

ANALISIS-EVALUACION DE LA POLITICA NACIONAL DE CALIDAD
(Documento de Trabajo, no publicar, no citar)

Dr. Oswaldo Lazo Gonzales
Profesor Principal
Facultad de Salud Pública y Administración
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Introducción

El presente estudio presenta el Análisis/Evaluación de la Política Nacional de Calidad en Salud, transcurrido un quinquenio de su aprobación. Se trata de dar cuenta del proceso de formación de esta política, analizando sus actores, el contexto en el que se desarrollaron, los recursos que manejaron para formular determinados contenidos. Se busca indagar en qué medida esta política se implementó y sus posibles resultados, pero sobre todo importa conocer cuán vigentes son estas políticas, que elementos del contexto o que cambios en la condición de los actores y grupos-objetivo se han producido que reclamen su actualización.

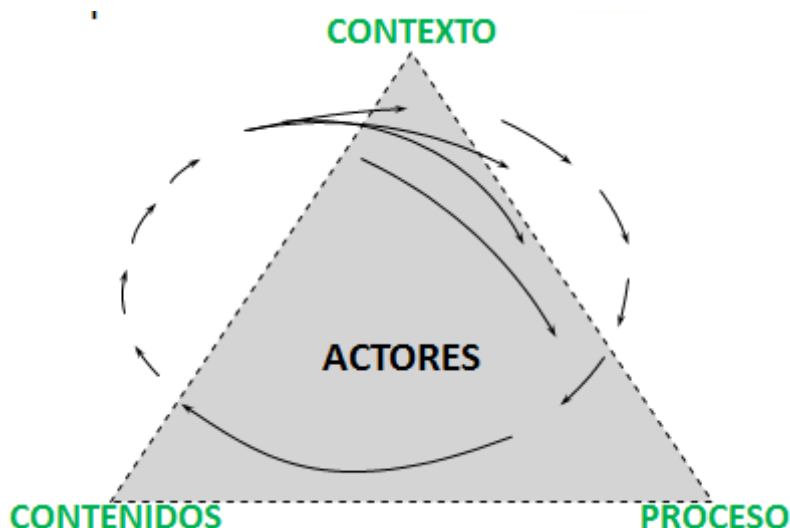
Para el desarrollo del presente servicio, se revisaron dispositivos legales, normas técnicas, documentos institucionales, informes de gestión, memorias, evaluaciones, y otros reportes en busca de la información sobre el proceso seguido. Igualmente, se entrevistaron a algunos de los actores claves del proceso.

El trabajo inicia presentando la metodología de análisis de política que fue utilizado para luego presentar tres momentos. El primero busca dar cuenta de los procesos y actores del periodo inicial en la formación de la política de calidad, desde su introducción en la agenda sanitaria, aunque siempre de manera marginal. El segundo analiza la etapa correspondiente a la formulación de la Política Nacional de Calidad en Salud, igualmente busca encontrar el cómo, cuándo y por qué de las decisiones en el desenvolvimiento de los principales actores, seguidamente se hace un análisis del contenido la política. En el tercer momento se levanta la interrogante respecto de su implementación y donde la respuesta es poco auspiciosa.

Deseo expresar mi agradecimiento a la Dra. Patricia Yamaguchi Díaz y al Ing. Antonio Soto Benavente por su amplia colaboración para la realización de este trabajo, así como a los diferentes profesionales y funcionarios entrevistados por el tiempo dedicado.

Metodología de Análisis

El presente análisis asume la propuesta metodológica de G. Walt y L. Gilson (1994) denominada el triángulo de la política. Este marco conceptual no se limita al análisis de contenido de la política, como se estipula tradicionalmente, sino que establece un entramado de relaciones entre el contexto o sistema político en el que interactúan diferentes actores y está sujeto a diversas influencias externas, locales y globales. La política se va formando como producto de la interacción de actores preocupados por hacer prevalecer sus intereses mediante el uso de variados recursos de poder, de los cuales los conocimientos son uno de ellos, pero igual cuentan los valores, capacidad de influencia, recursos económicos, entre otros.



En tanto este proceso de formación de la política es dinámico y muchas veces controversial, su contenido es provisorio, por consiguiente una determinada formulación de política, puede concebirse como una elaboración semántica (significados específicos), que si bien facilita la comunicación del contenido con cierta homogeneidad, de alguna manera paraliza el proceso, congela el contexto y cosifica los actores. De allí la importancia de los estos elementos en el análisis. Tal como señalan sus autoras, este modelo puede usarse tanto retrospectiva como prospectivamente, por su carácter heurístico.

1. Procesos y actores del periodo inicial

La preocupación por la calidad de la atención en el Perú reviste un carácter ambivalente, probablemente debido a que en su abordaje subyace un punto de vista dominante en el sector médico, según el cual las intervenciones por el control y la mejora de la calidad son prescindibles ya que la atención la incorpora como “característica natural” y por ende es sustancial a toda intervención sanitaria, luego se volverá sobre el punto. Esta concepción, entre otras razones, postergó la incorporación de la calidad en la agenda sanitaria nacional, y aun cuando comienza a tener presencia, esta es meramente formal. En consecuencia, no es raro encontrar propuestas de política de salud que postulan la relevancia de la calidad de la atención¹, sin embargo, usualmente no van acompañadas de estrategias, métodos y técnicas concretas ni de los recursos necesarios para su implementación. Este divorcio entre los postulados y la acción debilitó el discurso sobre calidad y lo tornó vacuo e inoperante. Baste recordar que recién el año 2000 se crea una instancia en la estructura orgánica de la Dirección General de Salud de las Personas que tiene como función el desarrollo técnico y normativo de la calidad.

Acreditación Hospitalaria

Las primeras intervenciones institucionales y diferenciadas en pro de la calidad de la atención en el Perú se producen a inicios de década de los 90´ gracias a la activa campaña de difusión de las tecnologías de acreditación hospitalaria realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) bajo la coordinación del experto internacional Humberto Moraes Novaes. El país, aunque de manera tardía, se incorpora a este movimiento en 1993, cuando se conforma la Comisión Inter-Institucional Sectorial de Acreditación de Hospitales –CISAH, luego en 1995 se constituye el Sistema Nacional de Acreditación de Hospitales. El Ministerio de Salud puso sus mayores esfuerzos en esta tarea, que, sin duda, constituye el primer hito para la construcción de una política pública en el campo de la calidad de la atención. En torno a su formulación se conformó una arena política amplia y heterogénea con la presencia de los más importantes actores sectoriales además del Colegio Médico y la Asociación Peruana de Hospitales (Guardia, 1996). Se generó un amplio consenso entre los actores sobre la necesidad de adoptar esta política, se definió su

¹ Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 señalan a la “calidad de la atención como derecho ciudadano” como principio que sustenta la política de salud.

carácter opcional sujetando su desarrollo a ciertos incentivos que buscaban de manera indirecta generar cambios en el comportamiento de los agentes como corresponde a las políticas procedimentales (Howlett, 2008). Luego, al dilucidarse los instrumentos de implementación se expresó el juego de intereses entre los actores de mayor presencia: el MINSA y el seguro social, situación que prolongó el proceso durante varios años.

Sin embargo, la implementación de esta política, debido a su carácter opcional, estuvo sujeta a la oferta de incentivos que no lograron inducir en las organizaciones de salud, comportamientos en favor de la acreditación, razón por la cual, años después, la Dirección Ejecutiva de Calidad reconoció que *“no se lograron los resultados esperados”*². Este proceso, pese a sus limitaciones, puso a prueba la capacidad rectora del MINSA lográndose construir un transitorio liderazgo sectorial sobre el tema, que sirve de base para posteriores desarrollos en calidad³. Durante el periodo se logró calificar personal especializado en este asunto que dará sustento a la creación de la Dirección de Acreditación y Garantía de Calidad, años más tarde.

Proyectos de desarrollo en salud

Durante este mismo decenio y luego de reinsertarse al mercado financiero internacional, el estado se tornó elegible para un conjunto de préstamos de las agencias financieras multilaterales y sujeto de cooperación bilateral. Estos recursos no regulares se constituyeron en proyectos para el desarrollo de reforma del sistema de salud y el fortalecimiento del frágil aparato prestador público, luego de un prolongado periodo de crisis. Pese a que no hubo evidencia empírica de calidad de la atención provista en los servicios públicos de salud, los organismos cooperantes asumen que ésta constituye un problema sustantivo y se embarcan en un conjunto de proyectos que incluyeron líneas de intervención en calidad, cuando no estuvieron dedicados exclusivamente al desarrollo de este campo.

Estos proyectos, gracias a sus condiciones de financiamiento, se organizaron al margen de la institucionalidad del MINSA, gozando de un amplio grado de autonomía

² MINSA. DECS. Avances del SGCS. Presentación, Lima 2003

³ Durante la vigencia del Sistema de Acreditación Hospitalaria se capacitaron y certificaron a 300 evaluadores externos y a siete instancias acreditadoras, sin embargo para el 2002 en nueve hospitales acreditados: cinco clínicas privadas, el hospital de la Fuerza Aérea del Perú y tres hospitales de la seguridad social.

técnico-normativa, administrativa y financiera, lo que les permitió definir libremente sus objetivos, modelos y ámbitos de intervención. Dentro de los organismos cooperantes sobresalió la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) que brindó cooperación técnica y financiera a la ejecución del Proyecto 2000, a través del cual se desarrolló un extenso componente de intervención en calidad materno-infantil denominado Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI), entre otros⁴. Por su parte, el Banco Mundial financió mediante un préstamo, el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB) que incluyó un componente de Mejoramiento y Garantía de Calidad en el Primer Nivel de Atención. De igual manera, la Cooperación Técnica Alemana (GTZ) promovió el desarrollo del Proyecto Mejora de Servicios de Salud. Situación similar aconteció con el Programa de Salud Básica para Todos y el de Salud Reproductiva que, pese a ser intervenciones regulares del MINSA con financiamiento público, organizaron actividades en el campo de la calidad al margen de los cauces institucionales.

Este conjunto de iniciativas aportaron innovación, implementando nuevos modelos de intervención principalmente bajo el enfoque de la mejora de la calidad que hasta ese momento no había logrado presencia en el ámbito sanitario. Estos proyectos recurrieron a propios métodos e instrumentos, creativas modalidades de capacitación, asistencia técnica e intercambio de experiencias, así como el establecimiento de incentivos que facilitaron su desarrollo en diferentes regiones del país.

Aunque de otro lado, es necesario reconocer que se estableció tempranamente una relación conflictiva entre los equipos ejecutores de los proyectos que actuaron bajo la racionalidad de “cooperantes”, frecuentemente reacios a reconocer y supeditarse al mandato institucional y los funcionarios de la institución muchas veces mantenidos al margen u otras tantas automarginados de los proyectos. Esta tensión permaneció irresuelta ocasionando la desinstitucionalización con la consecuente falta de sostenibilidad de estas valiosas experiencias, que se extinguieron al culminar los proyectos que las originaron⁵. Adicionalmente, la multiplicidad de experiencias,

⁴ Léase. Lanata C., Espino S, Butrón B. Mejorando la calidad de la atención de salud en el Perú: El programa de Capacitación de Salud en su primera etapa. Instituto de Investigación Nutricional, Lima 2002

⁵ A modo de ejemplo vale señalar que el desarrolló estándares básicos para la calidad de la atención materno perinatal instrumentos con los que “acreditó” 80 servicios materno perinatales hospitalarios en

muchas veces autorreferenciadas, ausencia de una política de calidad que oriente su desarrollo y la falta de espacios de concertación, intercambio y mutuo enriquecimiento entre ellas, ocasionó fragmentación, dispersión y confusión entre el personal de salud que implementaba las acciones, pues no llega a asimilar la diversidad de métodos, técnicas e instrumentos que ofertan estas experiencias, más aun cuando cuentan con pocas orientaciones y criterios para discernir entre ellos.

La situación brevemente presentada marca la última década del siglo pasado, y expresa la falta de rectoría del Estado en el campo de la salud, que va de la mano con el progresivo abandono del derecho a la salud con calidad a la par que cobra creciente hegemonía el modelo de mercado en la atención de la salud. En esta orientación, cabe recordar la incisiva presencia de los organismos financieros internacionales, principalmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, que pretendieron sin mucho éxito en ese momento, promover una reforma del sistema de salud de corte neoliberal, aunque en lo referente a la privatización parcial del seguro social en salud, si lograron su cometido.

Cuadro N°1

Resultados	Causas
Segmentación sectorial Fragmentación institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de POLITICA DE CALIDAD • Falta de conducción y concertación estratégica sectorial del desarrollo de la calidad • Débil y escaso consenso y coordinación de actividades institucionales por la calidad. • Ineficiencia en la utilización de los escasos recursos organizacionales asignados a las acciones de calidad
Modelos y estrategias de intervención en calidad, diversos y autorreferenciados	<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración, dispersión y confusión en los niveles ejecutores • Exclusión y discriminación de áreas de atención y de ámbitos geográficos

1998, el monitoreo realizado dos años después encontró que sólo 12 de esos hospitales mantenían el cumplimiento de esos estándares

Desinstitucionalización

- Debilitamiento de los órganos técnico-normativos del MINSA
- Falta de sostenibilidad

Calidad de la atención en otras organizaciones del sector

A la par, otras organizaciones de salud del sector pusieron en marcha propuestas en favor de la calidad de la atención. El Instituto Peruano de Seguridad Social, actualmente ES-SALUD, creó su Consejo Nacional de Calidad (1994), posteriormente la Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos y durante los últimos años de esta década implementó un extenso programa de mejoramiento continuo de la calidad, promoviendo la formación de círculos de calidad en los hospitales de su red prestadora, en todo el país. También en esta época los Institutos Militares y Policiales, a través de sus organismos de sanidad, iniciaron el desarrollo de actividades en este campo.

Por su parte el subsector privado, fundamentalmente los hospitales privados, desplegaron esfuerzos por dotarse de unidades de auditoría a fin de mejorar la calidad de la atención, aunque asumida fundamentalmente como estrategia de control de costos, condición usualmente exigida por las empresas aseguradoras.

Reconstrucción de la política sanitaria con el retorno a la democracia

Con el retorno a la democracia a inicios de la primera década del siglo, se insinúan cambios positivos en la escena sanitaria. Los primeros gobiernos muestran preocupación por recuperar el quehacer sanitario a la vida democrática, se produce el desmontaje de programas especiales y otras actividades irregulares que operaron durante el periodo. Se abre un periodo de reconstrucción del gobierno, en el sector se hacen presentes nuevos actores y la sociedad civil irrumpe con voz propia a través de diferentes expresiones organizativas entre las que sobresale el Foro Salud.

La escena sanitaria de esta década esta signada por la gradual institucionalización y fortalecimiento del seguro público (SIS), conformado sobre la base del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil implementados durante el periodo anterior. Se inicia el proceso de descentralización política con enormes implicancias sobre la configuración del subsector público en salud. La Ley de Sistema Nacional

Coordinado y Descentralizado de Salud genera expectativas en algunos actores que ven en la creación de los Consejos de Salud un instrumento para avanzar hacia un modelo de gobernanza democrática.

Durante este periodo la cooperación internacional, principalmente la americana, promovió y financió proyectos destinados a la conformación de grupos de tecnócratas en el campo de la salud⁶, encargados de diseñar propuestas para una reforma sanitaria bajo el enfoque neoliberal ya dominante a nivel mundial⁷. Circunstancias varias crearon una ventana de oportunidad donde coincidieron tanto la antigua aspiración de llevar adelante la reforma del sistema de salud como respuesta a la demanda social por más y mejor salud y expresada en múltiples foros de opinión; la propuesta tecnocrática de enfoque liberal; y un gobierno liberal que la suscribe probablemente como un mecanismo de impulso al mercado privado de la salud.

Sistema de Gestión de Calidad en Salud: gestión sistémica de la calidad

El año 2000, con la creación de la Dirección de Acreditación y Garantía de Calidad se produce un avance organizacional aunque con clara connotación política. Luego tomaría la condición de Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud (DECS). La sola existencia de un órgano especializado da mayor visibilidad e influencia al accionar del MINSA en calidad, por lo menos en el ámbito institucional y también en el sectorial. Este logro es producto del esfuerzo de los primeros equipos de gestión de calidad del Ministerio que a fuerza de perseverancia, van logrando la incremental aunque mediatizada incorporación de la calidad en la agenda sanitaria. En los primeros años de la década culminan los proyectos de intervención en calidad iniciados durante el periodo anterior, sin embargo, muchas de estas valiosas experiencias no lograron incorporarse al acervo institucional en parte, por la tensión instalada entre los responsables de los proyectos y la Dirección de Calidad, pero también se debe tener en cuenta las dificultades que atravesaba la Dirección para construir su propia agenda, habida cuenta de los escasos recursos que se le asigna.

⁶ Cabe distinguir esta capa tecnocrática del sanitarista tradicional y moderno, debido a las importantes diferencias ideológicas, conceptuales y estratégicas, existentes entre ellos.

⁷ Para una revisión de estrategia de globalización de la política de salud, léase: Lee K. y Godman H. Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s. En Health Policy in Globalising World

El 2001 al iniciarse la nueva gestión ministerial, los funcionarios de la DGSP, producto del balance de lo acaecido durante el periodo anterior, concluyen señalando la necesidad de un cambio sustantivo en la orientación para el desarrollo de la calidad, que recogiendo la profusión de experiencias previas, revirtiese sus principales problemas: fragmentación, dispersión y carencia de institucionalidad. Esto explica el surgimiento de la propuesta de incorporar el enfoque de la gestión sistémica de la calidad,⁸ implementando un sistema de gestión de la calidad en salud que incorporase los avances conceptuales y metodológicos de la gestión de la calidad adaptados a la realidad de la atención sanitaria y al contexto nacional, tal como venía sucediendo en otros países latinoamericanos⁹.

El intento de implementar un sistema de gestión de calidad constituyó por sí solo, una política de calidad que aspiró a orientar claramente al conjunto de intervenciones, usualmente autoferenciadas, para constituir procesos de agregación de valor a la producción de un bien público como es la atención de la salud, tratando de generar interacciones y sinergias entre estos procesos. Desde una perspectiva política, con la creación del SGCS se pretende fortalecer el rol directivo del MINSA sobre la red prestacional pública administrada por el Ministerio de Salud y más tarde, junto a los gobiernos regionales, así como, su función de ejercer su debilitado rol rector en el campo de la calidad.

De esta manera, en diciembre de 2001 se oficializa el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud que comprendía cuatro componentes, aunque hemos de interpretarlos como macroprocesos: planificación, organización, garantía y mejora, e información para la calidad. El componente de planificación define los objetivos, estrategias, planes y programas que orientan el desarrollo del sistema; el de organización precisa las estructuras organizativas para la calidad en los diferentes niveles del sistema; el componente de garantía y mejora desarrolla las tecnologías para la implementación de procesos de mejora de la calidad en las organizaciones; y el de información integra los mecanismos de medición de la calidad y de escucha a los usuarios, como instrumentos para monitorizar los avances en la gestión de la calidad.

⁸ Cabe precisar las etapas en el desarrollo de la gestión de la calidad en el sistema de salud: Inspección de la Calidad (1910), Control de la Calidad (1920), Garantía de Calidad (1940), Gestión de la Calidad Total (1950-60) y Gestión Sistémica de la Calidad (1987).

⁹ El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Colombia y el Sistema de la Calidad de México

Es necesario poner de relieve que esta propuesta de SGCS contiene una pionera formulación de la política de calidad en salud y pese a que pasó casi desapercibida amerita una reflexión sobre su contenido, ya que señala directrices precisas respecto a los actores de mayor relevancia en el sistema político de la calidad de la atención: las personas (usuarios), los trabajadores (proveedores), las unidades prestadoras (organizaciones de salud), la sociedad y el Estado. En su diseño se observa la notoria influencia de los modelos sistémicos de gestión de la calidad para la producción de bienes y servicios universalmente extendidos, donde se pone el énfasis en la política organizacional usualmente decidida por la dirección de la organización, al margen de la naturaleza de la misma. Por lo tanto, esta política no es precisamente fruto de un proceso multiactoral de formación que caracteriza a la política pública (policy making), con el consecuente diálogo, negociación y construcción de consensos. No obstante, su contenido es de avanzada pues define con meridiana claridad a la salud como *“derecho social que implica acceso adecuado y oportuno a la información para el cuidado de la salud y el derecho a la atención informada y consentida”*¹⁰ y en igual medida señala los atributos que determinan la calidad de la atención, asumiendo una perspectiva moderna y ciudadana: oportunidad, eficacia, ética, no discriminación, entre otros; convoca a la construcción de la cultura de la calidad entre los trabajadores y propone la organización por procesos de las instituciones.

Sin embargo, la oficialización del SGCS no significó su adopción, punto de inicio para su implementación y que explica en buena parte las deficiencias de este proceso. Se identificaron diferentes razones, algunas de las cuales responden al contexto y las agencias encargadas de la implementación y otras que se deben a su propio contenido (Lazo, 2009). En el primer caso se pueden señalar las siguientes:

- La primera y más importante ya fue presentada. Hubo ausencia de voluntad política, esto es, de ejercer el poder de la autoridad para su adopción e implementación, por consiguiente, no se crean las condiciones organizativas, técnicas, ni de asignación de recursos, tampoco se dieron los arreglos institucionales al interior del ministerio y con las demás organizaciones del sector y la sociedad. Tal situación pone en evidencia que más allá de cierta formalidad, la calidad de la atención no lograba ingresar con contundencia en la agenda sanitaria, tal como lo corrobora la ausencia del plan de implementación. Esta

¹⁰ MINSA. Sistema de Gestión de Calidad en Salud. Lima 2001.

situación generó desconcierto y escepticismo entre funcionarios, organizaciones de salud y otros actores interesados, respecto de las posibilidades de cambio.

- En ausencia de una estrategia de generación de capacidades para su implementación se pone al descubierto el insuficiente conocimiento y comprensión del enfoque de gestión sistémica de la calidad, que dio sustento teórico y metodológico a la propuesta del sistema, de manera que los implementadores optaron por seguir con el accionar rutinario y fragmentado de siempre, sin mayor orientación ni garantía de continuidad, presumiblemente urgidos por nuevas exigencias de la coyuntura, modas tecnológicas o afinidades personales.
- El contexto organizacional marcado por la inestabilidad de la plana funcionaria del ministerio en su conjunto y obviamente en la DGSP y de la DECS.

Respecto de las limitaciones del contenido de la propuesta se pueden señalar los siguientes:

- La pretensión de otorgar alcance sectorial a la propuesta de sistema sin tomar conciencia de la marcada debilidad del MINSA para ejercer rectoría sobre el sector.
- El hecho de concebir la calidad de la atención como problema fundamentalmente organizacional, (de las organizaciones de salud) olvidando su carácter social y por lo tanto la importancia de la participación ciudadana en su gestión y vigilancia.
- Se aprecia una preocupación enfática aunque no exclusiva por la calidad de la atención individual. Se hace escasa referencia respecto de la calidad de las intervenciones de salud pública.
- No precisa la manera como los procesos de calidad (producción de intervenciones destinadas al control y mejora de la calidad de la atención) agregan valor a los procesos de producción de la atención propiamente dichos.
- Igualmente, la propuesta de sistema no incorporó apropiadamente los enfoques de derecho, interculturalidad y género.

La colaboración técnica y financiera de USAID a través de Pathfinder International a partir del año 2001 en un Acuerdo Cooperativo, puso en marcha el Proyecto Mejorando la Salud de los Peruanos, enfocado la mejora de la calidad de los servicios en establecimientos de salud de primer y segundo nivel. Diversas actividades tuvieron lugar con funcionarios y autoridades del nivel central del MINSA y de las DIRESA.

Durante los años siguientes se produjeron las normas e instrumentos para poner en marcha algunos de los procesos de la calidad, tales como auditoría y mejora continua y posteriormente acreditación y seguridad del paciente, entre otras,¹¹

La aprobación de la Norma Técnica de Acreditación N° 050-MINSA/DGSP-V.02 el 2006, generó la expectativa que con su implementación se reanudaría en mejores condiciones técnicas y operativas el proceso precedente de acreditación hospitalaria. La norma vigente hace suyos algunos aspectos procedimentales presentes en la normativa anterior: autoevaluación como primera fase del proceso, la composición plural de las comisiones de acreditación, mecanismos de incentivación, entre otros. En lo referente a los aspectos técnicos de la norma, el Informe de Proyecto Mejorando la Salud de los Peruanos indica que *“no obstante los progresos mencionados, la norma y el correspondiente Listado de Estándares de Acreditación fue resultado de un vasto, arduo y, por momentos, innecesario ejercicio de revisión matizada por discusiones teóricas e ideológicas lideradas por el MINSA...”*¹². Igualmente, se inicia la realización de la reunión anual de calidad, evento de intercambio, reconocimiento y premiación que reúne gran parte de las experiencias en mejora de la calidad a nivel nacional y que tiene exitosa permanencia.

El 2006, mediante RM N° 519-2006/MINSA, se aprueba una nueva versión del documento del SGCS¹³, que busca de incorporar los cambios legales operados por la descentralización. Por lo tanto se tratan de establecer facultades diferenciadas entre los niveles de gobierno. Esta versión, entre otros aspectos, modifica la política de calidad, la cual pierde su carácter orientador y prescriptivo para convertirse en una serie de enunciados genéricos, algunos de ellos poco consistentes.

Seguramente el intento más estructurado y consistente de implementación del SGCS, aunque también bastante tardío, fue conducido por un equipo técnico coordinado por un asesor del Despacho del Ministro de Salud, con la participación de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud y Dirección General de Defensoría de la Salud y Transparencia, al parecer en respuesta al notoriamente bajo nivel de desempeño alcanzado en esta área durante la evaluación de las Funciones

¹¹ En el 2006, se aprobó el “Manual para la Mejora Continua de la Calidad” y en el 2007 el Documento Técnico “Estándares e indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos de salud que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales” y la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios de apoyo”.

¹² Informe del Proyecto Mejorando la Salud de los Peruanos (Acuerdo Cooperativo: CA 527-A-00-04-00109-00)

¹³ DGSP/DCS. Sistema de Gestión de Calidad en Salud. RM 519-2006/MINSA. Lima-Perú, 2007

Esenciales de Salud Pública realizada el 2006. Este equipo formuló el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud, en julio de 2007, del cual es importante resaltar el primer objetivo específico que señala literalmente *“Incorporar e implementar políticas de calidad en los Lineamientos de Política del Sector y en los planes de Gestión Institucional (POI – PEI, otros) a todo nivel.”* Desde el diseño del SGCS no existía una mención tan explícita y jerárquicamente importante a la política de calidad como la contenida en este documento. El plan de carácter institucional, para un horizonte temporal de dos años (2007-2008) contiene estrategias operativas, un diseño organizacional de alcance nacional, y metas precisas sobre las que se elabora un modelo de monitoreo y evaluación y prevé ejecutar un presupuesto cercano a los tres y medio millones de soles. Su inicio fue bastante auspicioso pero hacia su segundo año los usuales cambios institucionales desestabilizaron al equipo, a lo que se agregaron restricciones presupuestales que a la postre determinaron su extinción.

Calidad de la atención en la agenda político- sanitaria

El desarrollo científico y técnico de la calidad en salud es amplio y heterogéneo. Tempranamente las civilizaciones de la antigüedad forjaron claras normas que regulaban el comportamiento de los proveedores de atención, como aquellas incluidas en el Código de Hamurabi (2100 a.c), o las máximas hipocráticas que orientaban el ejercicio de la medicina en la Grecia Clásica (S. III a.c.).

La historia moderna registra experiencias señeras como las de Florence Nightingale (1863) y Ernest Codman (1913) que desde diferentes perspectivas centran su preocupación en el análisis de los procesos de atención y su relación con los resultados logrados, siendo los pioneros en proponer un conjunto de orientaciones y buenas prácticas tendientes a atenuar la variabilidad de los procesos y resultados de la atención. En este camino se ubican también Lee y Jones (1933), entre otros. Estas orientaciones, se convierten prontamente en referentes de una buena atención y son promovidas por organizaciones internacionales en el campo de la salud y frecuentemente recogidas en la política pública de diversos países.

Posteriormente, un conjunto de académicos e investigadores contribuyeron al desarrollo y consolidación de la calidad asistencial, entre ellos, cabe especial mención al profesor Avedis Donabedian (1966), médico e investigador acucioso cuyos aportes en aspectos conceptuales y técnicos, principalmente respecto de la evaluación de la calidad en las organizaciones de salud, son reconocidos

internacionalmente. Asimismo, cabe destacar a Paul Lembcke (1952), quien contribuyó a operativizar métricas con base a criterios uniformes, objetivos y comparables; a Mildred Morehead (1964) dedicado a conocer las relaciones entre el hospital y aquellas características de los médicos que inciden en la calidad; y a John Williamson (1965) quien focaliza su atención en la evaluación de resultados. En las últimas décadas sobresalen los aportes de Donald Berwick (1989) pionero en incorporar los avances del enfoque de calidad total y mejora continua al campo de la salud y John Ovretveit (1991) quien enfatiza la necesidad de una perspectiva cultural en la aplicación de la tecnología de mejora. Estas realizaciones se conjugan con el amplio desarrollo teórico e instrumental sobre la calidad en la producción de bienes y servicios, logrado durante las últimas décadas y que tiene como figuras emblemáticas a E. Deming y J. Juran. A su vez, la OMS/OPS y los organismos internacionales interesados en el campo han generado múltiples foros, plataformas de difusión, bases de evidencia sobre análisis técnicos y económicos de intervenciones, programas educativos y de intercambio de experiencias en políticas de sistemas y servicios de salud y particularmente sobre calidad de la atención.

Resulta paradójico que existiendo tan amplio bagaje de conocimientos, métodos e instrumentos que podrían informar con suficiente evidencia la toma de decisiones públicas destinadas a mejorar la calidad de la atención, los logros tangibles sean tan escasos. La paradójica situación desmitifica el supuesto según el cual la política es resultado de un proceso de análisis de opciones de intervención con base en el conocimiento, sobre las cuales el decisor toma una decisión básicamente racional.

La formación de la política de calidad de la atención puede ser mejor comprendida asumiendo un enfoque incrementalista¹⁴ donde se operan pequeños y graduales cambios que se producen en medio de la tensión entre actores (fuerzas) que consciente o inconscientemente intervienen unos por conservar el *statu quo*, en tanto favorece a sus intereses, y otros que buscan modificarlo por similares razones, apelando al supuesto de que los cambios devienen en una mejor situación. Para ello promueven la apertura de “ventanas de oportunidad” que ponga en agenda los cambios propuestos e interrumpa el equilibrio en favor de su adopción. Mientras ello

¹⁴ Nos referimos al modelo incremental de formación de políticas desarrollado por Lindblom, C. (1959 [2007]). La ciencia de "salir del paso".

no sucede es obvio que la tensión se resuelve a favor de las fuerzas que buscan conservar el status.¹⁵

En el primer grupo de fuerzas, se ubican actores poco cercanos entre sí, en el espectro socio sanitario, aunque para efectos de la política desarrollen comportamientos afines. En primer término, los proveedores de la atención, fundamentalmente los médicos, que gozan de prestigio e influencia social muchas veces reforzada por su membresía en asociaciones científicas, para quienes la calidad es característica inherente a la atención, por lo tanto, es condición natural y no obstante puede y debe mejorarse con el acceso a la tecnología moderna. Este pensamiento, hegemónico en el mundo de la atención, se estructura como característica de la cultura de las organizaciones de salud, públicas y privadas, constituidas por proveedores centrales de la atención y difusoras de este paradigma de calidad. En segunda instancia, la población en sus diferentes segmentos sociales, que por lo general tiene baja expectativa por la calidad de la atención que demanda, más aun si se trata de poblaciones de menores recursos, que, por consiguiente, accede a proveedores poco preocupados en garantizar la calidad de sus servicios. En consecuencia, los criterios poblacionales para evaluar la calidad de la atención recibida son limitados. Tras este comportamiento social subyace un restringido ejercicio de ciudadanía que no logra concebir la atención de la salud con calidad como un derecho, por el contrario, las personas muchas veces se perciben favorecidas por acciones benefactoras sobre las que, obviamente, no les asiste la posibilidad de exigencia, reclamo o queja. Pero además, esta población es sometida permanentemente a la propaganda de los prestadores de salud que a través de medios de comunicación u otros mecanismos de información, difunden el pensamiento paradigmático visto previamente, con lo que a la pobre expectativa se añade la distorsión que los lleva concebir la calidad como uso masivo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento, más suntuosidad en la atención.

De otro lado, entre quienes perciben la necesidad de cambios se ubica un variopinto grupo de actores, entre ellos, organismos de la cooperación internacional, grupos de interés de la sociedad civil, principalmente aquellos que abogan por las causas de mujer y la niñez, grupos de sanitaristas provenientes principalmente de la academia y muchos funcionarios y tecnócratas de salud. Lamentablemente, su actuación es

¹⁵ El modelo de Equilibrio Interrumpido (Punctuated equilibrium), es visto como complementario al incrementalista y fue adaptado a la política pública por Baumgartner y Jones.

fragmentada debido a su incapacidad de superar sus diferencias y construir colectivos institucionales que formulen propuestas con la rigurosidad y solidez necesaria para incidir en la agenda sanitaria y forzar un quiebre en el estado de las cosas. Cabe hacer un señalamiento especial al pobre desempeño de las universidades en este campo, cuya presencia se limita a ocasionales actividades de capacitación de postgrado y en muy contadas oportunidades a la producción de algunas publicaciones. De allí la carencia de conocimiento de la calidad genuinamente nacional y pertinente con nuestro desarrollo sanitario y patrones culturales, que no se suple realizando eventos internacionales, más allá de su importancia. Obviamente esta situación explica la escasa incidencia política para mejorar la calidad de la atención.

Finalmente, el conjunto de agencias públicas que en su rol de decisores e implementadores debieron adoptar las políticas de calidad, emitir las normas y demás instrumentos para su implementación, supervisando y evaluado su operación y organizando estrategias de coordinación sectorial y social a fin de construir los más amplios consensos en pro de la calidad, entre otras acciones; lamentablemente su fragilidad institucional manifiesta principalmente en baja visibilidad política y social, la inestabilidad de sus funcionarios, las escasas competencias técnicas y exiguos recursos que atentaron permanentemente contra su adecuado desempeño.

2. La Política Nacional de Calidad en Salud

Reconfiguración del contexto político: una ventana de oportunidad

La escena sanitaria en campo de la calidad desde inicios de la década, incuba nuevos actores que bajo diferentes formas expresan la necesidad de diseñar e implementar nuevos cambios. No se trataba solamente de la aplicación de nuevos métodos de intervención muchas veces indispensables, se requería reanudar el camino abierto por el pensamiento integrador y sistémico en calidad, aquel que en su momento intentó producir cambios mediante el SGCS, con relativamente poco

éxito. El SGCS se había transformado en una visión icónica al cual se hace referencias genéricas para seguidamente seguir haciendo más de lo mismo. Suena anecdótico que muchas presentaciones oficiales sobre calidad de la atención comenzasen con la frase “en el marco del sistema de gestión de calidad” para luego proseguir con las actividades rutinarias.

Las reuniones anuales de calidad que tomaron la denominación de Semana de la Calidad y que congregan a cientos de profesionales de la salud responsables de las actividades de calidad en las unidades de calidad de las DIRESA, redes y los establecimiento públicos del país, facilitó no solo el intercambio de experiencias y aprendizaje colectivo que culminaba en la premiación de las mejores, sino que sobre todo constituyeron a espacios de reflexión y cuestionamiento, incentivados por presentaciones de ponentes nacionales e internacionales. Gran parte de los participantes transmitían interés, compromiso y dedicación a la calidad, pero con igual énfasis señalaban que los resultados alcanzados no se correspondían con los esfuerzos realizados; era necesario construir un mismo norte.

A la par, otros actores dentro del MINSA portaban esta misma percepción, sin embargo quienes la expresaron con más claridad fueron los miembros del equipo convocado para el diseño e implementación del Plan de Calidad. La mayor parte de ellos salubristas y funcionarios del ministerio, motivados por formular nuevas propuestas que propiciasen los cambios requeridos para mejorar la calidad.

Desde la cooperación internacional no existía una concepción unívoca. Bien sabemos que la autocrítica no es la mayor de sus virtudes, no obstante hubo sectores que comprendiendo los desafíos de la etapa, principalmente quienes implementaban proyectos de fortalecimiento de los espacios sanitarios subregionales (DIRESA, Redes, Consejos Regionales de Salud, actividad sanitaria de los gobiernos locales) y se sentían urgidos a aportar en el diseño e implementación de sistema regionales de salud de los cuales la calidad era un componente sustancial. Obviamente la visión icónica del SGCS era totalmente insuficiente para orientar la gestión de calidad a tiempo real. Esta situación se expresó en las conversaciones con los funcionarios de la Dirección de Calidad que coincidieron en mostrar similares preocupaciones. Igualmente, el Colegio Médico, en una decisión altamente significativa, crea el Comité de Calidad, como espacio especializado y coordinado por el Vicedecano de la organización.

Aparentemente, se constata coincidencias de diversos actores dispuestos a movilizarse en pro de la calidad, aunque con intereses no siempre similares: la disposición y dedicación de muchos trabajadores de salud en diferentes regiones del país, la preocupación de las entidades cooperantes en estas regiones, los funcionarios de la Dirección de Calidad conscientes de la necesidad de impulsar nuevos cambios y el Colegio Médico con clara disposición de participación. Sin embargo, estas preocupaciones no logran permear a los niveles de decisión del MINSA debido en parte a que la Dirección de Calidad, órgano de línea de la DGSP no tiene la fuerza para ejercer incidencia política interna frente al Despacho Ministerial. Asimismo, La misma DGSP acompaña el proceso con escaso interés. Fueron tiempos donde el debate sobre el cambio en el modelo de sistema de salud se encontraba en centro de la escena político-sanitaria, concentrando la dedicación de la mayor parte autoridades y funcionarios del MINSA. En el fondo se estaba frente a propuestas de muy diferente calibre con enormes asimetrías en sus juegos de poder, que a su vez expresan diferentes intereses y prioridades.

Se había reconfigurado el contexto político en calidad con varios actores coincidentes en la necesidad de cambios aunque no necesariamente sobre el carácter de los mismos. Allí surgen las interrogantes: se trataba de recrear la propuesta de SGCS para hacerla viable y operativa o era necesario ir hacia las políticas de calidad a fin de construir colectivamente derroteros claros que orienten por igual a todos, que a la vez acojan la diferente naturaleza de las organizaciones de salud y que les permita definir sus propias estrategias e intervenciones. Luego de cierto discernimiento queda sentado que la política nacional de calidad sería una herramienta fundamental y prioritaria y que en su aplicación surgiría de inmediato la necesidad de revisar la propuesta del sistema. Para esta importante tarea se contaba con la capacidad técnica y experiencia para conducir el proceso de formulación con el rigor, amplitud y transparencia necesarios. Aun a sabiendas que la decisión política se mostraba esquiva, habría que construirla. La estrategia consistió en utilizar el proceso como espacio para ganar progresivamente la decisión de los mayores decisores sectoriales. Una vez más habría que forzar la apertura de una ventana de oportunidad.

El contexto sanitario mostraba la intención de formular una propuesta de planificación, al parecer, más que por genuina decisión de los decisores del sector y demás actores socio-sanitarios, por un sector de la cooperación internacional

empeñado en cobrar presencia y al que se sumaron otros actores. En consecuencia durante el periodo 2006-2007 se desarrolló el proceso dirigido a formular el Plan Nacional Concertado de Salud¹⁶, finalmente aprobado en julio del 2007. El Plan en cuestión señala a la calidad como uno de sus principios y define su quinto lineamiento de política como el “*mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud con calidad*”. Asimismo, hace una breve y final referencia a la calidad reduciéndola a la mejora continua. En cualquier caso, este lineamiento facilitó la inserción del proceso de formación de la política pública en calidad en la política nacional de salud, entendida como el despliegue de un lineamiento general.

Actores y proceso de formulación de la política

La formación de la política pública supuso un primer momento de coordinación y acuerdos entre los agentes sectoriales de mayor importancia: la DGSP/DCS en representación de la autoridad sanitaria, los representantes de ESSALUD, Fuerzas Armadas, Fuerza Policiales y el Sector Privado a través de la Asociación de Clínicas Privadas. Los acuerdos versaron sobre los fines, carácter, alcance, métodos y fases para la realización del proceso, según señala el informe que da cuenta del proceso.¹⁷ Las fases ejecutadas fueron:

I Taller de Formulación de la Política Nacional Sectorial de Calidad en Salud

Marcó el inicio del proceso y fue realizado en marzo del 2008, con participación de diferentes órganos del MINSA; representantes de la Defensoría de Pueblo; ESSALUD, que adicionalmente presentó las políticas de calidad que venían orientado su desempeño organizacional; de las organizaciones públicas de salud de Lima y de diferentes Direcciones Regionales de Salud; universidades; colegios profesionales; organizaciones de salud del sector privado; organizaciones de la sociedad civil, expertos nacionales en el campo y diversas entidades cooperantes. El evento evaluó de manera general el proceso de formación de las políticas de calidad en salud desarrollado en el país, teniendo como referentes de análisis, las Políticas de Calidad en Salud del MINSA contenidas en la Norma del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del MINSA, las Políticas de Calidad de ESSALUD y el Plan Nacional Concertado de Salud. Se conformaron cinco grupos de trabajo que presentaron sus aportes en sesión plenaria.

¹⁶ MINSA. Plan Nacional Concertado de Salud, Lima-Perú, 2007

¹⁷ DCS. Informe a Director de la DGSP sobre la realización de procesos de formulación de las Políticas Nacionales de Calidad en Salud.

Conformación de los Grupos de Tarea para el análisis y elaboración de la propuesta de PNSCS

Antes de finalizar el taller se conformaron dos Grupos de Tarea con los representantes con mayor experiencia en el campo, a fin de:

- (i) Precisar las propuestas de política surgidas del I Taller,
- (ii) Analizar ex-ante las diferentes alternativas de política de calidad y sus potenciales cursos de acción
- (iii) Dotar a las alternativas de evidencia científica y soporte legal y jurídico que abone a su legitimidad y eficacia.

Estos Grupos de Tarea sostuvieron varias reuniones de trabajo durante dos meses emitiendo luego sus informes.

Consolidación del trabajo de los Grupos de Tarea y formulación de la propuesta de PNSCS

Las propuestas contenidas en los informes de los Grupos de Tarea fueron analizadas por el Equipo de Gestión de la DCS, procediéndose a formular una primera versión de la PNCS.

II Taller de Formulación de la PNSCS

El II Taller de Formulación de la PNSCS, realizado en junio, convocó a los actores participantes en el I Taller con el objetivo de presentar la propuesta de formulación de la PNSCS y recoger sus aportes y demás sugerencias de manera formal.

Análisis y debate bilateral con los Equipos de calidad de las principales organizaciones de salud

Paso seguido, la propuesta de política fue presentada a los equipos de calidad de las principales organizaciones proveedoras de atención de salud y otros actores sectoriales relevantes, a fin de explicar con detalle sus alcances e implicancias en busca de nuevos aportes.

Reuniones de consolidación de los aportes y sugerencias

Realizados por la DECS entre julio y octubre del 2008, con el fin de elaborar la versión final del Documento Técnico: Política Nacional Sectorial de Calidad en Salud, acorde con las normas vigentes y remitirla a los órganos correspondientes para su aprobación, hecho que sucedió en octubre del 2009.

Análisis del Proceso

La formación de política pública en salud, por lo menos en algunos áreas, reviste características singulares, pues se produce mediante procesos relativamente ágiles, donde con frecuencia se arriba a rápidos y fáciles consensos¹⁸, ya que a diferencia de otros ámbitos de decisión, los intereses de los actores con frecuencia ceden paso a consideraciones éticas sobre el valor inefable de la vida y salud humana o a la primacía del bien común, los principios de solidaridad, equidad, etc. En otras ocasiones estos intereses quedan postergados o encubiertos en espera de definiciones precisas y no se ve pertinente manifestarlos públicamente¹⁹ o se diseñan las estrategias para evitar que la implementación de las decisiones los afecte realmente. Se opera una diferenciación entre la posición y el compromiso del actor, esto significa que un determinado actor puede estar en desacuerdo con determinada política (oposición), pero si esta no afecta de manera directa e importante sus intereses, no realizará mayor oposición hacia ella (bajo compromiso). Este comportamiento, frecuente en asuntos referentes a la atención de la salud cambia prontamente cuando se establece la lógica del mercado como dominante presencia (Walt G, Gilson L, 1994).

Este es el caso de la calidad que además de ser un valor en sí mismo, no genera abierta oposición, pues nadie en sano juicio se opondría a la atención de salud con calidad para todas las personas, salvo que los costos de su obtención sea por mecanismos regulatorios o redistributivos²⁰, afecten directamente y de manera importante algún interés específico, condición que parece presentarse en esta política. Pero así como se produce un acuerdo formal con esta política, también hay un compromiso formal con su implementación, esto es, los actores rara vez hacen uso de sus recursos de poder para implementarlas, con lo cual finalmente no se producen los cambios propuestos y todo sigue igual. En suma, no es el conflicto abierto, al que se alude con el término “arena política”; lo que caracteriza este tipo

¹⁸ Walt y Gilson, señalan que salud es un dominio político caracterizado por el consenso, debido a que el estado jugaba un fuerte papel central en términos de desarrollo, la política sanitaria se decidió en gran medida sobre bases de consenso, en parte por estar controlada por una élite médica. Las políticas durante ese periodo fueron bastante incontrovertidas, recibieron gran apoyo (si bien pasivo) de la población.

¹⁹ Usualmente se usa la frase: políticamente correcto, para expresar esta situación.

²⁰ En referencia a la tradicional clasificación de las políticas públicas propuesta por T. Lowi

de políticas de salud es adopción de rápidos consensos formales que antes de desencadenar cambios, tiende a reforzar el *statu quo*.²¹

Si bien la participación de los actores de la escena sanitaria fue bastante importante²² existen suficientes indicativos de que las características brevemente enunciadas marcaron significativamente el proceso, entre ellas, la escasa capacidad propositiva, el bajo nivel de participación en los debates, la limitada representatividad y el escaso *expertise* de los representantes designados por algunos actores y la falta de preocupación por la ejecución de los acuerdos de las reuniones. Esta situación obliga a los conductores del proceso a poner esfuerzos adicionales para garantizar continuidad a un ritmo apropiado y a jugar durante el mismo, el rol de inductores y capacitadores.

Análisis del contenido de la política

El análisis del contenido de la política se ha diferenciado en tres dimensiones. La primera, aborda los aspectos conceptuales y contextuales; la segunda, analiza los aspectos constitutivos de la política que le dan el sentido de tal; y, la tercera, es una breve revisión de los aspectos formales de la política.

Aspectos Conceptuales y Contextuales

Dan cuenta de los enfoques teóricos y valorativos que sustentan y otorgan sentido y significado a la política. Junto a ellos, se analiza el contexto bajo el cual se formuló.

Ámbito de Aplicación: el documento, en uno de sus acápite iniciales, define el ámbito de aplicación de las políticas como el ejercicio de la función rectora por parte de la autoridad sanitaria nacional; sin embargo, extraña que no haya señalado formalmente a la ciudadanía pese a estar directamente comprendida en su implementación.

²¹ Se usa el término de gatopardismo, en alusión a la novela El Gatopardo "cambiar todo para que nada cambie", paradoja expuesta por Giuseppe Tomasi di Lampedusa, su autor, para indicar propuestas que cambian solo las formas, manteniendo intocado el fondo.

²² Además del MINSA, representado por diferentes órganos; participaron entre otros: ES-SALUD, Sanidades de FFAA y FFPP, Asociación de Clínicas Privadas, Defensoría del Pueblo, diferentes DIRESA, Foro Salud, SIS, SEPS, Colegios Profesionales (Médico, Enfermeros, Obstetras), Universidades (UNMSM, UPCH, UNFV, USMP), Entidades de la Cooperación Internacional (OPS, USAID), OGNs (ADRA, Solaris, Pathfinder International) Proyectos de la Cooperación (Iniciativa de Políticas de Salud, Calidad en Salud, Vigía)

Contexto y antecedentes: paso seguido, el documento reseña información sobre los avances de mayor significación en la formación de políticas de calidad acaecidos en el contexto internacional, principalmente latinoamericano, presentando el aparente rezago que vive el Perú. Igualmente, trata de identificar y recuperar desde el itinerario seguido en formación de la política de salud en el Perú, aquellos hitos donde se formalizaron decisiones de política respecto de la calidad de la atención, pretendiendo introducir de manera explícita el tema de la calidad en la agenda sanitaria. Al parecer este esfuerzo va dirigido a situar la propuesta en continuidad con este itinerario a fin de reforzar su legitimidad y razonabilidad.

Enfoque conceptual: En lo concerniente al enfoque conceptual adoptado para analizar la política pública se aprecia un claro deslinde en el enfoque racionalista que tiende mitificar la evidencia científica transformando a la política en un medio para aplicar el conocimiento científico a la resolución de problemas públicos, es decir se trata de convertir mecánicamente un conocimiento científico en una política para la solución de un problema público. Esta “racionalidad” es expresión de la inversión entre medios y fines, donde la preferencia e intencionalidad del sujeto (actor) cuenta poco y se absolutiza el peso de la “evidencia”, sin que por ello se desestime la importancia de contar con tal evidencia que informe a la política. La actividad de dotar de evidencia que informe la elaboración de la política fue realizada por el grupo de tarea conformado durante el proceso, según se describió previamente. De igual manera, el documento de políticas esta permeado del enfoque de derechos relevando la atención con calidad como derecho fundamental, pero también afirma la condición de interculturalidad y de género como aspectos constitutivos de cualquier intervención por la calidad.

Valores que orientan la política: para varias corrientes en política pública los valores no tienen connotaciones éticas. Se trata simplemente de un objeto o situación deseada que se manifiesta en patrones de comportamiento que estabilizan expectativas sociales. A su vez, las instituciones instituyen y difunden estos valores en la sociedad. Algunas de ellas se especializan en particulares valores, por ejemplo los sistemas de salud se supone que están especializados en el desarrollo del bienestar como valor. Pese a este concepto restricto, los valores pueden cumplir un rol importante en la construcción de visiones de futuro que plasmen las aspiraciones de un actor o varios actores y que dan sentido a las políticas. El documento de las políticas de calidad, bajo el acápite denominado Enfoque conceptuales para una

Política Nacional de Calidad en Salud, presenta de manera acertada un conjunto de valores que buscarían orientar el desarrollo de la política, pero también propone una “visión de la calidad en la atención de salud” donde se levantan los atributos a que se aspira en una buena atención y que proponen el horizonte para la formulación de la política.

Aspectos constitutivos

Subirats y colaboradores (2008) proponen algunos elementos denominados constitutivos de una política pública que por su naturaleza y relevancia pueden servir como criterios para analizar su racionalidad, estos son:

Solución de un problema específico: el documento de política de calidad da cuenta de la baja calidad de la atención como problema abordado. Para ello se recurre a la escasa información existente, la cual es calificada como insuficiente, parcial y de dudosa rigurosidad, así como a la constatación empírica de la población.

Existencia de grupos-objetivo en el origen de un problema público: implícitamente identifica tres grupos objetivo que son: la autoridad sanitaria, las organizaciones proveedoras de la atención y sus establecimientos de salud, y la ciudadanía. Cada grupo con responsabilidades precisas acordes a sus competencias y funciones. Respecto del primer grupo se pone el énfasis en el rol regulador, promotor y supervisor; respecto del segundo, en su rol de gestor de la provisión y proveedor; finalmente, el rol de vigilancia social del derecho corresponde a la ciudadanía, sin embargo, sería necesario precisar el rol de los colectivos ciudadanos y demás organizaciones de la sociedad civil.

Coherencia intencional: se opta por intervenciones basadas en modelos de gestión de la calidad de reconocida eficacia y uso en diferentes contextos a nivel internacional, y sus correspondientes métodos, técnicas e instrumentos. En consecuencia, se aprecia coherencia intencional entre el problema público identificado (baja calidad de la atención) y las intervenciones propuestas para superarlo.

Existencia de diversas decisiones y actividades: se constata que la política expresada en el documento constituye un “aparato decisonal” armónico y consistente, que pretende confrontar las diversas dimensiones y aristas del

problema, tales como la regulación, estandarización, fomento e incentivación para el desarrollo de la cultura de calidad, promoción de buenas prácticas, supervisión, vigilancia social y fomento de la investigación.

Se ha opinado en el sentido que podría haberse decidido sobre otros varios modelos e intervenciones para la gestión de la calidad de la atención, pero a la luz de la prolongada experiencia nacional e internacional, ratificada por la escasa evidencia existente²³, se puede concluir que las intervenciones propuestas son las más adecuadas.

Programa de intervenciones: orientado a identificar estrategias, el documento señala un primer nivel de despliegue de las políticas, que es totalmente insuficiente, pues no individualiza actividades ni responsabilidades que debiesen estar contenidas en un plan de implementación del cual se carece.

Naturaleza más o menos obligatoria de las decisiones y actividades: asunto de la mayor importancia, ya que usualmente es necesario un mandato imperativo que obligue a los grupos-objetivos a redistribuir los recursos para implementar la política, apelando, de ser necesario, a la coacción. Su eficacia entra en cuestión. Este aspecto constituye una de las mayores debilidades de la política de calidad, ya que no genera mayor obligatoriedad deviniendo en el rango de las políticas simbólicas (exhortaciones, llamados, etc.).

Hubiese sido conveniente una decisión de política que compulse a la autoridad sanitaria y a las organizaciones de salud establecer mecanismos redistributivos tales como: priorizar la inversión por la calidad, determinación de porcentajes fijos de presupuesto de la organización dedicado a las intervenciones en calidad. Igualmente, se podría recurrir a incentivos económicos, y no solo a reconocimientos o premios.

²³ Es necesario recordar el señalamiento que hace un grupo de expertos en calidad de la OMS sobre el carácter de la evidencia en calidad “...en el campo de la calidad, el contexto dentro del cual se utiliza la evidencia, es decisivo. En tal caso, la evidencia no puede ser considerada neutral, como si lo es cuando se le usa por ejemplo en las decisiones clínicas” WHO. Quality of Care. A process for making strategic choices in health system.2006

Aspectos formales

La política formulada es una construcción lingüística con una determinada estructura semántica que expresa un conjunto de significados: perspectivas, intereses, acuerdos, conflictos y transacciones. Estos significados se expresan en los modos a veces contradictorios y más o menos especializados, como por ejemplo, jurídicos, sociológicos, económicos, médico, sanitario, etc. Este análisis también se interroga sobre la clase de conocimiento que supuestamente sustenta la política, es decir, si esta se basa sobre hechos objetivos y qué tipo de conocimientos y “expertise” subyace.

La política de calidad comprende 12 enunciados de política, definiendo para cada una objetivo y estrategias. Las cinco primeras tienen como grupo-objetivo a la autoridad sanitaria; las siguientes seis, a las organizaciones proveedoras de atención de salud y sus establecimientos de salud; y la última, a la ciudadanía. En su formulación predomina un léxico común al mundo de la salud que la hace comprensible en este ámbito, facilitando su comunicación. No se sabe si ha sido difundida a nivel poblacional. No se aprecian ambigüedades elaboradas ex profeso, por el contrario, su formulación es armónica y no contradictoria a lo largo de todo el contenido lo que puede interpretarse como producto del consenso logrado.

3. ¿Se implementó la Política Nacional de Calidad en Salud?

Como señala G. Walt, (1994), diversos autores conciben el proceso de formación de la política que culmina con la formulación, como el momento de creatividad, juego político y de despliegue intelectual de actores y asesores, mientras la implementación, se percibe como algo administrativo. Usualmente, se ve a los encargados de la implementación como meros administradores de políticas que vienen de arriba a abajo, cuando en la realidad es un espacio que puede recrear muchas veces de manera sustancial esta política. Es sin duda un proceso donde se puede cambiar la forma de implementación, o hasta redefinir los objetivos de las políticas porque están más cerca del problema y de la situación local. Por lo tanto, debe concebirse como un proceso mucho más interactivo, marcado igual por la negociación y el acuerdo.

Adopción de la Política

Una vez aprobada la política de calidad de la atención, acto mediante el cual se cumple con una formalidad legal o administrativa según sea el caso, es fundamental

su adopción, como el momento en el que los decisores hace suya la política, confiriéndole el espaldarazo de poder que requiere para su implementación. La adopción es condición determinante para iniciar una adecuada implementación. Es el paso que permite salvar la política de la irónica afirmación de Korman y Glennester de que *“las razones por las cuales algunas políticas no son implementadas es que nadie espera que lo sean.”*²⁴ La adopción confiere a la política la cuota de voluntad política de ejecutar el conjunto de decisiones allí contenidas. Trasmite a las agencias encargadas de la implementación y a los demás actores el convencimiento de la autoridad, para el caso Ministerio de Salud, sobre la relevancia de la política, y si bien la adopción de la política no se limita a una simple declaración, en nuestro medio se acostumbra realizar un acto público de presentación o lanzamiento. Pues bien, el lanzamiento de las políticas de calidad se realizó sin la participación de Ministro ni de otra autoridad de la alta dirección del MINSA, creando el desconcierto y desánimo entre los presentes. En suma, no hubo de inicio señales claras de que la política fuese adoptada.

Implementación de políticas en organizaciones burocráticas

Si bien no hay evidencias de un proceso de implementación sistemático y sostenido, es posible identificar algún nivel de implementación. Según Elmore (1978), las organizaciones burocráticas por su complejidad y tamaño, especializan actividades creando multiplicidad de espacios con pequeñas cuotas de poder, el poder de la organización se fragmenta, en tal situación emergen características singulares en ellas: la autonomía irreductible que ejercen los trabajadores individuales en sus decisiones cotidianas y las rutinas de operación que desarrollan para mantener y mejorar sus posiciones en la organización. Para el caso, y aprovechando esta condición, la implementación consistiría en identificar el lugar de mayor autonomía, para establecer un conjunto de rutinas alternativas que manifiesten la intención fundamental de la política e inducir a las unidades de la organización a reemplazar las viejas rutinas por sus alternativas. Esta percepción aunque parece banalizar la implementación, explica cómo podría haberse implementado la política si con ello se la Dirección de Calidad y el Comité de Calidad del CNS, reforzaban su cuota de poder (autonomía y rutinas). Dicho en otros términos, si la Dirección de Calidad acompañada por el Comité de Calidad y el Comité de Calidad del CNS hubiesen

²⁴ Citado Walt G. (1994).

puesto sus esfuerzos en la implementación de la política de calidad seguramente lo habría logrado aún al margen de su adopción por la Alta Dirección del MINSA.

Análisis de la implementación

A efectos de realizar un abordaje analítico de la implementación de la política de calidad, se utilizará las categorías del modelo propuesto por Van Meter y Van Horn (1975), que son:

Objetivos, normas y estándares de implementación,

Se trata según los autores de identificar indicadores adecuados de desempeño a fin de determinar el grado de cumplimiento de las normas y los objetivos. En lo concerniente a la política de calidad, para cada enunciado se determinó un objetivo y sus respectivas estrategias generales. Por consiguiente, era necesario operativizar estas políticas y estrategias construyendo los indicadores, actividades y metas a ser cumplidas en un determinado periodo de tiempo. En primer término, correspondía diferenciar las políticas según el grupo-objetivo que tenían como destinatario para determinar los instrumentos pertinentes a su implementación, sean estos sustantivos o procedimentales. Parece claro que el único enunciado de política elaborado con carácter simbólico fue el duodécimo que exhorta a la ciudadanía a establecer mecanismos de vigilancia de su derecho a la salud con calidad.

El mayor intento por elaborar una norma destinada a ejecutar la estrategia del sexto enunciado de política fue la elaboración, el año 2010, de una propuesta de diseño e implementación del sistema de gestión de calidad en salud. Este esfuerzo fue promovido por la Dirección de Calidad y contó con el apoyo técnico y financiero del PARSALUD II. La propuesta en cuestión constituye un avance cualitativo respecto a la propuesta vigente, aunque a la fecha no ha sido aprobado.

Este conjunto de acciones dirigidas a operacionalizar las políticas se denominan usualmente Plan de Implementación. No hay evidencia de la formulación de este documento. Durante el periodo se diseñaron o modificaron varias normas técnicas,²⁵

²⁵ Entre las principales figuran, la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora (RM Nº 095-2012/MINSA), Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. (R.M. Nº 468-2011/MINSA), Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (R.M. Nº 527-2011/MINSA), Guía Técnica de Implementación de la Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía.

aunque esto no implica que se hayan realizado como parte de la implementación de la política, pues podría ser parte de las rutinas previamente establecidas.

Recursos

Es necesario proveer de los recursos necesarios para administrar la implementación de las políticas. Estos recursos pueden incluir fondos u otros incentivos para estimular o facilitar la implementación efectiva. En referencia a las políticas de calidad, la asignación de recursos para el acompañamiento, monitoreo y la evaluación del cumplimiento quedó explícita en el quinto enunciado de política. De igual manera, la autoridad sanitaria se compromete a establecer incentivos a las organizaciones de salud que logren mejoras en la calidad de la atención. De lo informado por la Dirección de Calidad, el presupuesto institucional no incorporó un rubro de gasto que permitiese afrontar la implementación, tampoco se percibe un incremento general en la recursos asignados a esta dirección.

Comunicación, inducción, capacitación y asistencia técnica

Una implementación con eficiencia requiere que las políticas y el conjunto de instrumentos que la operativizan, sean comprendidos cabalmente por los agentes responsables de tal implementación. Por ello, es indispensable garantizar su claridad y la mayor precisión en su comunicación, apelando a mecanismos apropiados a cada grupo-objetivo. Para el caso, se tiene de un lado, un conjunto bastante disímil de organizaciones de salud que usualmente presentan importantes reparos para obedecer las disposiciones emanadas del Ministerio de Salud; y de otro, a la ciudadanía, que según, se vio, tiene escasa expectativa y bastantes distorsiones sobre este asunto. Se conoce, que las políticas de calidad fueron parte de la agenda de trabajo de la Dirección de Calidad y las organizaciones de salud en los años siguientes a su aprobación; pero no existen reportes respecto de actividades de difusión dirigidas a la población.

A la par, es importante la realización de actividades de inducción, capacitación, asesoría y asistencia técnica, medidas que se tornan en indispensables si las políticas recurren a nuevos conocimientos, métodos, técnicas e instrumentos. Usualmente, se ejecuta un plan anual de actividades, mediante el cual se brinda integradamente apoyo a las organizaciones públicas de salud a nivel nacional, aunque todo indica que estas acciones fueron parte de rutinas previamente

establecidas, tal como se vio antes, pero no encaminadas específicamente a capacitar en el proceso de implementación de la política.

Características de las agencias encargadas de la implementación

Es bastante conocido el deterioro de la institucionalidad del aparato estatal en su conjunto, que se hace notorio en sus procesos de formación de política pública²⁶ y que adquiere ribetes preocupantes en las agencias tradicionales del poder ejecutivo, principalmente las de los sectores sociales como el MINSA, históricamente relegados de las experiencias de reforma y cuya gobernabilidad se encuentra en entredicho. No obstante, esta situación es bastante heterogénea dentro del mismo Ministerio. Así, se tiene que mientras algunos órganos se han fortalecido durante las últimas décadas producto del apoyo sostenido de la cooperación internacional, otros pese a su centralidad para el cumplimiento de la función rectora del MINSA, han profundizado su fragilidad institucional, como es el caso de la DGSP. Esa situación se agrava en la Dirección de Calidad, dependencia de tardía creación, sobre quien recaen periódicos cuestionamientos sobre su capacidad en el logro de objetivos. Todo ello incide negativamente en su conformación y se evidencia por la escasa dotación de personal técnicamente calificado y limitada asignación de recursos. Por ello, no debe extrañar las ostensibles insuficiencias que tuvo el equipo de gestión para asumir el desafío de la implementación de la política de calidad. Esto no exime a la Dirección de Calidad de la responsabilidad de implementar la política aun con sus limitaciones e intentar al mismo tiempo mejorar su posicionamiento al interior de la DGSP y el MINSA liderando un movimiento en pro de calidad de la atención con base en las políticas.

Características que contextualizaron la implementación.

Durante el periodo de implementación de la política se producen trascendentales cambios en la configuración del sistema de salud. Se inicia formalmente un proceso de reforma bajo el modelo de aseguramiento universal con la promulgación de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. La nueva configuración indica tres niveles de acción para el sistema: gobierno a cargo del MINSA y la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA); aseguramiento bajo responsabilidad de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS); y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS). Un

²⁶ Véase trabajo de E. Morón y C. Sanborn. The Pitfalls of Policymaking in Peru: Actors, Institutions and Rules of the Game, BID, 2006

aspecto de gran significación, que establece el aseguramiento universal, atendiendo a la lógica de derecho, es el haber incorporado a la calidad de la atención como garantía explícita y por lo tanto exigible. Lamentablemente lo avanzado en operativizar este adquirido es aún poco.

La SUNASA se constituye como entidad encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular, las IAFAS y las IPRESS. Entre sus funciones se señala: supervisar a fin de velar por “la calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones”²⁷. Los cambios operados suscitaron inicialmente su incertidumbre pues aparentemente se produjo una superposición en el MINSA que tiene en la Dirección de Calidad su órgano técnico normativo cuyas funciones son, entre otras, “definir los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y controlar su cumplimiento”²⁸. Posteriormente, los cambios en la normatividad legal deslindan sobre este asunto, pero, al margen de los últimos cambios, hubiese sido conveniente actualizar el uso de términos, adecuándolos al léxico utilizado por la Ley del AUS, además de incorporar a la SUNASA, como grupo-objetivo de la política.

Otro hecho de marcada importancia fue la creación en diciembre del 2008 del Comité de Calidad de Consejo Nacional de Salud que puede ser interpretado como signo de la preocupación del CNS por la calidad de la atención y por consiguiente de la necesidad de incorporarlo a su agenda de análisis de política de salud. Los comités nacionales tienen *“carácter consultivo, y se encargan del tratamiento puntual y especializado de los temas que les derive el CNS, sin perder de vista la finalidad del SNCDS que es la de lograr la concertación y la adecuada coordinación entre los componentes del SNCDS sobre temas de interés común, especialmente en lo relacionado a las Políticas Nacionales de Salud, Planes y Programas de Salud.”*²⁹ A pesar a que este enunciado no tiene sustento normativo, se deduce del texto una función consultiva, técnico especializada en ámbitos de su competencia especialmente en lo relacionado a las políticas, planes y programas de salud, debiendo contribuir al logro de la concertación y coordinación supuestamente sectorial y social.

²⁷ Ley 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Artículo 9° Numeral 3

²⁸ MINSA. Reglamento de Organización y Funciones, Artículo 44°.

²⁹ <http://www.minsa.gob.pe/cns/comnac.asp>

De la documentación de carácter público se colige que durante los años 2009 -2012 el Comité de Calidad abordó diversos temas que revisten importancia específica, pero aquellos para los cuales especialmente estuvo convocado, como son las políticas de calidad y su implementación, figuran ocasionalmente en su agenda. Este comité pudo haber operado como espacio generación y difusión de propuestas sectorial y socialmente concertadas para la implementación, monitoreo, evaluación y por lo tanto modificación de la política de calidad.

Últimos cambios de la escena pública y su impacto en la política de calidad

En diciembre de 2013 se expide el Decreto Legislativo N°1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Este dispositivo establece como funciones de la superintendencia entre otras la de *“promover, proteger los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien la financie”*³⁰, así como la conducción y supervisión del proceso de acreditación³¹, y la certificación y autorización, de modo exclusivo a los agentes vinculados a los procesos de registro, categorización y acreditación de las IPRESS.³² Este dispositivo refuerza la responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud como organismo supervisor asumiendo responsabilidades que anteriormente correspondían al MINSA, extendiendo su ámbito de competencia sobre toda IPRESS y no solo a aquellas involucradas en el aseguramiento universal. Esta norma legal obliga a la actualización de la política de calidad, en tanto SUSALUD pasa a constituirse en actor de alta relevancia con importante capacidad decisoria, por consiguiente grupo-objetivo fundamental de la política

Finalmente, junio de 2014 mediante D.S. N° 046-2014-PCM se aprobó la Política Nacional para la Calidad que, según señala en sus considerandos, da cumplimiento los compromisos estipulados en las Decimoséptima y Decimoctava Política de Estado aprobadas Acuerdo Nacional y *“referidas a promover la competitividad del país, estimular la inversión privada y propiciar el fortalecimiento del aparato productivo nacional mediante la inversión en las capacidades humanas y el capital*

³⁰ DL N° 1158. Artículo 8°, Numeral 1

³¹ DL N° 1158. Artículo 8°, Numeral 11

³² DL N° 1158. Artículo 8°, Numeral 12

fijo”³³ y conforme a la defensa que debe realizar el Estado de “*el interés de los consumidores y usuarios, velando en particular por la salud y seguridad de la población*” según versa en el Artículo 65° de la Constitución Política del Estado .

Luego en julio del mismo año se promulgó la Ley 30224. Ley que crea el Sistema para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad, iniciativa generada desde el Ministerio de la Producción, con la finalidad de promover y asegurar el cumplimiento de la Política Nacional para la Calidad con miras al desarrollo y la competitividad de las actividades económicas y la protección del consumidor. La exposición de motivos de ley abunda en precisar el sentido de iniciativa cuando señala “*En tal sentido promover aspectos de calidad de los bienes y servicios en el país, resulta fundamental para incrementar nuestros niveles de productividad. Contar con un sistema de calidad eficiente, permitiría:*

- *Asegurar la protección de los consumidores, de la salud y del medio ambiente*
- *Acceder a los mercados internacionales que exigen estándares de calidad para capitalizar las oportunidades de los acuerdos comerciales de los que el Perú es parte.*”³⁴

Es claro que estamos ante normas de gran importancia para promover la productividad y desarrollar sistémicamente la calidad como una significativa estrategia de competitividad en miras a la inserción del Perú en el mercado internación. Bajo este enfoque es fundamental asegurar entre otros la salud y el ambiente durante todas las etapas de la producción, comercialización y consumo, además de otros derechos del consumidor.

En suma, es una política destinada a impulsar el desarrollo de mercados eficientes y competitivos, que en lo concerniente a la atención de la salud posiblemente tengan una incidencia marginal³⁵. Por el contrario, la política de la calidad de la atención es primero y ante todo una política de salud basada en el enfoque del derecho a la salud como se ha visto a lo largo del presente estudio, que despliega el Quinto Lineamiento de Política de Plan Concertado de Salud y que a su vez descansa en la política Décimo Tercera Política del Acuerdo nacional cuyo objetivo dice a la letra: “Nos

³³ D.S N° 046-2014-PCM.

³⁴ Exposición de Motivos del Proyecto de Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y crea el Instituto Nacional de Calidad, remitido al Congreso por el Ejecutivo, con fecha 27 de junio del 2014, pág. 23.

³⁵ Principalmente con empresa privada de salud, organizada bajo la lógica del mercado

*comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma **gratuita, continua, oportuna y de calidad**, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.*³⁶ Por consiguiente, El Ministerio de Salud, ejerciendo la Autoridad Sanitaria y en aras de honrar este compromiso ha formulado, en los últimos años, una serie de políticas dirigidas a universalizar el acceso gratuito a quienes así lo requieren, la oportunidad, entre otros; la Política Nacional de Calidad en Salud es parte de este conjunto de políticas.

Finalmente, se puede colegir que se está frente a dos de política de Estado plenamente legítimas aunque formuladas con fines, destinadas a grupos-objetivo diferentes y autónomas en el uso sus instrumentos de implementación. Pese a ello, será necesario buscar las relaciones pertinentes ya que ambas están encaminadas a alcanzar el desarrollo nacional.

4. Conclusiones

1. El proceso de formación de la política de calidad de la atención de salud desarrolló un curso de acción complejo y dificultoso, debido a la presencia de diferentes factores que obstaculizaron el reconocimiento de la calidad de la atención como problema público; retardando, por consiguiente, su incorporación en la agenda sanitaria nacional, y aun cuando esto se produce, no logra gran posicionamiento, al grado que se puede afirmar que a la actualidad mantiene una “presencia marginal” en el quehacer sanitario.
2. La formulación de la política supuso un periodo de movilización de actores en eventos de análisis y debate de amplia representación, aunque de cuestionable representatividad y usualmente poco informada. Esta situación va en consonancia con lo señalado por diferentes expertos que indican que la salud es un dominio político de consensos pasivos y rápidos, pero que no genera mayor compromiso de los actores involucrados, ni motoriza su accionar.

³⁶ <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/matrices-de-las-politicas-de-estado/2-equidad-y-justicia-social/>

3. A la luz de analizado, la política de calidad pareciera cobrar un carácter icónico, esto es, se convierte en un documento de obligada referencia pero que rara vez logra convocar a la acción, característica propia de las denominadas políticas simbólicas. Por lo tanto, constituye un desafío para este próximo periodo remontar esta situación para ubicar a la política de calidad como una política sustantiva.
4. Los contenidos de la política dan apropiada cuenta de la mayor parte de los aspectos sustantivos que caracteriza a toda política, como son: dar solución a un problema específico, la existencia de grupos-objetivo que originan este problema público, tener coherencia intencional, la existencia de un conjunto de decisiones armónico de decisiones; pero falla en otros aspectos: la carencia de un programa de intervenciones (plan de implementación). Adicionalmente, no obstante que la política emana de la autoridad sanitaria, gran parte de los actores y aun las agencias de implementación las asumieron discrecionalmente, posiblemente debido a que no fue acompañada de medidas coactivas. De igual manera, se constata que las políticas respetan los aspectos contextuales y formales.
5. Los cambios institucionales operados como producto de la implementación de Ley Marco de Aseguramiento Universal y dispositivos legales conexos, hacen necesario someter a las PNCS a revisión y actualización; debido a la emergencia de nuevos actores con gran responsabilidad en la gestión de la política de calidad en salud, principalmente SUSALUD que se convierte en grupo-objetivo central de la política y principal agente de su implementación.
6. La ausencia de plan de implementación pone en evidencia que no se realizó la implementación sistemática de la política de calidad, sin negar con ello que durante el periodo se realizaron diversas actividades que bien podrían enmarcarse en la política formulada. No obstante, no sería aceptable atribuir tales actividades –elaboración de normas e instrumentos, entre otros- a la realización de un proceso intencionado de implementación de la política de calidad, cuando al parecer correspondía a actividades propias de la rutina funcional de la Dirección de Calidad.

Referencias Bibliográficas

1. Baumgartner y Jones. *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago: University of Chicago Press.
2. DL N° 1158. Decreto legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
3. D.S. N° 046-2014-PCM. Política Nacional para la Calidad
4. Elmore R. Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales (1978 [2007]). En: L.F Aguilar. *Implementación de la las Políticas*. Ed. Porrúa, México 2007.
5. ESSALUD. *Políticas de Calidad*, 2008.
6. Guardia N. *Anales de la Facultad de Medicina-UNMS*. Vol. 57, N° 4, 1966
7. Korman y Glennester. Citado por Walt.G. *Health Policy. An introduction to process and power*
8. Perú. Ley 29344. *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*,
9. Howlett. M, *Managing the "hollow state": procedural policy instruments and modern governance*. *Cand. Public. Adm / Administration, Publique DU, Canada*, Volume 43, No. 4
10. Lazo, O. *Gestión de la Calidad en Salud. Evolución y situación actual*. Lima, 2009.
11. Lindblom, C. (1959 [2007]). *La ciencia de "salir del paso"*. En: L.F Aguilar. *Implementación de la las Políticas*. Ed. Porrúa, México 2007.
12. Ley 29344. *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*.
13. Ley 30224. *Ley que crea el Sistema para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad*
14. Lee K. y Godman H. *Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s*. En: *Health Policy in Globalising World, USA*, 2002.
15. MINSA. *Sistema de Gestión de Calidad en Salud*. Lima 2001
16. MINSA/DGSP. *Sistema de Gestión de Calidad en Salud*. 2006
17. MINSA. *Plan Nacional Concertado de Salud*, Lima-Perú, 2007
18. MINSA. *Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud*, Lima, 2007
19. MINSA/DGSP/DCS. *Política Nacional de Calidad en Salud*. Lima, 2009

20. Moraes Novaes, H. Programas de Garantía de Calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe. Sal. Públ. Méx. 1993; 35:218-258.
21. Morón E. y Sanborn C. The Pitfalls of Policymaking in Peru: Actors, Institutions and Rules of the Game, BID, 2006.
22. Subirats y colaboradores. Análisis y Gestión de Políticas Públicas. Ed. Ariel, Barcelona, 2008.
23. Van Meter, Van Horn. El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual (1975 [2007]). En: L.F Aguilar. Implementación de la las Políticas. Ed. Porrúa, México 2007
24. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning 9:353–70, 1994
25. Walt.G. Health Policy. An introduction to process and power. Zed Books Ltda. London, 1994
26. WHO. Quality of Care. A process for making strategic choices in health system.2006