



El proyecto utilizó la estrategia de invertir recursos en las micro-redes, redes y DIRESA para fortalecer las capacidades de sus cuadros técnicos para identificar necesidades comunes entre sus establecimientos de salud, e implementar procesos de gestión para resolverlas. Esto supuso un diálogo y negociaciones continuas con la finalidad que la asistencia del proyecto respondiera a sus prioridades y necesidades.

A nivel regional como resultado de la implementación de estos ciclos de mejora cada seis meses, muy rápidamente los equipos de salud de las micro-redes y establecimientos de salud iniciaron la implementación de los cambios necesarios para mejorar la calidad. La experiencia de la micro-red Campo Verde en Ucayali ejemplifica, más allá de su contribución a los objetivos sanitarios, una forma nueva de generar y diseminar el cambio: de abajo hacia arriba y en perfecta armonía con los principios y estrategias de la descentralización de la salud en el país.

Como en muchos países, una de las características del sistema de salud del Perú es la continua rotación de su personal, la que también existió entre los facilitadores de MMD. Para contrarrestar los efectos de la rotación, los facilitadores más destacados en la aplicación de la MMD fueron formados para actuar como formadores de facilitadores. Igualmente, en regiones como Ucayali y Ayacucho, se formaron a varios docentes de sus respectivas universidades regionales para cumplir con esta misma función.

La implementación de la MMD proporcionó evidencia de las necesidades reales de capacitación de los trabajadores de salud. Esto permitió mejorar la planificación de actividades de capacitación de las micro-redes, redes y DIRESA. Mientras que habitualmente la capacitación se organizaba en base a contenidos pre-establecidos desde los niveles nacional y regional, la utilización de la MMD permitió una nueva forma de gestión de la capacitación—de abajo hacia arriba—basada en las necesidades de los equipos de los establecimientos de salud para cerrar sus brechas de desempeño; una de la estrategias utilizadas fue la de implementar pasantías y experiencias de aprendizaje de equipos a través de visitas de estudio.

Campo Verde: el cambio de abajo hacia arriba

Muy temprano en el proyecto, las micro-redes identificaron que una brecha importante y común era la debilidad de las prácticas para la prevención y control de infecciones en establecimientos del primer nivel de atención. El proyecto respondió formando a un grupo de facilitadores en las prácticas estandarizadas recomendadas internacionalmente para establecimientos de salud con recursos limitados. Los participantes fueron capaces de implementar estas prácticas en sus establecimientos de salud, como parte de sus procesos de mejora de calidad; entre ellos destacó el equipo de la micro-red Campo Verde de Ucayali, el cual—involucrando a su jefatura, equipos administrativos y logísticos—pudo transformar los establecimientos de salud de manera que fueran más seguros, tanto para los usuarios, como para los trabajadores de salud.

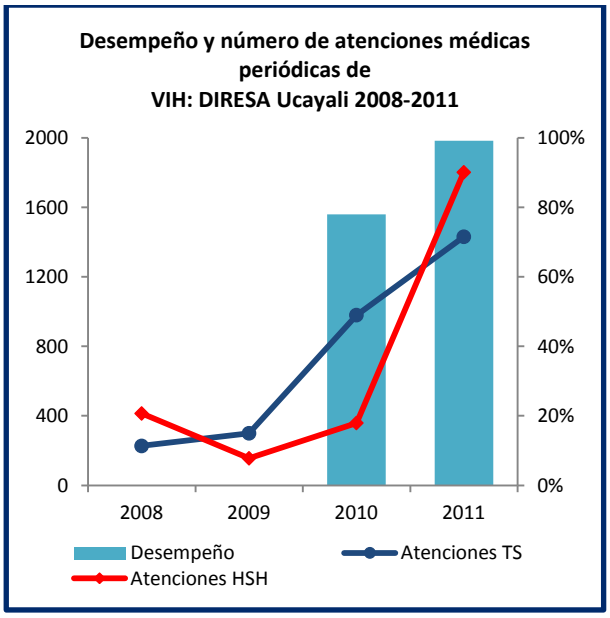
Este cambio local llamó la atención de la DIRESA, la cual convirtió a Campo Verde en sede de pasantías para equipos de otras micro-redes, para aprender qué había que hacer y cómo debía hacerse. Meses después, miembros del equipo de Campo Verde se movilizaron hasta Yanaoca en Cusco para compartir esta experiencia. Esto se convirtió en un excelente ejemplo de colaboración entre regiones. Esta experiencia fue identificada posteriormente, en una supervisión del MINSA donde se comprobó que Yanaoca tenía puntajes altos en su desempeño para la prevención y control de infecciones habiendo puesto en práctica lo aprendido de sus colegas de Campo Verde. Este tipo de experiencias de aprendizaje basado en equipos fue incluido en la formación de sedes docentes y en los planes regionales de desarrollo de capacidades.[4]

Una de las estrategias para la institucionalización de la MMD consistió en incorporarla en los procesos de calificación, a cargo del MINSA, de establecimientos de salud para que funcionaran como sedes docentes. Entre los requisitos de calificación se incorporó el cumplimiento de un grupo seleccionado de buenas prácticas asociadas al tema técnico de la sede docente. De esta manera, se logró calificar las siguientes sedes:

- Prevención de infecciones en el primer nivel de atención: micro-red Campo Verde
- Atención peri-natal en el primer nivel de atención: micro-red Campo Verde
- Atención médica periódica y provisión descentralizada de tratamiento anti-retroviral de gran efectividad en: Hospital Regional de Pucallpa, Centro de Salud San Juan en Iquitos, Hospital Regional de Loreto, y el Hospital de Apoyo de Iquitos.
- Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia: Hospital Amazónico de Yarinacocha en Ucayali.

Igualmente, se fortaleció las capacidades de micro-redes, redes y DIRESA para mejorar la logística de los insumos para la planificación familiar mediante el análisis adecuado de la información proporcionada por el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos (SISMED). Como resultado, se logró disminuir el número de eventos relacionados a la falta de stock.

En Loreto, el proyecto apoyó la actualización del "mapeo", en formato electrónico, de lugares de comercio sexual y de espacios de socialización de la población de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y de Trabajadoras Sexuales (TS). El mapa es utilizado por los Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) y las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) de Iquitos, Alto Amazonas, y Datem del Marañón. Esta herramienta ha contribuido a incrementar el número de atenciones a HSH y TS. Además, se ha logrado mayor eficiencia y eficacia de la intervención, habiendo reducido el costo de desplazamientos y el "tiempo en campo" del personal.[5] La gráfica siguiente muestra resultados similares obtenidos en Ucayali.

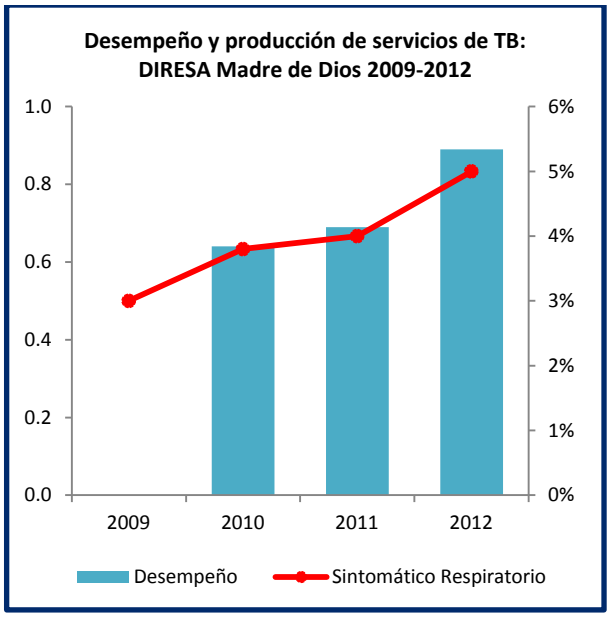


La municipalidad provincial de Canas y la distrital de Yanaoca contribuyeron significativamente en este proceso aportando con contratación de personal de salud, mejoras en infraestructura y compra de mobiliario para actividades de capacitación.

Otra experiencia ejemplar de los efectos de la estrategia de fortalecimiento de las competencias de los equipos de micro-red, fue la implementación de la MMD en la micro-red Llulluycucha en San Martín. Esta micro-red muestra importantes resultados sanitarios, como haber mantenido en cero la mortalidad materna desde el año 2010, y la mejora de otros indicadores entre mayo de 2009 y noviembre de 2012, como el parto atendido por personal capacitado (de 52% a 90%), control temprano de gestantes (de 55% a 82%), y la cobertura de vacunación infantil (de 80% a 98%); igualmente se ha reducido la tasa de adolescentes gestantes (de 28% a 12%), y la incidencia de diarrea infantil (de 4% a 1%). Uno de sus ejes principales de trabajo ha sido la implementación de buenas prácticas en acción comunitaria, lo cual ha contribuido al incremento de la demanda y la mejora de la calidad de la oferta de servicios de salud.[6]

Otro ejemplo exitoso de mejora de la capacidad de gestión de las micro-redes es la micro-red San Fernando en Ucayali. Allí, se identificó como brecha las inadecuadas condiciones de bioseguridad para la atención de usuarios afectados por tuberculosis, debido a que el espacio físico no tenía una adecuada ventilación. Su plan de acción condujo a la construcción de una "maloka", una habitación típica regional de bajo costo de instalación y mantenimiento, que ha permitido reducir el riesgo de transmisión.[7]

La gráfica siguiente muestra los resultados promedio, en la DIRESA Madre de Dios, de la mejora simultánea en la adhesión a las buenas prácticas de atención para el control de la tuberculosis, y la captación de sintomáticos respiratorios.



Nota: se define sintomático respiratorio a toda persona que tiene tos y expectoración por más de quince días.

Fortalecimiento del liderazgo y construcción de asocios

Las lecciones aprendidas durante el desarrollo del movimiento por la mejora de la calidad de atención en el Perú informaron sobre la necesidad de construir una red de campeones en los diferentes niveles del sistema de salud, capaces de abogar, defender y expandir los instrumentos y métodos construidos durante el proyecto.

Las capacidades fortalecidas en los equipos de micro-redes y establecimientos de salud les ayudaron a mejorar su capacidad de negociación con órganos e instituciones con poder de decisión en la gestión y el financiamiento. De esa manera, los equipos de micro-redes lograron incorporar paulatinamente sus prioridades en las agendas de las redes y DIRESA, logrando movilizar aquellos recursos necesarios para el cierre de sus brechas de desempeño. Este fue un proceso complejo de negociación entre las micro-redes y las gerencias de desarrollo social y las DIRESA participantes, el cual condujo a la implementación de la MMD en casi el cien por ciento de los establecimientos del primer nivel de atención.

En la Cusqueña micro-red Yanaoca, por ejemplo, la gerencia adoptó con firmeza la MMD, implementando visitas de monitoreo, supervisión trimestral y rendición de cuentas mensual por parte de los establecimientos de salud. Esto se tradujo en mejoras dramáticas de desempeño y producción por encima del promedio nacional, convirtiéndose en una micro-red exitosa en el marco de iniciativas nacionales como el Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención del MINSA.[8]

Producción de servicios de salud. Micro-red Yanaoca, 2010.

Indicadores	Julio	Diciembre
Cobertura de Control de Recién Nacidos sanos	33.1%	60.5%
Cobertura de Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Anos (CRED)	33.1%	82.3%
Cobertura de Vacunación Completa de Ninas y Niños Menores de 1 año	41.0%	85.4%
Porcentaje de gestantes con atención pre-natal con profesional de salud	59.8%	71.0%
Cobertura de parto atendidos por Profesionales de Salud	36.5%	66.5%
% de parejas protegidas que usan un método moderno de Planificación Familiar	9.3%	17.4%

Fuente: Estadística MR Yanaoca. Cusco, diciembre del 2010.

Todas estas experiencias formaron un cuerpo de evidencia sólido de que la MMD y otros instrumentos y métodos del proyecto facilitaban la implementación de las políticas nacionales para la provisión de servicios con garantías explícitas de calidad, el fortalecimiento de la capacidad de gestión de las instancias descentralizadas y el fortalecimiento del primer nivel de atención. Esto permitió la progresiva construcción, una vez más de abajo hacia arriba, de sólidos asocios entre el proyecto y unidades clave del Ministerio de Salud. Un trabajo de cercana colaboración, respondiendo a sus necesidades, escuchando sus observaciones, críticas y sugerencias permitió que las Estrategias Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Infantil, Control de Tuberculosis y VIH/SIDA adoptaran las propuestas del proyecto para alcanzar los respectivos resultados sanitarios.

El proyecto extendió los asocios y el fortalecimiento de liderazgo más allá del sector salud público empleando un enfoque multisectorial. La cooperación con algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) ha sido muy importante, por ejemplo Caritas y CARE en atención infantil; IDIPS del Norte -La Libertad- en tuberculosis, así como agencias de cooperación multilateral, como la Organización Panamericana de la Salud proporcionando los materiales utilizados en las capacitaciones de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). La ONG SOLARIS Perú asumió un rol activo en la extensión de la MMD en la provincia de Andahuaylas, las regiones de Cusco y Puno sobre la base de las lecciones aprendidas por el Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud.

El proyecto también construyó asocios con la sociedad civil organizada estableciendo un diálogo abierto con instancias como la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza en Lima y Ayacucho, el Instituto Regional de la Mujer Ayacuchana; con organismos públicos descentralizados como EsSalud; así como con instituciones de otros sectores como el Instituto Nacional Penitenciario, y la Defensoría del Pueblo en Madre de Dios.

Estas organizaciones jugaron un rol importante en la implementación del proyecto, abogando por el seguimiento de los planes de mejora, suscribiendo acuerdos con gobiernos regionales fuera de la cobertura del proyecto, creando nuevos asocios que permitieron comprometer fondos y emitir resoluciones regionales que oficializaron la expansión de la propuesta de trabajo del proyecto.

El proyecto también trabajó con asociaciones de pacientes afectados y redes de poblaciones vulnerables al VIH/SIDA (trabajadores de sexo, lesbianas, gays, transgénero y bisexuales) y asociaciones de pacientes con TB, quienes realizaron abogacía constante para que los técnicos y políticos de los diferentes niveles de gobierno cumplieran con los compromisos adquiridos como parte de los planes de mejora.

Las universidades jugaron un rol clave al formar, entre sus profesores, a facilitadores de la MMD, asfaltando el camino para la incorporación de la metodología tanto dentro del currículo de estudios de pre-grado, como en la mejora de las actividades de enseñanza. La Universidad Nacional de Trujillo colaboró en la revisión y validación de los instrumentos de medición del desempeño, facilitando su adecuación a la realidad de los establecimientos de salud donde se utilizarían. La Universidad Nacional de Ucayali y la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga reactivaron convenios con las respectivas direcciones regionales de salud para la implementación de un diplomado para fortalecer el Desarrollo de Liderazgo Local con participación de cuarenta y siete líderes del sector público de salud, universidades, gobiernos locales, ONGs e instituciones de la sociedad civil. Como resultado, en Ucayali se logró un consenso regional para mejorar la provisión de servicios de salud desde una perspectiva multicultural—como la implementación de la atención de parto en posición vertical y la eliminación de exámenes ginecológicos prescindibles que alejaban a las mujeres indígenas de los servicios de salud—desbrozando las barreras que dificultan el acceso de las poblaciones pertenencientes a comunidades indígenas a servicios de salud de calidad. En Ayacucho, un grupo de participantes lideró la implementación de un Centro de Desarrollo Juvenil en el distrito de Santa Rosa, San Francisco que produjo un incremento sin precedentes en la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes del distrito, y la correspondiente reducción de gestaciones no planificadas en este grupo poblacional.

El proyecto también fue exitoso en promover asocios con los gobiernos locales, logrando identificar mecanismos de financiamiento para la implementación de algunas actividades de los planes de mejora. Así, a nivel de DIRESA y redes, se utilizó el presupuesto sectorial ordinario, el presupuesto por resultados, y el presupuesto de incentivos municipales. Igualmente, en asocio con los gobiernos locales, se financiaron muchas actividades como los costos de transporte y viáticos de trabajadores de salud, la construcción o reparación de ambientes, la contratación de personal necesario, la adquisición de combustible para las actividades de supervisión, o la compra de equipos, insumos o medicamentos faltantes. Igualmente se prepararon Proyectos de Inversión Pública Menores a través de los cuales los

gobiernos locales se hicieron responsables por la implementación de acciones para el cierre de brechas.

Integración de los cambios promovidos por el proyecto en los sistemas regulares del sector salud

Complementariamente a la implementación de la MMD, el proyecto ha apoyado al Ministerio de Salud en la tarea de revisar y actualizar las normas y políticas nacionales para asegurar que éstas se sustentan en los últimos avances científicos y tecnológicos. Expertos técnicos del MINSA y de las DIRESA, catedráticos universitarios, miembros de los colegios profesionales y profesionales de los servicios de salud discutieron una a una, y con mucho detalle, las buenas prácticas y documentos técnicos y normativos en las áreas técnicas prioritarias del proyecto con la finalidad de asegurar que las normas y guías tecnicas nacionales y los instrumentos de la MMD estuvieran alineados con las políticas y marco normativo del MINSA.

Complementario al aspecto normativo, el apalancamiento de fondos ha sido otra estrategía para facilitar la institucionalización de los instrumentos, métodos y cambios generados por el proyecto. Se estima que 75-80% de los costos han sido financiados por los presupuestos de DIRESA, redes de salud, y gobiernos locales. Estas contribuciones fueron progresivamente formalizándose de manera que, por ejemplo, hacia fines de 2012 los presupuestos de las DIRESA Ayacucho, San Martín y Ucayali incorporaron líneas presupuestales explícitas para financiar la implementación de la MMD.

Además de servir principalmente para mejorar el desempeño y calidad de atención, la MMD es utilizada para otras funciones. Las DIRESA Ucayali y San Martín la utilizaron para el diagnóstico de necesidades de desarrollo de capacidades del personal en base a las brechas de desempeño encontradas, insumo importante para la elaboración de los Planes Regionales de Desarrollo de Capacidades. La micro-red Soritor (San Martín) y la micro-red Santa Elena (Ayacucho) utilizan los instrumentos de medición de desempeño para la inducción a personal nuevo con énfasis en profesionales del Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS). La micro-red Lluyllucucha (San Martín) utiliza los instrumentos de la MMD para promover el aprendizaje entre pares para el desarrollo de capacidades técnicas.

Las DIRESA han formalizado la implementación de la MMD de diferentes maneras. En San Martín, el Gobierno Regional y la DIRESA lideran el Programa de Acciones Integrales para el Mejoramiento de la Nutrición Infantil (PAIMNI), la cual incorpora la MMD como la metodología para implementar las buenas prácticas basadas en evidencia con un impacto positivo en la nutrición infantil. En Ayacucho, la DIRESA ha incorporado, dentro de sus metas regionales prioritarias, la implementación de la MMD como parte de los Acuerdos de Gestión y el Plan Estratégico Regional de Salud (PERSA 2012 – 2017) suscrito con las redes.

Las DIRESA Loreto, Madre de Dios y La Libertad, incorporaron los instrumentos de la MMD para la supervisión de los servicios de TB e ITS/VIH/SIDA.

En el caso del MINSA se concretó la formalización mediante un proceso participativo y de abajo a arriba. Si bien el MINSA ha conducido un importante desarrollo normativo dirigido a fortalecer el primer nivel de atención, tenía como tarea pendiente la mejora de los procesos de atención en el primer nivel. Para esto, el MINSA identificó las experiencias prometedoras validadas a nivel local o regional, entre ellas la experiencia de Metodología para la Mejora del Desempeño. La participación en mediciones conjuntas con funcionarios del MINSA permitió identificar la complementariedad de la MMD con otras metodologías, lo que condujo a su inclusión dentro del Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.[9] Finalmente, se aprobó la Directiva Administrativa 193-MINSA/DGSP-V0.1 de la DGSP que hace obligatoria la implementación de la MMD en establecimientos de salud del primer nivel de atención a nivel nacional.[10]

Demostrando efectividad, diseminando resultados, y fortaleciendo la motivación

El proyecto diseñó e implementó diferentes mecanismos para incentivar la participación y apoyo a la implementación de la MMD por autoridades, gestores, facilitadores y trabajadores de salud. Una estrategia que se adoptó en los años iniciales del proyecto para abordar el escepticismo de gestores en las DIRESA y redes fue la implementación de experiencias demostrativas. Esta estrategia consistió en concentrar los esfuerzos del equipo en pocos ámbitos, permitiendo intensificar el acompañamiento y la asistencia técnica; igualmente, los planes de mejora se concentraron en actividades de bajo costo y fáciles de implementar, permitiendo mostrar resultados rápidos y favoreciendo la valoración y

adopción de la MMD. Ello facilitó evidenciar ciclos completos de la MMD—identificación de brechas de desempeño, elaboración e implementación de planes para cerrarlas, medición del progreso, reconocimiento—generando interés y motivación entre autoridades y gestores de DIRESA y redes. La promoción de sedes para visitas demostrativas o para brindar asistencia técnica a otras MR incorporó, en el proceso, elementos de emulación: micro-redes imitando las buenas prácticas de otras, y tratando no sólo de igualar sus logros, sino incluso de sobrepasarlos.

Otra estrategia utilizada por el proyecto fue evidenciar la relación entre la implementación de la MMD y el logro de resultados sanitarios. Para esto, fue preciso recolectar información referida al logro de buenas prácticas, a la producción de intervenciones asociadas, y a los avances en indicadores de salud como resultado de estas intervenciones.

Esta información fue presentada en formatos amigables, y compartida rápida y extensamente con gestores a nivel de DIRESA y de redes. De la misma manera, al hacer visibles los resultados obtenidos por la implementación de la MMD, se logró incorporar diversos actores al diálogo social; por ejemplo, motivando a alcaldes de Ayacucho, San Martin y Ucayali a invertir recursos adicionales para apoyar los planes de mejora del desempeño.

Una tercera estrategia utilizada por el proyecto consistió en una constante y dinámica identificación, documentación y diseminación de historias de éxito. Para ello se utilizaron tanto la publicación de noticias de actualidad, historias de éxito y documentos técnicos que fueron actualizados en el sitio de internet del proyecto (http://www.calidadensalud.pe) muchos de los cuales serán incorporados en el informe final del proyecto el cual podrá encontrarse para futuras referencias en el sitio web de documentación de USAID (http://dec.usaid.gov/).

Finalmente, el reconocimiento de los equipos de trabajadores de salud a nivel de micro-redes y establecimientos de salud se construyó mediante el diálogo y negociación continuos con redes y DIRESA. También participaron algunos gobiernos regionales (Ucayali) y locales (en Cusco y Ucayali), así como universidades (en La Libertad y Ucayali). Los criterios de reconocimiento se definieron conjuntamente con las DIRESA, con participación de representantes de las redes y micro-redes involucradas en algunos casos. Para los facilitadores de la MMD, los incentivos más valorados fueron aquellos relacionados con su desarrollo profesional. Por ejemplo, certificados de su función como facilitadores emitidos por la red, DIRESA, municipalidades, y universidades.

Otro incentivo utilizado durante la implementación de la MMD fue la participación de micro-redes y establecimientos de salud en diversas competencias de calidad que el MINSA y otras instituciones han conducido para premiar experiencias innovadoras y exitosas. Mediante este mecanismo en el 2011 fueron reconocidas por la Vice Ministra de Salud las micro-redes de San Rafael de Huánuco, Campo Verde de Ucayali, Santa Elena de Ayacucho, y Yanaoca de Cusco; y el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Conclusiones y recomendaciones

El proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud implementó una estrategia exitosa de mejora de la calidad de la atención en el sistema de salud peruano. Entre los elementos clave de su éxito destaca su pleno alineamiento con las políticas nacionales de aseguramiento universal en salud con garantías explícitas de calidad, descentralización de la salud mediante el fortalecimiento de las capacidades técnicas y de gestión de las instancias descentralizadas, y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

El proyecto ha sido capaz de integrar las diferentes piezas creadas durante cerca de 21 años de cooperación de USAID al sistema nacional de salud. Aprendiendo de las experiencias de proyectos pasados, se construyó una hoja de ruta explícita para lograr la institucionalización y sostenibilidad de métodos e instrumentos orientados a incrementar la efectividad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, salud materna e infantil, control de tuberculosis, VIH/SIDA e IIH. Los elementos de sostenibilidad incluyen el fortalecimiento del liderazgo en diferentes niveles del sector salud; la construcción de asocios con enfoque intersectorial con distintos actores e instituciones; el fomento de la apropiación e incorporación de los productos del proyecto en los sistemas regulares del sector; el aseguramiento del financiamiento de las actividades necesarias para sostener los productos y enfoques promovidos por el proyecto por parte de las redes, DIRESA y gobiernos locales; y diseminar los resultados y las historias de éxito, ganando apoyo para expandir y sostener los cambios.

El Ministerio de Salud del Perú tiene en sus manos el legado técnico, de gestión y político que deja el proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud. Este legado resume más de dos décadas de cooperación en busca de la mejora de la salud de los peruanos. Sus

resultados son evidencia de que el camino seguido ha sido adecuado para el contexto político y sanitario del país. Las micro-redes, redes, DIRESA y el MINSA—copartícipes en la implementación del proyecto—cuentan con la experiencia, recursos humanos y sistemas necesarios para sostener las intervenciones. Sólo basta mantener la voluntad política para continuar utilizando los enfoques y productos del proyecto para que los resultados sanitarios alcanzados continúen y se acrecienten.

Obras citadas

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

2. USAID|Perú|Calidad en Salud. *Metodología de Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas.* Lima.

3. INSN - USAID|Perú|Calidad en Salud. (2011). *INSN: un gran equipo para mejoras sostenibles.* Lima.

4. USAID|Perú|Calidad en Salud. (2011). *Campo Verde dice NO a las infecciones*. Recuperado el 30 de 11 de 2012, de USAID|Perú|Calidad en Salud: http://calidadensalud.pe/historias-de-exito/campo-verde-dice-no-a-las-infecciones.html

5. USAID|Perú|Calidad en Salud. (2010). *Un Mapa para acercarse al VIH y SIDA.* Lima.

6. USAID|Perú|Calidad en Salud. (2012). *Lluyllucucha, una atención de salud pensada en sus usuarias.* Lima.

7. USAID|Perú|Calidad en Salud. (2011). *Un ambiente seguro para la atención de la TB.* Lima.

8. USAID|Perú|Calidad en Salud. (2011). *No hay cambio sin liderazgo.* Lima.

9. Ministerio de Salud. (2011). *Documento Técnico "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2012*". Lima: Ministerio de Salud del Perú.

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

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.