

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 0188-7408

## **La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica**

María del Carmen Castro V.\*

**Resumen:** El objetivo de este trabajo es analizar las premisas teóricas y metodológicas del Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que de manera explícita se formulan y de manera implícita se identifican en el propio discurso y las acciones de evaluación y monitoreo de la calidad en los servicios públicos de salud realizadas inicialmente. Este programa forma parte de los implementados durante lo que ha corrido del sexenio 2000-2006, del presidente Vicente Fox Quesada. El análisis se realiza desde el marco teórico de Michel Foucault, particularmente en lo concerniente a la construcción y uso del discurso y del poder en las instituciones.

Palabras clave: **discurso, poder, apropiación del discurso, cruzada por la calidad, perspectiva de género, salud reproductiva.**

\* Profesora-Investigadora del Programa de Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora. Se le puede enviar correspondencia a Av. Obregón 54, Col. Centro, C. P 83000, Hermosillo, Sonora, México. Correo electrónico: ccastro@colson.edu.mx

**Abstract:** The aim of this paper is to analyze the theoretical and methodological premises of the National Crusade for Quality in Health Care Program, which are explicitly formulated and implicitly identified in the rhetoric itself and in the evaluation and monitoring of public health services quality actions implemented. This program is one of those implemented for the 2000-2006 period of President Vicente Fox Quesada administration. The analysis is made within Michel Foucault's theoretical framework, in particular what refers to construction and use of rhetoric and power in institutions.

**Key words:** rhetoric, power, appropriation of rhetoric, crusade for quality, genre perspective, reproductive health.

## **Introducción**

Este trabajo se ubica en el campo de la sociología médica o sociología de la salud. Como objeto de estudio sociológico, la atención de la salud y la enfermedad ha sido planteado desde hace más de un siglo (Mechanic, 1990; Foucault, 1989). Las ciencias sociales, desde un sentido más amplio, han discutido y demostrado cómo la salud depende de las condiciones socioculturales, económicas y políticas, y no sólo de la biología. De igual forma, estudiar cómo se estructuran la organización y las prácticas de atención decididamente representa un objeto de estudio de la sociología; el presente trabajo plantea realizar una aportación a este campo.

El Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud<sup>1</sup> se lleva a cabo actualmente con la participación

<sup>1</sup> En adelante, "el Programa de la Cruzada" o "la Cruzada".

del sector salud de México, como parte de los programas del sexenio 2001-2006, coordinado por la Secretaría de Salud y establecido como prioritario en todo el país para las distintas instituciones del sector. Su objetivo general es “elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población”. “Elevar la calidad” es uno de los ejes principales del Plan Nacional de Salud 2001-2006. El programa se ha estructurado en varias etapas: la realización de un diagnóstico-evaluación, a partir del cual se pondrán cambios organizativos y de capacitación a los trabajadores de los servicios de salud, así como una fase de monitoreo y evaluación de seguimiento. El discurso de la cruzada de manera explícita define conceptos como calidad, trato digno, respeto a los derechos, ciudadanía, atención a la salud reproductiva, empoderamiento y género. Se identifican otros que de manera implícita se refieren al poder, legitimación, modelo biomédico, autoevaluación y autocomplacencia y jerarquía médica.

El objetivo del presente ensayo es analizar las premisas teóricas y metodológicas principales del Programa de la Cruzada, identificadas a través de los conceptos antes señalados y que de manera explícita se formulan en los documentos programáticos.

Nuestro examen parte del marco teórico de M. Foucault, que se refiere a la construcción y el uso del discurso y el poder en las instituciones de salud, ya que con base en el primero, el Estado busca su legitimidad y muestra su intencionalidad, pero con base en el segundo, se llevan a cabo una serie de dispositivos de intervención que buscan la implementación y consenso de las acciones, así como la adaptación y transformación de las prácticas en las que interviene. Aunque el propósito de este trabajo es fundamentalmente mostrar los contenidos del discurso, problematizando algunas de sus partes, se dan a conocer acciones realizadas por el programa, que ayudan a entender mejor el uso del discurso y del poder.

Aquí interesa analizar el discurso oficial, pues se da por supuesto que a partir de éste se van “nombrando” los asuntos prioritarios (priorizados bajo distintos intereses), porque es el

discurso un pilar en el ordenamiento y control de las acciones y la participación de los distintos actores; porque es a través de él que las instituciones y el propio Estado contribuyen a su propia legitimación ante la sociedad nacional e internacional y porque mediante el discurso se ejerce el poder institucional y estatal, que va generando “verdad” de las cosas. Como afirma Foucault, “la producción de discursos que se autoconstituyen en verdades incuestionables. El discurso, por ello, pasa a ser en realidad una forma específica de poder”. De esta manera, analizar las premisas contenidas en el discurso da pie a encontrar el trasfondo, sin olvidar lo explícito: “el discurso manifiesto no sería a fin de cuentas más que la presencia represiva de lo que no dice, y ese ‘no dicho’ sería un vaciado que mina desde el interior todo lo que se dice” (Foucault, 2001:40).

La calidad de la atención en los servicios de salud se ha traducido en objetivos que han buscado supervisar y tener un mayor control de los recursos, acciones y resultados; dicho enfoque gerencial y eficientista prevalece actualmente. Sin embargo, se pueden distinguir dos momentos históricos en las últimas décadas: a) En los años setenta y ochenta, la elaboración de planes y programas y la evaluación de los servicios de salud se llevó a cabo principalmente desde un enfoque gerencial y administrativo, con el objetivo de aprovechar recursos y lograr metas. La búsqueda y evaluación de la calidad era un objetivo implícito en las demás acciones de la atención a la salud y su discurso no incorpora conceptos como salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, ni género<sup>2</sup>; b) Un segundo momento se evidencia desde los inicios de los años noventa, en el contexto del debate sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproduc-

<sup>2</sup> En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se distinguen varios programas que se basan en este enfoque: en 1974-1978 se implementó un modelo de desarrollo organizacional, luego fueron los círculos de calidad (1988), capacitación en la alta dirección (1989), un programa sobre la modernización en la empresa pública (1990) y finalmente el Plan Integral de Calidad (1999). Datos tomados de Borrego (2001), Secretaría de Salud (2001b).

tivos; aunque el enfoque anterior no se abandona, esta década se caracteriza por el reconocimiento explícito de una calidad deficiente en los servicios y de la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud a los grupos sociales más vulnerables, entre éstos el de mujeres. El cambio de discurso se observa en la incorporación del reconocimiento de demandas sobre injusticias y violaciones de los derechos de las mujeres, que desde décadas antes se venían señalando por grupos de mujeres activistas y académicas, a través de conceptos como salud reproductiva, derechos y perspectiva de género. El Programa de la Cruzada es parte de este segundo momento.

El poder del discurso del Estado en relación con la calidad de los servicios de salud es una manera de obtener legitimidad ante la sociedad mediante estrategias de lograr consensos (o aparentes consensos) entre los actores de la Cruzada. Al respecto Foucault señala que

[...] se intenta encontrar más allá de los propios enunciados la intención del sujeto parlante, su actividad consciente, lo que ha querido decir, o también el juego inconsciente que se ha transparentado a pesar de él en lo que ha dicho o en la casi imperceptible rotura de sus palabras manifiestas; de todos modos, se trata de reconstituir otro discurso, de recobrar la palabra muda, murmurante, inagotable que anima desde el interior la voz que se escucha, de restablecer el texto menudo e invisible que recorre el intersticio de las líneas escritas y a veces trastorna (Foucault, 2001:44).

Entendemos por legitimación el proceso mediante el cual los programas oficiales son consensados, aceptados y llevados a cabo por los actores que en ellos intervienen para evitar, detener o minimizar descontentos sociales que pongan en riesgo la estabilidad política y social del gobierno y la sociedad en su conjunto, o bien, como define Bobbio, legitimidad es el atributo del Estado al lograr cierto grado de consenso con la población, de tal forma que ase-

gure la obediencia sin que sea necesario recurrir a la fuerza. Por lo tanto, todo poder trata de ganarse el consenso para que se le reconozca como legítimo (Bobbio y Matteucci,1982:892).<sup>3</sup> El discurso, además de ser un conjunto de enunciados, genera una práctica discursiva, la cual

es un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio que se han definido en una época dada y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada [...] no forma una unidad retórica o formal, indefinidamente repetible y cuya aparición o utilización en la historia podría señalarse [...] entendido así [el discurso] no es una formación ideal ni intemporal [...] [es] fragmento de historia, unidad y discontinuidad (Foucault, 2001:198).

El discurso del Programa de la Cruzada tiene como objeto la calidad de la atención en los servicios de salud. Siguiendo a Foucault, abre la posibilidad de identificar no sólo lo visible, lo que está en la superficie de los enunciados y sus interrelaciones, sino también el momento histórico y ese “haz complejo de relaciones” que se establecen “entre instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistema de normas, técnicas...” (Foucault, 2001:74).

El presente trabajo se organiza en cuatro apartados. El primero describe algunos documentos que fueron antecedentes de la Cruzada, sobre todo para reconocer cómo se fueron incorporando los conceptos que nos interesa destacar, al tiempo de enmarcarlos en el contexto socioeconómico más amplio. El segundo es

<sup>3</sup> Weber distingue la dominación legítima de carácter racional, la de carácter tradicional y la de carácter carismático; nuestra definición de legitimidad caería en la primera clasificación. Weber la define como “[aquella] que descansa en la creencia de legalidad de ordenaciones estatuidas y de los derechos de mando de los llamados por estas ordenaciones a ejercer la autoridad [autoridad legal... todo derecho tiene] la pretensión de ser respetado [...] que representa un cosmos de reglas abstractas” (Weber, 1983:172).

fundamentalmente descriptivo de los contenidos y las primeras acciones de la Cruzada que son objeto del análisis del punto siguiente. Este apartado se divide en cinco subapartados: una descripción de documentos rectores de la Cruzada, como el Plan Nacional de Salud 2001-2006 y el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES); los contenidos temáticos, objetivos y estrategias de acción del Programa; participación de los actores y sus primeros resultados de la evaluación-diagnóstico nacional; finalmente, se describe brevemente el enfoque de la capacitación de los prestadores de servicios de salud. El tercer punto contiene el análisis de las premisas teóricas y metodológicas del Programa de la Cruzada; aquí nos interesa incorporar y dejar enunciada una problematización de dichos contenidos. Finalmente, se presenta un apartado a manera de conclusiones.

## Antecedentes

Algunos documentos oficiales del sexenio presidencial 1994-2000 ya apuntaban a la revitalización del discurso en el marco de acuerdos internacionales, con la incorporación de “nuevos” conceptos sobre la atención a la salud de las mujeres, tales como salud reproductiva, perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la contraparte no gubernamental, la Conferencia Internacional de Pekín, en 1995, las cuales fueron signadas por México, así como las presiones de algunos organismos internacionales y organizaciones civiles del país, tuvieron un papel importante en la adopción de este discurso, aunque ya desde el planteamiento del artículo 4o. constitucional (1984) se incluyó oficialmente el derecho y la protección de hombres y mujeres de ejercer su libertad para tomar decisiones respecto a su reproducción.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> El trabajo de Adriana Ortiz (1999) constituye un amplio y profundo análisis del desarrollo de los derechos reproductivos en México y nos ofrece una detallada

El IMSS ha sido una de las instituciones del sector que ha llevado a cabo programas de mejoramiento de la calidad de la atención desde hace algunos lustros, con el objetivo de mejorar la administración, aprovechar recursos y capacitar a sus directivos medios y altos en la gerencia de los servicios. A través de éstos, es posible identificar el enfoque de desarrollo organizacional, administrativo y gerencial que ha prevalecido hasta la actualidad.

En la Secretaría de Salud, sobre todo en la década de los años noventa, se han implementado algunas acciones para el mejoramiento de la calidad y se realizaron algunos diagnósticos en las instituciones de su área; sin embargo, dichas iniciativas han sido más bien de manera aislada y no han tenido seguimiento, como en el caso del IMSS.

#### **Planes, programas y evaluaciones anteriores al 2000**

El área de atención a la salud donde se han llevado a cabo varias de las evaluaciones y planes es el de planificación familiar, considerada como un programa prioritario de los servicios de salud desde finales de los años setenta. Sobre éste, se generaron diversos documentos que daban cuenta de su implementación, así como un registro detallado de las acciones y sus resultados; desde la academia ha sido un tema que ha producido diversos y numerosos artículos que analizan las políticas de población, su operacionalización y la calidad de los servicios de salud en este campo (Figueroa, 1996, 1999; Cervantes, 1999).

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 incorporó a su discurso los conceptos de salud reproductiva y perspectiva de género, así como el de derechos sexuales y reproductivos; señala que “se aparta de los conceptos aislados de materno-infantil y de planificación familiar” (Poder Ejecutivo Federal, 1995). Durante este periodo, se realizaron las conferencias

---

descripción del debate alrededor de la lucha de las feministas y mujeres de la sociedad civil para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en México.

internacionales de 1994 y 1995 antes mencionadas, que han sido un parteaguas en la historia de los derechos de las mujeres. En estas reuniones mundiales, se discutió ampliamente la demanda de grupos civiles, activistas y académicos, así como algunos organismos internacionales de incorporar los conceptos arriba citados con el objetivo de avanzar en materia de derechos. Dichos acuerdos fueron firmados por el gobierno mexicano, el cual incorporó los conceptos en sus planes, programas y documentos. Sin embargo, la rapidez con la que se incluyó esta serie de nuevos conceptos desafortunadamente no fue acompañada de estrategias que lograran cambios sustanciales y visibles en la atención de la población usuaria, además de que el sector salud fue objeto de una significativa restricción presupuestal que se reflejó posteriormente en la atención a la población (Espinoza, 2000). El objetivo del Plan 1995-2000, “elevar la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva requiere promover el ejercicio de derechos, dignidad, autonomía y asegurar la adquisición de poder (empoderamiento) de las mujeres en la toma de decisiones”, se vio seriamente limitado.

En 1997, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2000),<sup>5</sup> llevó a cabo, junto con el IMSS y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), un diagnóstico sobre la calidad de la atención en los servicios de salud de planificación familiar, que representó otro de los insumos de la Cruzada. Dicho estudio fue parte del Plan de Acción para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios y el Fortalecimiento de

<sup>5</sup> En el estudio se propone un sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, con el objetivo de “establecer un sistema de información periódico y confiable”. Para el estudio, se partió de las definiciones operativas de calidad de la atención como “la satisfacción de las necesidades de salud reproductiva de usuarios y usuarias respecto a la educación, los servicios, el costo y el acceso a los mismos a través de la mejor utilización de los medios disponibles”; aseguramiento de la calidad, como “un proceso continuo, sistemático y objetivo para monitorear, supervisar y evaluar la calidad de los servicios de salud reproductiva, con el propósito de identificar, pronosticar y resolver problemas operativos y situaciones favorables relacionadas con la calidad de los servicios”.

las Acciones de Información, Educación y Comunicación en Planificación Familiar: Una de las aportaciones de la investigación consistió en incorporar los planteamientos teóricos de Judith Bruce (1998), lo que le dio un giro a la conceptualización del término de calidad, enmarcándolo en los derechos de las mujeres, al que tradicionalmente se había implementado en planes, programas y estudios de monitoreo en el sector salud, los cuales partían del modelo de A. Donabedian.<sup>6</sup> Podría señalarse que este esfuerzo fue de los primeros realizados como una investigación sistemática para conocer cómo era la calidad de los servicios, aunque exclusivamente en los servicios de planificación familiar y donde participaron en mayor o menor medida los programas estatales.

Otro de los esfuerzos iniciales por reconocer la calidad de la atención como deficiente fue llevado a cabo por la Secretaría de Salud en 1997, la investigación “Vinculación de los servicios de salud reproductiva”, que entre sus objetivos planteó conocer el grado de difusión y aplicación por los prestadores de salud de las normas oficiales relativas a la salud reproductiva, así como la aplicación de los conceptos de salud reproductiva, perspectiva de género y derechos reproductivos, incluidos en el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, 1995-2000. Sus resultados muestran que entre los prestadores había poca información y se desconocían los conceptos; además se sabía poco de las normas oficiales concernientes a la salud reproductiva.<sup>7</sup>

Otros insumos retomados en el Programa de la Cruzada fueron algunas de las encuestas nacionales sobre población y salud

<sup>6</sup> Donabedian, precursor en la evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud, sostiene un enfoque fundamentalmente gerencial y organizacional, concibe al usuario de los mismos como cliente que exige y opta por el tipo de servicio de atención a su salud. Bruce, aunque parte de algunos indicadores de Donabedian, incorpora un enfoque de derechos y de calidad centrado en la usuaria como sujeto de derechos, incorporando aspectos subjetivos, además de la infraestructura y capacidad de atención del servicio y capacidad técnica del proveedor.

<sup>7</sup> Los resultados señalaron que 60% de los prestadores desconocía la definición del término de “perspectiva de género”; 72% tenía alguna idea sobre el término, 16% definió “salud reproductiva” con cuestiones no relacionadas con la misma.

realizadas en los años noventa, la mayoría a partir de la segunda mitad, que recabaron información relevante sobre las percepciones de la población acerca de la calidad de la atención, su acceso y costos, así como información sobre el uso de servicios.<sup>8</sup>

### **Descripción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: sus documentos directivos y formativos**

El Plan Nacional de Salud 2001-2006 plantea como uno de sus ejes principales mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud; en este contexto se elaboró el Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Con base en la revisión de un conjunto de documentos sobre la Cruzada, a continuación lo desagregamos en lo que consideramos algunos puntos centrales para el análisis del discurso de dicho programa.

#### **Documentos rectores de la Cruzada Nacional por la Calidad**

Uno de los documentos rectores en materia de salud es el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), mediante el cual el gobierno federal obtuvo un crédito de la banca internacional de desarrollo (Banco Mundial). Dichos recursos se aplicarían a mejorar la salud de grupos y regiones marginadas del país, en el periodo 2002-2006; el PROCEDES plantea “la equidad en

<sup>8</sup> Muchas de estas encuestas no exploraron directamente el tema de la calidad de los servicios de salud, pero sí dan cuenta de aspectos cercanamente relacionados con ésta, como el acceso, el costo, la resolución de problemas. Entre las encuestas se encuentran la ENADID-INEGI, 1992 y 1997; ENSAMI-SSA, 1994; Encuesta de satisfacción con los servicios de salud de FUNSALUD, 1994; ENAPLAF-CONAPO, 1995; ENCOPLAF-CONAPO, 1996; ENIPLAF-CONAPO, 1996; ENSARE-IMSS, 1998, Encuesta de Salud Reproductiva del IMSS-SOLIDARIDAD, 1999; ENVIF-INEGI, 1999; ENJUV-INEGI-IMI, 2000; Evaluación de Hogares SEDESOL-PROGRESA, 1998; Seguimiento operativo del PROGRESA, 2000 y ENSA-SSA del 2000.

el acceso a estándares mínimos de calidad en los servicios de salud”. Dicho reto y objetivo parten del PNS. La tónica discursiva de ambos documentos es la misma que prevalece en el Programa de la Cruzada. Lo relevante es el hecho de formular programáticamente en términos financieros y políticos la búsqueda del mejoramiento de la calidad de la atención y lograr “estándares mínimos”. Dicho objetivo puede ser muy relativo, pero es justo señalar la aceptación del reto, de inicio a nivel discursivo, al reconocerse que en México la calidad de los servicios de salud tiene serias deficiencias. Cabe decir que parte de los recursos obtenidos por el PROCEDES se destinan al Programa de la Cruzada.

Con el Programa de la Cruzada el gobierno federal busca, de manera sistemática y con estrategias homogéneas, mejorar “sustancialmente” la calidad de los servicios de salud. Según se observa en la revisión de la bibliografía y de un conjunto de normas oficiales de la Secretaría de Salud, el tema de la calidad había sido motivo de medidas administrativas y políticas en las distintas instituciones de salud en México. Sin embargo, estas iniciativas se habían implementado de manera desagregada y bajo distintas ópticas y objetivos.<sup>9</sup>

El PNS es enfático al referirse al reto de mejorar la atención en los servicios de salud; para tal planteamiento retoma resultados de encuestas e investigaciones realizadas.<sup>10</sup> Una de las fuentes principales citada es la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, que llevó a cabo la Fundación Mexicana para la Salud. En ésta se obtuvo que de cada 10 mexicanos pobres, cuatro se quejaron del escaso apoyo ofrecido en las unidades de salud.

Dos de los cinco objetivos generales planteados en el PNS se refieren a “mejorar las condiciones de salud de los mexicanos” y “garantizar un trato adecuado”, que representan el punto de partida para elaborar los documentos normativos y programáticos, así como la asignación presupuestal para la realización de los mis-

<sup>9</sup> Véanse notas al pie: 5 y 7.

<sup>10</sup> Véase nota 8.

**mos. El concepto** trato adecuado **queda establecido desde aquí como concepto clave en el Programa de la Cruzada; en el PNS “significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información”; también “supone elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, enfrentar tiempos de espera razonables por una consulta o intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias” (Secretaría de Salud, 2002d:24). El concepto trato adecuado es especialmente importante, pues representa variables que serán monitoreadas en las primeras acciones de la Cruzada (Secretaría de Salud, 2001g:54).**<sup>11</sup>

Otro de los términos incorporados al discurso, y que es definitorio para el Programa de la Cruzada, es el de ciudadanía, es decir; el “ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco de una constitución”. El sentido de dicha definición enfatiza sobre todo la connotación de derechos sociales (DS), además de los de libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos. Los DS se hacen “realidad a través de las actividades de instituciones tales como el sistema educativo y los servicios de salud”. En este marco, ciudadanía social significa “el ejercicio pleno de los derechos sociales... tras la maduración de la ciudadanía política” (Secretaría de Salud, 2001g:73).

Algunos conceptos del PNS que forman dicha construcción discursiva son los de justicia, entendida como la “garantía de un trato semejante ante necesidades semejantes y búsqueda permanente

<sup>11</sup> El PNS (Secretaría de Salud, 2001g:54 y 73) presenta como justificación para la Cruzada los motivos de queja más frecuentes: “El hostigamiento y el maltrato son dos de los motivos de queja más frecuentes ante las comisiones de derechos humanos. Cuatro de cada diez mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud”. Enfatiza las diferencias entre regiones e instituciones de salud y menciona a los grupos de los indígenas, las mujeres y los pobres como los que reciben un trato de “poco respeto”.

de una mejor distribución de recursos y oportunidades”; autonomía, “la libertad para elegir de manera informada lo que a uno más le conviene”, y corresponsabilidad social, es decir, “toda libertad tiene límites y por lo tanto, conlleva responsabilidades”, y su segunda acepción de que “los sanos (tienen) la obligación moral de cuidar a los enfermos”. Y en la misma tónica, los de solidaridad, referida a “que los que cuentan con mayores recursos se solidaricen con los que menos tienen” (Secretaría de Salud, 2001g:74) y pluralismo. También se define calidad de los servicios de salud como “el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La calidad tiene la dimensión técnica, que busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos [...] y la dimensión interpersonal, que se le ha dado en llamar ‘calidez’ de la atención, y supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena” (Secretaría de Salud, 2001g:110). Como veremos en la descripción del Programa de la Cruzada, la mayoría de estos conceptos se usan, pero muchos de ellos no se definen. Respecto al de calidad, éste será definido más en términos operacionales.

#### **Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**

El Programa de la Cruzada se echó a andar a principios del 2001 bajo el lema de “Sonría, sonreír es: saludable y contagioso”, como una forma de poner una imagen agradable en la percepción de la Cruzada.<sup>12</sup> Sus planteamientos se definen en ocho líneas de

<sup>12</sup> Se retomó la definición de “cruzada” del Diccionario de María Moliner, que incluye, además de “campana en pro de algún fin”, “lucha o serie de esfuerzos hechos con un fin elevado”. Por otro lado, aunque ha sido criticado el hecho de haber elegido la “carita feliz” para representar la Cruzada, se han aceptado las críticas en el sentido de que dicho icono pareciera remozar sólo la superficialidad de la conducta, sin tener un mejoramiento real en los servicios. Se ha aclarado que no se ha encontrado una mejor imagen que represente el estado de satisfacción futuro al que se quiere llegar en los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2002b).

acción, que se desagregan en una serie de documentos programáticos-normativos; en la realización de un diagnóstico inicial (que retoma resultados de encuestas nacionales y regionales, así como resultados de investigación académica), en la elaboración de documentos operativos para la evaluación y monitoreo (cuadros de variables de observación y cuestionarios), y guías para la implementación de las estrategias de mejoramiento. Paralelamente, se establece un programa de capacitación de los responsables medios y trabajadores operativos de los servicios de salud.

El Programa se apoya en la estructura formada por los Comités Estatales de Calidad, así como otras instancias en materia de salud, que en menor o mayor medida se relacionan y respaldan las acciones de la Cruzada. Entre ellas se encuentran los Consejos Nacionales de Salud y de Salubridad, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Secretaría de Educación y la de Desarrollo Social. Lo que muestra esta organización programática en la esfera institucional es la importancia que pareciera adquirir el Programa de la Cruzada. Al respecto, podríamos aventurar que el discurso que se conjunta bajo esta tónica es parte del consenso y reconocimiento entre los titulares de los programas institucionales, de los planteamientos del Estado en materia de atención a la salud, que a su vez son los encargados de echarlos a andar a nivel operativo.

Se reconocen cuatro problemas principales en los servicios de salud, que a la postre se convierten en los cuatro retos principales de la Cruzada (Secretaría de Salud, 2001c:9) en el plano general: bajo nivel, en promedio, de la calidad de los servicios de salud públicos y privados; heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, entre instituciones y en el ámbito de las propias instituciones; percepción de mala calidad de los servicios por parte de la población e información deficiente y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud. Estos resultados habían venido señalándose desde décadas atrás por organizaciones tanto civiles como académicas.<sup>13</sup> El concepto central de la Cruza-

<sup>13</sup> El Programa de la Cruzada retoma explícitamente resultados de la Encuesta Nacional por la Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, que llevó a cabo la Fun-

da resulta obvio, lo representa la definición de calidad. En el PNS se define en un plano más general, pero en el Programa de la Cruzada se va concretando y limitando a los aspectos que interesa traducir a indicadores. Se presenta definida de manera desagregada en dos categorías: trato digno, que se traduce en respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona; a la entrega de información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella y que haya un interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y amabilidad; y atención médica efectiva, es decir, en términos de que logre el resultado (efecto) posible; que sea eficiente, con la cantidad de recursos adecuada al resultado obtenido; ética, pues debe estar de acuerdo con los valores socialmente aceptados, y segura, al buscar los menores riesgos posibles.

En la primera etapa se realizó un diagnóstico nacional, que tuvo como objetivo obtener información fundamental para el Programa de la Cruzada, según se señala en los propios programas y guías metodológicas. Sin embargo, paralelamente se echaron a andar algunos cambios y metas a corto plazo que permitieron obtener resultados positivos en la atención. Se observa en este primer conjunto que dichos indicadores han quedado limitados frente a la definición de trato digno y atención médica efectiva, eficiente y ética. Este asunto lo retomaremos en el último apar-

---

dación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) para señalar algunas características del sistema sanitario, que justifican la realización de la Cruzada Nacional: los servicios de salud habían empeorado en comparación con los de 1994; la población entrevistada calificó el nivel de calidad de los servicios por debajo de “escuelas públicas”, “agua y drenaje”, “teléfonos y transporte público” y sólo por encima de “policía”; uno de los motivos de queja más frecuente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información del médico al paciente; prácticamente no existen indicadores de calidad de los servicios de salud; si bien en el sector público se cuenta ya con encuestas de satisfacción de los usuarios, esta información no es siempre confiable; los niveles de calidad son muy heterogéneos entre las instituciones públicas de salud; hay un alto desconocimiento del desempeño de los médicos; hay un bajo apego a las normas oficiales de atención; los directivos carecen de una formación gerencial adecuada (p. 13).

tado. Los indicadores que se evaluaron en el primer nivel de atención y en los servicios de urgencias fueron (Secretaría de Salud, 2001e):

- Tiempo de espera para consulta externa y urgencias
- Satisfacción por el tiempo de espera
- Surtido de recetas
- Satisfacción por el surtido completo de recetas
- Información del médico al usuario
- Satisfacción por la información del médico

Como se observa, el indicador clave en el conjunto se refiere a la satisfacción de los y las usuarias. Se señala que estos indicadores pertenecen al modelo elaborado por Donabedian sobre calidad, formado por los componentes de estructura, proceso y resultado, ubicándolos en el último componente, pero por su importancia, se considera como un indicador por separado. Satisfacción se define como “la percepción favorable que produce en el usuario la recepción de una atención de calidad. Para algunos autores, es un resultado del proceso de atención médica, pero dada su importancia, se determinó como una dimensión a medir”. Las dimensiones y categorías de dicho concepto son: aménidades y relaciones interpersonales; atención en la consulta externa; atención en hospitalización y quirófano; atención en auxiliares de diagnóstico y tratamiento; atención en farmacias y precio de los servicios (Secretaría de Salud, 2002c). Con estos elementos se van elaborando una serie de cuestionarios que se aplican en los servicios señalados por personal de los mismos.

Las características en las que se quiere incidir son agrupadas en el llamado “viejo paradigma” (sic), y se plantea establecer así el “nuevo paradigma” (sic); el objetivo de la Cruzada es sustituir el “viejo paradigma” por el “nuevo”. Viene al caso retomarlos tal y como se presentan y relacionarlos con los resultados del diagnóstico nacional de los primeros meses de la Cruzada:

**El “viejo paradigma”:**

1. La calidad está implícita en la existencia misma de los prestadores de servicios de salud y de las instalaciones en las que éstos se ofrecen.
2. Por lo anterior, la calidad es subjetiva y no es posible medirla.
3. Calidad es igual a cantidad en la medida en la que al otorgar más servicios se es mejor.
4. Para ofrecer una buena calidad no importa el costo.
5. Para asegurar una buena calidad es necesaria la supervisión, donde el supervisor está por encima de los demás.
6. El paciente es un sujeto pasivo. Mientras más dócil mejor, el prestador es el experto y el paciente está en sus manos.

**El “nuevo paradigma”:**

1. La demostración de resultados del proceso de atención es indispensable. La calidad debe ser explícita.
2. Es fundamental medir para comparar, para aprender y para mejorar.
3. La responsabilidad de mejorar es de todos los participantes en el proceso de atención, no sólo de los jefes.
4. Es indispensable ofrecer cantidad con calidad.
5. Los procesos que se realizan con calidad contribuyen a una mayor eficiencia. Así, calidad y eficiencia son dos conceptos indisolubles.
6. El paciente es capaz y debe participar activamente en el proceso de su atención. Identificar sus percepciones y expectativas es fundamental.

La mayoría de estos preceptos serán retomados a través de las acciones de evaluación, las cuales están contenidas en la llamada segunda etapa del Programa de la Cruzada. Esta fase incluye diversos indicadores referidos al objetivo de lograr estas características; desagregándose ampliamente; así, en la segunda etapa de la Cruzada se plantean 50 indicadores, parte de los cuales son aspectos

mucho más desagregados de los primeros, otros son nuevos en la lista. Se aplicarán tanto en el primer nivel como en los hospitales y serán monitoreados en los próximos años (cuando menos el resto de la presente administración). En la segunda etapa, se obtendrán índices, por ejemplo, de trato digno, que incluye los cuatro indicadores de satisfacción por tiempo de espera, de la información recibida del médico, surtido de recetas y por el trato recibido (SSA, IMSS, ISSSTE, 2002).

Respecto al sentido de la generación de información en la primera etapa de evaluación, uno de los objetivos del Programa es “[...] mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con datos verídicos, y así desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud”; si bien es cierto que en la formulación del Programa se retomaron datos de distintas fuentes (encuestas e investigaciones), en la forma en que se plantea esta búsqueda de datos confiables sugiere que los generados por sus propios instrumentos serán los confiables y verídicos. Esto lo retomaremos en el siguiente apartado.

#### **Actores de la Cruzada y participación ciudadana**

En los distintos documentos de la Cruzada se ha hecho énfasis en que participen tanto los proveedores de salud, medios y operativos como los usuarios, organizaciones civiles y la población en general (Secretaría de Salud, 2001c y 2002b).

Sobre todo en los documentos del segundo año de la Cruzada, se ha destacado como elemento clave en el proceso de mejoramiento el papel de la participación ciudadana, entendida ésta como la que “ayudará a que los usuarios y la población se motiven a participar como sujetos activos en la mejora de la calidad, como motivadores y avals de este proceso y de la información de resultados del monitoreo, lo que les dará transparencia, generando confianza a la ciudadanía” (SSA, IMSS, ISSSTE, 2002). Dicha participación ciu-

**dadana se representa por la figura del aval ciudadano, que había sido anunciado desde los primeros documentos, definido como**

**un instrumento que se está colocando en manos de agrupaciones civiles e instituciones académicas para que constaten los datos difundidos en distintos medios sobre la satisfacción de los usuarios con el trato proporcionado por el personal de las unidades de salud [...] En estas acciones radica la posibilidad de fortalecer la confianza, el apoyo y la defensa de la población a sus instituciones de salud. Es aquí donde se deja ver con toda claridad la necesidad de establecer una alianza entre ciudadanía e instituciones [...] (Secretaría de Salud, 2001c).<sup>14</sup>**

**¿Qué se entiende por “alianza entre ciudadanía e instituciones”? No está definido, ni operacionalizado claramente, por lo que queda enunciado de manera tan amplia que puede traducirse en varias acepciones.**

**Tanto el aval como los motivadores ciudadanos son parte del Modelo Sectorial de Monitoreo para la Gestión de la Calidad y de los comités estatales de calidad; otros dos componentes son el Sistema de Medición y Difusión de Resultados, que se basan en el modelo donabediano de estructura, proceso y resultado. La población pertenece a este último, ya sea involucrada en el seguimiento de la calidad, como a la que se le informa, o pueda pedir informes sobre las mejoras en la calidad. También se contempla como resultado en la “satisfacción ciudadana” por las mejoras (SSA, IMSS, ISSSTE, 2002:12). Estas figuras serán también las que fungirán como instancias de “contraloría social, para consolidar espacios de comunicación, gobiernos y/ o sociedad...”.<sup>15</sup> Sin embargo, no participan en el diseño y planeación de dichos cambios.**

<sup>14</sup> Las cursivas son nuestras.

<sup>15</sup> Tomado de la siguiente dirección de Internet:

<http://www.secodam.gob.mx/dgorcs/reglas/R12%20SALUD/Extractos/r12cruzadanacionalsalud02.htm>

## Cuadro 1

### Resultados de la evaluación y monitoreo con base en los indicadores seleccionados para la primera etapa (2001) en servicios de salud de primer nivel y urgencias

Indicador evaluado	Resultados durante 2001
Tiempo de espera en el 1er nivel.	Desde el 3er. mes del año se mantiene por debajo del estándar de 30 min.
Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en 1er nivel.	Desde el cuarto mes se observó la mejoría y en septiembre pasado casi se llegó al estándar del 95%.
Porcentaje de recetas surtidas en forma completa en 1er nivel.	Se mantuvo el valor estándar del 95%, pero se señala que se deben estandarizar las mediciones entre las distintas instituciones.
Porcentaje de usuarios satisfechos por la entrega completa de medicamentos en 1er nivel.	Se obtuvieron resultados entre el 80 y 90% entre las distintas instituciones; no se llegó al estándar del 95% planteado inicialmente.
Porcentaje de usuarios con la información sobre su diagnóstico, proporcionada por el médico en el 1er nivel.	Estable y por arriba del estándar (80%).
Porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento, proporcionada por el médico en 1er nivel.	Resultados similares al indicador anterior.
Tiempo de espera en urgencias.	Estable, cercano al estándar de 15 min., al final del año se logró el estándar.
Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias.	Indicador estable, sin alcanzar el estándar del 95%.
Porcentaje de recetas surtidas en forma completa en el 2do. nivel.	Se alcanzó casi el estándar del 95%, pero se hizo necesario estandarizar la medición entre las instituciones.
Porcentaje de usuarios satisfechos con la entrega completa de medicamentos, 2do. nivel.	Sólo hasta el 3er. trimestre. Se alcanzó el estándar del 95%, antes hubo resultados entre el 80 y 90%.
Porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico, proporcionada por el médico de urgencias.	Comportamiento favorable, resultados por encima del estándar del 80%.
Porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento, proporcionada por el médico de urgencias.	Resultados similares al indicador anterior.

Fuente: SSA, IMSS, ISSSTE (2002).

### Evaluación y monitoreo

Como se apuntó antes, la primera etapa del Programa evaluó seis indicadores. Interesa comentar aquí los resultados que se obtuvieron y analizar cómo se tradujeron los lineamientos teóricos de la Cruzada. Las autoridades del sector salud subrayan la importancia de implementar algunas acciones que de manera expedita lograrán una mejoría visible y a corto plazo, que puedan ser “claramente percibidas” por los usuarios y que con ello se pueda ir recobrando “la confianza” en los servicios (públicos) de salud. La evaluación se llevó a cabo en 3 794 unidades médicas de primero y segundo nivel de atención “en las que se hizo seguimiento a seis indicadores de trato digno”. Uno de los objetivos de esta evaluación es “impulsar la cultura de la medición” (SSA, IMSS, ISSSTE, 2002:4).

Según se observa en el cuadro 1, los resultados muestran que los alcances fueron positivos al término del primer año del Programa de la Cruzada. Sin embargo, estos datos sugieren dos hipótesis: que la manera de recolectar la información favoreció la opinión positiva de los/ las usuarias, al ser los propios prestadores quienes aplicaron los instrumentos y en el espacio institucional de los servicios de salud, o bien, que los y las entrevistadas expresaron su satisfacción por la atención por el sólo hecho de haberla recibido, pues la población usuaria de los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud, donde se recolectó la información, es población de bajos recursos y con menos opciones de atención en otros servicios de salud. No es objetivo de este trabajo demostrar dichas hipótesis, pero hace cuestionar los resultados<sup>16</sup> la información sobre la seria crisis de recursos de la que dan cuenta

<sup>16</sup> Revisión de condensados de notas hemerográficas de la prensa nacional de los años 1993-2001 sobre temas de calidad de los servicios de salud. Boletín de Información Periodística en Salud, UAM-X DCBS, Área Educación y Salud. México, y revisión de los periódicos La Jornada (nacional) y El Imparcial (local, Sonora) del año 2002 y lo transcrito del 2003.

**cotidianamente los medios de comunicación sobre desabasto de medicamentos, por poner un ejemplo concreto, en las instituciones públicas.**

### **Capacitación de los operadores de la Cruzada**

**Se ha impulsado la capacitación de los directivos medios y responsables del Programa de la Cruzada en el ámbito estatal, en primera instancia, sobre todo para que posteriormente impartan dicha capacitación. La información que han recibido en las distintas reuniones de capacitación se refiere a aspectos tanto conceptuales como metodológicos; el fundamento teórico se basa en el modelo de A. Donabedian sobre calidad de los servicios (Secretaría de Salud, 2002c). La adopción de las dimensiones del modelo donabediano ha sido explícita en todos los documentos. A partir de dicho modelo se explica que los requisitos de calidad son: producto (lo que reciben los clientes, por ejemplo, información a los pacientes, receta u orden de laboratorio, expediente clínico e información sobre actividades a sus superiores), calidad (característica que deben tener los productos para que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios) y usuario (personas que reciben los productos). Los directivos y trabajadores operativos también han recibido capacitación en la formulación de proyectos de investigación operativa y de monitoreo para someterlos a financiamiento. La estrategia de impulsar la investigación operativa entre los trabajadores operativos es parte de la estrategia calificada como “democratización de los servicios de salud”.<sup>17</sup>**

<sup>17</sup> Hasta mayo del 2002, se habían transferido directamente al personal operativo de las unidades de salud 940 000 pesos para 157 proyectos de investigación. Información tomada del portal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud: [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgces/psct\\_tr/cncss\\_conf.pdf](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgces/psct_tr/cncss_conf.pdf). También en este sitio pueden conocerse los proyectos aprobados con financiamiento en la convocatoria 2002, aproximadamente 400 proyectos de investigación, de monitoreo y de educación. Consultada en noviembre del 2002.

## **Análisis de la Cruzada Nacional por la Calidad desde una perspectiva sociológica**

El lenguaje del discurso oficial se ve enriquecido desde los conceptos manejados en el Plan Nacional de Salud; son términos que lo actualizan en el marco de los avances de las Cumbres Internacionales de El Cairo y Pekín. Sin embargo, si se rastrean sus contenidos, se observa una severa restricción del enfoque original, al traducirse en acciones de evaluación, monitoreo y capacitación dirigidas a los prestadores de servicios de salud, que se basan sobre todo en el enfoque gerencial y organizacional del modelo de Donabedian (Secretaría de Salud, 2002b y 2002c). Los conceptos de derechos, trato digno, ciudadanía y género, entre otros, no se operacionalizan para su medición, principalmente, en la segunda etapa de la evaluación y monitoreo de la calidad. Esto sugiere más una apropiación de conceptos que actualiza el discurso contenido en la Cruzada y que los institucionaliza a nivel enunciativo; habrá que esperar algún tiempo más para constatar la traducción en acciones en la atención en el marco de la Cruzada.

Foucault señala que dicha apropiación del discurso es parte del ejercicio del poder:

[...] porque en nuestras sociedades [...] la propiedad del discurso, entendida a la vez como derecho de hablar, competencia para comprender, acceso lícito e inmediato al corpus de los enunciados formulados ya, capacidad, finalmente, para hacer entrar este discurso en decisiones, instituciones o prácticas, está reservada de hecho (a veces de manera reglamentaria) a un grupo determinado de individuos (Foucault, 2001:111).

El uso institucional de los conceptos los termina de legitimar, pero modificando su sentido.

El avance que podría reconocerse en el discurso de la Cruzada está en el hecho de que el gobierno evidencia las demandas y

protestas de organismos civiles y población en general por la baja calidad de la atención en los servicios de salud. De igual forma admite que las demandas representan un importante número de violaciones a sus derechos de acceso, de respeto a su autonomía, de elección y de resolución de sus problemas.

¿A qué se refiere cuando se afirma que uno de los objetivos iniciales en las acciones de la Cruzada sería lograr una mejoría visible y a corto plazo, que puedan ser “claramente percibidas” por los usuarios y que con ello se pueda ir recobrando “la confianza” en los servicios (públicos) de salud? ¿Qué lectura sugieren estas afirmaciones? Por un lado, la búsqueda explícita de lograr un mejoramiento en indicadores más directamente percibidos por la población alude a la institución que busca visualizar su trabajo y poner de manifiesto que la población importa, que el Estado cumple o muestra la intencionalidad de cumplir con su obligación de proveer servicios de salud de calidad, mejorando los aspectos más sensibles de ser percibidos. Sin embargo, detrás de esto pueden señalarse las limitaciones de no dar cuenta de otros problemas estructurales, como los de inequidad en la atención, por ejemplo, los de acceso y atención oportuna en la resolución de problemas más allá del primer nivel de atención, violación de derechos y falta de recursos.

La incorporación institucional de conceptos ganados en el ámbito social, como exigencia al propio Estado, significa la búsqueda de legitimidad a través de las acciones de la Cruzada. En las distintas encuestas nacionales e investigaciones más específicas, las percepciones sobre la calidad de la atención han sido claramente diferenciadas entre los grupos de población según sus características socioeconómicas y culturales (si son derechohabientes o no, por grupos de edad, por género, por raza, por pertenencia a una región o a otra, por vivir en el área rural o urbana). Esto muestra la relatividad con la que usuarios y usuarias definirían calidad, aunque discursivamente se señale que se tomarán en cuenta “las características individuales de la persona [...] [y habrá] un interés manifiesto [...], en sus mensajes, sensaciones y sentimientos”. La contradicción se manifiesta entre este tipo de afirmaciones en el

discurso y en la definición operativa de calidad que cifra su validez en tanto medible y cuantificable, que termina por sostener una óptica de homogeneización de las personas usuarias en los servicios de salud.

Como se ha apuntado antes, las evaluaciones de los servicios públicos de salud se basaron fundamentalmente en el modelo donabediano. Sin embargo, dicho modelo considera al usuario como cliente que es capaz de optar por algún servicio de atención. Bien pudiéramos traducir que la idea de cliente se equipararía a la idea de un usuario(a) ciudadano(a) que ejerce plenamente sus derechos. Sin embargo, como diría Escalante (2002), se hace presente la categoría de “ciudadanos imaginarios”, pues finalmente “la pobreza no produce ciudadanos”, ya que dicho perfil de cliente que opta y decide, y exige una atención de calidad, está lejos de cumplirse para la gran mayoría de los y las usuarios(as) de los servicios públicos de salud en México.

No obstante, el concepto de calidad, tomado desde el campo de la empresa y aplicado al campo de los servicios de la salud, se encuentra en un nuevo contexto de relaciones políticas, económicas y sociales que le abre la posibilidad de nuevas interpretaciones, sin perder su enfoque original. Tal sentido lo adquiere en el plano discursivo, matizando su contenido con la incorporación de otros conceptos, lo que le da a la definición de calidad un enfoque más político, enmarcándolo en los derechos humanos y sociales y en la perspectiva de género, explicitando el objetivo de empoderar a las mujeres. Es decir, vemos un discurso que se adapta a los nuevos aires y exigencias políticas que hace que “tal objeto se elabore, sea metamorfoseado o importado, tal estrategia se modifique, sin dejar de pertenecer por ello a ese mismo discurso...” (Foucault, 2001:123) pues no puede, no debe permanecer inmóvil, ya que no es ajeno al tiempo.

En la revisión de los documentos básicos de la Cruzada se observa una ausencia de la aplicación de la perspectiva de género, tantas veces anunciada desde el PNS. El Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, que incluye al

**Programa de la Cruzada, expresa explícitamente que “para alcanzar sus objetivos intrínsecos, el sistema (de salud) debe ser efectivo, accesible, equitativo, de calidad, eficiente y financieramente sano, además de tener perspectiva de género”. El hecho es que ésta no figura en los instrumentos de evaluación y de capacitación de la Cruzada. Tal y como se señala en el párrafo de arriba, la “perspectiva de género” pareciera una “cosa” a buscar, pero no una visión política y una posición teórica en las acciones de la Cruzada. En dicho documento se advierte: “A la sensibilidad de género se le dará seguimiento mediante la desagregación por sexo de los indicadores que lo permitan” (Secretaría de Salud, 2002e:34).<sup>18</sup>**

De igual forma, en el Programa de Acción: Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006 queda a nivel enunciativo: “generar las fuentes de información con enfoque de género”, que posteriormente no se refleja en las acciones concretas que desarrollará el Sistema de Información sobre el Programa de la Cruzada. La falta de claridad sobre esto último se evidencia al no incorporar en los lineamientos de cambios y en los instrumentos de evaluación aspectos como “el respeto a las creencias y valores de los usuarios”.

Si bien el discurso se ve enriquecido al reconocerse problemas y deficiencias de la calidad de la atención, luego pareciera caer en una contradicción al buscar “mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con *datos verídicos* y así desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud” (Secretaría de Salud, 2001b:12,17). Un manejo del discurso que podría interpretarse de dos maneras: por un lado podría significar que los resultados de las encuestas nacionales o de trabajos académicos o de grupos civiles, que han evidenciado de manera sistemática las experiencias y percepciones de los y las usuarias, no son del todo *verídicos*, o bien, que los obtenidos con la autoevaluación de los servicios, en todos los niveles, son los más confiables y por lo tanto son los *datos verídicos*, de los cuales hay que partir. Al parecer, estas

<sup>18</sup> *Cursivas nuestras.*

contradicciones obedecen a las propias dinámicas de las estrategias de legitimación del Estado, al buscar el reconocimiento social y político para el Programa de la Cruzada.

Sobre lo mismo, se observa una contradicción en el modelo de evaluación y monitoreo, pues a pesar de reconocerse el papel del usuario como cliente, éste no es tomado en cuenta en la planeación de las distintas estrategias del cambio para la mejoría de los servicios. Podemos suponer que los altos números en los porcentajes de satisfacción de los usuarios son creíbles, en tanto que la mayoría de ellos y ellas no tienen otra opción de atención y sus expectativas en los servicios de salud son ser atendidos. Habría que explorar más profundamente las diferencias entre las respuestas que se han registrado a través de encuestas nacionales, explorando diferentes aspectos de la salud, y las obtenidas por los instrumentos de evaluación y monitoreo del Programa de la Cruzada. Antes había mencionado que otros aspectos que influyen en la opinión positiva y favorable a los servicios, es la manera en que se reúnen los datos. Aunque no es objetivo de este trabajo generar una discusión metodológica de los instrumentos de recolección de información del programa, es importante dejar aquí apuntado un posible problema de diseño y de visión teórica del uso de tal o cual método.

Otro de los contenidos de la Cruzada que pudiera parecer innovador es el impulso a una democratización<sup>19</sup> en el proceso del cambio organizacional en los servicios. Según el Programa de la Cruzada, se entiende por democratización la apertura a la participación de los trabajadores operativos e intervenir directamente en el mejoramiento de sus servicios, haciendo propuestas “innovadoras” en la prestación del servicio; para ello se les convoca a someter las iniciativas para obtener recursos y llevarlas a cabo. Dicho empuje parece un proceso complejo de una aparente democratización de los servicios de salud, que finalmente termina

<sup>19</sup> Recordemos que el subtítulo del Plan Nacional de Salud 2001-2006 es “La democratización de la salud en México”.

de condicionar dicho juego de autonomía y libertad, como una manera de cohesionar las prácticas y mandatos institucionales, es decir, legitimar con base en la construcción de consensos o, cuando menos, no oposición tajante de los trabajadores medios y, sobre todo, de los operativos.

A propósito, como afirma Foucault, el discurso se construye y se convierte en “la verdad (que) se vuelve ley gracias al poder, pero el poder subsiste y se reproduce debido a que existe un saber que se erige socialmente como verdad; a que logra ganar el consenso de la gente; a que se introyecta en las conciencias y en los actos de los individuos sujetos del poder”.<sup>20</sup> ¿Hasta dónde logrará el discurso de la calidad de la Cruzada generar las prácticas de atención de calidad, que son el objeto del propio discurso? No podemos asegurarlo, pero sí podríamos dejar planteada la afirmación preliminar de que se podrá observar a más corto o mediano plazo el discurso de la calidad entre los prestadores de servicios de salud, con las mismas limitaciones del discurso general, por un lado, y por otro, dudando del mismo, pero siguiendo hasta donde sea posible los lineamientos normativos del Programa de la Cruzada. El Estado presupone que sus trabajadores, en el papel de subordinados, acatan sus lineamientos y el establecimiento de prioridades lejos de su intervención; el Programa no da por supuesta la autonomía de sus trabajadores operativos que en la cotidianidad de la atención ejercen, ni tampoco parece reconocer el juego de las relaciones de poder que se llevan a cabo cotidianamente.

Al respecto, retomando a Foucault, sus planteamientos ayudan a entender cómo los hilos del poder alcanzan todos los niveles de la interacción entre los prestadores, entre éstos y la institución, y a su vez, la de éstos con los y las usuarias. En palabras de Foucault, nos referimos a la microfísica del poder que se ejerce en las instituciones de salud: “en sus extremidades, en sus confines últimos, allí donde se vuelve capilar; de asirlo en sus formas e instituciones

<sup>20</sup> Foucault (1979:189) define “verdad” como “un conjunto de procedimientos reglamentados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación y el funcionamiento de los enunciados”.

más regionales, más locales [...] allí donde adopta la forma de técnicas y proporciona instrumentos de intervención material” (Foucault, 1979:142).

Aunque la Cruzada abre una pequeña puerta al incluir en la creación de proyectos a operativos locales para el mejoramiento de la calidad, impone sus reglas y limitaciones. La interacción entre operativos y directivos inmediatos consiste aún en asumir los lineamientos hasta donde sea posible. En el plano discursivo se mencionaba que el objetivo de la implementación de los cambios busca “arraigar la cultura de la calidad” mediante la modificación de la cultura, que dará un “cambio de actitud”, y no usando el poder coercitivo, que sólo lograría un “cambio de comportamiento”. Las relaciones verticales bajo un esquema claramente jerarquizado entre los trabajadores de la salud no se ven como objeto de evaluación en la Cruzada. Es ese poder institucionalizado del sistema, usado de muchas maneras, más o menos sutilmente.

A pesar de esa actualización del discurso, viene al caso retomar la caracterización del modelo biomédico que prevalece en la atención de la salud y es fuertemente mantenido desde la planeación de los programas, cuanto más en la cotidianidad de la atención. El modelo médico hegemónico (MMH) (Menéndez, 1990:87)<sup>21</sup> se mantiene en el poder de la verticalidad, establecido y ejercido cotidianamente en la prestación de los servicios de salud, como parte de sus características fundamentales, se basa en “que el médico

<sup>21</sup> Menéndez define el MMH como “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha logrado dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como por el Estado”. Sus rasgos estructurales son: biologicismo; concepción teórica evolucionista positivista; ahistoricidad; asocialidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud-enfermedad como mercancía; orientación básicamente curativa; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; relación médico-paciente asimétrica; no legitimación científica de otras prácticas; tendencia a la medicalización de los problemas; tendencia al consumismo médico; predominio de la cantidad sobre la calidad (Menéndez, 1990:83-117).

es el que sabe”. El MMH no es objeto del discurso de la calidad de la atención, aunque se reconozcan algunos de sus rasgos estructurales, cuando se refieren al “viejo” y “nuevo” paradigma; de allí las limitaciones discursivas, lo que al mismo tiempo significa una autocrítica que aporta a la legitimación mostrando un discurso realista.

Aquí viene al caso preguntarnos sobre el asunto poco tratado del papel que desempeñan los sindicatos de las distintas instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, SAF, PEMEX, entre otros), que, aunque rebasa los límites de este trabajo, tiene relevancia en el análisis que nos ocupa: ¿cómo se miden las fuerzas y los intereses entre la dirección del sector y los trabajadores? ¿de qué manera se están incorporando cambios para la satisfacción de los prestadores de su trabajo, lo que a su vez redundará en una mejor calidad de la atención? ¿puede hablarse de cambios para una reorganización de los servicios, o sólo son estrategias de fortalecimiento del sistema? al haber recursos del Programa de la Cruzada, ¿se lograrán mejores condiciones de trabajo? al haber mayor credibilidad y reconocimiento de parte de la población, ¿los trabajadores verán realizadas sus expectativas y espíritu de servicio? Éstas son algunas de las incógnitas que nos interesa plantear sólo como un reconocimiento de la complejidad del tema de la calidad de los servicios que impulsa la Cruzada.

Por otro lado, no está claro qué implicaciones tendrá el monitoreo y la implementación de las mejoras en la carga de trabajo de los prestadores de salud, desde quién se capacita y hace la aplicación de los instrumentos, a quiénes les da seguimiento en la realización de los cambios en la organización, qué implicaciones tendrán en sus condiciones de trabajo, de qué manera el Estado mejorará dichas condiciones. Por otra parte, no se señala en ningún momento la independencia y capacidad propositiva de los trabajadores de la salud para mejorar sus condiciones laborales (cargas, capacitación, salarios, recursos de trabajo, infraestructura, prestaciones laborales); esto se observa como un objetivo implícito en todos los demás planteados para el mejoramiento de la calidad impulsados por la Cruzada.

Todos los instrumentos de evaluación y monitoreo omiten las dinámicas propias en el ámbito micro y cotidiano de las relaciones de poder que se ejercen, se reconstruyen y se reacomodan permanentemente entre los prestadores de salud, entre los prestadores con la institución y de los prestadores con los usuarios de los servicios.

La importancia del papel de los usuarios, a quienes se asigna un rol activo, necesariamente debería tocar aspectos de la cultura médica, es decir, del modelo biomédico, que cotidianamente se vive en las instituciones de salud. ¿Cómo la Cruzada o la dirección del sector salud ejecutará estos cambios? O más bien, ¿se plantean estos cambios como una posibilidad? ¿O hasta dónde llegaría el papel activo de los y las usuarias? Pensamos que simplemente no se plantean estas preguntas y parece difícil que la serie de estrategias propuestas para mejorar la calidad tenga contemplado cuestionar el modelo médico hegemónico prevaleciente. Creemos que los alcances de la Cruzada no tocarán nada al respecto. ¿Cómo lograr imaginarse que un cambio de esta naturaleza, que además tocaría los preceptos fundantes de la práctica médica, le dé al usuario la capacidad de compartir con los prestadores su cosmovisión en su propia atención y lograr tener realmente un papel activo?, ¿cómo pensar que las estrategias de la Cruzada lograrán que los usuarios sean tratados como iguales en la atención a su salud?<sup>22</sup>

Dentro de los lineamientos operativos de la Cruzada, se plantea el objetivo de “incorporar a la población en la promoción de la calidad [...] que permitirá a la ciudadanía aprender a seleccionar servicios de salud de calidad, motivar y reconocer los esfuerzos institucionales de la mejora continua y validar los resultados alcanzados como un mecanismo que contribuya a la rendición de cuentas y a dar transparencia del esfuerzo colectivo entre instituciones y ciudadanía” (SSA, IMSS, ISSSTE, 2002:1).

<sup>22</sup> Aquí cabría pensar en alternativas de buscar fórmulas de ganar-ganar, que permitirían la resolución de conflictos más allá de blanco y negro o dominante-dominado.

Sin embargo, las definiciones operativas de dichos lineamientos no se incluyeron, es decir, no se aclara cómo se logrará que los usuarios sean activos en el proceso de cambio y cómo aprenderán a seleccionar sus posibilidades de atención. Dicho objetivo parece difícil para una gran parte de los usuarios de las instituciones de salud en el país. El proceso de convertirse en sujetos de derechos y ejercer la ciudadanía plena en los servicios de salud se vuelve complejo pues no depende solamente de este tipo de objetivos en un programa institucional como el de la Cruzada. Sin embargo, hay que reconocer que en el espacio de la atención de la salud se presentan una serie de condicionantes que apoyan, potencian u obstaculizan el ejercicio de derechos. El Programa de la Cruzada tampoco explica cómo los usuarios podrían validar los resultados o avances de las acciones en el mejoramiento de la calidad. ¿Quizá invitándolos a conocer los servicios? ¿Quizá a observar las dinámicas de la atención? ¿Quizá como partícipes en alguno de los proyectos de investigación operativa? ¿Quizá como lectores de los resultados de dichas evaluaciones? Si la inclusión de la ciudadanía la representan las propias instituciones (por ejemplo, escuelas de medicina públicas) o médicos, y no ciudadanos comunes o de otros gremios civiles, tal participación ciudadana queda seriamente limitada.

El papel asignado a la participación social en lo concerniente a avalar resultados de mejoramiento de los servicios de salud puede traducirse como parte de las estrategias de legitimación de las acciones del Estado en materia de salud ante la sociedad nacional y ante organismos internacionales. El poder se teje finamente en la campaña de convencimiento desde la institución de salud a ser observada, bajo el esquema previamente diseñado por ella misma. En pocas palabras, la Cruzada busca cambios de organización, de eficientización de los recursos (¿hacer más con menos?), abriendo el juego de la autonomía de sus trabajadores, la libertad de elección y de participación ciudadana y el fortalecimiento del sistema de los servicios de salud. Vale la pena aquí pensar si no hay otros cambios estructurales que estén en camino, que bajo la cultura organizacional de la calidad puedan ser posibles.

El énfasis del modelo metodológico de la Cruzada es el de “medir hasta sus últimas consecuencias.” La medición encarnizada, a reserva de la discusión teórico-metodológica que pueda generar en un marco de evaluación de este tipo, podría arrojar resultados igualmente válidos para implementar estrategias de mejora en la calidad de los servicios. Sin embargo, también es posible constatar el manejo y manipulación de dichos resultados, que permiten mantener y fortalecer el sistema actual de salud. Entonces, de nuevo, habrá que volver a sus definiciones fundamentales y a una exploración más profunda del Programa de la Cruzada, enmarcándola en el modelo de Estado y de la política social de México y al papel que sus instituciones de salud representan en el mismo. Las encuestas de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud representan un instrumento central en la Cruzada Nacional por la Calidad; dicha técnica tiene implícitos algunos significados teóricos, relacionados con el poder y la verticalidad en las relaciones, que son consecuentes con el modelo teórico del Programa de la Cruzada, mas no con los contenidos originalmente cuestionadores de los conceptos como salud reproductiva, perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos.

Como se observa en los resultados (cuadro 1), descritos en el apartado 2, los indicadores de satisfacción son altos y los estándares establecidos por la Secretaría de Salud fueron alcanzados en muy poco tiempo. Al respecto, habría que preguntar: ¿cómo fue levantada dicha información? ¿por quiénes? ¿cómo son definidos los sujetos informantes? ¿en qué espacio se hizo la entrevista? ¿cómo se presentaron los entrevistadores ante los informantes? Si la posible respuesta es que la información fue levantada por trabajadores de las propias instituciones y así se presentaron, la entrevista fue en el espacio de la salud, se hizo a informantes principalmente en instituciones para población abierta, que se caracterizan por tener menores recursos y una menor capacidad de gestión y demanda de la atención, entonces podríamos pensar en la relación de poder entre la institución y el usuario en la obten-

ción de dicha información, aunque estas aseveraciones deberemos constatarlas sistemáticamente en campo. Sin embargo, partiendo de la posición teórico-metodológica de la sociología constructivista (Schwartz y Jacobs, 1984), que le da especial importancia a las condiciones del levantamiento de la información, al tipo de relación que se establece entre investigador e investigado, así como al espacio y el contexto en que se ubica el usuario para contestar dichas preguntas y sus características socioculturales, entenderemos la forma en que puede llegar a construirse el dato.<sup>23</sup> Esta reflexión se complementa al señalar que las implicaciones teóricas de las encuestas se refieren al reconocimiento de la cuantificación como el método más válido dentro de los estudios científicos. En el caso del sector salud, enmarcado por el modelo biomédico que resulta ser el hegemónico en los servicios de salud, tal reconocimiento se ha exacerbado en la medición implementada por el Programa de la Cruzada. Detrás de esto, también habría que plantear la circularidad del proceso de la evaluación de parte del sector salud. Además, aquel principio básico de la Cruzada que señala que “los problemas que afectan la calidad generalmente están causados por el diseño de sistemas y de los procesos”, se traduce en que mejorando el sistema, podrá mejorarse, “en cascada”, la particular situación de la atención de la salud. Este enfoque teórico aparece un tanto determinista, y se matiza con la incorporación al discurso y a las acciones de conceptos especialmente cualitativos y con la participación (a nivel enunciativo) de los trabajadores operativos y usuarios.

Volviendo a los planteamientos de Foucault, podemos cerrar este apartado afirmando que se hace necesario el análisis del discurso que busca dirigir las acciones en el cuidado de la salud:

[...] en esa coyuntura en que aparece (el discurso) y en esa dispersión temporal que le permita ser repetido, sabido, olvidado, transformado, borrado hasta el menor rastro, sepultado,

<sup>23</sup> Para un análisis más detallado de las implicaciones teóricas-metodológicas en el uso de dicho instrumento, se recomienda el artículo de Iriart y Nervi (1990).

muy lejos de toda mirada [...] No hay que devolver el discurso a la lejana presencia del origen: hay que tratarlo en el juego de sus instancias [...] Estas formas previas de continuidad, todas esas síntesis que no problematizamos y que dejamos en pleno derecho, es preciso tenerlas, por lo tanto, en suspenso. No recusarlas definitivamente, sino sacudir la quietud con la cual se las acepta; mostrar que no se deducen naturalmente, sino que son siempre el efecto de una construcción cuyas reglas se trata de conocer y cuyas justificaciones hay que controlar [...] (Foucault, 2001:41).

### **A manera de conclusiones**

Los siguientes puntos tienen el objetivo de concluir, aunque apenas es un acercamiento sintético sobre el análisis antes presentado:

- La calidad de la atención en los servicios de salud es un problema para el Estado en tanto representa un descontento social constatado en distintas indagaciones y demandas por violaciones a los derechos de los y las usuarias. El sector salud lo define fundamentalmente como un problema técnico que es posible medir hasta en sus últimos detalles y modificar hasta cierto nivel de visibilidad, según se observa en la prolífica y en algunos casos, fina elaboración, de los documentos e instrumentos de evaluación. Al partir de dicha posición, ha pasado por alto los contenidos cuestionadores de un conjunto de conceptos que aunque en la esfera del discurso incorpora, en los instrumentos de evaluación, y de implementación de mejoras no han sido operacionalizados. La pregunta que quedaría al respecto es: ¿hasta dónde la calidad en la atención a la salud puede ser manejada y modificada como un problema técnico?
- En los documentos básicos de la Cruzada no se establecen metas relativas al respeto de los derechos humanos de las muje-

res, o más específicamente de los derechos sexuales y reproductivos, que podrían plantearse en aspectos tan concretos como reducir el número de quejas y demandas por mal trato en las instituciones de salud.

- El Estado se “apropia” del discurso cuestionador, así, con comillas, pues lo expropia de sus contenidos originales que ponen en duda las relaciones de poder y de inequidad en la prestación de servicios de salud, y los redefine conforme sus intereses. Ciertamente es complejo plantear los determinantes que van construyendo la implementación de las estrategias de la Cruzada, pues en éstas se concreta la intervención de diversos actores y niveles de decisión, así como del marco estructural restrictivo de las últimas dos décadas.
- La incorporación e institucionalización de los nuevos conceptos al discurso oficial pareciera una estrategia gubernamental para legitimar sus acciones en materia de salud, en tanto no se operacionalizan y se implementan otros conceptos como género y empoderamiento.
- Mientras el Estado presuponga que es posible equiparar a los usuarios con consumidores o clientes y crea que como destinatario de sus servicios tiene a un/ una individuo/ a con poder de decisión frente a una serie de opciones y lo ubique como parte de la cadena de producción, los contenidos de los conceptos de calidad seguirán priorizando los objetivos eficientistas y administrativos, planteando el problema de la calidad más como un problema técnico que como un problema multidimensional, donde el contenido de derechos y de decisión política son fundamentales.

Recibido en agosto de 2003

Revisado en noviembre de 2003

## **Bibliografía**

**Bobbio, Norberto y Nicola Matteucci (dirs.) (1982)**, Diccionario de política, México, Siglo XXI.

**Borrego Verdín, Gilberto (2001)**, “Experiencias del Instituto Mexicano del Seguro Social en la implementación de una cultura de calidad”, ponencia presentada en la Reunión Anual del Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora, A. C., **Hermosillo, Sonora**.

**Bruce, Judith (1998)**, Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual, **Documentos de Trabajo, no. 21, Population Council**.

**Cervantes C., Alejandro (1999)**, “Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos, una propuesta analítica”, en **Brígida García (coord.)**, Mujer, género y población en México, México, **El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía**, pp. 363-430.

**Cevallos, G. H. (1988)**, Foucault y el poder, México, **La Red de Jónas-Premiá Editora**.

**Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000)**, Sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, México, **CONAPO**.

**Escalante G., Fernando (2002)**, Ciudadanos imaginarios, México, **El Colegio de México**.

**Espinoza, Gisela (coord.) (2000)**, Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados, México, **UAM-X, El Atajo Ediciones-Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población**.

**Figueroa P., Juan Guillermo (1996)**, “Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios”, en **Gloria Careaga P., Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía (comps.)**, Ética y salud reproductiva, México, **Porrúa, PUEG y PIS**, pp. 289-316.

\_\_\_\_\_ (1999), **“Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana”**, en **Adriana Ortiz O. (comp.)**, Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México, **México, EDAMEX-UNAM, pp.147-190.**

**Foucault, Michel (1979)**, La microfísica del poder. Genealogía del poder, **ed. y trad. de Julia Varela y Fernando Álvarez Uría, 2a.ed., Madrid, Ediciones La Piqueta.**

\_\_\_\_\_ (1989), El nacimiento de la clínica, **México, Siglo XXI.**

\_\_\_\_\_ (1999), Estética, ética y hermenéutica, **Barcelona, Paidós Básica.**

\_\_\_\_\_ (2001), La arqueología del saber, **20a. ed., México, Siglo XXI.**

**Ibarra C, E (2001)**, **“Foucault, gubernamentalidad y organización: una lectura de la triple problematización del sujeto”**, *Revista Iztapalapa*, **no. 50, pp. 321-358.**

**Iriart, C y L Nervi (1990)**, **“Modelo médico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud”**, *Cuadernos Médico-Sociales*, **no. 52, Argentina, pp. 27-35.**

**Jasis S, Mónica (2000)**, **“A palabras de usuarias... ¿oidos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur”**, en **Claudio Stern y Carlos Echarri (comps.)**, Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación, **México, El Colegio de México, pp. 97-146.**

**Mechanic, D. (1990)**, **“The Role of Sociology in Health Affairs”**, *Health Affairs*, **vol. 9, no.1, pp. 85-97.**

**Menéndez, E. L. (1990)**, Morir de alcohol. Saber e ideología médica, **México, Alianza Editorial Consejo para las Culturas y las Artes.**

**Ortiz O., Adriana (comp.)**, Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México, **México, EDAMEX-UNAM.**

**Poder Ejecutivo Federal (1995)**, Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000, **México.**

Revista de Salud Pública de México (2002), Indicadores para la Evaluación de los sistemas de salud, **Sección preparada por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, vol. 44, julio-agosto.**

**Schwartz, H. y J. Jacobs (1984)**, Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad, **México, Trillas.**

**Secretaría de Salud (2001a)**, Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México, **México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2001b), Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Fundamentos, **México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2001c), Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, [documento en línea]. Disponible: [http://www.ssa.gob.mx/docprog/estrategia\\_4/cruzada\\_nal\\_salud.pdf](http://www.ssa.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf)

\_\_\_\_\_ (2001d), Decálogo de la Calidad. [documento en línea]. Disponible: [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/campanas/2001-01-25/decalogo.htm](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/decalogo.htm)

\_\_\_\_\_ (2001e), Guía para el Plan de Arranque. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, **Dirección General de Calidad de los Servicios de Salud, México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2001f), Programa de Calidad. Equidad y Desarrollo en Salud (**PROCEDES**), **México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2001g), Programa Nacional de Salud 2001-2006, **México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2002a), Guía para la elaboración de proyectos de investigación operativa en calidad, **México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2002b), Conferencia sobre los Avances de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, **Dirección General de Calidad y Educación en Salud**, [documento en línea]. Disponible: [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgces/psct\\_tr/cnss-conf.pdf](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgces/psct_tr/cnss-conf.pdf).

\_\_\_\_\_ (2002c), Conferencia “Medición de la calidad de la atención médica”, Talleres regionales de capacitación a responsables estatales, **verano, Secretaría de Salud.**

\_\_\_\_\_ (2002d), Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, **México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2002e), Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, **México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2002f), Programa de Acción: Sistema Nacional de Información en Salud 2002-2006, **México, SSA.**

\_\_\_\_\_ (2002g), Revista Ecos de calidad, **Año 2002, No. 1, México.**

\_\_\_\_\_ (2002h), Salud: México 2001, **México, SSA.**

**SSA, IMSS, ISSSTE (2002)**, Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad. Primer nivel, **Cruzada Nacional por la Calidad, SSA, México.**

**Weber, M. (1983)**, Economía y Sociedad, **México, FCE.**