

**Mejorar la Salud de los Peruanos en Riesgo**

**Resultado 1: Servicios de Calidad accesibles y utilizados**

**Establecer mecanismos Normativos**

**Mejorar los servicios de salud**

**Apoyar la seguridad anticonceptiva**

**Resultado 2: Población practicando conductas saludables**

**Comunicación y educación para la promoción de la salud**



# Mejorando la Salud de los Peruanos

(Acuerdo Cooperativo: CA 527-A-00-04-00109-00)

*Proyecto conjunto con el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales, los Gobiernos Locales y la sociedad civil*

## Informe Final (2004-2007)

Lima, 2007



## **AGRADECIMIENTO**

*A los gobiernos regionales, locales y comunales, a los funcionarios y equipos técnicos del Ministerio de Salud, otras instituciones públicas y privadas, a los equipos humanos en todos los niveles y a la sociedad civil organizada que con su compromiso, entusiasmo y aportes hicieron posible el desarrollo del Proyecto. El trabajo solidario y de consenso que caracterizó las diferentes actividades, continua contribuyendo a lograr la mejora en la calidad de servicios de salud, comunidades saludables para alcanzar el desarrollo humano.*



# CONTENIDO

<i>AGRADECIMIENTO</i> .....	<i>iii</i>
<i>PRESENTACIÓN</i> .....	<i>xi</i>
<i>ACRÓNIMOS</i> .....	<i>xiii</i>
<b>A. RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>1</b>
<b>B. ANTECEDENTES</b> .....	<b>7</b>
<b>C. EL ACUERDO COOPERATIVO</b> .....	<b>10</b>
<b>D. RESULTADOS INTERMEDIOS</b> .....	<b>15</b>
RESULTADO INTERMEDIO 1: “Servicios de Salud de Calidad accesibles y utilizados” .....	15
RESULTADO INTERMEDIO 2: “Población practicando conductas saludables” .....	20
<b>E. PLANES REGIONALES CONCERTADOS DE SALUD Y EDUCACIÓN</b> .....	<b>25</b>
<b>F. ACUERDOS DE GESTIÓN</b> .....	<b>28</b>
<b><i>I. PRODUCTO ESTRATÉGICO 1: SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE LA DIRESA</i></b> .....	<b>35</b>
<b>1. EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD EN EL PERÚ</b> .....	<b>35</b>
<b>2. EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b> .....	<b>38</b>
2.1 MARCO CONCEPTUAL .....	38
2.2 COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	38
<b>2.2.1 Organización para la Calidad</b> .....	<b>38</b>
2.2.1.1 <i>La calidad en las Regiones. El Comité Técnico Regional de Gestión de la Calidad (CTR-GC)</i> ....	39
2.2.1.2 <i>La calidad en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA)</i> .....	40
2.2.1.3 <i>La calidad en las Redes y Microrredes de Salud.</i> .....	41
<b>2.2.2 Planificación para la Calidad</b> .....	<b>43</b>

<b>2.2.3 Garantía y Mejora de la Calidad.....</b>	<b>43</b>
<b>2.2.3.1 Estrategia para desarrollar procesos de Mejora Continua de la Calidad en las Microrredes... ..</b>	<b>44</b>
2.2.3.1.a Cronología de los estándares de calidad .....	45
2.2.3.1.b La asistencia técnica a las regiones en la aplicación de los estándares e indicadores de calidad para el primer nivel de atención. ....	45
b.1) La mejora de la calidad y la DIRESA .....	46
b.2) La implementación de las actividades con el personal de salud de las Microrredes .....	46
b.3) El Premio Nacional a la Calidad de la Sociedad de Industrias .....	47
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).....	50
c.1) Aplicación de los estándares maternos perinatales en las 7 regiones .....	52
c.2) Estándares materno perinatales para hospitales.....	53
c.3) Estándares materno perinatales para puestos de salud .....	55
2.2.3.1.d Los estándares de calidad infantiles.....	55
d.1) Los nuevos estándares infantiles. ....	56
d.2) Aplicación simultánea de los estándares maternos e infantiles primarios en las microrredes.....	57
2.2.3.1.e La Norma y los estándares de acreditación.....	57
e.1) Aplicación de los estándares de acreditación para establecimientos de salud. ....	59
e.2) Sensibilización sobre la norma de acreditación en las DIRESAs. ....	60
e.3) Aplicación inicial de la Norma de Acreditación en la Región San Martín. ....	60
e.4) El proceso de Acreditación de establecimientos de salud en la región Cusco. ....	61
2.2.3.1.f La Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia .....	62
f.1) La Referencia y Contrarreferencia, SRC, un macroproceso de calidad para la acreditación de los establecimientos de salud.....	62
f.2) Implementación de la Norma de Referencia y Contrarreferencia. ....	63
<b>2.2.4 Información para la Calidad: Instrumentos .....</b>	<b>64</b>
<b>2.2.4.1 Para acreditación de establecimientos de salud .....</b>	<b>64</b>
2.2.4.1.a Sistema de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Aplicativo Acreditación 1.0 .....	64
<b>2.2.4.2 Para estándares materno perinatales .....</b>	<b>64</b>
2.2.4.2.a Sistema de Información Materno Perinatal mejorado (SIP2000).....	64
a.1) Componentes del sistema.....	65
a.2) Módulo complementario BABIES .....	68
a.3) Módulo Partos Probables.....	68

a.4) Módulo Complementario de Referencia y Contrarreferencias.....	69
a.5) Módulo De Recién Nacidos Fallecidos .....	69
a.6) Módulo De Informe de Producción de Servicios Materno Perinatales .....	69
2.2.4.2.b. Funciones Obstétricas y Neonatales .....	69
2.2.4.3 Para estándares infantiles .....	70
2.2.4.4 Para Referencia y Contrarreferencia .....	70
2.2.4.5 Para Certificación periódica de Profesionales médicos .....	71
<b>II. PRODUCTO ESTRATÉGICO 2: POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD</b> .....	75
<b>1. MARCO CONCEPTUAL DE LA POLÍTICA DE RHUS</b> .....	75
<b>2. FORMULACIÓN DE POLÍTICAS REGIONALES</b> .....	76
2.1 ORGANIZACIÓN DE LOS EQUIPOS REGIONALES .....	76
<b>3. POLÍTICAS REGIONALES</b> .....	78
3.1 <b><u>POLÍTICA 1: FORMACIÓN DE RHUS</u></b> .....	78
❖ Ley y Reglamento del SINEACE .....	78
3.1.1 <i>Acreditación de Escuelas y Facultades</i> .....	79
3.1.1.1 <i>Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina</i> .....	79
3.1.1.1.a Examen Nacional de Medicina (ENAM) .....	79
3.1.1.1.b Fortalecimiento y consolidación de CAFME: estándares de acreditación, verificadores de estándares y verificación externa.....	80
3.1.1.1.c Diseño de Laboratorio Experimental de Evaluación de Competencias en Ciencias de la Salud.....	81
3.1.1.1.d Escuela de Gestión de Facultades de Medicina.....	82
3.1.1.2 <i>Acreditación de Facultades y Escuelas de Enfermería</i> .....	83
3.1.1.2.a Los currículos base de la formación en obstetricia y enfermería: Una Metodología válida para mejorar la calidad formativa .....	83
3.1.1.2.b Examen Nacional de Enfermería (ENAE).....	84
3.1.1.2.c Perfil por competencias de la egresada de enfermería, Comisiones de autoevaluación, Formación de Evaluadores externos.....	86
3.1.1.3 <i>Acreditación de Facultades y Escuelas de Obstetricia</i> .....	86

3.1.1.3.a	Currículo Base .....	86
3.1.1.3.b	Acreditación de escuelas y facultades de obstetricia .....	86
3.1.1.3.c	Resultados de la autoevaluación realizada en las facultades/escuelas piloto .....	87
<b>3.1.2</b>	<b><i>Certificación Periódica</i></b> .....	87
<b>3.1.3</b>	<b><i>Investigación en Salud</i></b> .....	89
<b>3.2</b>	<b><u>POLÍTICA 2: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE RHUS</u></b> .....	91
3.2.1	<i>Formación Médica poco Regulada</i> .....	91
3.2.2	<i>Sobreoferta de Médicos</i> .....	91
3.2.3	<i>Distribución Centralista e Inequitativa</i> .....	93
3.2.4	<i>Tendencias de Oferta, demanda y necesidad de Médicos en diversos Escenarios</i> .....	93
3.2.5	<i>Futuro De La Formación Y Ejercicio Profesional Médico Poco Alentador En El Análisis Prospectivo De Expertos</i> .....	94
<b>3.3</b>	<b><u>POLÍTICA 4: DESARROLLO DE COMPETENCIAS DE RHUS</u></b> .....	95
3.3.1	<b><i>CENTROS DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS. Instancias regionales para la mejora de las competencias de los profesionales de la salud</i></b> .....	95
3.3.1.1	<i>Fases de la estrategia de los Centros de Desarrollo de Competencias, CDC</i> .....	96
3.3.1.2	<i>Capacitación de tutores y de Proveedores de servicios de salud</i> .....	100
3.3.1.3	<b><i>Centro de Desarrollo de Competencias en Microrredes – CDC-MR- como estrategia local</i></b> ...	103
3.3.1.3.a	Acceso a capacitaciones en las microrredes .....	103
3.3.1.3.b	El proceso de Gestión de los CDC-MR .....	105
b.1)	<i>Elaboración de la propuesta para el “Centro de Desarrollo de Competencias CDC-MR”</i>	105
b.2)	<i>Implementación de la propuesta “Centro de Desarrollo de Competencias CDC-MR”</i> .....	107
b.3)	<i>Ejecución de actividades educativas en “Centro de Desarrollo de Competencias CDC-MR”</i> .....	109
<b>3.4</b>	<b><u>POLÍTICA 6: NUEVO MARCO NORMATIVO LABORAL</u></b> .....	110
3.4.1	<i>Identificación de Competencias Laborales para el I Nivel de Atención: Categorías I-1 y I-2. Perfil de Competencias</i> .....	110
3.4.2	<i>Normalización de Competencias, para el I Nivel de Atención, Categorías I-1 y I-2</i> .....	110
3.4.3	<i>Evaluación de Desempeño por Competencias para el I Nivel de Atención, Categorías I-1 y I-2</i> .....	110
3.4.4	<i>En las Regiones</i> .....	111

<b>3.5</b>	<b><u>POLÍTICA 7: MEJORAMIENTO DE CONDICIONES DE TRABAJO, MOTIVACIÓN Y COMPROMISO</u></b> .....	111
3.5.1	<i>Región Pasco</i> .....	112
3.5.2	<i>Región Junín</i> .....	117
3.5.3	<i>Región Huanuco</i> .....	118
3.5.3.1	<i>Resultados en las regiones</i> .....	119
3.5.4	<i>Sugerencias y/o Recomendaciones</i> .....	120
<b>3.6</b>	<b><u>POLÍTICA 8: RELACIONES LABORALES BASADOS EN RESPETO</u></b> .....	121
3.6.1	<i>Clima Organizacional en Huanuco</i> .....	121
3.6.2	<i>Clima Organizacional en San Martín</i> .....	122
3.6.3	<i>Otros aspectos trabajados respecto a RHUS en la región Pasco</i> .....	123
<b>III.</b>	<b><u>PRODUCTO ESTRATÉGICO 3: MUNICIPIOS SALUDABLES</u></b> .....	129
<b>1.</b>	<b>ANTECEDENTES</b> .....	129
<b>2.</b>	<b>CONCEPTUALIZACIÓN</b> .....	130
2.1	LÍNEAS DE ACCIÓN .....	130
2.2	INCIDENCIA POLÍTICA .....	132
2.3	GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES .....	133
2.3.1	<i>Capacitación: Curso a Distancia: Municipios y Escuelas Saludables</i> .....	133
<b>2.4</b>	<b>ESCENARIOS SALUDABLES</b> .....	136
2.4.1	<i>Comunidades Saludables</i> .....	136
2.4.2	<i>Instituciones Educativas de Promoción y Desarrollo</i> .....	142
<b>IV.</b>	<b><u>PRODUCTO ESTRATÉGICO 4: COMUNICACIÓN EN SALUD</u></b> .....	149
<b>1.</b>	<b>CONCEPTUALIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO</b> .....	149
<b>2.</b>	<b>ANTECEDENTES</b> .....	149

<b>3. LA COMUNICACIÓN EN SALUD EN EL MARCO DEL PROYECTO .....</b>	<b>149</b>
3.1 GESTIÓN PARA LA COMUNICACIÓN EN SALUD .....	150
3.1.1 <i>Comunicadores Institucionales</i> .....	150
3.1.2 <i>La Comunicación en Salud: Un trabajo en Red</i> .....	150
a) Red de comunicadores de la Amazonía .....	150
b) Redes de Corresponsales de Programas Radiales .....	151
c) Redes de comunicación.....	152
3.1.3 <i>Capacitación</i> .....	152
3.1.4 <i>Productos Comunicacionales</i> .....	153
❖ Programas de Radio (radiodramas basado en motivadores).....	154
❖ Spots radiales .....	154
❖ Reportajes televisivos.....	154
❖ Campaña de comunicación en salud basada en motivadores (Ucayali).....	155
❖ Video “Si hubiéramos”.....	156
❖ Boletines .....	157
<b><i>V. OTROS PRODUCTOS ACUERDO: DIVERSIFICACIÓN DE FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</i> .....</b>	<b>161</b>
1. <b>PROYECTO MS-PREVEN</b> .....	<b>161</b>
2. <b>PROYECTO DAMAC (DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS)</b> .....	<b>164</b>
3. <b>REDPLAN SALUD</b> .....	<b>167</b>
<b><i>VI. LECCIONES APRENDIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA DIRESA</i> .....</b>	<b>171</b>
<b><i>VII. CONCLUSIONES</i> .....</b>	<b>175</b>
<b><i>EQUIPO TÉCNICO</i></b> .....	<b>177</b>
<b><i>ANEXOS</i> .....</b>	<b>179</b>

## **PRESENTACIÓN**

*El Proyecto “Mejorando la salud de los peruanos” fue implementado entre octubre de 2004 y septiembre de 2007 mediante un Acuerdo Cooperativo (CA 527-A-00-04-00109-00) celebrado entre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, y Pathfinder International. Su meta fue contribuir a la reforma del sector salud en lo concerniente a la gestión de la calidad de los servicios, la política de recursos humanos en salud y la promoción de conductas saludables de las personas y las comunidades,*

*El proyecto se desarrolló en el marco de la descentralización de las funciones de salud impulsado por el Gobierno Peruano; en consecuencia, la asistencia técnica se orientó a articular la salud y el desarrollo regional y local, fomentando la participación ciudadana en la implementación de políticas favorables al desarrollo humano.*

*El ámbito de intervención comprendió a las poblaciones de menores recursos de siete regiones pobres: Huanuco, San Martín, Junín, Pasco, Ucayali, Ayacucho y Cusco, definidas como prioritarias por USAID en función de sus indicadores de pobreza y de su vulnerabilidad social, entre otras cosas, por ser productoras de hoja de coca.*

*Este documento resume las actividades y los resultados de las diferentes estrategias. Las opiniones expresadas corresponden al equipo técnico del proyecto y no necesariamente reflejan los puntos de vista de USAID.*



## ACRÓNIMOS

ACS	Agentes Comunitarios en Salud
ACLAS	Asociación de Comités Locales de atención en Salud
ACS	Agentes Comunitarios en Salud
ADAR	ONG local basada en Iquitos (Loreto)
AGROVIDA	ONG local, basada en Trujillo (La Libertad)
AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AMARES	ONG local
AMRESAM	Asociación de Municipalidades de la Región San Martín
APAFA	Asociación de Padres de Familia
APROPO	ONG local. Promoviendo sexualidad responsable en Libertad
ASPEFAM	Asociación Peruana de Facultades de Medicina
ASPEFEEN	Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería
ASPEFOBST	Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Obstetricia
BCC	Behavior Communication Change
CA	Acuerdo Cooperativo
CAFME	Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina
CATALYST	Proyecto USAID-Consorcio liderado por PI, implementado en 11 países
CCLs	Consejo de Coordinación Locales
CDC	Centro de Desarrollo de Competencias
CEP	Colegio de Enfermeros del Perú
CERITS	Centro de Referencia de Infectados por Transmisión Sexual
CGD-RHUS	Comité de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
CLAS	Comités Locales de Administración de Servicios
CMI	Cuadro de Mando Integral
CMP	Colegio Médico del Perú
CND	Consejo Nacional de Descentralización
CO	Clima organizacional

CONAREME	Comité Nacional de Residentado Médico
CONEAU	Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria
CONEI	Consejo Educativo Institucional
COP	Colegio de Obstetrices y Obstetras del Perú
COTEDI	Comité Técnico Distrital
CRECER	Plan Articulado de Nutrición Infantil
CRGDS	Comité Regional de Gestión de Desarrollo en Salud
CRS	Comité Regional de Salud
CRSJ	Consejo Regional de Salud de Junín
CTO	Cognizant Technical Officer
CS	Centro de Salud
CTR	Comité Técnico Regional
CTR-RHUS	Coité Regional de Recursos Humanos
CTRGC	Comité Técnico Regional de Gestión de la Calidad
DAC	Dirección Integral de Atención en Salud
DAIS	Dirección Atención Integral de Salud
DECS	Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud
DEVIDA	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIGEPRMSA	Dirección General de Promoción de la Salud
DIRESA/ DISA	Dirección Regional de Salud
DL	Decreto Ley
EE.SS	Establecimiento de Salud
ENESR	Estrategia Nacional de Salud Reproductiva
EGC	Equipo de gestión de la Calidad
EGES	Equipo de Gestión Estratégica de Salud
EMOB	Programa de Emergencias Obstétricas para los Servicios de Salud
EMS	Estrategia de Municipios Saludables
ENAE	Examen Nacional de Enfermería
ENAM	Examen Nacional de Medicina
ENDES	Encuesta Demográfica de Salud Familiar
ENSSR	Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

EPS	Educación Permanente en Salud
EPSyD	Escuelas de Promoción de Salud y Desarrollo
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
ETGC	Equipo Técnico de Gestión Local de Calidad (ETGLC)
ETGC	Equipo Técnico de Gestión de la Calidad
FAIMER	Foundation for Advancement of International Medical Education and Research
ETL	Equipo Técnico Local
FIB	Funciones Infantiles Básicas
FIE	Funciones Infantiles Esenciales
FII	Funciones Infantiles Intensivas
FIP	Funciones Infantiles Primarias
FF.AA.	Fuerzas Armadas
FF.PP.	Fuerzas Policiales
FON	Funciones Obstétricas y Neonatales
FONB	Funciones Obstétricas y Neonatales básicas
FONE	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
FONI	Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas
FONP	Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias
FORO SALUD	ONG Local
GAMHESA	Asociación Grupo de Ayuda Mutua Hermanos de Sangre
GDS	Gerencia de Desarrollo Social
GICES	Grupo de Iniciativas de la Calidad de la Educación Superior
GR	Gobierno Regional
HCMP	Historia Clínica Materno Perinatal
HSH y TS	Hombres que tienen sexo con hombres y Trabajadoras Sexuales
IDREH	Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
IEPSyD	Instituciones Educativas Promotoras de Salud y Desarrollo
IEC	Información, Educación y Comunicación
IES	Instituciones Educativas
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable, ONG local.
IPC	Índice de Precios al Consumidor
Juntos	Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres
MAIS	Modelo de atención integral de Salud
MCC	Mejora Continua de la Calidad

MINED	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MOCAMP	Monitoreo de la Calidad de Atención Materno Perinatal
MOF	Manual de Organización y Funciones
MP	Materno Perinatal
MR	Micro Red
MS	Municipios Saludables
MSH	ONG local
MT	Mesa Temática
MT_RHUS	Mesa Temática de Recursos Humanos en Salud
MUNIRED	Red de Municipalidades
NBME	National Board of Medical Examiners
LEEC	Laboratorio Experimental de Evaluación de Competencias Clínicas
NCL	Norma de Competencia Laboral
ODL	Organizaciones de Desarrollo Local
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática
OGGRH	Oficina General de Gestión de Recursos Humanos
OLSI	Oficina Local de Seguro Integral de Salud
OPI	Oficina de Proyectos de Inversión
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTL	Oficina Técnica Local
PAC	Plan Anual de Capacitación
PAE	Plan Anual de Educación
PARSALUD	ONG local
PASARE	Proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva
PCIE	Proyecto Curricular de la Institución Educativa
PDA	Proyecto de Desarrollo Alternativo
PCMI	Programa de Capacitación Materno Infantil
PDI	ONG local
PECO	Programa de Educación Continua
PED	Plan Estratégico de Desarrollo
PEI	Proyecto Educativo Educacional
PEPE	Programa de Educación Permanente en Enfermería
PER	Plan de Educación Regional

PF	Planificación Familiar
PHEA	Planear hacer estudiar actuar
PMCC	Proyectos de Mejora Continua de la Calidad
POA	Planes Operativos Anuales
PI	Pathfinder International
PMCC	Proyecto de mejora continua de Calidad
PPD	Presupuesto Participativo Distrital
PPR	Presupuesto Participativo Regional
PS	Puesto de Salud
PRCE	Plan Regional Concertado de Educación
PRCS	Plan Regional Concertado en Salud
PRISMA	ONG local
PRODES	ONG local
PROGRESA	Programa de Gerencia en Salud
PROMSA	Promoción de la Salud
PUCP	Pontificia Universidad Católica del Perú
RC	Referencia y Contrarreferencia
RD	Resolución Directoral
RG	Gobierno Regional
RI	Resultado Intermedio
RHUS	Recursos Humanos en Salud
RM	Resolución Ministerial
RN	Recién Nacido
RNPM	Red Nacional de Promoción de la mujer
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
RPD	Reflexión de la práctica diaria
RRHH	Recursos Humanos
RSE	Responsabilidad Social Empresarial
SAIDA	Servicios de Atención Integral y Diferenciada del Adolescente
SECORE	Secretaría de Coordinación Regional
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SER	Sabemos, Escuchamos, Respondemos
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad

SIGA	Sistema de Información de Gestión Administrativa
SINADEPRO	Sistema Nacional de Desarrollo Profesional de Obstetrices
SINEACE	Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa
SIP	Sistema Informático Perinatal
SIP 2000	Sistema de Información Perinatal
SIS	Seguro Integral de Salud
SISMED	Sistema de Medicamentos, Insumos y Drogas
SISTCERE	Sistema de Certificación y Recertificación
SNP	Servicio No Personales
SO	Strategic Objective (Objetivo Estratégico)
SRC	Sistema Regional de Calidad
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UGEL	Unidad Gestión Educativa Local
UNCP	Universidad Peruana Nacional del Centro
UNHEVAL	Universidad Peruana Hermilio Valdizán
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VRAE	Valle del Río Apurímac y Ene

# Mejorando la Salud de los Peruanos (Acuerdo Cooperativo: CA 527-A-00-04-00109-00)

## Informe final

### A. RESUMEN EJECUTIVO

El Acuerdo Cooperativo entre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y Pathfinder International se desarrolló entre el 2004 y 2007. El objetivo del Proyecto fue brindar asistencia técnica a 7 regiones para mejorar la salud de las poblaciones más desfavorecidas a través de políticas regionales y locales de gestión de la calidad en salud y de recursos humanos en salud, así como de la promoción de conductas saludables, en un contexto político favorable debido a la descentralización en salud promovido por el Estado.

El proyecto se inscribe dentro del Objetivo Estratégico 11 de la Misión Local de USAID: “Mejorando la Salud de los Peruanos” y abarcó 7 regiones: Ayacucho, Cusco, Huanuco, Pasco, Junín, San Martín y Ucayali, consideradas prioritarias en función de sus indicadores de pobreza y de vulnerabilidad social por contener o estar próximas a zonas productoras de coca.

Al concluir el proyecto Catalyst (2002-2004), al que siguió el Acuerdo Cooperativo, el balance del desempeño del sector salud era positivo. Los establecimientos de salud habían aumentado notablemente la cobertura de sus servicios lo que hizo variar favorablemente indicadores críticos de salud como la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna; sin embargo continuaban las barreras más importantes para una efectiva mejora de la salud de los peruanos en riesgo, entre ellas:

- Mala calidad, ineficiencia, subutilización y acceso desigual a los servicios de salud
- Políticas y programas del sector salud insuficientemente sensibles a las necesidades de salud y condiciones culturales y socioeconómicas de la población de las regiones.
- Inadecuado conocimiento de la población de prevención de conductas de riesgo.

El Acuerdo Cooperativo orientó sus actividades hacia la superación de esas barreras mediante la creación de un Sistema de Gestión de la Calidad en salud, el desarrollo de la Política de Recursos Humanos en Salud y la implementación de acciones de Promoción de Conductas Saludables y de Comunicaciones en Salud.

Entre los principales productos del Acuerdo, por producto estratégico, pueden citarse:

## ***Sistema de Gestión de la Calidad***

- ❖ Elaboración de Planes Regionales Concertados de Salud en Junín, Pasco y Cusco.
- ❖ Elaboración de Plan Regional Concertado de Educación en Huanuco
- ❖ Diseño, elaboración y oficialización de los estándares de calidad maternos perinatales a través de la RM 142-2007/MINSA, de uso obligatorio en los establecimientos de salud del MINSA.
- ❖ Diseño y elaboración de estándares de calidad infantiles
- ❖ Diseño, elaboración y oficialización de la Norma y los Listados de Estándares de Acreditación de Establecimientos de Salud a través de la RM 703-2006/MINSA, actualizada por RM 456-2007/MINSA, de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud del país.
- ❖ Instalación y expansión de una cultura de Mejora Continua de la Calidad en los establecimientos de salud de las 7 regiones del intervención del proyecto
- ❖ Manual de Capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales, EMOB; (español e inglés), aprobada por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología y la Sociedad de Pediatría
- ❖ Sistemas de Información para la calidad
  - Sistema de Información sobre Funciones Obstétricas y Neonatales (FON), aprobada por el MINSA (RM 1001-2005/MINSA) que obliga a su uso en todo el país como instrumento rutinario para evaluar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de todos los niveles. El sistema FON es utilizado también por el Ministerio de Economía y Finanzas como una fuente de información para la asignación del presupuesto de salud a las regiones.
  - Sistema de información de acreditación de establecimientos de Salud a través del Aplicativo de Acreditación V-1.0
  - Actualización del Sistema Informático Perinatal y su aplicación en todo el país aprobado mediante RM N° 008-2000-SA/DM
  - Sistema de información de Certificación y Re-Certificación del Colegio Médico del Perú.

## ***Política de Recursos Humanos en Salud***

- ❖ Desarrollo de Iniciativas para la mejora de la formación de recursos humanos en salud:
  - Conformación del Grupo de Iniciativas para la Calidad de la Educación Superior (GICES)

- Contribución a la elaboración del proyecto de ley y promulgación de la Ley N° 28740 de Creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación (SINEACE), mayo del 2006 y del Reglamento de la Ley del SINEACE (10/07/2007).
  - Examen Nacional de Medicina (ENAM) reconocido por Resolución Ministerial N°620–2006/MINSA y aplicado en las 22 facultades de medicina, miembros de ASPEFAM. Para el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), el ENAM es considerado requisito del programa de Residentado Médico.
  - Creación de CAFME por Ley N° 271548 y Acreditación de 23 de las 29 facultades y escuelas de medicina del país.
  - Currículos Base con enfoque de competencias para las Escuelas y Facultades de Enfermería y de Obstetricia.
  - Perfiles del egresado por competencias de la enfermera general y del obstetra.
  - Examen Nacional de Enfermería (ENAE) aprobado por la ASPEFEEN
  - Estándares de Calidad para la Acreditación de Escuelas y Facultades de Enfermería y Obstetricia. De 47 Escuelas y Facultades de Enfermería del país, 44 han concluido su autoevaluación, y 30 ya han tenido evaluación externa.
  - Nuevo modelo de Re-certificación Médica
  - Sistema Nacional de Certificación Periódica en Enfermería.
  - Programa de Educación Permanente en Enfermería (PEPE)
  - Programa de Educación Continua en Obstetricia (PECO).
- ❖ Desarrollo y mejoramiento de las Competencias de Recursos Humanos en Salud mediante:
- 5 Centros de Desarrollo de Competencias CDC-Hospitales calificados por el IDREH como Sedes Docente para Pasantías en Emergencias Obstétricas y Neonatales; y ocho CDC Hospitales en proceso de calificación.
  - 4 Centros de Salud del primer nivel de atención calificados como CDC-Microrred.
  - Tutores capacitados y certificados para los CDC-Hospitales y CDC-Microrred.
- ❖ Elaboración de un Nuevo Marco Normativo Laboral que incorpora:
- Perfil de competencias laborales y Normas de Competencia Laboral de las unidades de competencia priorizadas de las áreas niño, gestante y gerencia, para establecimientos de categoría I-2 del I Nivel de Atención; e instrumentos de evaluación de competencias laborales: 15 listas de chequeos y 10 cuestionarios.
  - Perfil Ocupacional y Normas de Competencia Laboral en las áreas: persona (niño, adolescente, gestante y adulto mayor), familia, comunidad y gerencia aprobado en Huanuco (Resolución Directoral N° 272-07-GR-HCO/DRS-DG-OEGDRH-DESP de mayo de 2007).
  - Acuerdos de Gestión (julio de 2007) entre el Gobierno Regional y los gobiernos locales de Amarilis y San Francisco de Cayrán (Huanuco), para mejorar las competencias laborales del recurso humano en salud en el área materno infantil. Expansión (septiembre de 2007) de los Acuerdos de Gestión a ocho distritos del Plan CRECER.

- ❖ Mejoramiento de las condiciones de trabajo, motivación y compromiso mediante incentivos basados en el desempeño del personal y la incorporación del servicio de bienestar de personal como parte de la gestión integral de los recursos humanos.
- ❖ Mejoramiento de las relaciones laborales basadas en el respeto, a través de la medición del clima organizacional y la implementación de soluciones de acuerdo a las posibilidades de las DIRESA de San Martín y de Huanuco.

### ***Promoción de la Salud***

- ❖ Incidencia Política para el logro de las siguientes normas:
  - Política del MINSA sobre “Descentralización de la Función Salud al nivel local-Proyectos Pilotos”, que considera la Promoción de la Salud como función clave de la atención primaria de la salud a ser descentralizada.
  - Ordenanza Regional, N° 002-2007-CR-GRH, de la Región Huanuco que aprueba la Certificación de Estándares Mínimos Regionales de Municipios Saludables
  - Resolución Ejecutiva Regional N° 115-2007 GRJ/PR de la Región Junín que declara de prioridad regional la promoción y cultura de la salud, así como la implementación de la Certificación de Estándares Mínimos de Municipios Saludables para la promoción del Bienestar y Desarrollo Social en la Región.
- ❖ Sensibilización e Incidencia Política a líderes y autoridades locales para la organización en implementación de la estrategia de Promoción de la Salud:
  - Instalación de 52 Oficinas de Desarrollo Local, ODL, como instancias articuladoras de las actividades de PROMSA de las instituciones, las autoridades y la comunidad.
  - Instalación de 52 Equipos Técnicos Locales, ETL, como grupos técnicos de soporte a la gestión de las ODL.
  - Organización y reconocimiento de 504 Juntas Vecinales Comunes.
  - Conformación de 60 redes sociales.
  - Promulgación de 131 Políticas Públicas Municipales que operativizan su Plan de Desarrollo Local
  - Formulación de 835 Planes Comunes de Desarrollo.
  - Formulación de 305 Planes Familiares para ser reconocidas como Familias Saludables.
- ❖ Realización de Encuentros Regionales en Huanuco, Ucayali y Pasco para intercambiar experiencias de PROMSA y comunicación en salud y fortalecer la relación entre los Gobiernos Locales y Regionales.
- ❖ Incorporación en la agenda política municipal el diseño de proyectos de Municipios Saludables en el marco del Presupuesto Participativo Regional (PPR) y Distrital (PPD):

- Junín: Proyecto, “Fortalecimiento de Capacidades de los Equipos Técnicos Locales y Regionales para la Promoción de la Salud en la Región” aprobado en el Presupuesto Participativo Regional, (337,200 nuevos soles)
- San Martín: Proyecto, “Promoviendo el Desarrollo Social Participativo en el Distrito de Juan Guerra”, (30,000 nuevos soles).
- ❖ Curso a Distancia: Municipios y Escuelas Saludables con participación de 5,160 personas de 55 provincias de las 7 regiones del proyecto.
- ❖ Comunidades Saludables: estrategia desarrollada en 689 comunidades de 72 distritos, de los cuales 32 pertenecen a áreas del Programa de Desarrollo Alternativo, PDA.
- ❖ Los Indicadores de Conductas Saludables presentan, entre los años 2005 y 2007, un incremento bastante más elevado que 20% establecido en el indicador del Resultado Intermedio 2: “Población practicando conductas saludables”.

### ***Comunicación en Salud***

- ❖ Red de comunicadores de la Amazonía. Asistencia técnica ( a solicitud de DEVIDA) para la capacitación de las redes de comunicadores de Ucayali (Pucallpa y Aguaytía), Ayacucho (Huamanga y del VRAE), San Martín (Tarapoto) y Huanuco (Tingo María) en:
  - Curso de Especialización en Comunicación: Participaron 110 comunicadores que representan el 90% del total de miembros de esas redes.
  - Mejoramiento de la Página Web, a través de un convenio con PRISMA.
- ❖ Siete Redes de Corresponsales de Programas Radiales. San Martín, Cusco y Huanuco fueron las más exitosas
- ❖ Siete Redes de Comunicación, integradas por comunicadores, periodistas, personal de salud, docentes y alumnos de las facultades de Ciencias Sociales y Comunicaciones.
- ❖ Capacitación en Comunicaciones
  - Curso a distancia sobre “Comunicación en Salud”
  - Programa de Especialización en Comunicación en Salud para comunicadores
  - Pasantía en Radio Marañón dirigido a los propietarios de emisoras radiales
- ❖ Productos comunicacionales
  - Programas de Radio (radiodramas basados en motivadores)
    - Huánuco: Programa "En Confianza" (antes "Consultorio en la Radio") de radio Luz y Sonido, martes y jueves de 10am a 12m.
    - Ucayali: Programa "Surcando al Progreso" de radio Del Progreso.

- Junín: Durante el verano de 2007 se produjo el programa "Reconstruyamos juntos Chanchamayo" para apoyar a las víctimas de las inundaciones, el mismo que pasada la emergencia tomó el nombre de "El cambio está en uno".
  - Cusco: Programa "Redes" de radio Universal bajo el formato de conversaciones con mujeres.
- Spots radiales, sobre:
    - Re-certificación médica en las siete regiones.
    - Salud materna y parto institucional en ayacucho, Cusco y Huanuco.
    - Prácticas saludables: higiene, identidad con escolares y prevención del embarazo adolescente y prevención del trabajo infantil en Ayacucho (Iguaín), Combapata (Cusco) y San Luis de Shuaro.
  - Reportajes televisivos
    - Reportaje sobre escuelas saludables en Huanuco
    - Reportajes sobre la Re certificación médica: 3 reportajes en Huanuco y 2 en el Cusco
  - Campaña de comunicación en salud basada en motivadores (Ucayali)
  - Video "Si hubiéramos" sobre maternidad saludable y segura para promover un cambio de conducta en las madres gestantes, sus parientes, la comunidad y el personal de salud.
  - Boletines
    - San Martín (Juan Guerra), Junín (San Luis de Shuaro), Ayacucho (Iguaín), Cusco (Combapata) y Pasco (Oxapampa): Boletines sobre Municipios Saludables que incluían prácticas saludables acerca de higiene, identidad, lactancia materna, control pre natal, atención institucional del parto, entre otras.
    - Boletines virtuales. Dos en cada región: Ayacucho, Cusco, San Martín y Junín en apoyo a las actividades del Consejo Regional de Salud, del Colegio Médico (certificación periódica), y de los gobiernos locales.

## B. ANTECEDENTES

Dentro de su estrategia de colaboración con el Sector Salud del Perú, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, tiene una larga tradición de colaboración con el Ministerio de Salud para mejorar la salud y la calidad de vida de los peruanos más necesitados. Dicho apoyo se orienta al fortalecimiento de la entrega de servicios, a la pertinencia y efectividad de los sistemas de formación profesional, de administración y de gestión en salud. En este sentido, después de la prolongada y exitosa experiencia del Proyecto 2000<sup>1</sup> (1995-2002) cuyo principal componente fue el Programa de Capacitación Materno-Infantil (PCMI), siguió el proyecto Catalyst<sup>2</sup> (2000-2005), diseñado globalmente (en 11 países<sup>3</sup>) para disminuir la mortalidad materna e infantil a través del incremento del uso de servicios de planificación familiar y de salud reproductiva sostenibles y de calidad, estimulando a su vez, prácticas saludables a través de programas clínicos y no clínicos.

Localmente, el proyecto Catalyst respondió a las necesidades de cada país beneficiario del proyecto adaptándose a sus intereses particulares, recursos y nivel de desarrollo. En el Perú una variedad de actividades fueron implementadas, algunas en el ámbito nacional y otras focalizadas en siete regiones definidas prioritarias por USAID en función de sus indicadores de pobreza y de su vulnerabilidad social por ser productoras de hoja de coca. Una de estas actividades fue la elaboración de Planes Regionales Concertados de Salud, PRCS, como importantes herramientas de gestión; que fueron desarrollados por consenso entre los Gobiernos Regionales, los Gobiernos Locales, (provinciales y distritales), diferentes sectores gubernamentales, instituciones de la sociedad civil y la comunidad. Aparte de los Planes, Catalyst ofreció asistencia técnica y

---

<sup>1</sup> *En el periodo 1995-2002 el Ministerio de Salud con el apoyo financiero y técnico de USAID desarrolló exitosamente el Proyecto 2000 en 12 direcciones regionales de salud con el propósito de mejorar la salud y el estado nutricional de niños pequeños y mujeres en edad fértil a través de:*

*a) incremento del acceso al uso de servicios de salud materna e infantil*

*b) disminución de las barreras (económicas, culturales e informativas) de acceso a los servicios de salud materno-infantil en 90 establecimientos del Ministerio de Salud, y*

*c) Mejoramiento de la calidad y eficiencia de la organización y prestación de servicios de salud materna y perinatal*

*El principal componente del proyecto fue el Programa de Capacitación Materno-Infantil (PCMI) para proveer capacitación en salud materno infantil a través de los CDCs regionales.*

<sup>2</sup> *En el periodo Octubre 2000 y Septiembre 2005, el MINSa, con el apoyo técnico y financiero de USAID a través de un consorcio de cinco instituciones liderado por Pathfinder International, implementó el proyecto Catalyst para contribuir al logro del objetivo de la Misión local de USAID de “expandir oportunidades sustentables para mejorar la calidad de vida de los Peruanos a través de instituciones y procesos democráticos”. La preocupación de USAID Perú estaba centrada en problemas críticos de salud como VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, malnutrición mortalidad materna y embarazos no deseados. El énfasis se orientó a apoyar cambios preventivos de conductas hacia formas saludables, como también a una reforma de la política del sector.*

<sup>3</sup> *Bolivia, Camboya, Egipto, Indonesia, India, Laos, Nepal, Pakistán, Perú, Rumania y Yemen.*

financiera al Ministerio de Salud y organizaciones no gubernamentales para desarrollar acciones relacionadas con:

- Atención integral del post aborto
- Acreditación de establecimientos de salud y de instituciones que forman profesionales en salud; así como certificación periódica de profesionales médicos, obstetrices y enfermeras
- Mejoramiento de las condiciones de salud de la población en riesgo
- Diversificación de fuentes de métodos anticonceptivos y desarrollo de estrategias de Responsabilidad Social Corporativa
- Espaciamiento Óptimo de Nacimientos
- Mejoramiento de servicios de salud para jóvenes
- Violencia basada en género.

Lo avanzado en cada una de estas actividades<sup>4</sup> demostró que un modelo integral de aproximación y de vinculaciones interinstitucionales con los gobiernos regionales y locales y con las comunidades e individuos, es efectivo para mejorar la gestión en salud, desarrollar actividades preventivas y promover el uso de los servicios de salud.

4

- a) Atención integral del post aborto (en el marco del mejoramiento de los servicios de EMOB para disminuir la mortalidad materna) en 306 hospitales y centros de salud del país. A nivel de la comunidad se realizó campañas para detectar signos de alarma y diseñar planes de acción para disminuir la fecundidad adolescente y la violencia basada en género como precursores del aborto.*
- b) Acreditación de instituciones que forman profesionales de salud y de establecimientos de salud; y certificación periódica de profesionales de salud mediante un trabajo conjunto con el MINSA y ocho instituciones socias (ASPEFAM, ASPEFEEM, ASPEFOBST, CAFME, Colegio Médico del Perú, Colegio de Obstetrices del Perú, Colegio de Enfermeros del Perú, y GICES). Hacia mediados del 2000, 19 de 28 facultades de medicina habían sido acreditadas y el examen nacional de medicina había sido validado y utilizado en diversas facultades. Se aprobaron estándares nacionales para las escuelas de enfermería y de obstetricia, se desarrolló el perfil de competencias de la enfermera y del obstetra así como el currículo base para obstetricia. 25 escuelas de obstetricia y 48 de enfermería habían completado sus autoevaluaciones y esperaban la evaluación externa por pares. Las actividades de certificación periódica habían comenzado a instalarse en la profesión médica quedando pendientes en obstetricia y enfermería.*
- c) Mejoramiento de los servicios de salud en 7 regiones mediante capacitación de proveedores en SR. y PF., atención del post aborto, EMOB, administración y gestión en salud, entre otros, instalación de CDCs regionales, programa de administración en Salud PROGRESA (en sociedad con PHRplus y Policy Project), elección de Equipos de Calidad y Comités de Administración en Salud.*
- d) Diversificación de fuentes de anticonceptivos y Responsabilidad Social Corporativa. APROPO, usando una estrategia de mercadeo social lanzó su condón OK. INPPARES, en alianza con la industria farmacéutica formó una red de proveedores, RedPlan Salud integrada por más de medio millar de obstetrices en 20 distritos de Lima para proveer servicios e insumos de SR. y PF. El 54% de los clientes de la red se habían atendido previamente en el sector público. Catalyst trabajó actividades de Responsabilidad Social Corporativa con Agrícola Chapi, Amanco, las farmacias BTL, Camposol, Corporación Los Andes, Dan Per, InkaFarma y las mineras Tintaya y Yanacocha, para brindar a sus trabajadores atenciones en salud sexual y reproductiva*
- e) Espaciamiento Óptimo de Embarazos, para difundir el mensaje que el periodo ideal entre un nacimiento y otro era 3 y 5 años en los servicios de salud de las ONGs ADAR (Loreto) y AGROVIDA (La libertad)*
- f) Expansión y mejora de servicios de salud para jóvenes. Consejería telefónica a adolescentes sobre SS y SR a través de la página web de APROPO (“nosedesexo.com”) que recibió más de 250 mil pedidos en dos años. Venta de anticonceptivos y antibióticos para el tratamiento sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual a jóvenes de 18 a 29 años en ciudades intermedias del Perú. materiales de comunicaciones sobre el cambio de conductas (BCC) y asistencia telefónica atendidos por consejeras expertas.*
- g) Violencia Basada en Género. Mediante actividades para aumentar la conciencia social sobre las consecuencias de la violencia basada en género, prevenirlas y reducirla, en una zona periurbana de Lima y otra rural del Cusco en asociación con las ONGs Manuela Ramos y Amauta.*

Al finalizar Catalyst las actividades señaladas arriba mostraban diferentes fases de progreso y su expansión era también desigual por región. Para consolidarlas y expandirlas tanto geográfica como técnicamente, se firmó un acuerdo bilateral entre la misión local de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID y Pathfinder International que se concretó en el Acuerdo Cooperativo N° CA527-A-00-04-00109-00. En el marco de este Acuerdo, Pathfinder desarrolló el proyecto “Improving Health for Peruvians” para contribuir al cumplimiento del **Objetivo Estratégico 11 de USAID “Improved health for Peruvians At-Risk”**.

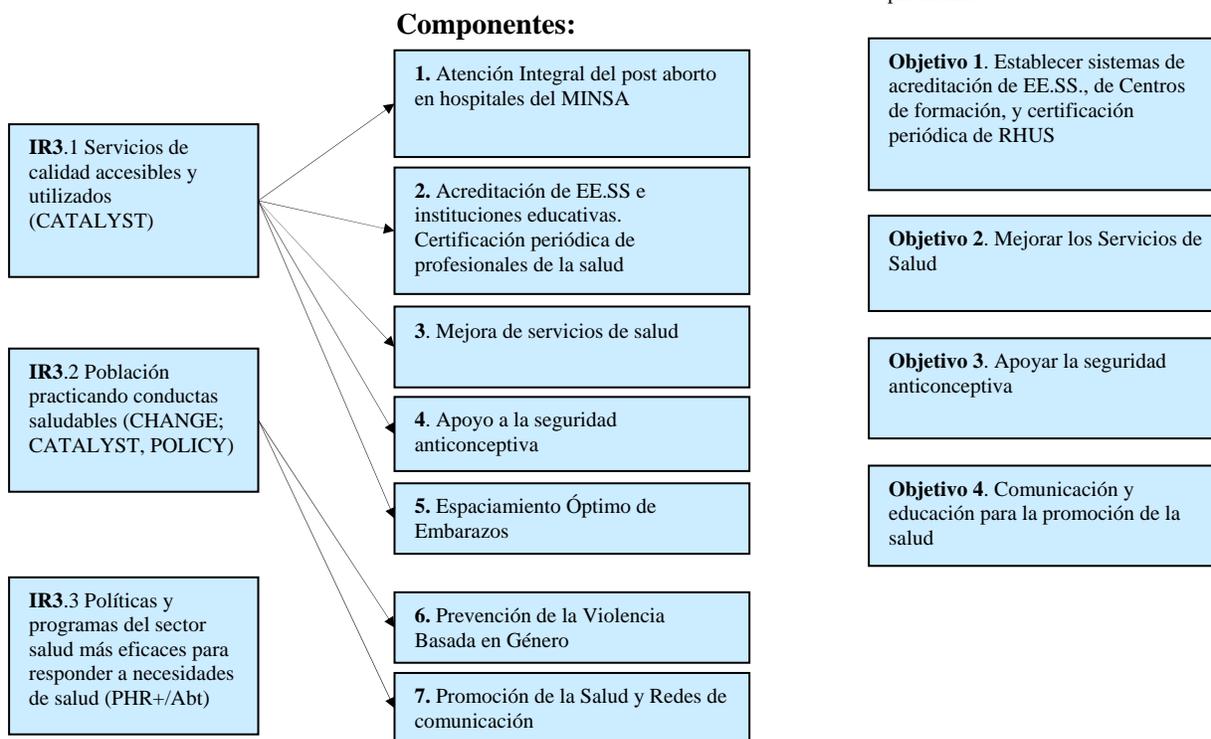
La transición de Catalyst hacia el Acuerdo Cooperativo se muestra en el Gráfico 1.

**Gráfico 1: Transición de Catalyst al Acuerdo Cooperativo**

**USAID SO11:** Mejorar la salud de los peruanos en alto riesgo en 5 regiones de selva alta y en el área metropolitana de Lima

**CATALYST SO:** Bajar la mortalidad materna e infantil incrementando el uso de PF y SR, de calidad y promoviendo prácticas saludables a través de programas clínicos y no clínicos.

**Acuerdo Cooperativo:** mejorar la calidad de los servicios de salud, apoyar las reformas del sector salud y promover comportamientos saludables en individuos y comunidades en siete regiones prioritarias



## C. EL ACUERDO COOPERATIVO

En los albores del nuevo milenio, el progresivo y sistemático crecimiento socioeconómico del país desde la segunda mitad de los años 90s se reflejó en sólidos indicadores macroeconómicos (como el Índice de Precios al Consumidor, IPC, y la tasa de cambio del dólar que se mantuvieron estables, y las reservas monetarias que se incrementaron, entre otros). Sin embargo, estos logros no se tradujeron claramente en una mejora de las condiciones de vida de la amplia mayoría de peruanos. Por ejemplo, el Índice de Desarrollo Humano del país, en lugar de aumentar disminuyó de 0.620 en el 2000 a 0.590 en el 2003<sup>5</sup>. A la par, persistía una enorme desigualdad en la distribución de los recursos del sector salud (establecimientos, profesionales, equipamiento e insumos) con una concentración en las áreas urbanas (particularmente en Lima). Esto favorece una mejor calidad del cuidado de la salud en las ciudades, mientras que la población de las áreas periféricas y rurales permanecen desatendidas o atendidas sólo parcialmente.

La reciente estrategia de descentralización cuyo objetivo es que la administración de distintos servicios, especialmente de salud y educación, recaiga en las respectivas administraciones regionales y locales, ofrece el marco propicio para el desarrollo de las actividades del Acuerdo que busca: i) reforzar la instituciones de salud mejorando la calidad de los servicios y la efectividad de los sistemas de administración; ii) fortalecer las instituciones educativas que forman profesionales de salud y a los colegios profesionales que vigilan el ejercicio profesional, y iii) capacitar a la población de las comunidades para ejercitar conductas y estilos de vida saludables que contribuyan a su mejor salud y bienestar.

El ámbito geográfico de intervención del proyecto está formado por siete regiones (San Martín, Ucayali, Huanuco, Pasco, Junín, Cusco y Ayacucho), definidas prioritarias por la misión local de USAID, básicamente por sus elevados niveles de mortalidad materna, mortalidad infantil y morbimortalidad de la niñez y adulta por causas prevenibles y por su fragilidad social frente a los peligrosos efectos del cultivo y transformación de la hoja de coca. La meta del proyecto fue “... incrementar la calidad y eficiencia de los servicios de salud a través de la construcción de alianzas con el sector público, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales”. El

---

<sup>5</sup> El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, mide la pobreza a través del Índice de Desarrollo Humano, IDH, que es un indicador compuesto que mide los avances promedio de un país, una localidad o una división política administrativa determinada, en base a tres dimensiones básicas del desarrollo humano:

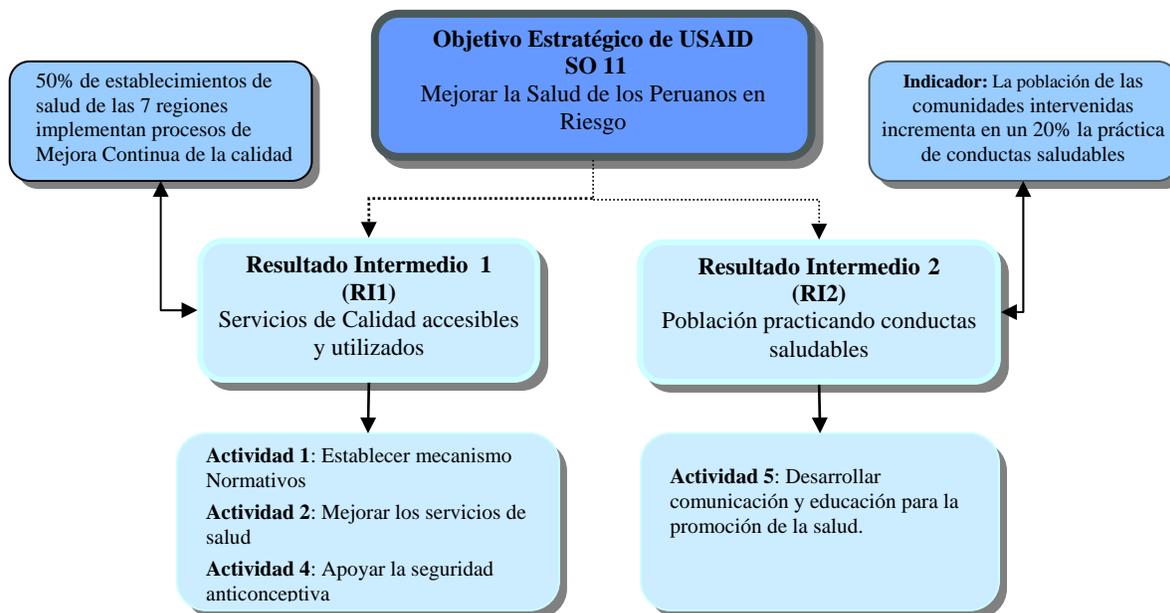
- Una vida larga y saludable (medida por la esperanza de vida al nacer)
- La educación (evaluada a través de la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matrícula escolar en educación primaria, secundaria y superior), y
- El nivel de vida digno (medido por el Producto Bruto Interno, PBI, per cápita en dólares americanos)

Objetivo Estratégico de USAID (SO11) de “Mejorar la Salud de los Peruanos” (Gráfico 2), sería medida por dos Resultados Intermedios (RI):

Resultado Intermedio, RI 1.- Servicios de calidad accesibles y utilizados.

Resultado Intermedio, RI 2.- Población practicando conductas saludables

**Gráfico 2: Acuerdo Cooperativo: Mejorar la Salud de los Peruanos**



Al logro del Resultado Intermedio 1: “Servicios de calidad accesibles y utilizados”, contribuyeron tres actividades:

**Actividad 1.-** Establecer Mecanismos Normativos para la creación y/o consolidación de: a) un sistema de acreditación de instituciones educativas, universidades e institutos superiores, que forman profesionales de salud, b) un sistema de acreditación de establecimientos de salud (hospitales, centros de salud, puestos de salud y clínicas privadas), y c) un sistema de certificación periódica de profesionales de salud (médicos –generales y especialistas-, enfermeras y obstetras).



**Actividad 2.-** Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud en los establecimientos de salud del MINSA de las siete regiones prioritarias de USAID.



**Actividad 4.-** Diversificar la seguridad anticonceptiva extendiendo las fuentes de abastecimiento de métodos mediante la expansión del sector comercial promovida por dos ONGs especializadas en salud reproductiva: APROPO e INPPARES.



Por su parte, al Resultado Intermedio 2 “Población practicando conductas saludables”, contribuyó la quinta actividad del Acuerdo:

**Actividad 5.-** Desarrollar actividades de comunicación y educación en salud para la promoción de la salud, mediante la mejora de conductas saludables de individuos y comunidades y el fortalecimiento de Instituciones Educativas saludables o Escuelas Promotoras de salud.



Cada actividad comprende varias sub actividades que durante la ejecución del proyecto fueron variando para ajustarse a la realidad regional, a las demandas y necesidades específicas de los beneficiarios y a los progresos que se iba logrando en el campo (Véase las actividades y sub actividades originales y ajustadas al final de este capítulo, cuadros 5 y 6).

Durante la última fase de ejecución del Acuerdo, el conjunto de actividades y sub actividades se organizaron para alcanzar determinados Productos Estratégicos, además de los dos Resultados Intermedios, que se complementan mutuamente y que aportan cada uno al logro de la meta global del proyecto que es mejorar la salud de la población de las siete regiones, Gráfico 3.

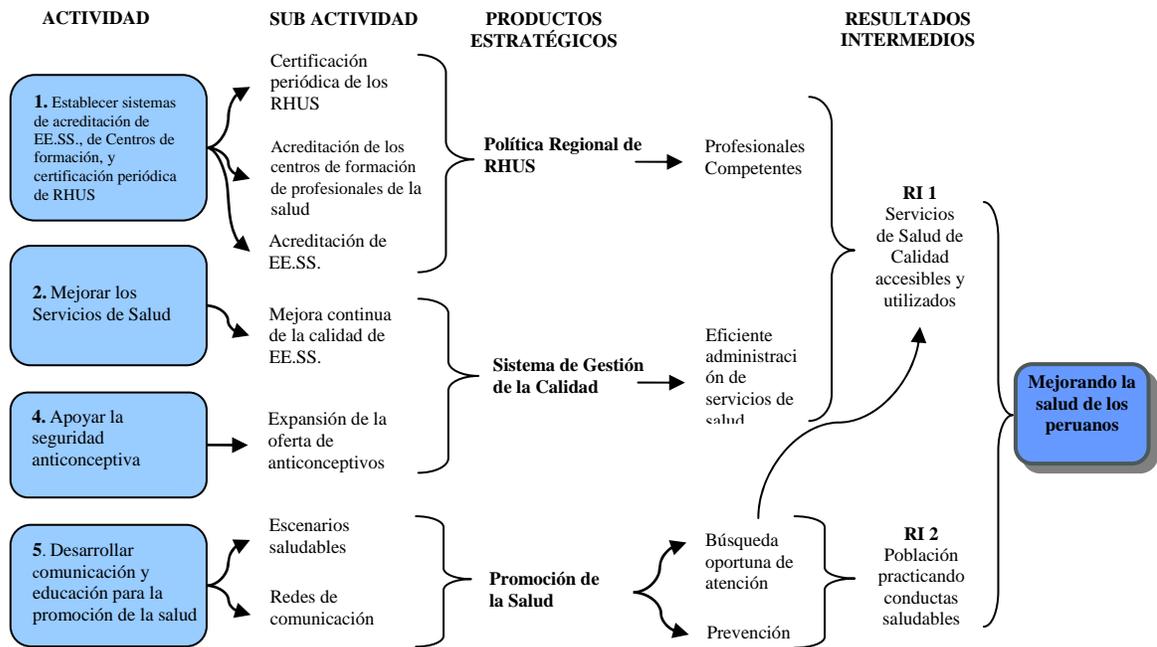
Los Productos Estratégicos, que se examinan por separado (actividades y logros) en los capítulos siguientes de este informe son:

**Producto Estratégico 1: Sistema de Gestión de la Calidad.** Busca como resultado final una eficiente administración de los servicios de salud desde el nivel central hasta el nivel local.

**Producto Estratégico 2: Política Regional de Recursos Humanos en Salud** cuyo objetivo es que el sistema de salud disponga de profesionales competentes

**Producto Estratégico 3: Promoción de la salud** a través del impulso de escenarios saludables (municipios, comunidades, instituciones educativas, barrios, y familias saludables, entre otros) y de redes de comunicación en salud que contribuyen a hacer más adecuados, los distintos espacios en los que se desenvuelve la vida de las personas.

**Gráfico 3: Acuerdo Cooperativo: Actividades y sub actividades de acuerdo a los Productos Estratégicos y Resultados Intermedios**



## D. RESULTADOS INTERMEDIOS

### **RESULTADO INTERMEDIO 1: “Servicios de Salud de Calidad accesibles y utilizados”.**

Para medir este resultado intermedio, se propuso el siguiente indicador: “50% de establecimientos de salud desarrollan procesos de mejora continua de la calidad en el marco de un Sistema de Gestión de la calidad”.

Al final del proyecto, este indicador fue superado al haberse registrado que en el conjunto de las siete regiones intervenidas, un 62% de establecimientos de salud estaba desarrollando procesos de mejora continua de la calidad, (véase cuadro 1). En efecto, como resultado de las actividades en gestión de la calidad, de 1,382 establecimientos de salud localizados en las siete regiones, 857 estaban desarrollando proyectos (diseñados por los propios proveedores de servicios de salud) para mejorar estándares de calidad identificados como débiles o deficientes en una primera medición. Los proyectos de mejora continua contienen diferentes actividades tendientes a influir positivamente en el estándar débil en un cierto periodo de tiempo al final del cual una nueva medición dará cuenta de la eficacia de las actividades planteadas en el proyecto. Si en una segunda medición, o tercera, el estándar no ha logrado aún un nivel aceptable, continúa el proceso de mejora con un nuevo proyecto y otro más, en permanente implementación hasta conseguir el nivel deseado del estándar o de los estándares que se quiere mejorar.

Por tipo de proyectos de mejora continua, más de la mitad, el 54%, tenía el propósito de elevar los estándares materno perinatales primarios, el 29% estaban destinados a avanzar en el logro de estándares de calidad para establecimientos del primer nivel, el 9% buscaban elevar el nivel de los estándares infantiles primarios y sólo el 6% estaban destinados a obtener mejores niveles de sus estándares materno perinatales básicos y esenciales. Sin embargo, éstos representan al 82% y 90% de los establecimientos de salud que deben cumplir con dichos estándares. Cuadro 1.

Para ilustrar la naturaleza de los proyectos se presenta brevemente algunos de ellos según el estándar que buscaban mejorar:

- 1) Proyectos para mejorar Estándares de Calidad para establecimientos de salud del Primer Nivel.** En este grupo, los proyectos más frecuentes estaban orientados a mejorar estándares de: a) eficacia, (disminución del tiempo de espera, promoción del parto institucional, mejoramiento del registro de las historias clínicas y cumplimiento de la referencia y contrarreferencia según normas y protocolos, entre otros), b) estándares de respeto al usuario (de implementación de mecanismos operativos de escucha a los usuarios de

los servicios), c) estándares de participación social (mejora sistema de referencia y contrarreferencia comunal), y d) estándares de satisfacción del usuario externo

**Cuadro 1: Proyectos de Mejora Continua de la Calidad**

Redes, Microrredes, EE.SS. y Proyectos de Mejora Continua de la Calidad (PMCC)	Total	Regiones						
		Ayacucho	Cusco	Huánuco	Junín	Pasco	San Martín	Ucayali
<b>Total de Redes</b> <sup>1</sup>	<b>37</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>4</b>
<b>Total de Microrredes (MR) en las regiones</b> <sup>1</sup>	<b>195</b>	<b>30</b>	<b>38</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>43</b>	<b>15</b>
<b>Microrredes del área de intervención</b>	127	4	30	28	23	11	22	9
<i>% respecto del total de MRs de las regiones</i>	<b>65%</b>	<b>13%</b>	<b>79%</b>	<b>97%</b>	<b>88%</b>	<b>79%</b>	<b>51%</b>	<b>60%</b>
<b>Microrredes del área de intervención con proyectos de MCC</b>	111	4	29	28	22	10	11	7
<i>% respecto del total de MR del área de intervención</i>	<b>87%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>91%</b>	<b>50%</b>	<b>78%</b>
<b>Total de Establecimientos de salud (EE.SS.) de las regiones</b> <sup>1</sup>	<b>2,197</b>	<b>406</b>	<b>284</b>	<b>242</b>	<b>461</b>	<b>258</b>	<b>355</b>	<b>191</b>
<b>- EE.SS. del área de intervención del proyecto</b>	1,382	47	208	228	393	195	176	135
<i>% respecto del total de establecimientos de las regiones</i>	<b>63%</b>	<b>12%</b>	<b>73%</b>	<b>94%</b>	<b>85%</b>	<b>76%</b>	<b>50%</b>	<b>71%</b>
<b>- EE.SS. del área de intervención que desarrollan proyectos de MCC</b>	857	22	161	216	278	108	49	23
<i>% respecto al total de establecimientos del área de intervención</i>	<b>62.0%</b>	<b>46.8%</b>	<b>77.4%</b>	<b>94.7%</b>	<b>70.7%</b>	<b>55.4%</b>	<b>27.8%</b>	<b>17.0%</b>
<b>EE.SS. del área de intervención del Proyecto con PMCC por tipo de proyecto</b> <sup>2</sup>								
Para el Primer nivel	334	2	26	151	71	36	46	2
Materno Perinatales Primarios (FONP)	613	13	112	175	236	72	4	1
Infantiles Primarios (FIP)	121	20	7	36	13	34	0	11
Materno Perinatales Básicos (FONB)	41	0	33	7	1	0	0	0
Materno Perinatales Esenciales (FONE)	2	0	2	0	0	0	0	0
OTROS (Combinación de dos Estándares)	42	0	0	5	34	3	0	0
<b>Total de Proyectos de MCC por Estándares de Calidad en EE.SS. del área de intervención</b>	<b>1,238</b>	<b>38</b>	<b>244</b>	<b>526</b>	<b>345</b>	<b>48</b>	<b>7</b>	<b>30</b>
Estándares de Calidad para EE.SS del Primer Nivel	361	2	27	211	100	16	3	2
Materno Perinatales Primarios (FONP)	671	14	169	251	194	22	4	17
Infantiles Primarios (FIP)	109	22	7	49	13	7	0	11
Materno Perinatales Básicos (FONB)	51	0	37	10	4	0	0	0
Materno Perinatales Esenciales (FONE)	4	0	4	0	0	0	0	0
OTROS (Combinación de dos Estándares)	42	0	0	5	34	3	0	0
<b>Proyectos a nivel de DISA, RED y Microrred</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Según la base de datos del MINSA actualizado en enero de 2007

<sup>2</sup> Un mismo establecimiento fue contado más de una vez por estar desarrollando más de un proyecto

2) **Proyectos para mejorar Estándares Materno Perinatales Primarios (FONP).** En cuanto a la mejora continua de los estándares FONP, la mayoría de proyectos estaba diseñado para mejorar estándares e indicadores de proceso, más que estándares e indicadores de estructura y de resultado. Así, se encuentran proyectos referidos a la aplicación del partograma en los establecimientos de salud; disminución del parto domiciliario; fortalecimiento de la información, comunicación y educación sobre el parto con adecuación cultural; referencia de neonatos que presentan emergencia; disminución del tiempo de espera para la atención a las gestantes; fortalecimiento de la participación comunitaria en la salud materno e infantil, entre otros.



3) **Proyectos para mejorar Estándares Materno Perinatales Básicos (FONB).** La mejora continua de estándares maternos perinatales básicos en establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales básicas, estuvo destinada a la mejora de estándares e indicadores de proceso y de resultado. Entre los primeros destacan proyectos para ampliar la cobertura de la atención de exámenes de laboratorio a todas las gestantes; mejora de las competencias de los proveedores de servicios de salud; atención a las gestantes a través de las casas de espera, captación de gestantes en el primer trimestre; disminución del embarazo en adolescentes, etc. Entre los segundos se cuentan proyectos que buscan la satisfacción de las gestantes con la atención recibida y la disminución del parto domiciliario en el ámbito de intervención.



4) **Proyectos para mejorar Estándares Materno Perinatales Esenciales (FONE).** Los estándares cuya mejora se busca en establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales esenciales son: a) atención prenatal y del parto (fortalecimiento la calidad de atención del servicio de Gineco-Obstetricia, mejora de la calidad de la atención obstétrica y neonatal y mejoramiento de la captación y la atención integral de las gestantes víctimas de violencia, entre otros.), b) estándares de atención del recién nacido con bajo APGAR y de pacientes pediátricos con desnutrición severa, y c) estándares de satisfacción de usuarias.

**5) Proyectos para mejorar Estándares infantiles Primarios (FIP).** Los estándares infantiles primarios cuya mejora procuran los proyectos desarrollados por los establecimientos del área de intervención del proyecto son de estructura (reorganización, implementación y remodelación del ambiente para atención del neonato en el establecimiento; promoviendo el involucramiento de la comunidad en la vigilancia materno infantil, vigilancia de la salud de los niños en la familia y la comunidad), de proceso (plan de atención integral elaborado según norma técnica del MINSA, evaluación del maltrato infantil, referencia de niños y niñas a establecimientos de mayor complejidad según lo requieran), y de resultado (mejora de atención del niño con la metodología de AIEPI y mejora de la atención integral del niño menor de 5 años en el puesto de salud).



Como se aprecia en el cuadro 1, el indicador de Resultado Intermedio N° 1 no tuvo el mismo logro en todas las regiones. Se superó la meta del 50% en Cusco, Huanuco, Junín y Pasco, destacando la región de Huanuco en donde cerca de un 95% de establecimientos desarrollaba proyectos de mejora continua de la calidad al finalizar el proyecto; mientras que en Cusco lo hacía un 77% y en Junín un 71%. En estas cuatro regiones, los estándares cuyo nivel se buscó elevar a través de los proyectos fueron básicamente aquéllos que tenían que ser practicados en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales primarias.

Las otras regiones, Ayacucho, San Martín y Ucayali experimentaron una serie de limitaciones durante el desarrollo del proyecto que afectaron negativamente el cumplimiento del indicador del RI N° 1.

De lo aprendido hasta el término del proyecto, se puede decir que 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 Integrado de Gestión Administrativa), revisar el petitorio de medicamentos del SISMED y orientar la programación de la compra de insumos.
- Mejorar el conocimiento de las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Mejorar el sistema de captación de las afiliaciones al SIS.
- Lograr que las normas de atención integral del niño y la gestante se cumplan de manera sistematizada.
- Contribuir al cumplimiento de estándares relacionados con exámenes de laboratorio por una mejora en el funcionamiento de los laboratorios derivado de la adquisición de insumos previstos en las normas de atención integral de la gestante y el niño.
- Articular y coordinar el trabajo de las cabeceras de MR con sus establecimientos periféricos.
- Vincular las actividades de PROMSA, RRHH y estrategias sanitarias varias.
- Identificar las necesidades de capacitación del personal mediante la autoevaluación de estándares y orientar el entrenamiento del personal de acuerdo a sus necesidades.
- 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 lo que permite avanzar en la implementación de PMC.

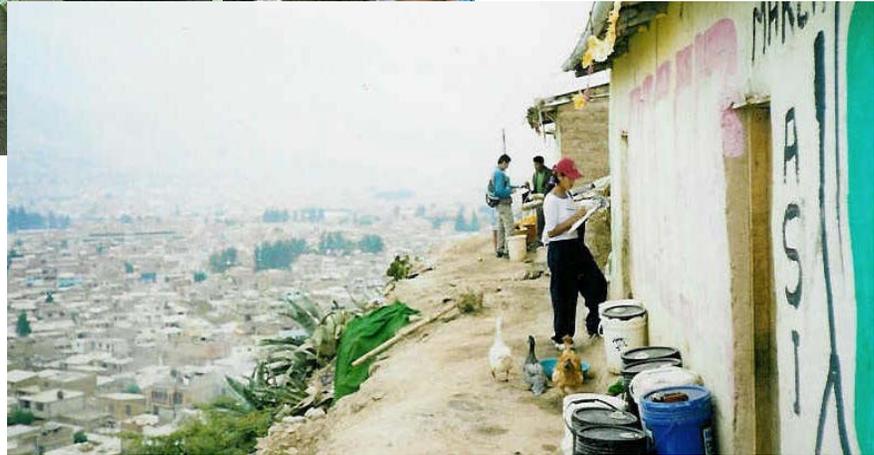
## **RESULTADO INTERMEDIO 2: “Población practicando conductas saludables”.**

Fue medido a través del indicador: “La población de las comunidades intervenidas incrementa en un 20% la práctica de conductas saludables”.

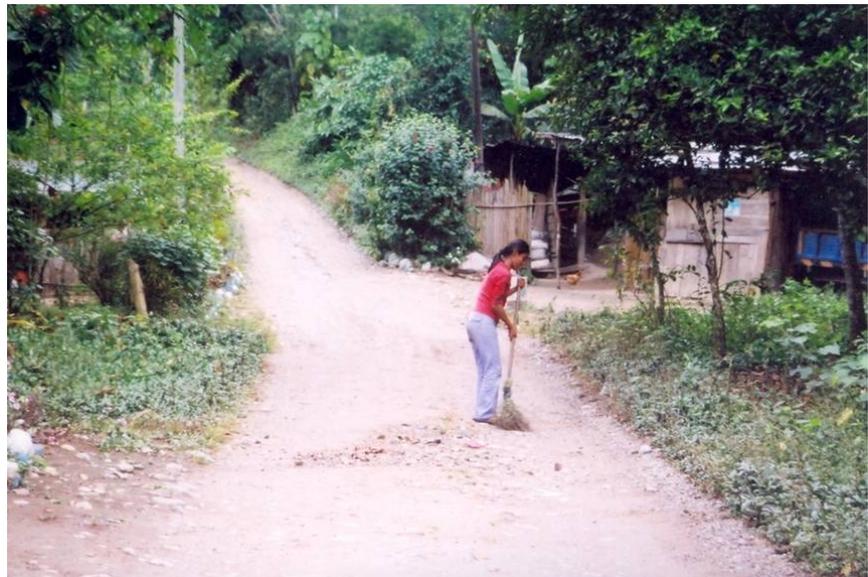
Las conductas saludables seleccionadas estaban referidas a la salud infantil, la salud materna, la salud reproductiva y la vivienda. Esos indicadores fueron medidos en dos momentos en cuatro regiones (Junín, Huanuco, Pasco y San Martín), de las siete priorizadas por USAID, por haberse focalizado en ellas las actividades de promoción de la salud, PROMSA. La medición corresponde a una muestra representativa de 26 distritos en esas regiones y 202 comunidades (véase la distribución por región en el cuadro 26 del capítulo III). En todas ellas se hizo una medición basal de los indicadores y otra al concluir el proyecto. Cuadro 2.

**Cuadro 2. Variación de indicadores de conductas saludables en comunidades del proyecto que no pertenecen al Programa de Desarrollo Alternativo, PDA**

Indicadores	Junín		Huanuco		Pasco		San Martín	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007	2005	2007
<b>Indicadores de salud infantil</b>								
• % de niños con partida de nacimiento	32.0	78.1	50.0	67.0	69.8	89.3	67.0	85.4
• % de niños con tarjeta de CRED al día	56.7	65.6	59.0	70.0	49.0	65.0	56.3	67.1
• % de niños con sus vacunas al día	56.1	65.3	59.0	69.0	49.0	62.0	54.2	67.1
• % de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	90.1	92.1	93.0	98.0	93.0	95.0	91.7	95.7
<b>Indicadores de salud reproductiva</b>								
• % de gestantes con control prenatal	73.0	91.0	64.0	79.3	65.0	82.0	72.0	88.0
• % de mujeres con atención institucional y/o profesional del parto	46.0	65.0	45.0	57.0	56.0	78.0	60.0	67.0
• % de mujeres en MEF que conocen su periodo fértil	17.9	25.0	18.8	23.0	15.4	22.0	18.0	22.5
• % de MEF que usa método anticonceptivo entre mujeres unidas	65.0	68.0	63.0	61.6	68.0	70.8	68.5	69.1
• Método moderno	42.0	39.0	40.2	37.8	50.0	48.0	48.0	50.0
• Método tradicional	23.0	29.0	22.8	23.8	18.0	22.8	20.5	19.1
<b>Indicadores de la vivienda</b>								
• % de familias que toman agua hervida o clorada	72.5	91.0	67.0	71.6	82.0	92.7	48.2	65.0
• % de familias que disponen de baño conectado a red o letrina	45.0	75.0	56.9	84.4	57.0	88.0	65.0	99.0



Como se aprecia en el cuadro 2, la gran mayoría de indicadores de conductas saludables presenta un incremento superior al 20% entre el 2005 y el 2007. Los resultados desagregados dan cuenta que respecto a los indicadores infantiles, los mayores avances se dieron en el porcentaje de niños con partida de nacimiento que aumentó en todas las regiones, en promedio en un 30%, pero en Junín el incremento fue de 143% (de 32% a 78%). También es importante el aumento del número de niños con tarjeta de crecimiento y desarrollo, CRED, al día, lo que implica, como muestran las cifras, que estos niños también tienen sus vacunas al día.



En relación a los indicadores de salud reproductiva, también se observa un incremento en todos los indicadores, siendo los que más aumentaron el control pre natal y la atención institucional del parto. De las cuatro regiones consideradas estos dos indicadores son más bajos en Huanuco y más elevados en Junín y San Martín. No obstante, tanto el control prenatal realizado por personal de salud, como la atención institucional del parto registrados en las comunidades del área de intervención del proyecto de todas las regiones, son a veces más elevados que en las regiones consideradas en su conjunto, de acuerdo a los datos de la ENDES continua para el 2006 y que se presenta para las siete regiones en el cuadro 3.

**Cuadro 3. Indicadores Globales de salud materno infantil y vivienda en las siete regiones del proyecto**

Indicadores*		Salud Infantil	Salud Reproductiva					Vivienda		
		Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	Tasa Global de Fecundidad	Fecundidad adolescente (% embarazadas o con hijos)	% de uso de MAC modernos. Mujeres unidas	% de Atención pre natal por personal de salud	% de Parto institucional	Mortalidad Materna** (Número de MM)	Acceso a agua segura	Acceso a baño conectado a red
Perú	2,000	43	2.9	13.0	50.4	83.8	57.9	655	72.3	51.1
	2,006	27	2.6	12.2	47.6	91.5	71.6	485	74.3	55.4
Huanuco	2,000	63	4.3	19.5	46.0	65.6	28.3	38	48.6	18.8
	2,006	s/i	3.4	15.4	43.3	77.9	52.9	27	42.3	22.1
San Martín	2,000	49	3.0	21.1	57.5	83.3	45.8	25	62.1	37.3
	2,006	s/i	2.8	26.3	49.2	87.5	70.6	15	60.9	47.4
Junín	2,000	43	3.2	19.4	43.5	78.2	46.0	30	78.6	43.2
	2,006	s/i	3.0	9.2	48.8	88.7	63.4	20	69.8	44.2
Ayacucho	2,000	50	4.2	21.3	33.1	80.9	47.2	27	47.6	20.-3
	2,006	s/i	3.6	17.4	36.1	88.4	70.6	26	64.7	24.4
Pasco	2,000	58	3.3	13.4	50.4	72.8	50.7	7	61.7	28.4
	2,006	s/i	2.9	-18.2	57.4	85.4	69.3	10	62.6	34.2
Ucayali	2,000	52	3.2	27.0	58.9	72.9	46.3	9	32.1	23.8
	2,006	s/i	3.9	-23.0	51.5	78.4	73.7	13	39.9	37.4
Cusco	2,000	84	4.0	17.2	43.8	95.1	39.4	53	71.8	29.2
	2,006	s/i	3.2	13.9	38.8	98.0	62.0	20	77.7	35.7

**Fuente:**

\* Para todos los indicadores, INEI: ENDES 2000- ENDES Continua 2004-2006

\*\* Para mortalidad materna: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

s/i Sin información

El uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas revela incrementos modestos en las cuatro regiones, en consonancia con la tendencia nacional registrada por la ENDES continua, que, como puede verse en el cuadro 3, da cuenta de una detención en el aumento de uso de métodos en el país.

El indicador más estable, en un nivel bajo durante el periodo de ejecución del proyecto, es el conocimiento del periodo fértil que ha subido muy poco en todas las regiones. Este es un indicador difícil de mover no sólo en las comunidades sino también a nivel nacional conforme lo

demuestran los datos de la ENDES<sup>6</sup>. En efecto, del total de mujeres en edad fértil en el país sólo el 37% identificó correctamente el periodo de mayor riesgo de embarazo; mientras que el 63% no especificó el tiempo o no conoce cuál es el momento de mayor riesgo para que una mujer quede embarazada si tiene relaciones sexuales sin protección. Entre las usuarias del método, apenas el 60% respondió que el momento de mayor riesgo de embarazo es la mitad del ciclo menstrual lo cual, dadas las respuestas erróneas sobre el período fértil del ciclo, indica que el 40% de usuarias, utiliza este método de forma incorrecta.

Adicionalmente, la actividad de comunicación en salud produjo resultados muy interesantes en la conformación de grupos para difundir mensajes y contenidos de promoción de conductas saludables. Así, se formaron siete Redes de Corresponsales de Programas Radiales, y siete redes de Comunicadores Interinstitucionales.

En el tercer año del proyecto, manteniendo las actividades de promoción de conductas saludables en distintos escenarios -cuyo avance era manifiesto en las comunidades intervenidas tal como lo demuestran las cifras del cuadro 2-, se propusieron nuevos indicadores para el Resultado Intermedio 2, que fueron los siguientes:

Indicador 1: Dos Sistemas Regionales de Certificación de estándares mínimos de municipios saludables para la promoción de conductas saludables en el marco de la descentralización en salud

Indicador 2. Un modelo sostenible de redes de comunicadores en salud que promuevan cambios de conducta basados en motivadores

Al final del proyecto, las actividades de promoción de la salud viraron de un trabajo con los gobiernos locales (distritos) y comunales a una estrategia que articulaba las acciones del gobierno regional, el gobierno local (provincial y distrital), las organizaciones comunales y la propia población, bajo la forma de los **Acuerdos de Gestión** (Véase la sección F de este capítulo). De esta manera, el proyecto ha contribuido a generar conciencia entre las autoridades y el público, que la calidad de vida y el bienestar de las personas es una tarea de todos y que no requiere de grandes recursos económicos, pero sí de una estrategia de comunicación social que ayude a la creación de ciudadanía en salud en la que los individuos no sólo tienen derechos sino también deberes para con ellos mismos, su familia y su comunidad.

En materia de certificación de municipios saludables los logros del proyecto son los siguientes:

***Indicador 1: Dos Sistemas Regionales de Certificación de estándares mínimos de municipios saludables para la promoción de conductas saludables en el marco de la descentralización en salud:***

---

<sup>6</sup> INEI., ENDES continua 2004-2006. Informe Principal, 2007

- *Normas Regionales:*
  - *Junín:* Resolución Ejecutiva Regional N° 115 (08/02/07) del CTR de Promoción y Cultura de la Salud, firmada por el Presidente Regional declara de prioridad regional la promoción y cultura de la salud y hace posible la implementación de la estrategia de Municipios Saludables.
  - *Huanuco:* Ordenanza Regional N° 002-2007-CR-GRH del 26 de Marzo del 2007, aprueba la Política Regional de Implementación de la Estrategia de Municipios Saludables
  - *San Martín:* El Plan Regional de Salud contempla la certificación de estándares de desarrollo social, económico y ambiental, incluyendo la certificación de MS
- *Implementación de políticas*
  - Tres regiones (Junín, Huánuco y San Martín), cuentan con una política regional e implementan su Política de PROMSA, incluyendo estándares regionales mínimos para la Certificación de Municipios Saludables (MS).

***Indicador 2: Un modelo sostenible de redes de comunicadores en salud que promuevan cambios de conducta basados en motivadores.***

- Siete Redes de comunicación que funcionan en intercambio permanente para difundir mensajes sobre salud y conductas saludables entre diferentes audiencias. Las redes agrupan a comunicadores, periodistas, personal de salud, docentes y alumnos de las facultades de Ciencias Sociales y Ciencias de la Comunicación y empresas de radio del sector privado<sup>7</sup> y contribuyen a un trabajo interconectado entre el sector salud, la sociedad civil y los medios de comunicación.
- Siete Redes de Corresponsales de Programas Radiales (uno en cada región)
- Preparación de productos de comunicación en salud (spots, videos, boletines impresos y virtuales, y trípticos, etc.) basados en motivadores para promover: el cuidado del niño, crecimiento e inmunizaciones, la atención prenatal y del parto, y comportamientos básicos de higiene y consumo de agua, entre otros.

---

<sup>7</sup> *Radio Luz y Sonido en Huanuco; Radio Uno en Chanchamayo, Junín; Radio del Progreso en Ucayali; Radio Salcantay y radio Universal en Cusco; Radio PRODEMU en San Martín; y Radio Atlantis en Ayacucho*

## E. PLANES REGIONALES CONCERTADOS DE SALUD Y EDUCACION

Al instalarse, los Gobiernos Regionales elaboraron sus Planes de Desarrollo Regional para orientar su trabajo hacia el logro de equitativo y sostenible de sus pueblos. Esos planes priorizaban la atención de los problemas de salud y educación que urgían ser abordados de manera integral, para lo cual fue necesario concertar estrategias y metodologías. En el año 2003, el proyecto Catalyst ofreció asistencia técnica a la región Huanuco para elaborar su Plan Regional Concertado de Salud, y su Plan Regional Concertado de de Educación, experiencia primera e ilustrativa en la cual se basó el diseño el Acuerdo Cooperativo mediante el cual se extendió la asistencia técnica a otras regiones para concretar planes regionales similares. En este segundo momento, los planes de salud incluyeron la creación de un Sistema de Gestión de la Calidad, la administración eficaz, oportuna y apropiada de los Recursos Humanos en Salud<sup>8</sup> y un conjunto de actividades para promover la práctica de conductas saludables vía el involucramiento de la sociedad toda.

Los planes regionales concertados de salud contienen una visión regional, prioridades concertadas, objetivos estratégicos compartidos, una agenda de políticas públicas y perfiles de proyectos regionales. La legitimidad de los planes deriva de algunas de sus cualidades:

Participativa: Participaron instituciones y actores sociales locales y regionales.

Descentralizada: Los insumos para los planes vinieron de todas las provincias, y en Pasco, de los distritos

Concertada: El Plan Concertado Regional es producto de consensos de prioridades, voluntades, intereses, expectativas y recursos.

Regionales: Es el nivel político, estratégico, rector y de liderazgo regional.

Enfoque de Desarrollo Humano: Buscan mejorar la calidad, organización y distribución de los recursos humanos, físicos y financieros en salud y educación.

Para la elaboración de los planes se conformó un equipo técnico en cada región que estuvo a cargo del diseño de la metodología, instrumentos y organización de actividades. El equipo técnico del plan originó documentos de gestión participativa, concertada y descentralizada.

---

<sup>8</sup> *Planes Regionales Concertados de Salud de Huánuco, Pasco, Cusco y Junín. Planes Regionales Concertados de Educación en Ucayali, Pasco y Huanuco.*

La sostenibilidad de la elaboración de planes concertados se sustenta en cinco fases:

1. Generación de un ambiente favorable que incluye: a) la organización (consolidación del Consejo Regional de Salud, conformación del Comité de Planeamiento Regional, Comité de Comunicación Regional y equipos de facilitadores provinciales) como paso clave para sostenibilidad técnica del proceso, y b) el análisis estratégico de los actores sociales; interacción entre ellos y esfuerzos de sensibilización local. Esta fase culminó con la suscripción de un Primer Acuerdo o Pacto Social, que afirmó el compromiso de los actores sociales de participar en todas las actividades de formulación de los planes de salud y de educación regionales.
2. Evaluación o Diagnóstico de la salud / educación que incluye un perfil del sistema de atención a la salud, auto-evaluación provincial y una evaluación regional final
3. Formulación del plan regional con enfoque estratégico que abarca el análisis de las capacidades de los actores sociales; el desarrollo de la visión regional y la identificación de escenarios, así como la definición de objetivos y estrategias, programas y proyectos. Esta fase culminó en la firma de un Segundo Acuerdo o Pacto Social que aprobó el plan de salud y asumió compromisos para su implementación.
4. Implementación del plan regional mediante la organización de los equipos en “Mesas Temáticas” o Comités Técnicos Regionales” responsables de la implementación de las estrategias del plan y la preparación de los presupuestos participativos
5. Monitoreo del proceso de implementación del plan y evaluación de los resultados alcanzados mediante la medición periódica de indicadores, el análisis de sus resultados y su utilización como insumos para la toma de decisiones sobre los problemas de salud y/o educación priorizados.



En base a los Planes Regionales Concertados de Salud, Pathfinder International brindó asistencia técnica para conformar Sistemas de Gestión de la Calidad, implementar las Políticas de Recursos Humanos en Salud y la estrategia de Promoción de la Salud a través de Municipios Saludables y de Comunicación en salud.

Planes Regionales Concertados de Salud producidos: (ver anexo 1):

- Plan Regional Concertado de Salud de Huanuco (2003-2006), aprobado el 25 de abril de 2003, mediante Acta de compromiso y elevada a Ordenanza Regional del 19 de octubre de 2007.
- Plan Regional Concertado de Salud de Junín, aprobado el 29 de abril de 2005, oficializado mediante Ordenanza Regional el 31 de agosto del 2005.
- Plan Regional Concertado de Salud de Cusco, aprobado el 11 de octubre del 2005.
- Plan Regional Concertado de Salud de Pasco, aprobado el 25 de octubre del 2005.
- Plan Regional Concertado de Salud de Huanuco (2008-2015)<sup>9</sup>, (actualización del plan anterior) formulado por la Mesa Temática de Planificación del Consejo Regional de Salud, CRS, utilizando la metodología del Cuadro de Mando Integral, CMI, (Balance Scorecard)<sup>10</sup>.

Planes Regionales Concertados de Educación producidos (ver anexo 2):

- Plan Regional Concertado de Educación (2003-2021), aprobado mediante Acuerdo de Consejo Regional N° 136 – 2003 CR – GRH, el 22 de diciembre de 2003.
- Proyecto Educativo Regional de Ucayali, bajo el enfoque de un Plan Regional Concertado de Educación, aprobado el 29 de abril del 2005.

---

<sup>9</sup> Esta propuesta deberá ser aprobada por el Consejo Regional de Salud y enviada al Gobierno Regional para su oficialización. El 19 de octubre de 2007, el Consejo regional del Gobierno Regional se aprobó la ampliación del Plan Regional Concertado de Salud y se encargó al Consejo Regional de Salud concluir su formulación. Al finalizar el Acuerdo, la Mesa Temática de Planificación ha remitido una propuesta de consenso al CRS. Algunas dificultades retrasaron el trabajo, por ejemplo presencia no permanente de los directores y funcionarios del Gobierno Regional y DIRES y demora en la definición de algunos indicadores y metas. No obstante, la región cuenta con un instrumento de gestión novedoso que incorpora una moderna herramienta de gestión (CMI), con enfoque integrado, de fácil difusión y medición.

<sup>10</sup> Contiene ideas rectoras, objetivos estratégicos en las perspectivas: sociedad-usuarios, financiera, procesos internos y aprendizaje-crecimiento, los cuales han sido graficados en un Mapa Estratégico permitiendo dar un equilibrio o balance y comunicar fácilmente la metodología a seguir. Cada uno de los objetivos estratégicos contiene indicadores, metas e iniciativas.

## **F. ACUERDO DE GESTIÓN ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANUCO Y LAS MUNICIPALIDADES DISTRITALES DE AMARILIS Y SAN FRANCISCO DE CAYRAN**

### ***1. Conceptualización***

Las prioridades de atención en salud exigen el desarrollo de estrategias articuladas –en el nivel nacional, regional y local- para el abordaje de la desnutrición crónica y la mortalidad materno-neonatal que han sido definidas como Políticas de Estado en el país y por desagregaciones geográficas. De acuerdo al mandato del Ministerio de Salud, en todas ellas, la asistencia técnica y financiera deberá focalizarse en los grupos de mujeres en edad fértil y niños/as menores de 5 años pobres y pobres extremos, así como en las familias en situación de vulnerabilidad social o de riesgo. En ese sentido, el Acuerdo de Gestión, es un instrumento que permite mejorar los resultados sanitarios de los ámbitos locales, distritos y comunidades, uniendo esfuerzos de los actores regionales y locales en el cumplimiento de un conjunto de compromisos, metas e indicadores previamente establecidos.

Las autoridades y funcionarios del Gobierno Regional de Huánuco -a través de la Gerencia de Desarrollo Social y la Dirección Regional de Salud- y las Municipalidades de los distritos de Amarilis y San Francisco de Cayrán, con la asistencia técnica de Pathfinder International, desarrollaron actividades que permitieron la suscripción de un Acuerdo de Gestión, cuyo propósito es mejorar los niveles de salud y calidad de vida de la población de ambos distritos. El Acuerdo se inscribe en el proceso de descentralización y transferencia de la función de salud a los gobiernos locales; y se constituye en una herramienta que orienta el desempeño de las instituciones firmantes para el logro de resultados sanitarios concretos y coherentes con las necesidades de salud de dichas poblaciones. Varios indicadores de desempeño diseñados miden el logro del Acuerdo de Gestión, el mismo que al finalizar el Proyecto se encuentra en fase de implementación.

### ***2. Proceso de Formulación del Acuerdo de Gestión***

#### **❖ Concertación y sensibilización para la suscripción del Acuerdo de Gestión**

A partir de la normatividad emitida por el Ministerio de Salud sobre el proceso de descentralización<sup>11</sup>, a principios de mayo de 2007, se sostuvo reuniones con funcionarios de Gerencia de Desarrollo Social y de la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional de Huánuco para evaluar la posibilidad de suscribir *Acuerdos de Gestión entre el Gobierno Regional y cada uno de sus municipios*.

---

<sup>11</sup> RM N° 366-2007/MINSA. Documento Técnico “Desarrollo de la función salud en los Gobiernos Locales”

A fines de dicho mes, se sumaron a las reuniones representantes de la Oficina de Planificación del MINSA, de USAID y de Pathfinder International y, como invitados, personal del Gobierno Regional de Pasco. Allí se encargó a Pathfinder International elaborar una versión preliminar del Acuerdo de Gestión, precisando los pasos e instrumentos para su implementación, y solicitando su asistencia técnica<sup>12</sup>.

#### ❖ **Elaboración del documento preliminar del Acuerdo de Gestión**

Diversas reuniones del Equipo Técnico reprodujeron para revisar la versión preliminar del Acuerdo, a la par que la Gerencia de Desarrollo Social se reunía con los Alcaldes y los equipos de gestión de las Municipalidades Distritales de Amarilis y San Francisco de Cayrán, quienes apoyaron la iniciativa.

En julio de 2007, quedaron listos los aspectos técnicos del Acuerdo de Gestión y los instrumentos y procesos para su implementación.

### **3. Suscripción y oficialización del Acuerdo de Gestión**

El 13 de julio del 2007, luego de una última revisión de los aspectos contemplados en el Acuerdo de Gestión, el Presidente del Gobierno Regional, el Director General de la Dirección Regional de Salud, el Alcalde de la Municipalidad Distrital de Amarilis y el Alcalde de la Municipalidad Distrital de San Francisco de Cayrán, suscribieron el Acuerdo de Gestión formalizando los compromisos allí establecidos. (Véase anexo 4) y que se refieren, entre otros al cumplimiento de los indicadores que se señalan en el cuadro 4.

**Cuadro 4. Indicadores materno infantiles y de vivienda de atención prioritaria por el Acuerdo de Gestión entre el Gobierno Regional de Huanuco y los Gobiernos Distritales de Amarilis y San Francisco de Cayrán**

Nº	Indicador
1	% de gestantes controladas (6 ó más atenciones en el actual embarazo)
2	% de gestantes con atención de parto en establecimientos de salud con FONB ó FONE
3	% de adolescentes en Centros Educativos que conocen en que momento del ciclo menstrual existe posibilidad de embarazo
4	% de personal asistencial de los establecimientos de salud I-1 y I-2 de la Microrred con competencias laborales para la atención de Niño y Gestante y puérpera
5	% de establecimientos de salud con disponibilidad de stocks normales de métodos anticonceptivos: inyectables, píldoras y condones
6	% de niños/as menores de 3 años con tarjeta CRED al día
7	% de hogares con niños/as menores de 3 años que consumen agua hervida o clorada
8	% de hogares con niños/as menores de 3 años que disponen de letrina o desagüe conectado a red
9	% de niños/as con partida de nacimiento en el mes o en el mes siguiente a su nacimiento

<sup>12</sup> Véase en el acta en el anexo 3

## Más distritos se suman a la experiencia Acuerdos de Gestión

Los distritos de Panao, La Unión, Pachas Obas y Pampamarca se sumaron a la firma de "Acuerdos de Gestión" cuyo objetivo es contribuir con la disminución de la mortalidad materna y la desnutrición crónica infantil, que constituyen dos de los problemas sanitarios priorizados en el departamento de Huánuco.

El documento, según los promotores, busca alinear de manera coherente los objetivos, estrategias y metas del Gobierno Nacional, Regional y las Municipales de los distritos en el cumplimiento de metas que den cuenta del esfuerzo de cada institución.

La Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional convocó a los 21 distritos pilotos del plan "Crecer" para que los gobiernos locales conozcan los avances y resultados que se vienen dando en los distritos de Amarilis y San Francisco de Cayran, tras la firma de los Acuerdos de Gestión.

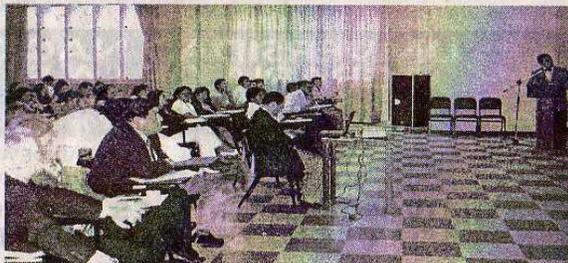
Uno de los resultados presentados por ambos distritos es la línea basal

de los indicadores: Niñas y niños menores de tres años que cuentan con tarjetas de crecimiento y desarrollo, consumo de agua segura en sus hogares y uso servicios de desagüe de la red.

El acto contó con la presencia del responsable de la Estrategia CRECER, Iván Hidalgo Torres, quien luego de co-

pañ va aprender de lo que aquí se viene haciendo para implementar la estrategia "Crecer", manifestó Hidalgo Torres.

Por su parte, Jorge Espinoza Egoavil, presidente del Gobierno Regional Huánuco, reafirmó su compromiso de trabajo por los necesitados. Asimismo, agradeció a la Agencia de los Esta-



dos Unidos para el Desarrollo Internacional USAID a través de Pathfinder International por la asistencia técnica.

Los alcaldes firmantes a la expansión de los Acuerdos de Gestión fueron: Cayo Rojas Rivera (Pachitea), Fortunato Ramos Lavado (Dos de Mayo), Bernardino Cahua Cieza (Obas), Wilder Gómez Penadillo (Pachas), Orlando Herrera Calixto (Pampamarca).

nocer los resultados de los procesos de los distritos de Amarilis y Cayran, felicitó y reconoció al presidente del Gobierno Regional por ser el primer departamento que articula para dar marcha la estrategia CRECER.

"Les he visto empoderados y liderando este proceso, los alcaldes de Amarilis y Cayran hoy dieron una clara demostración. Este trabajo va servir de ejemplo para los demás departamentos el

### 4. Funcionamiento de los Equipos Técnicos Responsables del Acuerdo de Gestión

Para la implementación del Acuerdo de Gestión, se organizaron equipos técnicos: Comité de Gestión, Equipo Técnico de Monitoreo y Áreas de Información. Se elaboraron Normas y Procedimientos para la Gestión y Monitoreo del Acuerdo de Gestión, el Plan de trabajo para elaborar la Línea de Base y herramientas (validadas en experiencias similares) para operacionalizar los compromisos asumidos. (Véase en el anexo 5 los documentos elaborados, las funciones de los equipos técnicos y las Resoluciones Ejecutivas respectivas).

### 5. Determinación de la Línea Basal de los Indicadores del Acuerdo de Gestión

El primer compromiso fue el levantamiento de una línea de base de la situación de los indicadores que fue realizado por los equipos técnicos con asistencia técnica del Proyecto. Las fuentes de información son tres: Estadísticas de establecimientos de salud y educativos (indicadores 1, 2, 5 y 9), encuestas a adolescentes y entrevistas a hogares seleccionados de ambos

distritos (indicadores 3, 4, 6, 7 y 8). Cada indicador contó con un diseño muestral, que determinó el tamaño de la muestra y los instrumentos<sup>13</sup> a utilizarse.

La recolección de datos estuvo a cargo del personal de las instituciones involucradas y de los agentes comunitarios en una experiencia enriquecedora de trabajo conjunto entre organizaciones estatales y la comunidad.

## **6. Definición de Metas de los Indicadores y Propuestas de Intervención**

Simultáneamente a la medición del punto de partida de los indicadores, se definió las metas a alcanzar en el 2008 y la estrategia para lograrlas, incluyendo actividades, responsables y cronogramas, definidos con el Comité de Gestión y el Equipo técnico de Monitoreo.

## **7. Resultados**

- La implementación de Acuerdos de Gestión en espacios regionales y locales es un aporte del proyecto y marca el inicio de la aplicación de esta estrategia de desarrollo en el país. Por ello, cada actividad y proceso seguido en su implementación fue tomado como un aprendizaje por los participantes. El balance de logros es altamente positivo y destaca el compromiso y trabajo concertado de diferentes niveles de administración: el Gobierno Regional -a través de la Gerencia de Desarrollo Social y la Dirección Regional de Salud-, los Gobiernos Locales –a través de las Municipalidades Distritales- y la comunidad en general.
- El trabajo articulado del Gobierno Regional y Municipalidades Distritales, que es la esencia del Acuerdo de Gestión, es clave para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población. Los equipos locales han asumido gradualmente que los resultados sanitarios son también de su responsabilidad y que este quehacer no se circunscribe a los establecimientos de salud, sino que se expande a la familia y la comunidad.
- En la aplicación de la encuesta para la medición de la línea de base, la participación de los agentes comunitarios ha sido fundamental al permitir mayor accesibilidad a los hogares por su cabal conocimiento de las zonas y de las familias entrevistadas.
- Respecto a los indicadores, la línea de base ha permitido subsanar la secular limitación de los datos agregados de las estadísticas oficiales, revelando el verdadero nivel de esos indicadores en los distritos y las comunidades. Esto ha permitido intervenciones específicas con la finalidad de reducir las brechas entre el estándar y el indicador observado, a partir del trabajo mancomunado de las autoridades locales y de la comunidad.
- La experiencia del Acuerdo de Gestión debe continuar en el 2008 con la implementación de los planes de intervención por lo que se hace necesario la permanencia del Comité de Gestión, Equipo técnico de Monitoreo y las Áreas responsables por cada indicador.

---

<sup>13</sup> Ficha de recolección de información en el anexo 6

## **8. Lecciones Aprendidas**

- La participación y compromiso por parte de las autoridades regionales y locales es un aspecto central que ha permitido construir con éxito la experiencia, y es una buena alternativa para institucionalizar y dar continuidad a la experiencia en la búsqueda de mejorar los resultados sanitarios.
- Esta estrategia ha permitido mostrar la carencia de información oportuna y confiable sobre indicadores locales. El trabajo de la línea de base ha dado lugar a una mejora y actualización del Sistema de Información Perinatal y el Software del SISMED de los establecimientos de salud de la Microrred Amarilis. No obstante, esta es una tarea pendiente que la Dirección Regional de Salud y las Municipalidades Distritales deben desarrollar para obtener información de calidad sobre los temas sanitarios considerados prioritarios en sus ámbitos.

**Cuadro 5. Acuerdo Cooperativo Original por Actividades y Sub Actividades**

<b>Resultado Intermedio</b>	<b>Actividad</b>	<b>Sub actividad</b>
RI 1: Servicios de salud de calidad accesibles y utilizados	<i>1. Establecer Mecanismos Normativos</i>	1. Mejorar la calidad de la educación de los estudiantes de las escuelas de medicina, enfermería y obstetricia desarrollando estándares profesionales y mecanismos de acreditación
		2. Promover la creación de una entidad nacional autónoma de evaluación y acreditación de la educación de profesiones de la salud en instituciones de educación superior
		3. Desarrollar estándares de calidad para establecimientos de salud y fortalecer la supervisión en áreas modelo
		4. Crear un sistema nacional de acreditación para establecimientos de salud públicos y privados
		5. Fortalecer la certificación y la re-certificación periódicas realizadas por los Colegios profesionales de medicina, enfermería y obstetricia
		6. Crear una organización nacional para la re certificación periódica de los profesionales peruanos de la salud
	<i>2. Mejorar los servicios de salud en las regiones prioritarias</i>	7. Mejorar la atención de la salud asistencial y preventiva relacionada con la salud materna, perinatal e infantil y con las enfermedades infecciosas
	<i>4. Diversificar las fuentes de abastecimiento de métodos anticonceptivos</i>	9. Crear en el sector privado fuentes alternativas de abastecimiento de productos de PF y servicios de salud reproductiva
		10. Capacitar y equipar al personal farmacéutico para que informe sobre ITS y PF
		12. Ampliar el mercadeo social de anticonceptivos en el sector privado y orientar a los clientes del MINSA a abastecerse en el sector privado y menos en el sector público subsidiado
RI 2: Población practicando conductas saludables	<i>5. Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud</i>	13. Desarrollar estrategias y actividades para fomentar conductas saludables en municipalidades, comunidades y familias
		14. Implementar programas de promoción de la salud en las regiones prioritarias alentando la participación en actividades de “Escuelas Saludables” y “Municipalidades Saludables”
		15. Diseñar e implementar estrategias de educación y comunicación para aumentar el conocimiento sobre salud reproductiva, derechos en salud e incrementar el uso de los servicios de salud
		16. Fortalecer la capacidad de los Departamentos de Comunicación de las Universidades Peruanas para apoyar actividades de comunicación en salud y de cambio de conductas
		17. Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud para realizar una efectiva promoción de la salud
		18. Apoyar a las redes de comunicación locales y repetidoras para mejorar las actividades de comunicación en salud y de cambios de conducta con enfoque en la comunidad.

**Cuadro 6. Acuerdo Cooperativo Original por Actividades y Sub Actividades**

<b>RESULTADO INTERMEDIO</b>	<b>INDICADOR DEL RESULTADO INTERMEDIO</b>	<b>PRODUCTO ESTRATEGICO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SUB ACTIVIDAD</b>
RI 1: Servicios de Calidad accesibles y utilizados	50% de establecimientos de salud implementan procesos de MCC en el marco del Sistema Regional de Gestión de la Calidad	Sistema Regional de Gestión de la Calidad	1. Mecanismos Normativos para la calidad.	1.1 Fortalecer procesos de MCC en escuelas y facultades que forman profesionales de ciencias de la salud. 1.2 Establecer las bases de un sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior en los ámbitos nacional y regional. 1.3 Facilitar la implementación de mecanismos normativos de calidad en los servicios de salud en el nivel regional.
			2. Mejora de la Calidad de los servicios en los establecimientos de salud del MINSA en regiones prioritarias	2.1. Desarrollar procesos de gestión de la calidad en los establecimientos de salud de las redes y microrredes intervenidas, principalmente de la salud materna, perinatal e infantil.
			3. Diversificación de fuentes de abastecimiento de MAC	3.1. Crear fuentes alternativas de abastecimiento de productos de planificación familiar y servicios de salud reproductiva en el sector privado.
		Política Regional de Recursos Humanos	4. Gestión Estratégica (EGES) de Recursos Humanos	4.1 Desarrollar Sistemas Regionales de Recursos Humanos en Salud
RI: 2: Población practicando conductas saludables	20% de familias de los distritos intervenidos realizan prácticas saludables	Escenarios Saludables	5. Desarrollar estrategias para promover comportamientos saludables en las Regiones, Municipalidades, comunidades, escuelas y familias de los distritos intervenidos.	5.1 Promover políticas y proyectos regionales de promoción de salud a nivel de las 7 regiones 5.2 Implementar un programa de promoción de salud con enfoque territorial que promueva la participación de la población en los diversos escenarios.
			6. Articular una estrategia de redes de comunicación educativa regionales y locales para la promoción de la salud	6.1 Diseñar campañas de comunicación educativa para promover el cambio de conductas para el autocuidado de su salud y el uso de los servicios de salud materno perinatal e infantil, como un ejercicio de sus derechos 6.2 Fortalecer la capacidad de las DIRESAs, y los gobiernos locales para promover acciones informadas de Promoción de Salud 6.3 Fortalecer las capacidades de las facultades de comunicación del país para implementar contenidos de comunicación en salud para el cambio de conductas. 6.4 Fortalecer redes y actores locales de comunicación para mejorar sus estrategias de comunicación en salud para el cambio de conductas y la vigilancia de la calidad de los servicios.
		Redes de comunicación en salud para el cambio de conductas y vigilancia de la calidad de los servicios.		