

# La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala

*Enrique Ruelas Barajas<sup>1</sup>*

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), lanzada formalmente el 22 de enero de 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica que se desarrollaban de manera aislada, tanto en el sector público como en el privado y, por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes. De esta manera, la Cruzada se convirtió en una plataforma para la convergencia y el avance que, impulsada desde el Gobierno Federal, adquirió el rango de política pública, a diferencia de lo que habían sido los programas institucionales, independientes unos de los otros.

Esta estrategia de gran escala fue producto de un proceso de maduración de tendencias generadas desde varias instituciones durante muchos años y formó parte del inicio, junto con otras políticas públicas, de una nueva era del Sistema Nacional de Salud (SNS) caracterizada por los intentos para lograr una cobertura universal efectiva que se han acentuado en los últimos años. Ello da en el presente una dimensión adicional a la trascendencia de la Cruzada si consideramos que no es posible conceptuar ni lograr la efectividad si no es con calidad, entendida como valor esencial, como estrategia y como resultado de cualquier sistema de salud.

La tendencia hacia una cobertura universal efectiva es cada vez más clara en todo el mundo y, por consiguiente, la calidad empieza a ser reconocida explícitamente como un ingrediente fundamental, por lo que la proyección de la Cruzada ha empezado a ser reconocida internacionalmente. El proyecto denominado “Joint Learning Network”, iniciado en 2011 y auspiciado por la Fundación Rockefeller para fortalecer los sistemas de salud de 10 países de ingresos medios y bajos en África y Asia, y apoyado técnicamente por el Institute for Healthcare Improvement (IHI) de los Estados Unidos de América, ha considerado a la experiencia mexicana de la Cruzada como punto de partida para definir los componentes de lo que debiesen ser estrategias de alcance nacional, es decir, de gran escala, para fortalecer los sistemas de salud, mejorar la calidad y lograr la búsqueda efectiva.

<sup>1</sup> Senior Fellow Institute for Healthcare Improvement (IHI); Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.

Este capítulo debe ser interpretado como un testimonio personal que narra la experiencia de construcción y ejecución de esa estrategia a lo largo de varios años. En consecuencia, no se trata de un texto académico para analizar en detalle una política pública pues ello se hace más adelante en otros apartados, con mayor espacio y profundidad. Tampoco se trata de repetir, ni siquiera de sintetizar lo que quedó plasmado en detalle en el documento oficial en cuestión<sup>2</sup> pues la tarea sería incompleta de cualquier manera. Ello me obligará ocasionalmente a hablar en primera persona como lo hago ahora, algo no siempre elegante en un documento académico, aunque lo haré con la prudencia necesaria para evitar el posible protagonismo individual, que no es objeto de esta narración, pues han sido muchos los protagonistas de esta historia aunque no mencionaré nombres deliberadamente para evitar omisiones. No obstante, en algunos casos será imprescindible reconocer cargos para establecer los puntos de referencia de manera que la narración pueda ser contextualizada. En alguna versión más amplia de este episodio, será justo dar a conocer a quienes con su compromiso y talento hicieron posible que lo que fue una propuesta llegase a ser una realidad aunque, a fin de cuentas, jamás se hará plena justicia pues fueron miles los profesionales quienes desde las trincheras del Sistema de Salud contribuyeron y contribuyen cada día a que los servicios sean cada vez mejores.

El capítulo se estructura en tres secciones: La primera trata de las plataformas sobre las cuales se construyó esta estrategia y da cuenta de múltiples esfuerzos durante muchos años antes. La segunda describe el diseño, la construcción y la ejecución de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como estrategia convertida en política pública desde y hacia la convergencia de iniciativas y acciones para continuar mejorando los servicios. Al ser esta narración un testimonio individual, no se dará un balance de resultados, no obstante, se hará referencia somera a las acciones ejecutadas. Finalmente, el capítulo concluye con algunas reflexiones para seguir construyendo una historia de lo que podría ser.

## PLATAFORMAS HACIA LA CONVERGENCIA Y LA MEJORA

Denomino aquí como plataformas al conjunto de acciones que a lo largo de los años permitieron construir paso a paso lo que llegó a ser una estrategia de gran escala que sólo pudo ser de esta magnitud en la medida en la que fue convertida en política pública sobre la base de una clara y constante fundamentación. Se propone agrupar esas acciones en diferentes categorías que constituyan cada plataforma, con objeto de dar coherencia al análisis de conjuntos de temas que sustentan y contribuyen a explicar la Cruzada como estrategia y como política pública. Ojalá este caso pueda dar testimonio de lo que es posible hacer como

<sup>2</sup> Secretaría de Salud, "Programa de Acción. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", México, 2001.

resultado de la convergencia de talentos y voluntades dirigidos a través del tiempo hacia objetivos comunes superiores a los intereses parciales, individuales e institucionales que, lamentablemente, prevalecen en la actualidad del país más allá del Sistema Nacional de Salud.

Se proponen siete plataformas: empírica, conceptual, educativa, cultural, institucional, internacional y político-financiera.

### *Plataforma empírica*

Está constituida por el conjunto de experiencias concretas y más visibles que marcaron el rumbo de las acciones para mejorar la calidad en los servicios de salud.

La experiencia más remota claramente identificable en México fue el esfuerzo concreto para auditar expedientes médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a finales de la década de los años cincuenta del siglo xx. Esta acción corresponde a lo que ha sido considerado como una estrategia de “aseguramiento” de la calidad, es decir, la necesidad de verificar el cumplimiento de requisitos que aseguren que se hizo lo que debió haberse hecho a los pacientes para manejar adecuadamente su episodio de enfermedad, en este caso, a través de los expedientes de cada uno de ellos.

Más adelante, al inicio de la década de los setenta, bajo los auspicios de la Academia Nacional de Medicina se estableció la certificación de especialistas que 30 años después se extendería hacia los médicos generales y que creó un punto de referencia para otros profesionales en este país.

Al principio de la década de los noventa, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina fundó el sistema de acreditación de estos establecimientos y se convirtió así en una de las primeras experiencias, si no la primera, de acreditación entre pares de la educación universitaria en México.

En 1999, el Consejo de Salubridad General retomó una iniciativa fallida del principio de esa década, empezó todo de nuevo y dio origen a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, con lo cual comenzó la certificación de hospitales y más adelante, de otro tipo de servicios de salud.

En 2003, como parte de la reforma a la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud, se introdujo la obligatoriedad para que las unidades de atención que otorgaran servicios cubiertos por el Seguro Popular debiesen ser acreditadas. En ese momento, la acreditación a cargo de la Subsecretaría federal denominada entonces de Innovación y Calidad, fue concebida como un primer escalón de requisitos a ser cumplidos y demostrados para facilitar que el siguiente paso fuese lograr la certificación del Consejo de Salubridad General.

Hasta aquí se han enumerado las experiencias de aseguramiento que pueden ser identificadas como parte de esta plataforma empírica. Es interesante señalar que, durante muchos años y no solamente en México, existió la creencia de que por el mismo hecho de cumplir estándares o normas, se mejora lo

que se hace. En otras palabras, evaluar fue sinónimo de mejorar por el mero hecho de evaluar. Podría decirse que aún ahora prevalece esta creencia entre algunos.

Este paradigma se rompió en los servicios de salud de nuestro país como resultado de la implantación de “círculos de calidad” en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en 1985. Se trató de la primera experiencia de “mejora continua”. Ésta fue la primera en demostrar en México los resultados de mejora como producto de una intervención diseñada para tal propósito. Además, fue también la primera documentada en el mundo en la que participaron médicos y enfermeras pues las pocas experiencias existentes, particularmente en los Estados Unidos de América, se habían realizado en servicios de apoyo hospitalario, no clínicos.

Es interesante mencionar que, a falta de alguna mejor denominación, a esa estrategia la llamé “garantía de la calidad”, concepto que tuve oportunidad de discutir un año después de iniciada, en 1986, personalmente con el Dr. Avedis Donabedian, pilar del estudio sobre la calidad de la atención médica en el mundo, y miembro en esos años del Consejo Consultivo del Centro de Investigaciones en Salud Pública de la Secretaría de Salud, cuyo director había sido su alumno dilecto, y del cual yo era Subdirector. Donabedian usaba en esa época conceptos como Monitorización (*monitoring*) y Valoración o Estimación (*assessment*) para describir lo que debería hacerse en favor de la calidad de la atención médica. El argumento bajo análisis en nuestra conversación era que empezaba a hacerse cada vez más evidente que ni la monitorización, ni la valoración, estimación o evaluación eran suficientes para mejorar. No pudimos llegar a conclusión alguna sobre el mejor término para describir lo que se desarrollaba entonces en el INPer, sino hasta 1992 cuando el propio Donabedian reconocería, como apropiados a los servicios de atención médica, términos como “mejora continua”, “calidad total” y herramientas metodológicas utilizadas hasta entonces en el ámbito industrial, durante su discurso inaugural del congreso anual de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) que se realizó en México. Actualmente, nombres como círculos de calidad y garantía de la calidad han dejado de ser usados para formar parte del término más universal ahora aceptado: mejora de la calidad.

En la Secretaría de Salud, el antecedente inmediato de la Cruzada fue el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención impulsado desde la Subsecretaría de Coordinación Sectorial, antecesora directa de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. Se trató de una estrategia fundamental pues la experiencia adquirida por este programa de alcance nacional en las unidades de la propia Secretaría, permitió identificar las variaciones en los niveles de calidad entre estados de la República, entre unidades de primer nivel y entre hospitales. También permitió esbozar un primer intento de mejora continua en gran escala. Es indispensable reconocer, además, que en la década de los ochenta se estableció en la propia Secretaría un marco de referencia para la evaluación de los servicios de salud desde una Dirección General crea-

da para tal propósito que posteriormente desapareció. Este marco de referencia que originó una publicación, coincidía justamente con los tiempos en los que imperaba la evaluación como herramienta única para mejorar.

A las experiencias de evaluación, de aseguramiento y de mejora continua del sector público, se sumaron las del sector privado en varios hospitales, así como las de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), de Qualimed y de Dimensión Interpersonal. FUNSALUD realizó en 1994 la primera encuesta de satisfacción de la población mexicana con los servicios de salud, junto con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, que se repetiría en 2000. Además, en 1996 publicó un pequeño libro con la primera propuesta para el establecimiento de una estrategia nacional para mejorar la calidad de la atención como parte del estudio “Economía y Salud” que sustentó buena parte de las políticas de salud del sexenio 2000-2006. Qualimed, por su parte, fue la primera firma consultora especializada en la mejora de la calidad creada en 1995 y, a partir de 1996, realizó entre otros proyectos, las primeras evaluaciones comparativas de la calidad de la atención en hospitales con estándares internacionales que, en 1999, se convertirían en fundamento de los criterios de certificación del Consejo de Salubridad General, y diseñó e implementó, en apoyo a la Secretaría de Salud, el Programa de Mejoramiento Continuo ya mencionado. Dimensión Interpersonal, también una firma privada, realizaría las primeras encuestas externas de satisfacción de pacientes con la calidad de la atención hospitalaria, principalmente en hospitales líderes del sector privado.

Así, a las experiencias del IMSS de auditoría médica, y de mejora continua del INPer mediante círculos de calidad con personal clínico y a las demás que han sido enumeradas, sucedieron muchas otras similares en instituciones públicas y privadas en México que sería imposible enumerar por su incremento desde entonces.

De esta manera, las experiencias acumuladas durante la segunda mitad del siglo pasado, tanto de evaluación, como de aseguramiento y de mejora continua, constituyeron una sólida plataforma empírica para fundamentar el diseño e implantación de una estrategia en gran escala: la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, que daría comienzo al principio del siglo en curso.

### *Plataforma conceptual*

El hecho de haber iniciado en 1985 una estrategia aparentemente desconocida y sin referentes apropiados en los servicios de salud en cualquier otra parte del mundo, obligó a tratar de entender y explicar conceptualmente lo que se desarrollaba en el Instituto Nacional de Perinatología, en contraste con lo que se hacía hasta entonces. Ahora lo sabemos, se trataba de distinguir a la mejora continua, del aseguramiento, como estrategias complementarias. El tránsito desde la experiencia exclusivamente desarrollada en el INPer hacia el Centro de Investigaciones en Salud Pública, precursor del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), como resultado de mi transición laboral a unos meses de haber

iniciado la experiencia de los círculos de calidad, transformó el proyecto. De ser uno de implementación de una propuesta estratégica, pasó hacia otro de investigación-acción como esfuerzo conjunto acordado por los Directores de ambas instituciones.

Se propició así la necesidad de conceptuar y explicar académicamente el fenómeno en cuestión. Entonces propuse la necesidad de entenderlo como un modelo que combina la monitorización y la evaluación de la calidad por una parte, y el diseño, desarrollo y cambio organizacionales por la otra. De esta manera se reconocía, en primer lugar, la importancia de la medición sistemática y de la evaluación, a la vez que se hacía explícita la necesidad de diseñar la organización para desempeñar sus funciones adecuadamente, la importancia del aprendizaje, la participación y el compromiso del personal para mejorar y, finalmente, el reconocimiento de que cualquier proceso para mejorar implica un cambio y que cualquier cambio en una organización debe y puede ser conducido consciente y deliberadamente. Hoy todo esto parece una descripción de lo obvio. Años más tarde, se sustituiría en el modelo el concepto de desarrollo por el de cultura organizacional y lo ampliaría para hacer explícito el componente de ejecución. Sin embargo, tal como ha sido descrito, éste fue el cimiento conceptual original que permitió diseñar la Cruzada.

No obstante, en la medida en la que la estrategia se fue afinando durante el periodo de transición entre gobiernos (agosto-noviembre de 2000), el modelo se expandió hasta incorporar de manera explícita otras variables indispensables como la educación, la información, la estandarización, la participación ciudadana y la confluencia de diferentes tipos de estrategias además de la mejora continua, como el aseguramiento o el *benchmarking*, teniendo todo ello como enfoque principal a los pacientes. Este fue, finalmente, el modelo conceptual que, de manera esquemática, fue publicado en el documento descriptivo de la Cruzada.

Es justo reconocer que en el proceso de conceptualización a lo largo de los años surgieron definiciones y análisis de autores mexicanos y extranjeros que enriquecieron, sin duda, la profundidad y amplitud de los conceptos y del modelo. Algunas de estas aportaciones se revisan más adelante.

### *Plataforma educativa*

La plataforma conceptual surgida de las experiencias concretas enriquecidas por el desarrollo del tema en el mundo se convirtió, a su vez, en sustento de una serie de cursos y congresos que posteriormente derivaron en diplomados. Después del inicio de la Cruzada, durante los últimos 12 años, esta plataforma se ha seguido enriqueciendo con el establecimiento de una especialidad de carácter clínico, Calidad de la Atención Clínica, de una maestría, y con la incorporación de una materia optativa sobre calidad y seguridad de la atención médica a nivel de pregrado en la Facultad de Medicina de la UNAM. En efecto, desde los primeros cursos impartidos en la Escuela de Salud Pública de México

en 1986, el número de programas de diversa índole se fueron multiplicando a través de instituciones educativas y de atención a la salud, públicas y privadas.

A los diferentes programas educativos hay que sumarle los congresos que, dedicados exclusivamente a este tema, fueron organizados exclusivamente durante casi 10 años por la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA), como se denominó a ésta durante sus primeros años, hasta antes del inicio de la Cruzada. Cabe señalar que el primero de todos fue en 1992 cuando la ISQua realizó el congreso ya mencionado en nuestro país bajo los auspicios de la recientemente creada SOMECASA, del INSP y de la Asociación Mexicana de Hospitales. Esta última también incorporó el tema de manera regular en sus cursos y congresos anuales a partir de entonces.

A ello siguieron un sinnúmero de publicaciones, desde los primeros artículos publicados por la revista *Salud Pública de México* en la segunda mitad de la década de los ochenta, que tuvieron una importante penetración también en otros países de América Latina, hasta libros de autores mexicanos ya en la década de los noventa, que se sumaron a las traducciones de libros especializados extranjeros.

Todo ello contribuyó a manera de plataforma a sustentar la Cruzada pues el tema era conocido y entendido ya por muchos. No se empezaría desde cero; tampoco podría decirse que se ha logrado consolidar esta plataforma que, por definición, deberá seguir evolucionando continuamente.

### *Plataforma cultural*

Sin duda, las plataformas empírica y educativa dieron visibilidad al tema de la calidad, que así fue adquiriendo espacio y valor entre los profesionales de la salud que se habían acercado a programas de capacitación, a congresos, y entre quienes participaban en proyectos concretos para mejorar la calidad.

Si la cultura organizacional debe ser entendida como un conjunto de aprendizajes de grupos humanos que enfrentan realidades comunes para las cuales esos aprendizajes resultan útiles y por consiguiente se consideran valiosos como para ser transmitidos de grupo en grupo a través de generaciones, no hay duda de que la plataforma cultural se fue configurando poco a poco en nuestro país a partir de hechos evidentemente reconocibles. Por ejemplo, el valor que le dio el IMSS a la evaluación de la calidad de la atención médica a través de las auditorías de expedientes en las décadas de los sesenta y setenta fue introduciendo el tema en esa institución.

El hecho de haber incorporado por primera vez en México a la calidad de la atención médica como una línea de investigación en el Centro de Investigaciones en Salud Pública en la segunda mitad de la década de los ochenta, debe haber empezado a ejercer alguna influencia, si bien todavía en un núcleo pequeño de profesionales de la salud, a medida que el tema se hizo explícito y, de esa manera, visible para el personal no solamente clínico sino también de salud pública.

Como ocurre con cualquier cultura organizacional, el peso que el liderazgo de una organización da a un tema o comportamiento, es una variable fundamental para impulsar ese tema o comportamiento como valor en esa cultura. En otras palabras, es la mejor manera de darle valor a un valor. El término “calidad y calidez” acuñado durante el sexenio 1988-1994 desde los más altos niveles de la Secretaría de Salud, contribuyó a fortalecer ese valor.

Un par de años antes del inicio de la Cruzada, el IMSS estableció un premio a la calidad con el respaldo técnico de la Fundación Mexicana para la Calidad Total, que otorgaba entonces el Premio Nacional de Calidad. En ese periodo, y como responsable del premio en el IMSS se creó *ex profeso* un área dedicada al tema de la calidad. Este hecho merece ser destacado pues se trata del primer premio de este género en el país, de la primera estructura organizacional formal para este propósito, y surge en un momento histórico en el que, en los albores del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, la calidad adquiriría mucho mayor valor que antes, no sólo para el sistema de salud sino para la economía mexicana en su conjunto.

En el sector privado, el hecho de que la Clínica Cuauhtémoc y Famosa, de Monterrey, ganara en el arranque del siglo XXI el Premio Nacional de Calidad, otorgado por primera vez a una organización de atención médica, fue sin duda un incentivo muy poderoso para motivar a las instituciones privadas a emular lo que ya era posible lograr. El mensaje fue claro: Brindar servicios de alta calidad y competitivos con cualquier otro tipo de organizaciones es posible en los servicios de salud, se reconoce, es importante y, por consiguiente, tiene valor.

No obstante los desarrollos múltiples de esta plataforma, aunque aún incipientes, fueron útiles para lograr compromisos hacia una política pública del alcance de la Cruzada. El valor de la calidad en el SNS tuvo y tendrá que seguir siendo mucho más fortalecido.

### *Plataforma institucional*

Después de la descripción de las plataformas anteriores, es obvio pensar que sin el sustento institucional, nada de lo enumerado hubiese rebasado el nivel de una entelequia efímera. Las instituciones, públicas y privadas, han sido el origen, el soporte y el continente de acciones y resultados de los que se ha aprendido para seguir mejorando. Para cuando se propuso la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, ya muchas instituciones impulsaban esfuerzos en esa dirección. Se trataba entonces de hacerlas convergentes mediante una política pública articulada por medio de una estrategia, ésta a su vez sustentada en todas estas plataformas.

### *Plataforma internacional*

La proyección internacional que adquirió México como resultado de sus avances en la materia, facilitó el intercambio de ideas, métodos y acciones en ambos



sentidos, enriqueció la discusión, elevó el aprendizaje y amplificó la visibilidad del grado de desarrollo de nuestro país hacia fuera, y de la calidad de la atención hacia dentro. La pertenencia del Dr. Donabedian al Consejo Consultivo del Centro de Investigaciones en Salud Pública, junto con otros destacados académicos internacionales y nacionales fue un factor fundamental. La realización del congreso mundial de la ISQua y las varias publicaciones que trascendieron fuera de nuestras fronteras, y la posición ocupada por México de la Presidencia del Consejo Directivo de esta misma Sociedad, abrió puertas al intercambio de experiencias de primera mano. La Cruzada sería observada desde otras latitudes como experiencia única en el mundo.

### *Plataforma político-financiera*

Esta plataforma se define como una relación mutua de ambos factores en tanto que no hubiese sido posible contar con financiamiento para la Cruzada sin el respaldo político y, por otra parte, no habría sido suficiente el apoyo político si no se hubiese expresado en un financiamiento concreto para instrumentar una política pública.

Cabe mencionar que esta plataforma se fue construyendo a través de los años, como las demás. En efecto, como se ha señalado, la calidad empezó a ser un tema de investigación-acción en el marco de un centro creado como consecuencia de la llegada de un Secretario de Salud de origen académico en el sexenio 1982-1988. No sólo eso, sino que durante ese sexenio se dio un lugar preponderante a la salud como política pública. Baste mencionar la modificación constitucional para incorporar a la protección de la salud como un derecho, imposible de ser cumplido si los servicios que se otorgan no se ofrecen con calidad. He citado ya la visibilidad que dio el lema “calidad y calidez” acuñado durante la siguiente Administración, 1988-1994, y empleado por el propio Presidente de la República y por el Secretario de Salud federal en turno. En el periodo 1994-2000, por primera vez un Secretario de Salud estableció dos políticas explícitamente dirigidas a mejorar la calidad: el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, ya citado, y la creación de la certificación de establecimientos de atención médica que fueron continuados durante el último año de ese periodo por el Secretario que ocupó el cargo al final de ese Gobierno.

Llegamos así al periodo que nos ocupa: 2000-2006. Desde el periodo de transición, el tema contó con el respaldo del entonces Presidente Electo. Cuando en agosto de 2000 se le presentaron los posibles temas que configurarían el Programa Nacional de Salud, el primero en ser aprobado por él, ya con este nombre, fue la Cruzada por la Calidad. Tal fue su respaldo que la ceremonia de lanzamiento de esta estrategia fue encabezada por el ya entonces Presidente de la República en enero de 2001, a pocas semanas de haber tomado posesión. Este hecho, además, ratificó el respaldo político de todos los sectores. Estuvieron presentes todos los Secretarios de Salud del país, los directivos de las

principales instituciones educativas con carreras de la salud, los presidentes de las Academias de Medicina, Cirugía y Pediatría, los presidentes de los Colegios de profesionales y los directivos de las asociaciones de prestadores de servicios privados y de la industria farmacéutica, así como los líderes sindicales de las instituciones de seguridad social y de la propia Secretaría de Salud. Por supuesto, el respaldo del Secretario de Salud federal desde que fungió como coordinador del equipo de transición y durante toda su gestión, resultó fundamental no solamente por su posición sino por su amplio conocimiento del tema y su muy clara visión de la necesidad de contar con una estrategia coherente para otorgar protección financiera y así aumentar el acceso a servicios que fuesen de buena calidad.

### LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA POLÍTICA PÚBLICA

La información con la que se contaba a mediados del año 2000, producto de las evaluaciones de satisfacción de la población, de satisfacción de pacientes, y de los niveles de calidad técnica en más de 200 Unidades de la Secretaría de Salud, así como los resultados del proceso de certificación de hospitales del Consejo de Salubridad General en los sectores público y privado, hacían evidentes los retos: enormes variaciones en los niveles de calidad técnica e interpersonal entre Estados del país, entre instituciones, entre sectores y al interior de los Estados, de las instituciones y de los sectores. La consecuencia obvia era que para un mexicano el recibir atención de buena calidad dependía de su suerte al ser atendido en una Unidad con buen nivel de calidad o no. Esto se hizo no sólo evidente sino absolutamente inaceptable. En cuanto a los niveles de satisfacción, era preocupante constatar que de acuerdo con las percepciones de la población, el nivel de calidad percibida era muy bajo. Los datos precisos se encuentran en el Programa de Acción de la Cruzada y en las fuentes originales de resultados de las encuestas realizadas.

Los ingredientes para diseñar e implementar una política pública dirigida a mejorar estas condiciones estaban dados y eran incuestionables, entre ellos: Existía una necesidad sentida que ya había sido expresada en las encuestas. Había una necesidad manifiesta de homologar los niveles de calidad técnica. Había voluntad política y existía competencia técnica en el sistema. Todo ello auguraba un futuro promisorio para una política de esta naturaleza.

Por otra parte, eran conocidos los múltiples esfuerzos realizados por instituciones públicas y privadas en todo el país para mejorar su calidad, aunque estos esfuerzos eran independientes unos de otros y sin una coherencia que contribuyera a disminuir la variabilidad antes citada. Parecería que, si la tendencia fuese reorientada ligeramente, conduciría hacia la convergencia. Falta la articulación.

Finalmente, al inicio de la Administración, la Cruzada ya estaba insertada en el marco de una política pública más amplia: el Programa Nacional de Salud.

### *El contexto de la Cruzada como política pública: el Programa Nacional de Salud*

En el Equipo de Transición se construyó un diagnóstico tan preciso como fue posible, de las condiciones prioritarias que debían ser atendidas. Con base en éstas se definieron los objetivos del Programa y entonces las estrategias para alcanzarlos.

Los retos se definieron de la manera más concreta posible como: 1) Equidad; 2) Calidad; 3) Protección Financiera. Para el primer reto el objetivo fue reducir las inequidades en salud; para el segundo, mejorar las condiciones de salud de la población y el trato digno; para el tercero, asegurar justicia financiera para la atención de la salud. De acuerdo con cada objetivo se establecieron las tres estrategias: Seguro Popular, Cruzada Nacional y Arranque Parejo en la Vida.

Vemos una gran coherencia y codependencia entre las tres estrategias, lo cual conduciría hacia una sinergia que fortalecería a las tres. Así, la Cruzada no fue una política pública aislada, sino una de tres grandes estrategias enmarcadas en una política pública más amplia articulada como Programa Nacional de Salud.

### *La construcción de la estrategia*

Escribí la primera versión de la estrategia de la Cruzada a partir de la última semana de agosto de 2000, ya como miembro del equipo de transición, en cuanto el Presidente Electo aprobó esta iniciativa. Integramos un equipo líder con la participación de seis miembros, cuatro de ellos protagonistas de los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención en el IMSS y dos provenientes de Qualimed, por tener un conocimiento directo del Programa de Mejora Continua de la Secretaría de Salud, una amplia experiencia con hospitales del sector privado y una estrecha relación con FUNSALUD al haber participado en los proyectos realizados por esta organización mencionados anteriormente.

Tras varias repeticiones de análisis y ajustes a esa primera versión en el equipo líder, elaboré una nueva versión para ser compartida con grupos más amplios. Se constituyeron dos grupos de aproximadamente 20 personas cada uno: Grupo 1 y Grupo A. Su composición fue tan plural como fue posible. Acudieron a la invitación representantes de instituciones de salud y educativas del sector público y privado, de la industria, de diferentes profesiones y de varios Estados del país. La razón de tener dos grupos separados, aun con una composición similar, fue para evitar que posibles participaciones protagónicas en un solo grupo pudiesen sesgar las opiniones de los demás, sin opción a contrastarlas con otro grupo equivalente que pudiera ofrecer opiniones diversas. Estos grupos se reunieron en dos ocasiones. Después de la primera reunión hacia el final de octubre, ajusté nuevamente la estrategia de acuerdo con las

opiniones recibidas y con el consenso de los miembros del equipo líder. En la segunda reunión, a mediados de noviembre, se solicitó a los participantes de ambos grupos reunidos por separado que evaluaran la versión prácticamente final de acuerdo con los siguientes criterios: claridad, congruencia interna, efecto motivacional, integridad, aplicabilidad, horizonte temporal razonable y riesgo de fracaso. Los resultados de las evaluaciones de ambos grupos fueron favorables y muy similares en todos los aspectos.

A partir de ese momento y durante las últimas semanas previas a la toma de posesión del nuevo Gobierno, se levantó una encuesta, tanto con pacientes como con prestadores de servicios de salud del sector público, para identificar el grado de necesidad que sentían de que la calidad fuese mejorada y sus expectativas hacia una estrategia como la propuesta. La coincidencia de resultados fue notable y muy favorable.

Con los resultados de la evaluación de los grupos y de las encuestas, la Cruzada estaba lista para empezar. Para ello, como parte de la propia estrategia se configuró un Plan de Arranque cuyo espectro temporal sería de 100 días a partir del momento de la toma de posesión del nuevo Presidente de la República.

### *El nombre*

El nombre de esta estrategia lo había utilizado a manera de arenga durante los años previos para invitar a quienes quisieran comprometerse con la mejora de la calidad, a sumarse a una cruzada a favor de ésta. No era sólo el antecedente sino el significado mismo de la palabra lo que justificó su empleo. Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, “cruzada” significa un esfuerzo dirigido hacia el logro de un fin elevado. En este caso, el fin elevado era evidente y se hizo explícito a partir de las visiones a corto y largo plazos y del objetivo general de la estrategia.

### *Los componentes*

#### **IMAGEN VISUAL:**

Como en el caso de cualquier marca comercial, los logotipos evocan imágenes mentales que sintetizan expectativas o que permiten a los consumidores identificarse plenamente con un producto o servicio. El valor radica en la capacidad sintética de lograr la transmisión de un mensaje condensado que se graba fácilmente en la mente, que atrae la atención y que da identidad a un producto o a una causa.

El logotipo de la Cruzada fue cuidadosamente diseñado de manera que integrara en una sola imagen los conceptos que debían guiar la búsqueda y la explicación de la calidad en sus dos dimensiones: la técnica, expresada por un estetoscopio colocado en los oídos de una carita feliz, y la interpersonal en la parte final de la manguera del estetoscopio dibujada a manera de un corazón. La carita feliz se articuló posteriormente con el sentido de lo que debiese ser

buscado y logrado: sonrisas, que es el gesto universal que expresa satisfacción. Para ello, y después de meses de intentar varias opciones, se me ocurrió usar la palabra SONRIE a manera de acróstico para facilitar la transmisión del mensaje. La Cruzada debería buscar sonrisas por medio de: Seguridad para los pacientes, Oportunidad en la atención, Necesidades y expectativas satisfechas, y luego las dos dimensiones en dos vertientes con el uso de las tres últimas letras: Resultados clínicos que pudiesen ser medidos a partir de Indicadores que aseguraran la Efectividad; y Respeto para los pacientes, Información que pudiesen entender sobre su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento, y Empatía. Pronto, el posicionamiento del logotipo fue evidente en un buen número de establecimientos de atención en todo el país, públicos y privados, por lo menos hasta el final de la Administración.

#### **VISIÓN 2006:**

Resultó indispensable complementar la imagen visual con una visión explícita que diese coherencia al resto de la estrategia: “La calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud y existen evidencias confiables de mejoras sustanciales a través de todo el sistema que son percibidas con satisfacción por los usuarios de los servicios, por la población en general y por los prestadores de los servicios”.

#### **VISIÓN 2025:**

Aunque las visiones son ambiciones, éstas deben ser tan realistas y potencialmente alcanzables como sea posible. Por otra parte, en un sistema de gobiernos sexenales era conveniente fijar una ambición que pudiese trascender con objeto de tomar el aliento necesario para ello mediante las acciones en el corto plazo. De esta manera, el avance hacia una visión para 2006 debía tener, a su vez, una imagen aún más lejana. La visión propuesta para 2025 fue: “El sistema de salud mexicano satisface la gran mayoría de las necesidades y expectativas de los usuarios directos e indirectos de los servicios de salud y de los prestadores, y posee un muy alto y homogéneo nivel de calidad-eficiencia.”

A estas visiones se agregó una especificación de características puntuales que hicieran aún más explícito el *desiderátum*, así como principios básicos que debiesen orientar el rumbo hacia esas ambiciones.

#### **OBJETIVO GENERAL:**

“Eleva la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población”.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

“Enfocados en el usuario:

Proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los servicios de salud.

Proporcionar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.

Elevar la satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas.

Dirigidos a las organizaciones prestadoras de servicios de salud:

Elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo.

Arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones.

Reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad.

Dirigidos a la población general:

Proporcionar información que oriente la búsqueda de servicios de buena calidad.

Mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios con datos verídicos.

Desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud.

Incorporar a la población en la vigilancia de la calidad de los servicios.”

#### **ESTRATEGIAS:**

Se propusieron tres grandes estrategias: impulso al cambio, aprendizaje y respaldo, y sustentación. Dentro de cada una de éstas se agruparon 70 líneas de acción que, de manera matricial, se organizaron en cuatro niveles para cada estrategia: usuarios, prestadores, organizaciones y sistema.

#### **FACTORES CLAVE:**

El listado exhaustivo de 70 líneas de acción agrupadas por niveles en cada una de las tres estrategias, sería muy útil a manera de partitura para la conducción de la Cruzada al más alto nivel de la Subsecretaría de Innovación y Calidad; no obstante, podría haber hecho muy confuso su despliegue. Con objeto de enfocar la atención de los líderes, de los ejecutores, de los prestadores de servicios de salud e incluso de la población interesada en el tema, se agruparon estas líneas en 10 factores clave que fueron prácticamente parte del mensaje cotidiano para divulgar y posicionar la estrategia. Esos factores fueron: 1) Códigos de ética; 2) Educación sobre, para y de calidad; 3) Información hacia y desde el usuario, y sobre y para el desempeño (esto es, rendición de cuentas); 4) Sistemas (estructuras y procesos) de mejora continua; 5) Reconocimiento del desempeño; 6) Estandarización de procesos; 7) Monitorización de resultados; 8) Certificación de individuos y organizaciones; 9) Racionalización estructural y regulatoria; 10) Participación ciudadana.

#### **INDICADORES:**

Cualquier política pública debe contar con los indicadores y los sistemas de información necesarios para evaluar sus avances y logros. En este caso, era triplemente importante tener indicadores y crear el sistema de información necesario; primero, por tratarse de una política pública de tal magnitud en el marco de otra más amplia de enorme trascendencia; segundo, porque tal como sabemos, uno de los aforismos más conocidos de la mejora de la calidad dice:

“No es posible mejorar lo que no es controlado, no es posible controlar lo que no es medido y no es posible medir lo que no está definido”. Finalmente, porque sería necesario predicar con el ejemplo: si se trataba de mejorar la calidad, era necesario desplegar la Cruzada con calidad, o sea, *muy bien*.

Se definieron en un inicio 50 indicadores agrupados en una matriz de 3×4 en cuyas 12 celdas se identificaron indicadores para medir, por una parte, calidad en el primer nivel de atención, en hospitales y en ambos espacios y, por la otra, trato digno, atención médica efectiva, estructura de las organizaciones y estructura del sistema.

Se diseñó un sistema de información denominado INDICA para recibir los datos en tiempo real y que, a través de Internet, fuese transparente para cualquiera que deseara conocer el comportamiento de cada uno de los indicadores. De los 50 indicadores propuestos, fue posible monitorizar 17 a lo largo del periodo. Esto constituyó una lección: es bueno ser ambiciosos porque abre el espectro de lo deseado, pero es muy importante ser realista aunque se deba sacrificar la ambición en aras de lo factible.

#### **METAS:**

En el Programa de Acción de la Cruzada se hicieron explícitas las metas que debían alcanzarse. Estas metas fueron definidas para cada uno de los diez factores mencionados.

## LA EJECUCIÓN

Se describirán aquí los principales elementos que hicieron posible la ejecución de la Cruzada: estructuras organizacionales, características funcionales y liderazgos.

### *Estructuras organizacionales*

Un principio elemental de la administración es que toda función debe estar respaldada por una estructura. Es importante señalar que es fácil invertir el orden de prioridades y crear estructuras que no tienen una función suficientemente justificada. En este caso, el principio se aplicó con parsimonia. En efecto, la Subsecretaría de Coordinación Sectorial bajo cuya estructura se encontraba la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, responsable en su momento del Programa de Mejora Continua de la Calidad, fue modificada en varios sentidos. Por una parte, se le cambió el nombre a Subsecretaría de Innovación y Calidad con el propósito de hacer evidente la prioridad asignada al tema y a la estrategia en la Secretaría de Salud federal. La importancia fue aún mayor si se considera que se trataba de la Subsecretaría de mayor jerarquía después del Secretario de Salud. Pero no fue solamente un cambio de nombre, importante en sí mismo, sino un rediseño organizacional completo que tomó cuatro años en ser completado con objeto de alienar todas la funciones necesa-

rias para apoyar cabalmente el despliegue y ejecución de una estrategia como la Cruzada.

De igual modo, la hasta entonces Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud fue fusionada con la Dirección General de Enseñanza en Salud y se convirtió en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). Las razones que impulsaron este cambio fueron, entre otras, el reconocimiento de que la enseñanza, o más ampliamente considerada, la educación de los profesionales de la salud, no tiene otro propósito que el de atender las necesidades de salud de la población, y eso solamente se logra si lo que se aprende y se hace, se hace con calidad. De otra manera, concebir a la educación y, menos aún, solamente a la enseñanza como un fin en sí misma es una aberración lógica. Para quienes este cambio significó una pérdida de espacios para la enseñanza en la Secretaría de Salud, seguramente no tenían clara la misión, no de enseñar, sino de educar a profesionales de la salud. Al contrario de lo percibido por algunos, se le dio a la contribución de la Secretaría de Salud en la formación de recursos humanos un sentido elevado más allá de la tramitación burocrática de plazas para pasantes en servicio social o para residentes de especialidades. Por otra parte, con la fusión y el cambio de nombre se trató entonces de mandar un mensaje claro al sustituir los nombres que hacían referencia a los medios, por aquellos otros que enfatizaran los objetivos a lograr, por ejemplo: mejorar la calidad, no regular (que es un medio y no un fin); orientar la formación hacia la calidad, no solamente hacer trámites (nuevamente un medio y no un fin); contribuir a la educación, no solamente a la enseñanza (un componente de la educación y no su sentido más amplio). Esta fue entonces la Dirección General responsable de la instrumentación de la Cruzada.

El rediseño de la Subsecretaría permitió alinear funciones clave mediante las estructuras necesarias a través de las siguientes Direcciones Generales: Información en Salud, Evaluación del Desempeño, Planeación y Desarrollo en Salud, Calidad y Educación en Salud y, finalmente, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).

Para desplegar la Cruzada se crearon Comités Estatales de Calidad en cada entidad federativa con la participación de representantes de las instituciones públicas y privadas más representativas. En cada Estado fue nombrado un Líder de Calidad que fuese responsable de la ejecución local.

En algunos Estados, la estructura organizacional de la Secretaría de Salud federal fue reproducida de tal manera que se crearon direcciones que, con diferentes denominaciones, cumplieron una función equivalente a la de la DGCES.

Los grupos de Avales Ciudadanos fueron una estructura innovadora, independiente y muy útil en el apoyo al avance de la Cruzada.

Por supuesto, existió un Comité de Conducción, presidido durante los primeros años por el Subsecretario de Innovación y Calidad, y más tarde por el Director General responsable, constituido por los representantes del más alto nivel de las áreas médicas de las instituciones de seguridad social y por los funcionarios responsables de la ejecución en cada una de éstas.



### *Algunas características funcionales*

Tal vez una de las más importantes fue el espacio que el Secretario de Salud federal asignó en la agenda de las reuniones trimestrales del Consejo Nacional de Salud para presentar los avances de la Cruzada. Al final de esta presentación a cargo del Subsecretario de Innovación y Calidad, algunos Secretarios de Salud (invitados para tal propósito) presentaban ejemplos de sus éxitos y dificultades en el desarrollo de la estrategia. Al final se abría la sección de comentarios y preguntas. Este espacio resultó fundamental para fortalecer el valor de la calidad en la política pública, de la Cruzada como estrategia y de la participación activa de todos al más alto nivel.

Las reuniones semanales del Comité de Conducción fueron indispensables, particularmente durante los primeros meses en los que se avanzó de a poco en el despliegue de las acciones.

Contar con el Sistema INDICA permitió monitorizar los avances y establecer realimentación con los participantes. Es importante reconocer que ello ocurrió a pesar de saber que la confiabilidad de la información probablemente no era la esperada. No obstante, se trataba de inculcar el valor de la generación de información no para otros sino para la propia toma de decisiones en las unidades y en los Estados.

Destacan varios elementos como ejemplo de las características funcionales más importantes de la ejecución. El primero de ellos fue el intenso esfuerzo de capacitación emprendido principalmente durante los primeros años. Ello permitió no sólo entrenar a un gran número de profesionales de la salud en el uso de herramientas elementales para la mejora de la calidad, sino que se convirtió en un vehículo de diseminación de la Cruzada como estrategia.

En segundo lugar, el Foro Nacional de Calidad, establecido como uno de los elementos más visibles de la Cruzada, cumplió cabalmente su misión al convertirse en un punto de encuentro masivo que se proyectó hacia la siguiente Administración como referente para quienes trabajan en el tema.

Por último, pero tan importante como los demás, fueron las acciones dirigidas a involucrar a líderes y a personal de los servicios a través de reconocer sus logros y a hacerlos partícipes de la estrategia de gran escala. Entre éstas, destaca la creación de premios nacionales de calidad para cada una de las instituciones, y los acuerdos de gestión para reconocer y apoyar financieramente iniciativas que pudiesen demostrar mejoras.

### *Alineación de liderazgos*

Un elemento fundamental para la ejecución de cualquier estrategia es el ejercicio del liderazgo. En este caso se alienaron prácticamente todos los liderazgos necesarios: el Presidente de la República, el Secretario de Salud, el Subsecretario de Innovación y Calidad, los Secretarios de Salud estatales (en su enorme

mayoría comprometidos con la Cruzada), el Director General de Calidad y Educación en Salud y de los demás directores generales de esa Subsecretaría, los subdirectores y jefes de departamento de esa Dirección General, y los Líderes de Calidad estatales. Cabe señalar que la fuente de poder de una parte importante de esos liderazgos no estaba fincada solamente en las posiciones ocupadas sino en el grado de conocimiento del tema y en la experiencia en la ejecución de acciones tendentes a mejorar la calidad en servicios de salud.

En resumen, y sin haber considerado todos los elementos de manera analítica, la combinación de estructura, función y liderazgo permitió ejecutar buena parte de las acciones propuestas.

### ALGUNOS RESULTADOS DE LA EJECUCIÓN<sup>3</sup>

Los resultados de las acciones ejecutadas se agruparán en cada uno de los 10 factores mencionados. Antes de ello, es justo e indispensable reconocer que todo esto fue realizado con la participación de un sinnúmero de instancias de la propia Secretaría de Salud, del Consejo de Salubridad General, de las instituciones de seguridad social, de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia, de hospitales privados, Academias, Sociedades médicas y Asociaciones; y por supuesto, de miles de personas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud y de cientos de ciudadanos que voluntariamente se sumaron en carácter de Avales. En fin, fueron resultado de la convergencia de esfuerzos de muchos.

- 1) Códigos de Ética: Código de Conducta para Personal de Salud; Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México; Código de Ética en Hospitales Privados; Código de Conducta de los Avales Ciudadanos; Carta de los Derechos de los Pacientes; Carta de los Derechos de los Médicos; Carta de los Derechos de las Enfermeras; Código de Ética de los Odontólogos.
- 2) Educación de, sobre y para la calidad: Aproximadamente 60,000 personas capacitadas en temas de mejora de calidad; emisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-234 que exige a los establecimientos de salud recibir alumnos de escuelas de Medicina siempre y cuando éstas estén acreditadas.
- 3) Información: CALIDATEL (sistema de recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones de la ciudadanía), certificado por ISO-9000; 17 de los 50 indicadores fueron continuamente monitorizados en aproximadamente 7,500 Unidades en todo el país y de todas las instituciones.

<sup>3</sup> Esta sección pretende ser un recuento de lo ejecutado; no de todo, sino de lo que se podría considerar más relevante. No es, por tanto, una presentación de datos producto de una evaluación, tema de otros capítulos de esta publicación. Tampoco lo que se mencionará podría ser considerado como logros, por lo menos desde mi perspectiva, pues únicamente las evaluaciones externas y el consenso de quienes podrían emitir un juicio más neutral los podrían definir como tales si así lo ameritasen.

- 4) Sistemas de Mejora Continua (estructuras y procesos): 32 Comités Estatales de Calidad instalados; 620 procesos de mejora documentados.
- 5) Reconocimiento del Desempeño: Creación del Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud federal; Creación del Premio de Calidad del ISSSTE; Entrega del Premio IMSS junto con las demás instituciones; Premio de Calidad de Hospitales Privados; Acuerdos de Gestión mediante los cuales se entregaron apoyos por cerca de 110 millones de pesos para la realización de proyectos de mejora.
- 6) Estandarización de Procesos: Recomendaciones de la CONAMED para la realización de procesos específicos con criterios de calidad; Estandarización de la atención en unidades de urgencias; diseminación de acciones concretas para la seguridad de los pacientes.
- 7) Monitorización de Resultados: Además de lo ya mencionado sobre el Sistema INDICA, desde la oficina del Presidente de la República se estableció un sondeo de la satisfacción de la población con las políticas públicas por medio de encuestas mensuales. La Cruzada fue monitorizada estrechamente; Monitorización de los niveles de abasto de medicamentos en el sector público que cada mes era enviado directamente al Presidente de la República.
- 8) Certificación de Individuos y Organizaciones: Reingeniería del proceso de Certificación del Consejo de Salubridad General; Certificación por ISO-9000 de la Oficina del Secretario de Salud, de la del Subsecretario de Innovación y Calidad, de la Subsecretaría de Administración y Finanzas; de la CONAMED, de la COFEPRIS, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y de la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud.
- 9) Racionalización Estructural y Regulatoria: rediseño de la estructura organizacional de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. Creación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- 10) Participación Ciudadana: 1,170 grupos comunitarios constituidos como Avaluos Ciudadanos; 1,153 Unidades avaladas en todo el país; Premio Nacional de Transparencia otorgado por la Secretaría de la Función Pública (SFP) y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) a la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud por la creación y resultados de la estrategia de Avaluos Ciudadanos; creación de una política de interculturalidad en salud con la correspondiente estructura orgánica, la Dirección de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

## REFLEXIÓN FINAL: HACIA UNA HISTORIA DE LO QUE PODRÍA SER

En México se han emprendido muchas acciones a través de los años para construir plataformas que mejoren la calidad de la atención médica del Sistema

Nacional de Salud. Sobre éstas se fincó una estrategia en gran escala que adquirió el rango de política pública y que ahora es reconocida mundialmente como pionera en su género. La convergencia buscada se hizo posible en alguna medida, no obstante, la fuerte tendencia centrífuga de las instituciones es una amenaza permanente a la confluencia de esfuerzos que, por cierto, es la única opción para reducir las variaciones de los niveles de calidad que contribuyen a las inequidades del sistema de salud. A su vez, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud fue también una plataforma para el programa SICALIDAD.

No obstante, es necesario preguntar ahora si el camino a seguir debe ser prolongación lineal de lo anterior. Después de lo narrado, me atrevo a decir que no. Estas últimas plataformas han sido amplias por la variedad de acciones y por su alcance geográfico e institucional y han constituido un fundamento importante para avanzar; sin embargo, ahora se necesita profundidad para mejorar la calidad de la atención a problemas específicos sin perder la proyección nacional ni la convergencia de todos. Por ejemplo, nos agobian problemas de salud que parecen difícilmente controlables, como la diabetes y la hipertensión. La atención a los adultos mayores, con excepcional calidad, es imperiosa no solamente porque cada vez serán más, sino porque la merecen. Al mismo tiempo, las muertes maternas e infantiles son inaceptables, dado el grado de desarrollo del país y, a pesar de los logros, aún tenemos rezagos. Sin duda son muchos más los problemas que aquejan a nuestra sociedad, como ocurre en muchos otros países, no obstante, son tantos que es necesario priorizar para enfocar, enfocar para avanzar, y avanzar para seguir mejorando la calidad. Esta es la única manera de hacer realmente efectivas las coberturas del sistema.

Tratemos de imaginar lo que podría ser la salud de los mexicanos si enfocamos nuestros esfuerzos para mejorar la atención a los problemas, no sólo urgentes sino trascendentes. Tratemos de imaginar lo que podría ser una prevención efectiva. Tratemos de imaginar lo que sería el sistema de salud si aprovechamos las experiencias y fortalecemos las convergencias hacia prioridades comunes. Tratemos de imaginar lo que podría ser para una persona recibir siempre, bajo cualquier circunstancia y en cualquier lugar del país, en el sector público o privado, la atención que necesite con la mayor calidad. Tratemos de imaginar lo que podría ser si eliminásemos estudios innecesarios, procedimientos innecesarios, prescripciones innecesarias. Tratemos de imaginar lo que sucedería si evitásemos causar daños a los pacientes. Hay que tratar de imaginar lo que podría ser para cualquier humano ser tratado siempre como tal, cuando más lo necesita.

Tenemos que atrevernos a imaginar lo impensable para lograr lo imposible. Hemos hecho historia. Las grandes plataformas ya existen. Es indispensable aprovecharlas y seguirlas mejorando. Pero hay que construir ya una nueva historia: la historia de lo que podría ser.