

I. PRODUCTO ESTRATÉGICO 1: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA DIRESA

1. EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD EN EL PERÚ

La preocupación por mejorar la calidad de los servicios de salud en el país es más evidente a partir de 1996 cuando el Ministerio de Salud emite resoluciones ministeriales que aprueban el “Manual de Acreditación de Hospitales”¹⁴, la “Guía para la aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales”¹⁵ y, en 1998, las “Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”¹⁶. En el 2001 se aprueba el documento “Sistema de Gestión de la Calidad”¹⁷ que establece los principios, políticas, objetivos, estrategias y componentes de dicho sistema. Con estos instrumentos de gestión se certificó a 300 evaluadores externos y a siete instancias acreditadoras, lo que resultó en el 2002 en nueve hospitales acreditados (cinco clínicas privadas, el hospital de la Fuerza Aérea del Perú y tres hospitales de la seguridad social). Este proceso estaba basado fundamentalmente en estándares de estructura; por entonces, el marco regulatorio del sistema de salud no estimulaba a los proveedores a buscar la acreditación.

Por otro lado, en 1993, USAID a través del Proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva (PASARE)¹⁸, desarrollado por MSH, implementó estándares sobre distintos aspectos de la atención en salud reproductiva: consejería, competencia técnica, IEC, organización adecuada de servicios, gerencia y servicios de apoyo. A partir de ellos se desarrollaron proyectos de mejora continua en salud reproductiva que involucró a todo el establecimiento lo que generó que otros servicios (odontología, farmacia) empezaran a cambiar. En 1998, el Proyecto 2000¹⁹ del MINSA y USAID desarrolló estándares básicos para la calidad de la atención materno perinatal logrando acreditar a 80 servicios materno perinatales hospitalarios. Un monitoreo realizado dos años más tarde encontró que sólo 12 de esos hospitales mantenían el cumplimiento de esos estándares.

El proceso de acreditación actualmente en marcha, ha sido diseñado a partir de las lecciones aprendidas de las experiencias descritas que demostraron que:

- La acreditación debe implementarse como un proceso dentro del Sistema de Gestión de la Calidad

¹⁴ RM N° 511-96-SA/DM del 21 de agosto de 1996

¹⁵ RM N° 673-96-SA/DM del 19 de noviembre de 1996

¹⁶ RM N° 261-98-SA/DM del 16 de julio de 1998

¹⁷ RM N° 768-2001.SA/DM del 20 de diciembre del 2001.

¹⁸ Proyecto desarrollado en hospitales de EsSalud y el MINSA de las Regiones Libertadores Wari, Ancash y José Carlos Mariátegui.

¹⁹ Desarrollado en las Regiones Libertadores Wari, Ancash y José Carlos Mariátegui.

- Deben incluirse estándares de proceso y resultados, además de estándares de estructura
- La acreditación debe desencadenar procesos de mejora continua de la calidad en todo el establecimiento y no sólo en un servicio.
- Es necesario disponer de estándares de calidad para establecimientos de todos los niveles de atención a fin de que la acreditación involucre el conjunto del sector salud.
- La acreditación debe abarcar a servicios de salud públicos y privados.
- Interrelacionar la habilitación, la categorización y la acreditación como elementos complementarios dentro del marco de la garantía de la calidad.
- Modificar la legislación para incluir la acreditación como un requisito para que el establecimiento ofrezca el servicio del Seguro Integral de Salud.
- Fortalecer las competencias para la acreditación en todos los niveles.

En el 2006, se aprobó el “Manual para la Mejora Continua de la Calidad”²⁰ y en el 2007 el Documento Técnico “Estándares e indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos de salud que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”²¹ y la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios de apoyo”²².

La Situación de la Calidad a Nivel Central del MINSA

Como parte de la Reforma del Sector Salud se desarrollaron en el país un conjunto de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la prestación de servicios de los establecimientos del MINSA. Cada una aportó valiosos modelos, metodología e instrumentos, aunque sólo algunas continuaron a pesar de los enormes esfuerzos técnicos y financieros invertidos.

Pathfinder International, con apoyo financiero de USAID, participó en la elaboración de muchas de esas herramientas a través del Proyecto 2000 y de Catalyst. Su asistencia técnica ha continuado durante la ejecución del Acuerdo Cooperativo enfocando la mejora de la calidad de los servicios en establecimientos de salud de primer y segundo nivel. Diversas actividades tuvieron lugar con funcionarios y autoridades del nivel central del MINSA y de las DIRESAs con el propósito de recuperar el uso del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado por Resolución Ministerial en 2001²³.

²⁰ RM N° 640-2006/MINSA del 14 de julio del 2006.

²¹ RM N° 142-2007/MINSA del 13 de febrero del 2007

²² RM N° 456-2007/MINSA del 4 de junio del 2007

²³ Sistema de Gestión de la calidad aprobado en diciembre de 2001 mediante RM 768-2001 SA/DM. Durante el desarrollo del Acuerdo Cooperativo esta norma ha sido mejorada y actualizada, por la Dirección de Calidad en Salud mediante la RM 519-2006 MINSA.

El Acuerdo contribuyó a socializar la norma mediante Reuniones Técnicas Macro Regionales y Talleres Regionales²⁴ donde asistió personal de las DIRESAs y redes de salud al que se capacitó para facilitar la difusión e implementación de la norma. Estas actividades no pudieron ser asumidas cabalmente en la medida que los facilitadores tenían otras responsabilidades. Al final del proceso y pese a los esfuerzos, el Sistema Regional de Gestión de la Calidad no pudo concretarse, entre otras razones, por la ausencia de propuestas metodológicas de gestión y mejoramiento de la calidad involucrando a todas las instituciones del Sector Salud, particularmente las que se refieren a aspectos técnico-administrativos y asistenciales.

El Proyecto, entonces, concentró su asistencia técnica en la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en las Direcciones Regionales de Salud, particularmente el de Garantía y Mejora. El énfasis fue puesto en el Sub Sector MINSA por las dificultades en la coordinación de actividades sectoriales, dadas las características y políticas de cada Sub Sector.

²⁴ *Los talleres regionales de tres días de duración buscaban formar unos 30 expertos facilitadores quienes debían transmitir a sus colegas en las microrredes y establecimientos, conceptos y habilidades complejas y escasamente conocidas en esos momentos en los niveles operativos. La estrategia elaborada también contempló el monitoreo del personal entrenado; así como la supervisión de sus réplicas, la medición de los estándares y la elaboración y ejecución de proyectos de mejora.*

2. EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.1 MARCO CONCEPTUAL

En junio de 2001, el Ministerio de Salud creó una unidad orgánica encargada de la conformación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en el país que fue definido mediante RM N° 768-2001-SA/DM en el 2001 y actualizado en el 2006 con la RM N° 519-2006/MINSA a propósito de la descentralización. Esta última contiene los “principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad orientado a la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud”²⁵. El Sistema de Gestión de la Calidad propuesto por el MINSA es una estructura basada en cuatro componentes: Planificación para la Calidad, Organización para la Calidad, Garantía y Mejora de la Calidad e Información para la Calidad. Si bien todos ellos son por su naturaleza, inseparables, con fines ilustrativos se presenta los avances individuales alcanzados en cuatro de las regiones de intervención del Acuerdo: Junín, Huanuco, Pasco y Cusco.

2.2. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.2.1 Organización para la Calidad

Para cumplir con una de las estrategias de los Planes Regionales Concertados de Salud PRCS, que era establecer un Sistema Regional de Gestión de la Calidad, las cuatro regiones se organizaron en los diferentes niveles administrativos. En Junín, Pasco y Cusco se conformó el “Comité Técnico Regional de Gestión de la Calidad” y en Huanuco la “Mesa Temática de Gestión de la Calidad” como espacios de concertación, consultivos y de propuestas²⁶ que dependen del Consejo Regional de Salud. Al terminar el proyecto están especialmente vigentes en Junín y Huanuco.

En las DIRESAs, las redes y las microrredes se constituyeron Equipos de Gestión de la Calidad^{27, 28}, que cumplen funciones de acuerdo a su nivel y alcances; por ejemplo en la microrred, el equipo tiene la función específica de implementar los proyectos de mejora continua de calidad en los establecimientos.

Las funciones para la calidad son una actividad continua en los cuatro niveles: nacional, regional, local (redes y microrredes), órganos desconcentrados y establecimientos de salud.

²⁵ Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” del 30 de mayo del 2006

²⁶ Estos espacios de concertación estaban integrados por: Gobierno Regional, DIRESA, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Colegios Profesionales, Universidades, Sociedad Civil, entre otros

²⁷ En la DIRESA los Equipos están integrados por la Dirección Adjunta, la Dirección de Salud de las Personas, la Dirección de Planificación, la Dirección de Atención Integral y Calidad, el Responsable de Calidad, el Responsable de Recursos Humanos y los Responsables de las Estrategias Sanitarias

²⁸ En las redes estos equipos están integrados por el Director de la Red, el Responsable del Seguro Integral de Salud, los Responsables de las Estrategias Sanitarias, el Responsable de Promoción de la Salud, el Responsable de Recursos Humanos y el Responsable de Epidemiología

Para ello, el Proyecto contribuyó en Huanuco, Junín, Pasco y Cusco a la elaboración de Planes Regionales Concertados de Salud y a la constitución de Comités Técnicos o Mesas Temáticas a cargo de la implementación del sistema; mientras que en Ucayali y San Martín, cuyo Plan de Salud se elaboró bajo una modalidad diferente, estos Comités fueron formados como estructuras de los Consejos Regionales de Salud.

Como ya se indicó, contratiempos de orden político, organizativo, técnico y de recursos humanos²⁹ en las regiones, dificultaron la integración de las instituciones del Sector Salud, por lo cual los esfuerzos se concentraron en la creación de un Sistema Institucional de Gestión de la Calidad en las DIRESAs para garantizar el logro de niveles de calidad de los establecimientos del MINSA.

2.2.1.1 La calidad en el Gobierno Regional. El Comité Técnico Regional de Gestión de la Calidad (CTR-GC)

El Comité Técnico Regional de Gestión de la Calidad – CTRGC- fue constituido como parte de la estructura de los Consejos Regionales de Salud, e integrados por representantes de distintas instituciones³⁰. En Junín el CTRGC³¹ tuvo como función principal elaborar propuestas técnicas concertadas para facilitar la implementación del Sistema Regional de Gestión de la Calidad, cuyo objetivo estratégico fue aprobado en el Plan Concertado Regional de Salud de Junín (PRCS).

En Huanuco el Comité fue denominado Mesa Temática Regional de Calidad, se formó en el 2003 y sus integrantes pertenecían mayormente a instituciones distintas al sector salud. Ante la negativa de la Presidenta Regional de firmar la agenda común con USAID, se detuvo la continuidad de las actividades (a seis meses de haberse iniciado la implementación del PRCS), justo durante la transferencia de capacidades al equipo y de consolidación de la mesa. Pese a ello, a iniciativa de actores clave se realizaron actividades orientadas a mejorar la calidad y el logro del objetivo estratégico. Por ejemplo, se compartió la experiencia de la mesa temática con el equipo del Cusco, en el 2005, durante la implementación de su PRCS.

La región Pasco formó su CTRGC luego de aprobar el PRCS. El Comité se reunía mensualmente liderado por el Director de Calidad de la DIRESA, hasta la aprobación de su plan de trabajo en el 2007 cuando dejó de funcionar.

En Cusco, el CTRGC fue efímero por problemas políticos entre el Gobierno Regional y la DIRESA que impidieron su consolidación. El cambio de autoridades regionales en el 2007 ha mejorado la relación entre ambas instituciones lo que redundó en un mejor funcionamiento del Comité.

²⁹ *Entre los que se puede mencionar: falta de liderazgo y reconocimiento técnico normativo de la DIRESA; dependencia de las filiales locales de Essalud y las FF.AA. y FF.PP. de su sede central; y falta de organicidad del sub sector privado*

³⁰ *Gobierno Regional, la Dirección Regional de Salud (DIRESA), la Gerencia Regional de EsSalud, las Universidades, la Sanidad de la Policía Nacional y del Ejército, los Colegios Profesionales, y otros representantes de la Sociedad Civil*

³¹ *Los miembros del Comité fueron reconocidos mediante RD No.899-2006-DRSJ/OEGDRH.*

La DIRESA de Ucayali es bastante débil. Su Consejo Regional de Salud (CRS) se ha reunido eventualmente, excepto durante la elaboración del Plan de Salud Regional cuando se realizó la consulta popular. El Sistema de Gestión de la Calidad nunca pudo colocarse en la agenda del CRS y la debilidad y escaso compromiso de la Alta Dirección de la DIRESA tampoco posibilitaron el desarrollo de esta iniciativa.

La región San Martín inicialmente constituyó su Consejo Regional de Salud (CRS) pero por continuos problemas políticos entre el Gobierno Regional y los Directores Regionales no se construyó el Sistema de Gestión de la Calidad. Adicionalmente, el antiguo conflicto entre EsSalud y el MINSA por la posesión del hospital regional limitó llegar a acuerdos. Resulta paradójico que una región con un importante logro en la calidad de sus establecimientos, que se traduce en la obtención en dos ocasiones del Premio Nacional a la Calidad de la Sociedad Nacional de Industrias, no haya podido organizar un Sistema Regional de Gestión de la Calidad.

2.2.1.2 La calidad en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA). Equipos de Gestión de la Calidad

Al iniciarse el Acuerdo Cooperativo en julio de 2004, la organización para la gestión de la calidad en las DIRESAs era limitada. Además, el término calidad se asociaba con recursos y especialistas. Funcionarios que conocían más sobre el tema apoyaron la intervención, pero los demás le daban escaso valor para la gestión sanitaria, lo que devino en un débil apoyo político. A esto se sumó la alta rotación de personal clave. Sólo a partir de 2006, los cargos de confianza son más estables al ser nombrados por los Gobiernos Regionales. Finalmente, en las DIRESAs hay una Dirección, Unidad u Oficina de Calidad, pero en muchos casos es una sola persona (y no un equipo) la que está a cargo de las tareas, lo cual es una limitación.

Cuando comenzó el Proyecto ninguna de las siete regiones había avanzado en la conformación de su Sistema de Gestión de la Calidad, entre otras cosas, debido a la escasa difusión de la norma, la falta de herramientas e instrumentos que lo hicieran operativo y la ausencia de recursos humanos calificados para implementarlo³². Los esfuerzos por contar con Equipos de Gestión de la Calidad de las DIRESAs fueron infructuosos pese a que la RM 041-2005 MINSA establecía las pautas para su organización y funcionamiento. En las DIRESAs se formalizaron estos equipos (ver cuadro 7) para cumplir con la exigencia del nivel central, pero funcionaron de forma irregular sin una cabal comprensión que su misión era fortalecer la calidad de los establecimientos de salud. En la práctica, la calidad es una responsabilidad individual antes que grupal. Es gente con una gran capacidad de gestión que superando las dificultades económicas, administrativas y de recurso, han conseguido

³² *En las siete regiones se pudo constatar que no obstante que fueron beneficiarios de diversos proyectos con fuertes inversiones en capacitación de personal de salud, no existían cuadros de personal calificado. Muchos de los capacitados habían emigrado o simplemente preferían mantener un perfil bajo dadas las críticas a sus cargos como funcionarios o personal de confianza del régimen de gobierno 1990-2000.*

que las DIRESAS obtengan reconocimientos como el Premio Nacional a la Calidad, en el caso de la región San Martín.

Cuadro 7: Oficialización de los Comités Técnicos de Gestión de la Calidad

REGIONES	Resoluciones Directorales de conformación del Comité Técnico Regional de Gestión de la Calidad y del Equipo de Gestión de la Calidad DIRESA
AYACUCHO	RD N°450-2002-DESP/DG-DIRESA
CUSCO	RD N°059-2007-DRSC/DG-DPH(24-07-07)
HUANUCO	RD 288-2007-GR-HCO-DRS-DG-DEASP (04-06-07)
JUNIN	RD N° 476-2007-DRSJ/OEGDRH
PASCO	RD N° 204-2005-DG-DIRESA/GR PASCO
SAN MARTIN	RD N° 149-2007-DIRES-SM/DEG-RR-HH
UCAYALI	RD N°128-2007-DG/DIRESA-UCAYALI

2.2.1.3 La calidad en las Redes y Microrredes de Salud. Equipos de Calidad

La situación en las Redes y Microrredes no fue mejor que en las DIRESAs. El hecho que muchas redes no fueran Unidades Ejecutoras de Presupuesto fue una limitación por su dependencia técnica y administrativa de la DIRESA. Actualmente, muchas redes sólo existen como estructura orgánica formal pues no cuentan con personal ni con presupuesto propio. Inclusive, algunas de ellas tampoco disponen de una estructura diferenciada de los hospitales. El director de la red es al mismo tiempo director del hospital y esto devino en inconvenientes de falta de tiempo para organizar y dirigir ambas instancias.

De otra parte, los hospitales cabeceras de red presentaban un clima organizacional complicado y los esfuerzos para superarlo chocaron con estilos de dirección autoritarios, ausencia de trabajo en equipo, relaciones interpersonales conflictivas, desconfianza y desmotivación, además de escasez de equipamiento y de personal. En muchos casos, el nombramiento de los responsables de calidad tuvo que ver más con la necesidad de cubrir los cargos del MOF y ROF que de desarrollar funciones de calidad en la red.

El personal médico de los hospitales, salvo excepciones, tuvo escasa participación a favor. Por el contrario, demandaban soluciones fuera del alcance del hospital o la red, o aceptaban el liderazgo de actividades que en la práctica no asumían. Los esfuerzos del proyecto para mejorar esta situación tuvieron escasa repercusión.

Como ya se mencionó, para las DIRESAs la participación de los responsables de calidad (en su mayoría obstetras y enfermeras) fue clave. Muchos de ellos al iniciarse la intervención, tenían limitaciones académicas en gestión de la calidad que fueron

superándose con la capacitación y asistencia técnica del proyecto a la DIRESA y a las redes.

A nivel de las microrredes, un factor crítico fue la inexperiencia y alta rotación del personal profesional (y en menor medida del personal técnico). Muchos se encontraban haciendo el SERUMS por lo que su permanencia en el establecimiento tenía un plazo perentorio dificultando la conformación de equipos de calidad en redes y microrredes. Otros más antiguos y conocedores de los problemas de la zona, planeaban salir por razones de estudio lo cual desarticuló muchos equipos que estaban trabajando bien, precisamente por iniciativa y liderazgo de estos profesionales. Contribuyeron a agudizar esta situación la falta de una política de incentivos y estímulos al personal profesional que hiciera atractiva su permanencia en zonas alejadas.

Al igual que en las redes, el nivel de conocimientos y habilidades del personal profesional (incluyendo a los jefes de microrredes) sobre gestión de la calidad en los establecimientos era escaso. Adicionalmente, tenían dificultad para considerar a todos los establecimientos de su jurisdicción como unidad productora de servicios o unidad funcional básica que debían supervisar y atender, asumiendo que sus responsabilidades se agotaban en el establecimiento donde laboraban. Pensaban que los problemas de otros establecimientos de la microrred no eran de su incumbencia. Finalmente, tenían temor de medir estándares de calidad por considerar que era equivalente a evaluación y, eventualmente, podrían ser merecedores de alguna sanción por desempeño deficiente.

Pese a todo lo anterior, se organizaron equipos de gestión de la calidad en redes y microrredes de las siete regiones, (cuadro 8), aunque en algunas microrredes y establecimientos estos equipos son nominales y las actividades de calidad están a cargo del responsable de calidad o del responsable de la estrategia de salud sexual y del componente niño.

Cuadro 8: Equipos de Gestión de la Calidad (EGC) constituidos sobre el total de Redes, Microrredes y Hospitales Intervenido

Región	Redes			Microrredes			Hospitales		
	Total	Con EGC	% con EGC	Total	Con EGC	% con EGC	Total	Con EGC	% con EGC
TOTAL	22	19	86	111	76	69	19	19	100
Ayacucho	3	3	100	8	6	75	2	2	100
Cusco	3	2	67	24	18	75	2	2	100
Huánuco	2	2	100	20	14	69	2	2	100
Junín	4	3	75	18	10	38	7	7	100
Pasco	3	3	100	14	10	71	2	2	100
San Martín	4	4	100	21	15	71	2	2	100
Ucayali	3	2	67	6	3	50	2	2	100

2.2.2 *Planificación para la Calidad*

La Planificación de la Calidad es el componente que define las políticas generales de calidad que articulan los procesos de diseño y desarrollo del sistema. Involucra a todos los niveles de la institución desde los directivos hasta los operadores e incluye la definición de objetivos y políticas, diseño y formulación de estrategias en todas las instancias del sistema de salud. Uno de los puntos más débiles en las regiones fue el involucramiento sólo formal del nivel directivo. A veces el apoyo que brindaban se limitó a incorporar en los Planes Operativos Anuales, (POA), algunas actividades de calidad o a suscribir acuerdos con la sede central para la medición de estándares de calidad. Concluida la etapa de “planificación”, esos acuerdos y compromisos, pasaron a responsabilidad de la Unidad de Calidad, que trabajaba sin personal ni recursos. Aún así, se hicieron progresos que se muestran a continuación.

2.2.3 *Garantía y Mejora de la Calidad*

La Garantía de la Calidad es el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño del personal y los establecimientos en forma continua de manera tal que la atención sea efectiva, eficaz y segura. La Mejora Continua de la Calidad es la metodología para alcanzar los estándares e indicadores establecidos a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía. La Garantía y Mejora de la Calidad se refiere a la seguridad de los usuarios de recibir no sólo buenos servicios, sino aquéllos que la institución oferta.

La garantía y mejora de la calidad parte de la definición de estándares de calidad medidos a través de indicadores. La primera medición es realizada por los equipos de calidad mediante una auto evaluación que permite identificar brechas (“oportunidad de mejora”) entre el estándar (ideal) y el indicador observado. Luego, los equipos deben realizar intervenciones a través de PMCC para cubrir esa brecha y monitorear su logro a través de mediciones periódicas y continuas.

El proyecto trabajó con las regiones en los estándares de calidad materno perinatales e infantiles definidos por el MINSA. La secuencia comenzó con la capacitación de los equipos de gestión en el contenido del estándar y en su medición; continuó la autoevaluación o primera medición y la identificación de la “oportunidad de mejora” sobre la cual versaban los proyectos de mejora continua (financiados con recursos propios o con el apoyo del gobierno local). La asistencia técnica continuaba en posteriores mediciones hasta alcanzar el estándar.

La implementación de los proyectos de mejora continua de la calidad ha permitido:

- Reorientar la compra de insumos y bienes a través del SIGA (Sistema de Información de Gestión Administrativa), revisar el petitorio de medicamentos del SISMED y orientar la programación de la compra de insumos³³

³³ Porque al comprobar el no cumplimiento de un determinado estándar se daban cuenta de que esto dependía de un insumo que no estaban considerando en la programación de las compras

- Conocer las normas del Sistema de Referencia y Contrareferencia (desconocido por el personal de la mayoría de establecimientos) como un estándar de calidad.
- Mejorar el sistema de captación de las afiliaciones al SIS.
- Cumplir con las normas de atención integral del niño y la gestante.
- Contribuir al cumplimiento de estándares relacionados con exámenes de laboratorio implementándolos con insumos previstos en las normas de atención integral de la gestante y el niño
- Articular y coordinar el trabajo de las MR con sus establecimientos periféricos
- Vincular actividades de PROMSA, RRHH, estrategias sanitarias, etc.
- Identificar las necesidades de capacitación del personal en base a la autoevaluación de estándares
- Medir la eficiencia en el uso de los recursos del SIS por evaluación del logro de un estándar vinculado a un determinado insumo
- Identificar problemas de violencia basada en género e infantil con la medición de estándares en gestantes y niños
- Orientar las políticas de recursos humanos mediante la motivación del personal con incentivos avanzando en la mejora continua.

2.2.3.1 Estrategia para instalar los procesos de Mejora Continua de la Calidad en las Microrredes.

Durante el año 2003, el Proyecto Catalyst incorporó información y contenidos acerca del Sistema de Gestión de la Calidad a su Programa de Capacitación para mejorar la capacidad de respuesta frente a las Emergencias Obstétricas y Neonatales en las microrredes. Esto no fue suficiente para mejorar la calidad en los establecimientos de salud; como tampoco lo fue la capacitación mediante talleres regionales realizados por el MINSA, haciéndose necesario llegar directamente al personal de salud de las microrredes, en un trabajo conjunto, DIRESA- Redes, para impulsar la mejora de la calidad de la atención.

La estrategia del Acuerdo Cooperativo se orientó a generar una cultura de medición y mejora de la calidad. Tuvo dos etapas. En la primera se organizó y capacitó al personal de salud, y en la segunda, se brindó asistencia técnica directa en las microrredes para el monitoreo de las actividades. Una preocupación central fue tener un Equipo de Calidad en cada microrred integrado por trabajadores de todos los establecimientos no solo por la cabecera de microrred. Mediante la participación horizontal y el liderazgo democrático, se buscó que todos, profesionales y no profesionales, se involucren en la toma de decisiones.

No todos los funcionarios de las redes y microrredes estuvieron de acuerdo con la democratización de las decisiones, probablemente por temor a perder autoridad o por problemas internos. Sin embargo, en muchos casos la propuesta generó renovación, organización y desarrollo personal e institucional; por ejemplo en las microrredes Pongo de Caynarachi, Jepelacio y Huimbayoc –ganadores del Premio a la Calidad de la

Sociedad de Industrias- que asumieron el reto de trabajar en equipo, concertada y sistemáticamente.

Por otra parte, sin descuidar la capacitación presencial en talleres, la nueva estrategia incluyó la directa y frecuente asistencia técnica a las microrredes lo que permitió, además del cumplimiento de los compromisos y tareas acordadas, interactuar sobre problemas, necesidades y expectativas de los trabajadores, lográndose una relación que facilitó el surgimiento de una cultura de calidad. El personal reconoció que fue más sencillo aplicar los estándares maternos o infantiles luego de haber comprendido la lógica subyacente en la medición y en la mejora de los estándares de calidad para establecimientos del primer nivel de atención.

2.2.3.1.a Cronología de los estándares de calidad.

Para lograr el indicador del Resultado Intermedio N° 1: “50% de los establecimientos de salud desarrollan procesos de mejora de la calidad”, se diseñó una estrategia de interrelación entre todos los niveles del Ministerio de Salud. Ello incluyó trabajar con funcionarios del MINSA (en especial con la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, DECS, y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, ENSSR) y de la DIRESA para generar el apoyo político hacia las microrredes. También con las redes y microrredes para empoderar al personal de salud sobre la mejora continua y la cultura de calidad en los servicios.

Entre 2004 y 2005, se brindó asistencia técnica a los establecimientos de salud de las microrredes en la aplicación de estándares de calidad para el primer nivel de atención. Al suspenderse transitoriamente éstos, se aplicaron los estándares de calidad maternos perinatales en establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB). Posteriormente, se incluyó la aplicación de los estándares de calidad materno perinatales para establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP), la de estándares de calidad para los establecimientos que cumplen con Funciones Infantiles Primarias (FIP), y la de estándares de calidad para establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE).

La experiencia acumulada permitió que desde Julio de 2006, cuando se promulgó la Norma de Acreditación, se replicara el trabajo usando la metodología y los listados de estándares para la acreditación de los establecimientos de salud, en una forma dinámica y participativa.

2.2.3.1.b Asistencia técnica a las regiones en la aplicación de estándares e indicadores de calidad para el primer nivel de atención.

En el 2004, el proyecto acordó con la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, (DECS), del MINSA la asistencia técnica a las regiones del área de intervención, que se resume en lo siguiente:

- i. Impulsar la aplicación de los Estándares e Indicadores de Calidad del Primer Nivel de Atención publicados en el 2002 por la Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación.
- ii. Apoyar la difusión y aplicación de Estándares e Indicadores de Calidad del Primer Nivel de Atención del MINSA.
- iii. Promover en las microrredes una cultura de calidad basada en medición de estándares y su mejora mediante la ejecución de proyectos de mejora.

b.1) La mejora de la calidad y la DIRESA

Instalar un clima favorable a la mejora de la calidad requiere que el personal de salud reconozca la importancia del tema y aplique herramientas y metodología en su práctica diaria. Un aspecto clave fue el compromiso y apoyo del Director de la DIRESA y de su Equipo de Gestión, y del Responsable de Calidad a quienes se sensibilizó en la necesidad de contar con un equipo de calidad y con pautas organizativas en la DIRESA, redes y microrredes.

Se coordinó un Plan de trabajo con los Responsables de Calidad de las DIRESAs que comprendió lo siguiente:

- Elección de un Responsable de Calidad en cada red y microrred.
- Conformación de Equipos de Gestión de la Calidad en la DIRESA y redes y de Equipos de Calidad (integrado por 5 trabajadores capacitados en Gestión de la Calidad) en las microrredes
- Participación de los responsables de la DIRESA y redes en la capacitación, monitoreo y evaluación de las actividades de calidad en la región.
- Difusión y sensibilización al conjunto de trabajadores de la microrred sobre la mejora continua de la calidad.
- Monitoreo de la medición y mejora de estándares en cada microrred y de la participación del personal en esas actividades.
- Evaluación de los resultados obtenidos en la medición y en la ejecución de proyectos de mejora mediante reuniones técnicas regionales.

b.2) Implementación de las actividades con el personal de salud de las Microrredes

La organización del trabajo en las microrredes empezó por la identificación y selección (por parte de los responsables de calidad de la DIRESA y de las redes) de cinco trabajadores para integrar los equipos de calidad a quienes se capacitó³⁴

³⁴ El contenido de la capacitación fue el siguiente:

- Nociones generales acerca de la calidad en salud.
- El Sistema de Gestión de la Calidad
- Herramientas para medir y evaluar la calidad en salud
- Estándares e indicadores de calidad para el primer nivel de atención
 - Guía para la Autoevaluación de la calidad
 - Encuestas de usuario interno y externo
 - Software para ingreso, información y análisis de datos
- Mejora Continua de la Calidad

en 18 Talleres Regionales³⁵ de tres días, en cada uno de los cuales participaron seis o siete microrredes. Luego de la capacitación se supervisó la aplicación de los estándares y la elaboración y ejecución de los proyectos de mejora de la calidad.

b.3) El Premio Nacional a la Calidad de la Sociedad de Industrias

En el primer trimestre del año 2005, la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud (DECS) solicitó el apoyo del Proyecto para la difusión en siete regiones de la metodología utilizada por la Sociedad Nacional de Industrias en la elaboración y sistematización de proyectos de mejora, a partir de la cual emitió la RM 640-2006 “Manual de Mejora Continua de la Calidad” (14 de julio del 2006). Este documento contiene los pasos y herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad, además de las pautas para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad hasta alcanzar la Gestión de la Excelencia en el Mejoramiento de la Calidad

Se organizaron cinco talleres de capacitación en Huanuco, Junín, Pasco, San Martín y Ucayali a los que asistieron representantes de la DIRESA, redes y microrredes, y una reunión técnica en cada región con los representantes de las redes y microrredes cuyos equipos de calidad habían formulado y ejecutado proyectos de mejora en el 2004-2005. Se dio a conocer las bases del “Premio Nacional a la Calidad y Reconocimiento de Proyectos de Mejora 2005” y se apoyó la preparación del Informe de Postulación del proyecto al premio en mención.

Una Comisión nombrada por la DECS seleccionó 34 proyectos de todo el país de los cuales 20 correspondían a microrredes de cinco regiones de intervención del proyecto. Los proyectos elegidos fueron postulados ante el Comité de Desarrollo Institucional de la Sociedad de Industrias, pasando por un riguroso proceso de evaluación que comprendió la revisión documentaria del proyecto, su pertinencia y la visita a los establecimientos de salud para la verificación *in situ* de los cambios y mejoras producidas. Los proyectos realizados por las microrredes Pongo del Caynarachi y Jepelacio de la región San Martín, pasaron a la etapa final del concurso, otorgándose el premio al **Centro de Salud de Jepelacio por los exitosos resultados de su proyecto “Adecuación Cultural de los Servicios de Salud Materna”**. El convencimiento del personal sobre la importancia de la participación comunitaria y autoridades locales en la ejecución de proyectos de mejora fueron decisivos para este logro.

-
- *Identificación y priorización de oportunidades de mejora.*
 - *Análisis causal de la oportunidad de mejora.*
 - *Elaboración de proyectos de mejora.*
 - *Tipos de proyectos de mejora*
 - *Planificación de los ciclos de mejora*
 - *Monitoreo de los ciclos de mejora.*

³⁵ En las siguientes regiones: Ucayali 2, Huanuco 4, Junín 5, Pasco 2 y San Martín 5



Capacitación del personal
Para la “Adecuación
Cultural del Servicio de
Salud Materna”.

Adecuación de la sala
de partos para la
atención en posición
vertical



Dos años más tarde, otra microrred de la región San Martín obtuvo el “Premio Nacional a la Calidad y Reconocimiento de Proyectos de Mejora 2007” con el proyecto “**Juntos Contra la Malaria en Huimbayoc 2004-2007**” al haber disminuido de 1,217 a 8, los casos de malaria por *Plasmodium vivax*; y de 523 a cero, los casos de infección por *Plasmodium falciparum*.



Nebulización espacial: Fumigación

2.2.3.1.c Estándares de calidad maternos perinatales para establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB); primarias (FONP) y Esenciales (FONE)

La mortalidad materna e infantil es un problema sanitario cuya atención en el país es prioritaria. Por eso es necesario conocer la calidad de la atención materna perinatal de los establecimientos de salud, medida a través de estándares. Como no se disponía de ellos, el proyecto elaboró en el 2005 una propuesta³⁶ de estándares para establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB). La propuesta consideró el tipo de establecimiento y el nivel de atención, de modo que cada estándar e indicador se refiere al grado de respuesta que el establecimiento debería ofrecer a partir del modelo de Funciones Obstétricas y Neonatales (FON) que considera cuatro tipos:

- Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)
- Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)
- Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE)
- Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)

Posterior a esta clasificación por Funciones, el MINSA elaboró la Norma de Categorización de Establecimientos de Salud, considerando 3 niveles y 8 Categorías cuya función obstétrica y neonatal se presenta en el cuadro 9.

Cuadro 9: Establecimientos de Salud del MINSA por Niveles de Atención y Categorías

Nivel de atención	Categoría	Función Obstétrica y Neonatal
Primer nivel	I - 1	Función Obstétrica y Neonatal Primaria (FONP)
	I - 2	
	I - 3	
	I - 4	
Segundo nivel	II - 1	Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE)
	II - 2	
Tercer nivel	III - 1	Función Obstétrica y Neonatal Intensiva (FONI)
	III - 2	

³⁶ La propuesta recogió aportes desarrollados por *Quality Assurance Project (QAP)* y otras herramientas elaboradas anteriormente por el Proyecto 2000 como el *Sistema de Información Perinatal (SIP2000)* y el instrumento para determinar la *Capacidad Resolutiva Obstétrica y Neonatal de los establecimientos de salud (FON)*. Asimismo, tomó el modelo de calidad propuesto por el Dr. Avedis Donabedian, quien en 1966 introdujo los conceptos de *Estructura, Proceso y Resultado*, que constituyen el paradigma dominante en la evaluación de la calidad de la atención a la salud.

Estándares seleccionados:

Estructura:

- “Capacidad Resolutiva de los establecimientos de Salud en Recursos”. Los establecimientos en todos los niveles de función (FONP, FONB, FONE y FONI), deben cumplir con no menos del 80% de su capacidad resolutiva en recursos.

Proceso:

- Atención prenatal
- Seguimiento de gestantes
- Atención del parto
- Atención del post parto
- Atención del recién nacido
- Reanimación del RN
- Atención de complicaciones Obstétricas
- Atención de complicaciones Neonatales
- Planificación familiar

Resultado:

- Satisfacción de usuarios
- Plan de Parto y parto institucional
- Coberturas de atención institucional
- Mortalidad Perinatal
- Morbilidad Perinatal
- Violencia basada en género

Además de los estándares e indicadores para establecimientos FONB, se elaboraron instrumentos complementarios para evaluar la calidad de los establecimientos: el instructivo con los formatos para recolección de datos y cálculo de indicadores; una hoja Excel para el reporte y monitoreo y encuestas a gestantes y puérperas para medir la satisfacción de las usuarias luego de la atención prenatal y el parto, respectivamente.

La propuesta de estándares e instrumentos fue coordinada y discutida con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) y la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, (DECS), que la hicieron suya y la difundieron en diez regiones del país en julio de 2005. Impartieron directivas y monitorearon los avances en forma directa. El proyecto asumió su difusión, capacitación y monitoreo en las 7 regiones prioritarias.

Su validación en las regiones durante la primera etapa, permitió identificar inconsistencias en los estándares e instrumentos que se discutieron en la primera “Reunión Técnica de Análisis de indicadores de Mejora Continua de la Calidad en

Salud Materna y Perinatal”³⁷, con representantes de las regiones, aprobándose las modificaciones pertinentes e iniciándose su aplicación en Septiembre de 2005.

La experiencia exitosa de aplicación de los estándares maternos perinatales FONB, dio paso a la elaboración en 2006 de los estándares para los establecimientos FONP, FONE y FONI, nuevamente mediante el trabajo coordinado entre la DECS y la ENSSR del MINSA, y el equipo técnico del Proyecto. Una vez validados, el MINSA los aprobó por RM 142-2007/MINSA a través del Documento Técnico “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”, convirtiéndose en una herramienta fundamental para alcanzar la calidad de atención de las gestantes y recién nacidos.

c.1) Aplicación de los estándares maternos perinatales en las 7 regiones

La aplicación de los estándares maternos articuló el trabajo desde el nivel central hasta la microrred de una forma que no estuvo presente en la aplicación de estándares de calidad para el primer nivel de atención. Participaron en este proceso los jefes de las microrredes y los responsables de calidad y de la estrategia de salud sexual y reproductiva. Se desarrollaron talleres regionales de capacitación³⁸ congregando a siete u ocho microrredes cada vez. El monitoreo y acompañamiento cubrió principalmente a las cabeceras de microrred que son las que cumplen funciones obstétricas y neonatales básicas, incluyendo a las microrredes que la DIRESA consideró prioritarias, aunque algunas solicitaron a todos sus establecimientos la medición de estos estándares e indicadores.

³⁷ La reunión técnica fue organizada por la ENSS, con el financiamiento del proyecto Cobertura con Calidad y la asistencia técnica de Pathfinder International

³⁸ La capacitación incluyó:

- *Nociones y herramientas de la calidad*
 - *Definición de Calidad y Calidad en Salud*
 - *Paradigma y cambio*
 - *Sistema de Gestión de la Calidad (Componentes, Organización / Garantía y Mejora*
 - *Mejora continua de la calidad: Autoevaluación, priorización y análisis de oportunidades*
- *Los estándares de calidad materno perinatales para establecimientos FONB*
 - *Estándares e indicadores FONB*
 - *La autoevaluación de los estándares FONB*
 - *Encuestas de usuario externo*
 - *Hoja de reporte y monitoreo de estándares FONB*
- *El ciclo de la mejora continua*
 - *Proyectos de mejora*
 - *Proyectos de inversión*
 - *Proyectos colaborativos*

c.2) *Estándares materno perinatales para hospitales*

Al comenzar el proyecto, sólo el personal de los hospitales de las regiones de Ucayali, San Martín, Junín y Ayacucho conocía sobre mejora continua de la calidad por haber participado del Proyecto 2000. En estos hospitales funcionaban, aunque no regularmente, los Equipos Implementadores de la calidad encargados de la medición y mejora, mediante Autosupervisión, de 25 estándares maternos y neonatales utilizados por el Proyecto 2000. Durante el 2004 y 2005 se brindó asistencia técnica a esos equipos para continuar con este trabajo y para hacer que los establecimientos cumplan con estándares de calidad, que es un requisito para calificar como Centro de Capacitación, dentro del modelo de Centro de Desarrollo de Competencias impulsado también por el proyecto.

Si bien existían los Equipos Implementadores, los hospitales no contaban con Equipos de Gestión de la Calidad orientados a alcanzar resultados sanitarios. En la mayoría de los casos sólo se disponía de una persona que se encargaba de actividades de calidad; pero que no contaba con el respaldo de la Alta Dirección del establecimiento, y en muchos casos, ni con la de sus propios colegas. El personal médico, particularmente los especialistas en el nivel hospitalario, tuvo escasa participación pese a los esfuerzos desarrollados; participación que sí se logró en el caso de las obstetras y enfermeras.



De las siete DIRESAs del proyecto, Ucayali, Junín y Cusco, cuentan con hospitales (categoría II-2) en la capital del departamento y varios hospitales de apoyo (categoría II-1) en sus provincias. Huanuco tiene un hospital regional (Hermilio Valdizán) de categoría II-2 y uno (Hospital de Tingo María) de categoría II-1. Pasco, cuenta con un hospital II-1 y dos establecimientos I-4 (Oxapampa y Villa Rica) que cumplen funciones de un establecimiento II-1, disponen de centro quirúrgico y están ubicados a medio camino de un



establecimiento con capacidad resolutive para atender emergencias obstétricas. San Martín, cuenta con un hospital II-1, (Hospital de Moyabamba) y un establecimiento (Centro Materno Perinatal de Tarapoto), con capacidad resolutive materno neonatal esencial (FONE). Finalmente, Ayacucho sólo cuenta con un hospital II-2; sus otros establecimientos pertenecen a la categoría I-4.

Cuadro 10: Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales capacitados en estándares FONE

Región	Hospital	Categoría
Ayacucho	Regional de Ayacucho	II-2
Cusco	Regional del Cusco y Antonio Lorena	II-2
Huánuco	Hermilio Valdizán	II-2
	Tingo María	II-1
	Carlos Showing Ferrari	I-4
Junín	Daniel A. Carrión y El Carmen	II-2
	Domingo Olavegoya (Jauja), La Merced (Chanchamayo, Junín (Junín), Felix Mayorga Soto (Tarma), y Manuel Higa Arakaki (Satipo)	II-1
Pasco	Daniel Carrión	II-1
	Oxapampa	I-4
San Martín	CMP de Tarapoto	I-4
	Moyabamba	II-1
Ucayali	Regional de Ucayali y San José de Yarinacocha	II-2

Luego del lanzamiento de los estándares de calidad para establecimientos FONE, se coordinó la elaboración de un plan de trabajo para su aplicación que incluyó la capacitación³⁹ al personal de salud en el manejo de los estándares e indicadores, los instrumentos para su obtención (SIP 2000 y FON), los instrumentos de la calidad y la metodología para la elaboración de proyectos de mejora. En total, 19 fueron los establecimientos que participaron en este proceso. Cuadro 10.

³⁹ La capacitación incluyó:

- El Sistema de Gestión de la Calidad
- Estándares maternos para establecimientos esenciales (FONE)
 - Instrumentos e Instructivos
 - Encuestas de satisfacción de usuario (APN y post parto)
 - EL SIP 2000 y el FON
- Herramientas y metodología de la mejora continua de la calidad
 - Identificación y priorización de oportunidades de mejora.
 - Análisis causal de la oportunidad de mejora.
 - Elaboración de proyectos de mejora.
 - Tipos de proyectos de mejora
 - Planificación de los ciclos de mejora
 - Monitoreo de los ciclos de mejora.

c.3) Estándares materno perinatales para puestos de salud

En julio del 2006, fueron lanzados por el MINSA los estándares de calidad materno perinatales para establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP); y unos meses después, los estándares infantiles para establecimientos que cumplen funciones de salud infantiles primarias (FIP). Ello originó que el personal a cargo de aplicarlos no fuera profesional o técnico de las cabeceras de microrred, sino personal técnico de la periferia, lo que obligó a su capacitación en metodología de aplicación de estándares y en procesos de mejora.

Los Directores de Atención Integral y responsables del Componente Niño, de Calidad y de la ENSSR de las DIRESAs organizaron las reuniones de capacitación⁴⁰ y asistencia técnica en las cabeceras de microrred para garantizar la participación directa del personal técnico en la capacitación, y no a través de réplicas.

El personal técnico y profesional de los puestos y centros de salud se sintió motivado por las capacitaciones y por la presencia de los funcionarios de las redes y DIRESA con quienes establecieron un diálogo productivo, al constatar los funcionarios en el propio terreno las limitaciones, las fortalezas y las condiciones materiales de los establecimientos de la periferia, lo que dio lugar a la propuesta de soluciones.

2.2.3.1.d Estándares de calidad infantiles

La preocupación por la atención del menor de cinco años hizo emerger, a partir de 1996, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI), en los establecimientos de salud del país que se institucionalizó en el 2006⁴¹ como estrategia de intervención dentro del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) para disminuir la morbilidad y mortalidad de las niñas y niños menores de 5 años. Como se sabe, la atención integral se orienta a atender al niño no sólo por lo que

⁴⁰ La capacitación incluyó:

- *Nociones generales acerca de la calidad en salud.*
- *El Sistema de Gestión de la Calidad*
- *Herramientas para medir y evaluar la calidad en salud*
- *Los estándares maternos para establecimientos primarios (FONP)*
 - *Instrumentos e Instructivos*
 - *Encuestas de satisfacción de usuario (APN y post parto)*
- *La Mejora Continua de la Calidad*
 - *Identificación y priorización de oportunidades de mejora.*
 - *Análisis causal de la oportunidad de mejora.*
 - *Elaboración de proyectos de mejora.*
 - *Tipos de proyectos de mejora*
 - *Planificación de los ciclos de mejora*
 - *Monitoreo de los ciclos de mejora.*

⁴¹ La RM 506-2005/MINSA institucionalizó la estrategia de atención infantil AIEPI

viene sino por lo que está latente; es decir, por problemas de salud ocultos o subestimados.

d.1) Los nuevos estándares infantiles.

Los estándares de calidad de salud infantil apuntan a una atención integral. En febrero de 2006, se coordinó con el Componente Niño de la Dirección de Atención Integral, para la elaboración e implementación de estándares de calidad de salud infantil para establecimientos que cumplen con funciones infantiles básicas y primarias (FIB y FIP). Se presentó una propuesta de estándares e indicadores e instrumentos para su medición, que se basó en la experiencia de aplicación de los estándares de calidad maternos perinatales. Dada la importancia que tiene para el MINSA el primer nivel de atención, se formularon estándares para establecimientos que cumplen funciones de salud primarias (FIP), teniendo en cuenta que los establecimientos de las categorías I-1, I-2 y I-3, serían los encargados de su aplicación. A partir de las experiencias de esta aplicación se podrían elaborar los estándares e indicadores para establecimientos I-4 que cumplen Funciones Infantiles Básicas (FIB); luego para los que cumplen Funciones Infantiles Esenciales (FIE); y finalmente, para los que cumplen con las Funciones Infantiles Intensivas (FII). En total se definieron 10 estándares e indicadores.

Estándares propuestos:

De estructura:

- “Capacidad Resolutiva de los establecimientos de salud en Recursos”. Una adecuada prestación de servicios a menores de 5 años requiere que los establecimientos en todos los niveles de función, cumplan con no menos del 80% de las funciones que les corresponden.

De Proceso:

- Sistemas de vigilancia de la salud del niño y niña en el contexto familiar y comunitario.
- Referencia y contra referencia efectiva de menores de 5 años.
- Atención integral de menores de 5 años garantizada por la metodología de AIEPI.
- Niños y niñas atendidos con un plan de atención integral.
- Padres y/o cuidadores, a la salida de la consulta, deben saber la situación de salud del niño o niña y los cuidados a brindarles en el hogar.

De Resultado:

- Niños y niñas de la jurisdicción del establecimiento de salud con partida de nacimiento.
- Niños y niñas con índices adecuados de crecimiento.
- Niños y niñas con índices adecuados de desarrollo.
- Niños y niñas con vacunas completas.

La propuesta, fue extensamente debatida con los funcionarios del nivel central, incorporándose sus aportes. A fines de mayo de 2006 se inició la aplicación de los estándares en Ayacucho y Cusco y luego en las otras regiones. Management Science for Health, MSH, que trabaja en salud infantil en las comunidades del Programa de Desarrollo Alternativo (PDA) se encargó de capacitar y transferir al personal de salud de esas jurisdicciones, el manejo de los instrumentos (estándares, instructivos, metodología, etc.) utilizados por el Acuerdo Cooperativo en su estrategia de mejora.

d.2 Aplicación simultánea de los estándares maternos e infantiles primarios en las microrredes.

En septiembre del 2006 cuando fueron lanzados los estándares infantiles primarios, se decidió continuar la estrategia de intervención que siguieron a los estándares maternos perinatales primarios; decidiéndose integrar los procesos de capacitación y monitoreo de ambos listados debido a que éstos son aplicados por el mismo personal de salud.

En virtud de los acuerdos entre los Directores de Atención Integral y responsables del Componente Niño, responsables de Calidad y de la ESSR de cada DIRESA, se organizó el cronograma de capacitación⁴² que incluyó la realización de Reuniones Técnicas para todo el personal de salud de la microrred orientadas a la aplicación de los estándares maternos e infantiles primarios, sin distinción del perfil profesional. A partir de estándares deficientes encontrados en cualquiera de los listados, se favoreció la elaboración y ejecución conjunta de proyectos de mejora. Se coordinó con la DECS del MINSA y sobre la base de la RM 640-2006 MINSA (Manual para la Mejora Continua de la Calidad), para aplicar una metodología común en la elaboración de esos proyectos.

2.2.3.1.e La Norma y los estándares de acreditación.

En el país, los antecedentes normativos más lejanos y directos de la acreditación de establecimientos de salud se remontan a junio de 1993 cuando la Alta Dirección del Ministerio de Salud nombró una Comisión Interinstitucional Sectorial para la

⁴² La capacitación incluyó:

- *Nociones generales acerca de la calidad en salud.*
- *El Sistema de Gestión de la Calidad*
- *Herramientas para medir y evaluar la calidad en salud*
- *Estándares maternos e infantiles para establecimientos primarios (FONP y FIP)*
 - *Instrumentos e Instructivos*
 - *Encuestas de satisfacción de usuario (APN y post parto)*
- *La Mejora Continua de la Calidad*
 - *Identificación y priorización de oportunidades de mejora.*
 - *Análisis causal de la oportunidad de mejora.*
 - *Elaboración de proyectos de mejora.*
 - *Tipos de proyectos de mejora*
 - *Planificación de los ciclos de mejora*
 - *Monitoreo de los ciclos de mejora.*

Acreditación de Hospitales, conformada por representantes de diversas instituciones del sector. Esa Comisión se encargó de desarrollar instrumentos de acreditación, como un Manual y una Guía para la Acreditación de Hospitales, aprobados recién en 1996. Entre 1997 y 1999 se puso en marcha el marco regulador así como los elementos y procesos requeridos para la ejecución del programa de acreditación, que incluía resoluciones que aprobaron el proceso para los hospitales públicos y privados, disposiciones para la autorización de los organismos certificadores, una oficina de coordinación, políticas y procedimientos, organismos de certificación y una resolución que promovía la auto-evaluación de los establecimientos de salud como un requisito para su acreditación.

Seis años de preparación y dos de implementación fueron poco exitosos: el Ministerio de Salud no reguló adecuadamente el proceso de acreditación y los Órganos Certificadores y Acreditadores, de naturaleza privada, rigieron el proceso y le infundieron su lógica rentista. Los costos eran prohibitivos para los hospitales públicos o de gestión mixta y sólo pudieron acreditarse seis grandes hospitales: cinco privados y uno de la Fuerza Armada, con el agravante de la práctica exclusión del primer y segundo niveles de atención. Hacia el año 2000, ante una rebaja desmesurada de costos y la consecuente pérdida de credibilidad y ante el desarrollo de propuestas alternativas desde los proyectos de inversión, la acreditación así iniciada languidecería hasta extinguirse.

Había consenso en el sector salud de mejorar el modelo de acreditación, haciéndolo unitario, democrático y equitativo, incluyendo a los recursos humanos (directivos y trabajadores de salud) que constituyen el elemento crítico para la acreditación y la mejora de la calidad. Desde inicios de la década de los noventa, superada la “década perdida” en salud, los proyectos de inversión y la cooperación internacional diversificada invierten en la capacitación de los trabajadores de salud.

Entre los años 1992 y 2000 el enfoque en la mejora del desempeño de los trabajadores se consolida en las políticas y en la práctica del Ministerio de Salud. A la luz de proyectos de mejora del desempeño, cercanas al concepto de competencias, se producen interesantes aprendizajes y lecciones no siempre asumidas por el MINSA. Las experiencias en la formación de destrezas clínicas, en la mejora de la prestación en el primer nivel de atención y en la auto supervisión de servicios de salud, son precursoras de un nuevo concepto para la acreditación, el cual otorga autonomía al esfuerzo de los propios equipos prestadores, vía la autoevaluación, y reserva para el MINSA el rol de regulación y promoción de la autorregulación, como expresiones de una voluntad de mejora de la calidad de atención en salud.

En diciembre de 2001, el Ministerio de Salud institucionalizó sus políticas sobre calidad con la aprobación del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad en Salud identificándola como un principio básico de la atención de salud. Establece que la calidad es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud en la búsqueda constante de la satisfacción del usuario. En el 2002 se elabora los estándares e indicadores de calidad para el primer nivel de

atención, concertado con equipos de las direcciones desconcentradas del Ministerio de Salud, entidades públicas y privadas involucradas en el tema y organismos de cooperación técnica.

Entre el 2003 y el presente, el MINSA ha sido ambivalente respecto del inicio de los procesos de acreditación, al margen de la puesta en marcha de un conjunto de otros requerimientos planteados para dar forma al Sistema de Gestión de la Calidad, que se revisó y revalidó en mayo del 2006, justo al iniciarse un nuevo gobierno en el país.

La aprobación de la Norma Técnica de Acreditación N° 050-MINSA/DGSP-V.02 se da en este contexto. Fue aprobada en primera instancia el 26 de julio del 2006, revisada y aprobada por segunda vez con muy pocas enmiendas el 4 de junio del 2007. La Norma vigente recoge aspectos que ya existían en la primera versión y que se refieren a la autoevaluación como primera fase del proceso de mejora de la calidad, la composición plural de las comisiones de acreditación, el criterio descentralizado de la operación y la previsión de incentivos para los establecimientos acreditados, entre otros.

No obstante los progresos mencionados, la Norma y el correspondiente Listado de Estándares de Acreditación fue resultado de un vasto, arduo y, por momentos, innecesario ejercicio de revisión matizada por discusiones teóricas e ideológicas lideradas por el MINSA, cuyo rol normativo es muchas veces paradójico en tanto que ante la ausencia de lineamientos de la carrera pública, seguirá vigente las decisiones de los funcionarios que anteponen sus criterios a las necesidades del país.

e.1) Aplicación de los estándares de acreditación para establecimientos de salud.

Desde fines de 2005, la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud (DECS) fortalece el Componente de Garantía y Mejora de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad, entre otras cosas, con la Acreditación de establecimientos de salud. El proyecto participó en la elaboración y validación de la Norma Técnica de Salud N° 050-2006/MINSA/DGSP- V.1 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, así como en la de los Listados de Estándares para la acreditación de dichos establecimientos, aprobados por RM 703-2006/MINSA, el 26 de julio del 2006. La segunda versión de la Norma de Acreditación fue aprobada en junio de 2007 con la RM 456-2007/MINSA.

El proyecto contribuyó a su aplicación en las DIRESAs de San Martín, Cusco y Huanuco. Mediante Reuniones Técnicas se capacitó a funcionarios, evaluadores internos y personal de salud de hospitales y microrredes en los temas siguientes:

- Calidad de atención en los establecimientos de salud de la región
- Sistema de Gestión de la Calidad
- Acreditación en salud: Alcance de la Norma e instrumentos
- Autoevaluación primera fase del proceso de Acreditación

- Conceptos y metodología de las técnicas de evaluación para la acreditación.
- Análisis de las técnicas para la Autoevaluación
- Listado de estándares para la evaluación interna en establecimientos de salud
- Software de Acreditación
- Experiencia en campo: aplicación del listado de estándares
- Elaboración del plan para la Autoevaluación de sus establecimientos de salud
- Conclusiones y compromisos

e.2) Sensibilización sobre la norma de acreditación en las DIRESAs.

Participaron funcionarios de la DIRESA y comprendió la difusión de las responsabilidades y tareas derivadas de la Norma; y la elaboración conjunta de un plan de trabajo para su implementación en hospitales y microrredes. Se crearon los Comités de Acreditación de hospitales y microrredes; se seleccionó al personal de salud técnico y administrativo y se capacitó a Evaluadores Internos en la autoevaluación de estándares de acuerdo a la categoría de los establecimientos de salud.

e.3) Aplicación inicial de la Norma de Acreditación en la Región San Martín.

En San Martín, 20 microrredes participaron de la capacitación sobre la norma. Los procesos de autoevaluación se realizaron en establecimientos de salud de cuatro microrredes que aplicaron, de acuerdo a su categoría, el listado de estándares de acreditación. Como se aprecia en el cuadro 11, en esta primera medición la gran mayoría no alcanzó a cumplir ni con el 50% de los estándares, lo que pone en evidencia las precarias condiciones en las que estos establecimientos brindan sus atenciones. Sólo el Centro de Salud Japelacio, cabecera de la microrred del mismo nombre, superó el 85% de los estándares solicitados para su categoría (I-3). No ocurre lo mismo con los tres establecimientos de su jurisdicción.

Los resultados muestran que las principales deficiencias se encuentran en los macroprocesos relacionados con la prestación, especialmente atención ambulatoria, hospitalización y emergencia. Le siguen en orden de importancia, los macroprocesos sobre la referencia y contrarreferencia, la gestión de medicamentos, información, insumos y materiales, y equipos e infraestructura. Estos resultados son una clara manifestación de la precariedad con la que desarrollan sus actividades los establecimientos del primer nivel de atención; y al mismo tiempo son un llamado a desarrollar una fuerte inversión en la formación de los recursos humanos y en la adquisición y mantenimiento de equipos e insumos. La DIRESA San Martín continúa el proceso y la responsable de calidad realiza reuniones de análisis con las microrredes, impulsando la elaboración de proyectos de mejora para superar los estándares deficientes.

Cuadro 11: Resultados de la autoevaluación de estándares de Acreditación en San Martín

Red	Microrred	Establecimiento	Pun-taje	Calificación
San Martín	Urbana 2	CS Morales	33	No Acredita
		PS Catacachi	37	No Acredita
		PS San Antonio Río Mayo	17	No Acredita
		PS Churuzapa	19	No Acredita
		Las Flores de Río Mayo	11	No Acredita
		PS Rumizapa	24	No Acredita
		PS Maceda	18	No Acredita
		PS Panchilla	12	No Acredita
		PS Santa Ana Río Mayo	10	No Acredita
		CS Cuñumbuque	39	No Acredita
	Cuñumbuque	PS San Rafael de Río Mayo	6	No Acredita
		CS Zapatero	39	No Acredita
		PS Nuevo Celendin	46	No Acredita
		PS Progreso	11	No Acredita
		PS Uchumullaca	22	No Acredita
		PS Carañayacu	12	No Acredita
		PS Santa Cruz de Shitarayacu	20	No Acredita
		PS Bagazan	5	No Acredita
		PS Nuevo Mundo	32	No Acredita
		PS San Juan de Talliquihui	28	No Acredita
PS Alto Andino	25	No Acredita		
Rioja	San Fernando	PS Atumplaya	42	No Acredita
		PS Perla Mayo	39	No Acredita
		CS San Fernando	29	No Acredita
Moyobamba	Jepelacio	CS Jepelacio	89	Acredita
		PS Carrizal	36	No Acredita
		PS Shucshuyacu	48	No Acredita
		PS Nuevo San Miguel	53	No Acredita

e.4) El proceso de Acreditación de establecimientos de salud en la región Cusco.

En Cusco, la Acreditación en los hospitales Regional y Antonio Lorena y en las microrredes de las redes La Convención y Cusco Norte, fue asumida por la Dirección de Calidad y Gestión Sanitaria de la DIRESA. El personal⁴³ tuvo una respuesta heterogénea. Si bien reconocen la importancia de la acreditación, desconfían de su capacidad para lograrlo. A ello contribuye la disconformidad con la actual categorización de los hospitales, las deficiencias en la infraestructura y equipamiento, la inoperancia de algunas gestiones, la pérdida de identidad hacia la institución, la frustración y descontento de los trabajadores, y un enrarecido clima organizacional, entre otros.

Los avances fueron lentos. Tomó muchas semanas elegir los Comités de Acreditación y los Evaluadores Internos y más tiempo aún para organizarse y

⁴³ Directores y Sub-Directores; equipos de gestión, equipos de calidad y jefaturas de departamento y servicio

conducir la autoevaluación. Pese a ello, paulatinamente los trabajadores y directivos vienen asumiendo el reto de mejorar la calidad de atención de los dos hospitales de mayor capacidad resolutive de la región.

El trabajo con las microrredes fue menos complicado. Con las redes La Convención y Cusco Norte se estableció un cronograma para la información del personal y capacitación de evaluadores internos de cada microrred. Los primeros resultados de la autoevaluación están previstos para el mes de noviembre del 2007. El cronograma incluyó el monitoreo y supervisión de los procesos de Autoevaluación, la implementación de ciclos de mejora por parte de las redes; así como la supervisión final por la DIRESA.

2.2.3.1.f La Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia

En el año 2004, el MINSA publicó la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”⁴⁴, para garantizar la continuidad de la atención dentro del Modelo de Atención Integral de Salud organizando los establecimientos en redes, en el contexto de la Descentralización y los derechos ciudadanos a la salud. La Norma incluye procesos y procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Nacional.

Durante el 2005 y 2006 se difundió la norma en diversos talleres macro regionales con participación del personal de las DIRESAs y redes. Cada región, a su vez, organizó las estructuras y procedimientos necesarias para la referencia y contrarreferencia; articulados al Seguro Materno Infantil, (SMI), y al Seguro Integral de Salud (SIS).

f.1) La Referencia y Contrarreferencia, SRC, un macroproceso de calidad para la acreditación de los establecimientos de salud.

El decimoquinto Macroproceso de la Norma para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo es la Referencia y Contrarreferencia⁴⁵ que tiene como objetivo garantizar la continuidad de la atención de salud en una red de servicios, incluyendo la participación de la comunidad. Este macroproceso cuenta con cuatro estándares y trece criterios de evaluación, cuyo cumplimiento asegura que los usuarios de los servicios de salud sean bien atendidos.

⁴⁴ RM 751-2004/MINSA que aprueba la NTS 018/MINSA/DGSP-V01 del 26 de julio de 2004 cuya implementación está a cargo de las Direcciones Ejecutivas de Servicios del nivel central y las DIRESAs.

⁴⁵ El Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud se basa en principios de universalidad del acceso, equidad, integralidad de la atención, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana. En consecuencia, todos los servicios -promoción, prevención, recuperación o rehabilitación- que recibe una persona, en el establecimiento o en otros espacios deben estar interrelacionados en una continuidad que busca que el usuario sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema ordenado integrando la atención promocional, preventiva y recuperativa y articulándolas por niveles de resolución.

f.2) Implementación de la Norma de Referencia y Contrarreferencia.

Las Direcciones Ejecutivas de Servicios de las DIRESAs, con el apoyo del MINSA, organizaron la parte administrativa y asistencial del personal de salud por niveles de complejidad de los establecimientos en las regiones para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Esta tarea fue complicada por los pocos recursos asignados y la alta rotación del personal. El Proyecto brindó asistencia técnica para el diagnóstico del sistema en cada región y para el intercambio de experiencias. Se encontró que a nivel hospitalario, redes y DIRESA la implementación del sistema era bueno, pero en las microrredes era necesario fortalecer la organización de la comunidad para las referencias. Este es justamente uno de los indicadores de los acuerdos de gestión suscritos por las DIRESAs.

Durante la implementación de la Norma, surgió la necesidad de contar con una herramienta informática para el registro de indicadores de RC cuantitativos y cualitativos. Pasco, Cusco, Junín y Huánuco elaboraron cada uno un software local, usándose varias estrategias para compartir lecciones aprendidas: talleres macro regionales para el intercambio de avances en diseños informáticos para el SRC, radio conferencias para compartir las experiencias de hospitales y unidades operativas en la aplicación de un instrumento de medición de la calidad de atención de las referencias y pasantías (red Oxapampa) para el aprendizaje “in situ” de la documentación del sistema. En las 7 regiones, el Proyecto y las DIRESAs, seleccionaron redes piloto (véase el cuadro 12) para asegurar la implementación completa del sistema, actualizando sus mapas de flujo y listado de servicios ofrecidos por los establecimientos de salud que componen la red.

Cuadro 12: Redes priorizadas para la implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Región	Red	N° de Microrredes
Ayacucho	Huanta	2
Cusco	Red Cusco Norte	12
Huanuco	Leoncio Prado	10
Junín	Chanchamayo	4
Pasco	Oxapampa	7
San Martín	San Martín	9
Ucayali	Coronel Portillo	5

De todos los proyectos elaborados para la mejora continua de la calidad, un 22% tenía la finalidad de dinamizar e implementar el sistema de referencia y contrarreferencia en los establecimientos de salud intervenidos en el proyecto.

2.2.4 Información para la Calidad: Instrumentos

El Acuerdo Cooperativo ha contribuido a la información para la calidad con instrumentos informáticos que continúan los avances del Proyecto 2000 y del proyecto Catalyst en este campo:

2.2.4.1 Para acreditación de establecimientos de salud

2.2.4.1.a Sistema de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Aplicativo Acreditación 1.0

El Aplicativo ACREDITACION 1.0 es un instrumento para la captura y almacenamiento digital oportuno y confiable de datos registrados en los “Formatos de evaluación para la acreditación de establecimientos”, útil para la toma de decisiones de las redes de salud, DIRESAS y el MINSA. El Aplicativo Acreditación incluye una interfase visual, intuitiva y amigable y un manejo interno de reglas de negocio (validaciones) con mensajes de ayuda y opciones que facilitan el uso del teclado, que lo hacen fácil de usar y adaptable a diferentes usuarios reduciendo el tiempo de aprendizaje de su uso y los costos de capacitación. Las características y requerimientos del sistema se encuentran en el Anexo 7.

2.2.4.2 Para estándares materno perinatales

2.2.4.2.a Sistema de Información Materno Perinatal mejorado (SIP2000)

La atención de gestantes y recién nacidos utiliza el Sistema de Información Materno Perinatal (SIP2000) para registrar datos sobre el estado de salud de la gestante o puerpera, el desarrollo del feto y la evolución del recién nacido; así como otra información diagnóstica, terapéutica y de gestión de la atención materno-perinatal, desde la primera a la última atención. Con ello se monitorea y evalúa la evolución de pacientes en forma individual y agregada para la toma de decisiones basada en evidencia como parte de la mejora continua.

Mediante el SIP 2000 se obtiene indicadores permanentes sobre una condición o situación en diferentes etapas de la gestación: prenatal, parto, atención del aborto incompleto, atención de complicaciones de la gestación, egreso materno, atención del recién nacido y estado del egreso del recién nacido. Facilita la automatización de la información clínica, (que pasa de un modelo clásico de formato en papel a uno electrónico), útil para el establecimiento, el personal de salud y los pacientes, al procesar oportunamente los datos.

El SIP 2000 fue aprobado por Resolución Ministerial 008-2000-SA/DM del 17 de enero de 2000 (véase anexo 8) que dispone su uso obligatorio en todos los establecimientos de las Direcciones Regionales y Sub Regionales de Salud, y el

Instituto Materno Perinatal, y encarga a la Dirección General de Salud de las Personas su implementación. Los instrumentos del SIP 2000 son:

- Historia Clínica Materno Perinatal
- Carné de Control Prenatal, y
- Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales

Estos instrumentos reemplazan la Historia Clínica Perinatal Base y el Aplicativo Analítico del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)⁴⁶ a partir de los cuales fueron desarrollados. En los últimos tres años este sistema fue optimizado con MODULOS COMPLEMENTARIOS que permiten el cruce automático de variables.

a.1) Componentes del sistema

1. Historia Clínica Materno Perinatal (HCMP)

La Historia Clínica Materno Perinatal donde se registra los datos que proporciona la paciente y lo que observa el examinador en cada atención, desde la primera atención prenatal.

Estructura de la HCMP (Véase el anexo 9)

La Historia consta de cuatro páginas que contienen lo siguiente:

Página 1	Página 2	Página 3	Página 4
Filiación y antecedentes	Observaciones principales de la atención prenatal.	Atención del Parto/ Atención post Aborto	Egresos y Reingresos
Datos basales del embarazo actual	Indicaciones específicas de la atención prenatal	Atención del Recién nacido	Indicaciones al alta
	Patologías Maternas, con fecha y diagnóstico de enfermedades o eventos que experimenta la gestante siguiendo la codificación CIE10.	Puerperio	Epicrisis
	Principales y más frecuentes patologías relacionadas con la gestación, parto y puerperio.	Principales y más frecuentes patologías relacionadas con el recién nacido.	Indicaciones principales de parto operatorio o inducción y medicación

⁴⁶ La Historia Clínica Materno Perinatal se desarrolló en base a la Historia Clínica Perinatal Base del CLAP. Participaron: el personal de salud que brinda atención materna y perinatal de todos los niveles y categorías de establecimientos; expertos nacionales así como miembros de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología y de la Sociedad de Pediatría a través de Talleres Nacionales multidisciplinarios. Se validó en 18 Hospitales, 32 Centros de salud y 72 Puestos de Salud y en la actualidad su uso se ha extendido a más del 80% de establecimientos del Ministerio de Salud.

2. Carné Materno Perinatal (CMP), véase el anexo 10.

Registra de manera sistemática datos de cada atención pre natal desde la primera cita. Tiene el propósito que la gestante lleve consigo permanentemente información actualizada sobre la evolución de la gestación para ser usado ante la eventualidad que acuda a otro establecimiento de salud. El carné contiene las curvas de “Altura Uterina por Edad Gestacional” (percentiles 10 a 90) y las curvas de “Ganancia de Peso por Edad Gestacional” (percentiles 25 a 90) desarrollados por el CLAP.

3. Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales

El Aplicativo Analítico es un software en el que se capta y almacena digitalmente los datos registrados en la Historia Clínica Materno Perinatal (HCMP) a partir del cual se puede generar información oportuna y confiable para la construcción de indicadores de atención materno perinatales que ayuden a la toma de decisiones basada en evidencias en diferentes niveles de atención del sistema de salud.

Este Aplicativo fue desarrollado priorizando una interfase amigable que facilita su uso. Los datos se ingresan desde la primera atención prenatal y sistemáticamente en cada cita, de modo que es un seguimiento permanente de la gestante evaluando cada etapa del proceso de la gestación, parto, puerperio, la evolución del desarrollo del feto y la atención del recién nacido. Permite programar visitas domiciliarias a las gestantes que no acuden a sus citas o cuando siendo portadoras de algún factor de riesgo, es necesario un acompañamiento más cercano.

4. Partes del Aplicativo

Parte I: Filiación y antecedentes: Para el ingreso de datos de filiación, antecedentes obstétricos, antecedentes familiares y personales y datos de la gestación previa, si fuera el caso. Los datos que significan ALERTA aparecen en amarillo.

Parte II: Datos Basales del Embarazo actual: Se anotan datos sobre el peso habitual y actual y talla, fecha de la última menstruación, dosis de vacuna antitetánica previas y actuales, tipo de sangre de la gestante, hospitalización o atenciones en emergencia, pruebas de serología luética y hemoglobina de acuerdo a las normas del MINSA, psicoprofilaxis y examen clínico general, así como algunos análisis especiales.

Parte III: Controles prenatales: Para ingresar datos de cada control y acceder a cada uno de ellos. Grafica la altura uterina en relación a la edad

gestacional y la ganancia de peso materno en base al peso habitual siguiendo las Tablas elaboradas por el CLAP

Parte IV: Patologías maternas: Permite ingresar los diagnósticos de las diferentes patologías maternas de acuerdo al CIE 10 y con la fecha en que se realiza el diagnóstico

Parte V: Parto y Post aborto:

Parte VI: Patologías Neonatales: Para ingresar los diagnósticos de las diferentes patologías del recién nacido de acuerdo al CIE 10, incluyendo la fecha del diagnóstico

Parte VII: Recién Nacidos, Egresos y Reingresos:

5. Estructura del Aplicativo (Véase el anexo 11)

Al abrir el Aplicativo, en la pantalla aparecen iconos para cada tipo de reportes que son posibles de obtener, éstos son:

- Base de Datos: Contiene información sobre el total de gestantes atendidas en el establecimiento en diferentes gestaciones, el número de Historias Clínicas existentes respecto a atención prenatal y partos, incluyendo la fecha de las citas.
- Edición: Permite agregar nuevas atenciones de un mismo embarazo y de embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc). Puede hacerse la búsqueda de Historia Clínicas de pacientes que han tenido su parto o que todavía están en control.
- Calidad: Muestra los reportes relacionados con la calidad de la información, por ejemplo el Control de llenado o las inconsistencias.
- Indicadores: Muestra reportes sobre la frecuencia de patologías, su distribución y un grupo de indicadores pre establecidos de calidad de atención
- Análisis: Contiene estadísticas de salud, cruce de variables y estimación de riesgos
- Herramientas: Permite configurar al establecimiento, a la red y al personal que labora en el área materno infantil. Presenta las Tablas utilizadas en la elaboración del Sistema
- Reportes: Proporciona datos de gestantes con patologías críticas, que acuden o no a sus controles, causas de mortalidad, e información de gestantes cuyos parámetros de medición no concuerdan con la edad gestacional
- Ayuda: Es parte del sistema y responde a las dudas sobre el manejo del Sistema

a.2) Módulo complementario BABIES⁴⁷

El nombre del módulo deriva del plural de la palabra bebé en Inglés, BABIES, e incorpora dos variables: a) peso al nacimiento, y b) edad al falleciendo del feto o del recién nacido que se considera son indicativos del estado de salud materna, la condición social de las mujeres y el pronóstico para la supervivencia neonatal. Ambos indicadores se combinan en la matriz BABIES lo que la convierte en una herramienta simple pero poderosa que permite definir el problema, evaluar el desempeño, elegir la intervención, y monitorear y evaluar el proceso.

B: BIRTHWEIGHT (Peso al nacer)
A: AGE OF DEATH (Edad al morir)
B: BOXES (Casilleros)
I: INTERVENTION
E: EVALUATION
S: SYSTEM

BABIES ordena el grupo de peso al nacer y edad al morir dentro de casilleros derivados de estas dos variables. Los casos están agrupados por categorías de intervención por lo que son una herramienta útil para la toma informada de decisiones que puede utilizarse en todos los niveles: comunidad, puestos de salud, centros de salud, hospitales y en DIRESAS.

De la base de datos del SIP 2000, BABIES utiliza las variables de peso al nacer y edad al fallecimiento para obtener frecuencias de fallecimientos y tasas específicas de mortalidad por mil nacidos de un determinado grupo. Esto cambia la mirada uni-dimensional habitual de la mortalidad (por peso o por edad gestacional) a otra bi-dimensional donde se cruza el peso y la edad. La comparación en el tiempo de los indicadores derivados de estas variables combinadas permitirá conocer las principales causas de muerte y definir las intervenciones para prevenir la muerte materna e infantil.

Reporte del módulo BABIES (Véase el anexo 12)

a.3) Módulo Partos Probables

Ofrece un listado de los partos que deben ocurrir en un periodo de tiempo en la jurisdicción de un establecimiento permitiéndole identificar a las gestantes próximas al parto y seguirlas para que el parto sea institucional. El módulo alerta sobre algún antecedente de la gestante que debe ser considerado durante la atención (por ejemplo, cesáreas, cuántas son, embarazos múltiples, etc.) para proceder correctamente y realizar una referencia que evite daños a la paciente. El Reporte de este módulo indica la fecha probable de parto en base a la regla de

⁴⁷ Fue construido para el SIP 2000 en base a un grupo de indicadores desarrollados en el CDC de Atlanta con el apoyo de CARE y utilizado exitosamente en Tanzania.

Walt o la regla de Nagele, el número de historia clínica, el nombre de la gestante, su dirección y antecedentes importantes.

Reporte del Módulo de Partos Probables (Véase el anexo 13)

a.4) Módulo Complementario de Referencia y Contrarreferencias:

Permite conocer las causas por las que se refiere una gestante a un determinado establecimiento siguiendo la definición de diagnóstico establecido en el CIE X.

a.5) Módulo De Recién Nacidos Fallecidos

Ofrece información específica sobre recién nacidos vivos que fallecen. El reporte indica el número de historia del recién nacido, su nombre, el número de historia clínica de la madre, nombre de la madre, fecha de terminación de la gestación, peso del recién nacido al momento del nacimiento, la edad gestacional al nacimiento y el motivo principal del fallecimiento.

Reporte de Recién Nacidos Fallecidos (Véase el Anexo 14)

a.6) Módulo de Informe de Producción de Servicios Materno Perinatales

Ofrece información para la Estrategia de Salud Reproductiva del MINSA sobre la producción de los servicios de salud. Incluye todos los niveles de atención y contribuye a reducir significativamente el tiempo de recolección de datos optimizando el tiempo dedicado a la prestación de servicios de salud. La información recogida se refiere al tipo de gestación (bajo riesgo, alto riesgo), visitas domiciliarias brindadas, frecuencia de las atenciones prenatales, atenciones de adolescentes, pruebas clínicas, lugar de atención del parto y tipo de personal que lo realiza, tipo de parto y condiciones del recién nacido. También sobre patologías críticas relacionadas con la gestación y que pueden tener repercusión en el recién nacido.

Reporte del módulo de producción de servicios (Véase el anexo 15)

2.2.4.2.b Funciones Obstétricas y Neonatales

Para registrar el cumplimiento de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos se utiliza el Aplicativo FON que es un software en el que se captura y almacena digitalmente los datos registrados en los “Formatos FON”. Su objetivo es recopilar información oportuna y de calidad para generar indicadores de gestión para la toma de decisiones de las Redes, DISAS y el nivel Central del MINSA, en lo que atañe a la asignación de recursos a los establecimientos. Fue desarrollado usando una interfase visual, intuitiva y amigable y con un manejo interno de las reglas de negocio

(validaciones) que facilita su uso por todos los usuarios. La capacitación en su manejo es sencilla y poco costosa.

Las características del Aplicativo FON, los requerimientos del sistema y su forma de uso se presentan en el anexo 16.

2.2.4.3 Para estándares infantiles

Los Estándares Infantiles para establecimientos que cumplen Funciones Infantiles Primarias se desarrollaron y difundieron en Establecimientos del Nivel I-1, I-2 y I-3 (básicamente Puestos de Salud y Centros de Salud sin internamiento) donde fueron validados.

Como fuente principal de datos se utiliza la Historia Clínica del Niño oficializada en las Normas de Atención de la Niña y el Niño. En el desarrollo del Aplicativo Informático el Proyecto trabajó en coordinación con MSH y el MINSA. Las actividades incluyeron:

- Adecuación de la metodología de desarrollo del aplicativo informático materno perinatal (SIP2000) al área infantil.
- Evaluación de las variables de la historia clínica para informatizarla.
- Transferencia del diseño del aplicativo a MSH para su desarrollo

La Historia Clínica del Niño fue modificada por el MINSA lo que obliga a cambios en el aplicativo que está a cargo de MSH.

Al concluir el Acuerdo Cooperativo se han elaborado los Estándares e Indicadores Infantiles Básicos (FIB) para Centros de Salud tipo I-4, que están en fase de validación en octubre de 2007. Se usará la Historia Clínica del Niño como fuente de datos.

2.2.4.4 Para Referencia y Contrareferencia

Al finalizar el Proyecto, se cuenta con un software para la captura de datos sobre referencia y contrareferencia de pacientes, cuya versión final fue revisada en Septiembre de 2006.

El desarrollo del software se inició entre abril y julio de 2006, con el intento fallido que las DIRESAS de Pasco y Junín trabajen coordinadamente para que las otras cinco regiones del proyecto implementen este software y posteriormente el MINSA en todo el país. Como esto no prosperó, se eligió trabajar con el software de la DIRESA Pasco, por ser más sencillo y viable de replicar en otras regiones.

Las observaciones presenciales en Oxapampa, Villa Rica (y las realizadas en Satipo, Chanchamayo y Tarma; las coordinaciones con las DIRESAS Huancavelica y Cusco) y las coordinaciones con el MINSA, revelan que las principales limitaciones para contar con indicadores de referencia y contrareferencia tienen que ver con los exiguos

recursos financieros y de personal, lo que impide el registro oportuno de datos, su análisis y la toma de decisiones en base a ellos.

El aplicativo desarrollado por la región Pasco tiene un enfoque local; no obstante, puede implementarse en otras regiones como una etapa inicial para no retrasar más el registro de las referencias y contrarreferencias y obtener los indicadores eficientemente. Para el futuro se debe adecuarse este aplicativo a los estándares de software del MINSA.

Al cierre del proyecto, Pasco y Junín están implementando el software que cada una desarrolló; mientras que Huancavelica creó un instrumento de monitoreo de Referencias y contrarreferencias en EXCEL.

2.2.4.5 Para Certificación periódica de Profesionales médicos

Para el registro de expedientes de los postulantes a recertificar como médicos generales o especialistas, se ha diseñado un sistema de información denominado Sistema de Certificación y Recertificación del Colegio Médico del Perú. Esta es una herramienta informática en la que se compila y procesa la evaluación de cada postulante por los Comités de Revisión del Colegio Médico del Perú. Para más detalles de este instrumento véase el anexo 17.

Consta de los siguientes íconos:

Menú Principal

Se utiliza para registrar los expedientes, los estados (Recibido, en Revisión, Aprobado, Desaprobado), los Comités de Revisión y los Usuarios operadores del Sistema SISTCERE.

Expedientes (Entrada de Datos)

Se utiliza para registrar los datos de los expedientes recibidos, una vez ingresados los usuarios operadores de SISTCERE, pueden registrar el estado de la evaluación (en Revisión, Aprobado, Desaprobado) según sea el caso del expediente.

PRODUCTO ESTRATÉGICO 1: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LOGROS	
PLANEAMIENTO DE LA CALIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planes de Trabajo de las Direcciones y/o Unidades de Calidad de las DIRESAs Junín, Pasco, Huánuco, Cusco, San Martín y Ucayali aprobados por las Direcciones Generales respectivas. ➤ Medición y mejora continua de estándares de calidad materno-perinatales incorporadas a los Planes Operativos Anuales (POA) de las DIRESAs Junín, Pasco, Huánuco, Cusco, San Martín y Ucayali. ➤ Autoevaluación de estándares de Acreditación en MR-piloto incorporada a los Acuerdos de Gestión 2007 entre la DECS del MINSA y las DIRESA Junín, Pasco, Huánuco, Ayacucho, Cusco, San Martín y Ucayali. ➤ 100% de microrredes (12) de las redes Tarma, Chanchamayo y Satipo, y el Hospital El Carmen de la región Junín participaron del piloto de Validación de los Estándares de Acreditación para las categorías I-1; I-2; I-3; I-4; II-1 y II-2 incluidos en la Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V.01 2006. 	
ORGANIZACIÓN DE LA CALIDAD	
Región	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 04 Comités Técnicos Regionales del Sistema de Gestión de la Calidad (CTR-SGC) conformados y oficializados: Junín, Pasco, Huánuco y Cusco. ➤ 90% de integrantes de los Comités Técnicos Regionales de Junín, Pasco, Huánuco y Cusco capacitados en Gestión de la Calidad y Mejora Continua
DIRESA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación y oficialización de Equipos de Gestión de la Calidad en las DIRESAs Junín, Pasco, Huánuco, Cusco, San Martín y Ucayali. ➤ Conformación de Comisiones de Acreditación y equipos de Evaluadores Internos para la Autoevaluación de estándares de acreditación en los Hospitales Antonio Lorena y Regional del Cusco. ➤ 100% de funcionarios de la DIRESA San Martín y 40% de funcionarios de las DIRESAs Junín, Pasco, Huánuco, Cusco y Ucayali capacitados en Gestión de la Calidad y Mejora Continua.
Redes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 86% (19) de redes intervenidas en las 7 regiones con Equipos de Calidad (integrados por: responsables de calidad, de estrategia de salud sexual y reproductiva y del componente niño) ➤ 100% (19) de hospitales de las 7 regiones con Equipos de Calidad (integrado por personal de los servicios materno y neonatología) ➤ 70% del personal de los servicios materno y neonatología de los hospitales de las 7 regiones (que cumplen con FONE) capacitados en medición y mejora de estándares maternos
Microrredes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 69% (76) de microrredes intervenidas en las 7 regiones cuentan con Equipo de Calidad integrado por los responsables de calidad, de la estrategia de salud sexual y reproductiva y del componente niño. ➤ 69% (76) de Equipos de Calidad de las microrredes intervenidas en las 7 regiones capacitados en mejora de la calidad y medición de estándares de primer nivel y maternos perinatales básicos y primarios e infantiles ➤ 50% (20) de microrredes de la región San Martín cuentan con Comisiones de Acreditación y equipos de Evaluadores Internos capacitados en la 1ra fase de la Acreditación (Autoevaluación). ➤ 45% (17) de microrredes de la región Cusco cuentan con Comisiones de Acreditación y equipos de Evaluadores Internos capacitados en la 1ra fase de la Acreditación (Autoevaluación).

LOGROS	
GARANTIA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	
DIRESA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipos de Calidad de las DIRESAs de San Martín, Huánuco y Ayacucho ejecutan proyectos de mejora en sus establecimientos. Algunos de sus establecimientos han merecido el primer lugar en los Encuentros Nacionales de Experiencias Exitosas en Calidad organizados por la DECS del MINSA entre los años 2004 y 2006.
Red	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100% (19) de hospitales de Junín, Pasco, Huánuco, Ayacucho, Cusco, San Martín y Ucayali evalúan los estándares de calidad maternos para establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE). ➤ 100% (19) de hospitales de Junín, Pasco, Huánuco, Ayacucho, Cusco, San Martín y Ucayali elaboraron proyectos de mejora de estándares de calidad maternos para establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE).
Microrred	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 70% (79) de microrredes de Junín, Pasco, Huánuco y San Martín evalúan estándares de calidad del primer nivel de atención en sus establecimientos. ➤ 90% ((174) de microrredes de Junín, Pasco, Huánuco, Ayacucho, Cusco, San Martín y Ucayali evalúan estándares de calidad maternos y perinatales para establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales básicos (FONB). ➤ 80% (155) de microrredes de Junín, Pasco, Huánuco, Ayacucho, Cusco, San Martín y Ucayali evalúan estándares de calidad maternos y perinatales para establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales primarios (FONP). ➤ 63% (70) de microrredes intervenidas en las regiones de Junín, Pasco, Huánuco, Ayacucho, Cusco, San Martín y Ucayali evalúan estándares de calidad infantiles para establecimientos que cumplen con funciones infantiles primarias, (FIP) ➤ 20% (4) de microrredes de la región San Martín cuentan con resultados de la primera autoevaluación de estándares de acreditación. ➤ 2 microrredes de San Martín (Jepelacio el 2005 y Huimbayoc el 2007) ganaron el Reconocimiento a la Gestión de los Proyectos de Mejora otorgados por la Sociedad Nacional de Industrias.
SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD	
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 31 de las 34 regiones de salud del país (excepto Puno, Ica, Callao, incluyendo las 7 del proyecto) utilizan el FON para realizar el diagnóstico de su capacidad resolutive basada en recursos. ➤ 30 de las 34 regiones de salud del país (excepto Puno, Ica, Callao, Lima, incluyendo las 7 del proyecto) utilizan el SIP2000 para registrar información de las historias clínicas maternas y perinatales en sus principales hospitales. ➤ 20 de las 34 regiones de salud del país (incluyendo las 7 del proyecto) cuentan en sus DIRESAs con personal capacitado para utilizar el Aplicativo de ACREDITACION para procesar las autoevaluaciones de los estándares de Acreditación. ➤ 850 establecimientos de salud reportan y/o registran historias clínicas maternas y perinatales en el SIP2000. ➤ El Colegio de Médico del Perú lleva un registro de médicos recertificados a nivel nacional en el Aplicativo del SISTECERE.

LOGROS	
DIRESA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las DIRESAs Pasco y Junín han desarrollado un aplicativo para registrar las referencias y contrarreferencias en sus regiones, las que fueron propuestas al MINSA para ser utilizados a nivel nacional a fin de obtener indicadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.