

# Niveles de evaluación de la calidad<sup>1</sup>

*Francisco Hernández Torres<sup>2</sup>  
Alicia Alcántara Balderas<sup>3</sup>  
Horacio Contreras Colín<sup>4</sup>*

La Planeación consiste en tratar de diseñar un futuro deseado e identificar las formas para lograrlo, así como en el ejercicio de establecer uno o varios cursos concretos de acción, con indicación precisa de las políticas que deberán orientarlo, la secuencia en las acciones y la determinación de los tiempos y costos para realizar el proyecto de que se trate. La estrategia de acción también aportará una estimación del tiempo que habrá de dedicarle para llegar a la meta.

La planeación estratégica (en adelante “PE”) consiste en el desarrollo de un proceso flexible, holístico y permanente, mediante el que es posible visualizar el porvenir de las decisiones actuales, basado en el análisis de las causas y efectos de las funciones y actividades que se emprenden en una organización con apego a las leyes, encaminadas al logro de las metas, objetivos y planes trazados.

La Planeación se emplea para generar una filosofía organizacional para que la alta dirección cuente con una herramienta administrativa que le permita formar en sus colaboradores una actitud de prioridad en su conocimiento y aplicación.

Esta herramienta, en combinación con las políticas públicas, los marcos normativos y legales, aporta a las instituciones de salud un marco de referencia a partir del cual medirán el cumplimiento de sus obligaciones al momento de brindar la atención médica que requieren los ciudadanos y para la cual fueron creadas. Así se identifica el grado de congruencia entre la asignación programática del gasto y su quehacer organizacional para definir nuevas estrategias y prioridades organizacionales, a fin de tutelar el derecho a la salud.

Uno de los soportes sólidos de la PE es su marco normativo, que en México se ha construido y consolidado en las últimas cinco décadas. Para el caso del Sector Público Federal se requiere la revisión precisa de cuando menos los siguientes documentos:

<sup>1</sup> Una versión preliminar de este artículo se publicó en la *Revista CONAMED* (vol. 16, núm. 4, octubre-diciembre, 2011). En aquella versión participaron también: María Teresa Aguilar Romero, José Misael Hernández Carrillo y Ricardo Martínez Molina (funcionarios de la CONAMED).

<sup>2</sup> Director General de Calidad y Educación en Salud, SS.

<sup>3</sup> Directora General Adjunta de Fortalecimiento a la Calidad, DGCEs, SS.

<sup>4</sup> Editor de contenidos.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- Ley Orgánica de la Administración Pública;
- Ley de Planeación;
- Plan Nacional de Desarrollo;
- Programas Sectoriales;
- Reglamento Interno y/o Estatuto Orgánico;
- Leyes específicas o relacionadas y sus Reglamentos, Acuerdos, Circulares y Decretos.

Para apoyar la aceptación de la planeación estratégica en todos los niveles de la organización, es de vital importancia la adhesión de la alta dirección, ya que sin ese empuje y convencimiento, no existirían los elementos de fuerza y convicción para que el personal operativo contribuya al logro de la Misión, Visión, Objetivos y Metas trazadas.

En el caso del Gobierno Federal, el desarrollo del país se encuentra diseñado por sexenios, bajo el Sistema Nacional de Planeación Democrática, según se plasma en el artículo 1º, fracción II del Capítulo Segundo de la Ley de Planeación; conducido por el titular del Ejecutivo Federal con la participación democrática de los grupos sociales, con base en el artículo 4º de la referida Ley, entendiendo para los efectos de esa norma:

[...] la planeación nacional de desarrollo como la ordenación racional y sistemática de acciones que, en base al ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección al ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia Constitución y la ley establecen<sup>5</sup>.

La utilidad de la PE en los niveles de evaluación de la calidad de la atención a la salud marca el camino y también obliga a la generación e implantación de sistemas de evaluación de la calidad del servicio, a fin de identificar el grado de satisfacción de los usuarios y el tipo de incumplimiento de la normativa que existe alrededor de tal atención.

Hoy la sociedad tiene a su alcance mucha más (y mejor) información, lo que con frecuencia se traduce en demandas de servicios, posible mala percepción o sentimientos relacionados con la calidad, oportunidad y dignidad. Por lo anterior, es indispensable mencionar que un gobierno que funda su proceder en la PE, cuenta con herramientas para llevar a cabo en el marco de sus atribuciones, la evaluación de sus sistemas de salud y medir la calidad de los servicios que brinda a la población, lo que le permite considerar cambios organizacionales para identificar las posibles desviaciones respecto al objetivo trazado.

<sup>5</sup> Poder Legislativo, "Ley de Planeación", *DOF*, México, 5 de enero de 1983; reformada al 20 de junio de 2011.

## ELEMENTOS CLAVE

Para el establecimiento de la PE es necesario reconocer varios elementos, agrupados de la siguiente manera:

Pregunta	Elemento	Concepto
¿Qué queremos ser?	Misión	Establece el objetivo general de la organización.
	Visión	Describir un escenario futuro altamente deseado.
¿Qué nos proponemos lograr?	Objetivos estratégicos	Los esenciales para cumplir la misión.
¿Cómo lo lograremos?	Estrategias clave	Forma en que se logrará el propósito expresado en los objetivos.
¿Qué haremos?	Programas y Proyectos	Acciones específicas para implementar las estrategias.
¿Cómo lo mediremos?	Indicadores	Parámetro para evaluar el logro de las estrategias.
	Metas	Especificación en número de cuánto deseamos lograr.

## ANÁLISIS ESTRATÉGICO

El análisis puede llevarse a cabo mediante múltiples herramientas disponibles en la literatura administrativa. En este contexto, citaremos el análisis FODA (Gutiérrez, 2005). Se debe subrayar que las interacciones en los planos de convergencia de la matriz utilizada<sup>6</sup> y adaptada a la experiencia de las instituciones del sector salud en México, se pueden resumir en las siguientes coordenadas:

1. Fortaleza-Oportunidad (FO). Si bien resulta la posición más recomendada en la matriz mencionada, y sitúa a la organización en un estado sólido y bien definido, algunos de los servicios de salud Federal, Estatal o Municipal, que se encuentran en este cuadrante, deberán ejercitar acciones de continuidad basados en las mejores prácticas y evitar poner en riesgo su fortaleza en un futuro.

<sup>6</sup> Cuadrado dividido en cuatro partes o cuadrantes internos: en la parte superior derecha se ubica la intersección FO; a su izquierda, la FA; por debajo, la DA; y en la parte inferior derecha, la DO. Cada una de las posiciones identifica elementos estratégicos para la toma de decisiones en la organización.

2. Fortaleza-Amenaza (FA). La mayoría de las instituciones que brindan atención médica institucional podrían ubicarse en este cuadrante, ya que cuentan con experiencia e infraestructura para la prestación de servicios médicos, siendo su amenaza la falta de asignación de presupuesto o desviaciones en su uso.
3. Debilidad-Amenaza (DA). Las instituciones que se encuentran en esta ventana presentan un riesgo importante, tanto para ellas como para los servidores públicos que participan en la atención médica que otorgan, pues al carecer de la infraestructura mínima y escasos recursos, sus acciones de carácter defensivo únicamente les alcanzan para la subsistencia diaria.
4. Debilidad-Oportunidad (DO). Las unidades prestadoras de servicios médicos que se encuentren en este cuadrante tendrán como objetivo mejorar las debilidades internas, pero con el aprovechamiento de las oportunidades externas que pudieran identificar.

#### NIVELES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD

La calidad de la atención médica es producto de la interacción que guardan los requisitos legales, administrativos, deontológicos y éticos de la práctica clínica, y las obligaciones institucionales para la prestación de los servicios de salud, comparados con los resultados de las evaluaciones realizadas por los usuarios de dichos servicios.

El *primer nivel* de evaluación considera la calidad desde un enfoque integral, donde se incluya la medición y el logro de las políticas, planes o proyectos institucionales.

En el *segundo nivel*, el enfoque reconocido para su implantación es de evaluación de la estructura, proceso y resultado, que permite identificar fortalezas y debilidades en la prestación de la atención médica con que cuenta la población.

En el *tercer nivel* de abordaje se medirá la calidad de un servicio de salud para un problema específico, es decir, ante la posible falla, error u omisión en la prestación del servicio médico hacia un usuario en particular.

Alrededor de todo el campo de conocimiento que provee la evaluación de la calidad de la atención, gira la seguridad de los pacientes, definida como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Su aseguramiento involucra el establecimiento de sistemas y procesos que buscan minimizar la probabilidad de cometer errores en ese proceso (ver cuadro 1).

Es indudable que si existe una planeación de los servicios de salud basada en estrategias, prioridades, objetivos y metas, también deben existir herramientas que orienten el cumplimiento de los eventos trazados; por lo tanto, al ser las instituciones de salud entes vivos y en aprendizaje constante, deberán sujetarse a la aplicación de métodos de evaluación que permitan

identificar si la calidad del servicio es adecuada; si la institución cuenta con eficiencia y eficacia, grado de aceptabilidad y legitimidad; entre otras.

Estos elementos plantean un reto a la profesión médica en su misión de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria, pero al mismo tiempo, el reto es para los gobernantes quienes generarán políticas públicas acordes a las necesidades actuales y futuras de la población mundial.

## ELEMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

### *Primer nivel. Evaluación general de la calidad de la atención (política pública)*

Existen diversos métodos para evaluar las políticas o programas en torno de la calidad en la atención. En América Latina, uno que ha sido ampliamente utilizado es el “FESP”, Funciones Esenciales de Salud Pública, que son una estrategia para mejorar la salud de las poblaciones mediante la descripción de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud, así como para proporcionar las condiciones propicias para el adecuado desempeño de la salud pública. Esta iniciativa continental fue definida como “La Salud Pública en las Américas”, definiendo un total de 11 FESP y desarrollando un instrumento para medir su desempeño y vigorizar la participación de los diferentes niveles de las autoridades sanitarias del estado.

- La FESP relacionada con calidad es la novena y se define como “*La seguridad de la calidad en los servicios de salud*”, para lo cual debemos considerar la necesidad de implantar un sistema de evaluación basado en la metodología científica aplicable y supervisada tanto al interior (incluidas las tecnologías) como al exterior de la organización, a

CUADRO 1.  
NIVELES Y OBJETO DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

Nivel	Denominación	Objeto	Método	Instrumento
Primero	Evaluación general de la calidad.	Políticas, programas y presupuesto nacional.	Grupo focal	FESP-9 <sup>(1)</sup>
Segundo	Evaluación de la calidad de los servicios.	Servicios de salud de primero, segundo y tercer nivel de atención	Sistémico	EPRC <sup>(2)</sup>
Tercero	Evaluación de casos (Individual)	Resultado de la atención médica individual (casos)	Calidad y seguridad del paciente	Evaluación de la atención del caso

(1) Función esencial de salud pública número 9. Garantía y mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

(2) Modelo de estructura, proceso, resultado y contexto.

fin de garantizar los elementos mínimos en la prestación del servicio, aplicando evaluaciones para identificar la satisfacción del usuario, los indicadores y normas regulatorias.

Estos puntos expresan las actividades encargadas de evaluar y medir la calidad de los servicios de salud, desde el nivel individual hasta un nivel colectivo, con el propósito de buscar la satisfacción de las necesidades de la población y en cumplimiento de los derechos de los usuarios.

Tal medición de la FESP 9 contempla cuatro ejes de evaluación. El primero realiza la medición sobre si el gobierno ha definido con precisión las políticas y los estándares de calidad de la atención para los diferentes niveles de atención a la salud, desde el ámbito de acción local hasta el de los hospitales de alta especialidad. El segundo se relaciona con la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales. El tercero aborda el nivel de implantación de sistemas de gestión de la tecnología y la evaluación propiamente de las tecnologías en materia de salud, relevante por el costo creciente de su incorporación a los sistemas nacionales de salud. El cuarto eje se vincula con el nivel federal o central en asesoría y apoyo técnico a las instancias subnacionales de salud (en México, a las entidades federativas) para asegurar la calidad de los servicios.

### *Segundo nivel. Evaluación de la calidad de los servicios de salud (servicio o programa)*

Al evaluar la calidad de los servicios de salud se eligen cursos de acción como resultado del análisis sistemático de experiencias pasadas y del reconocimiento de las distintas etapas del proceso de prestación de servicios y de la pertinencia, formulación, eficacia, eficiencia y efectividad de los objetivos y metas programadas (OMS, 1999).

El objetivo general de la evaluación de la calidad en las instituciones de salud es mejorar sus programas y servicios, además de medir la suficiencia de la infraestructura sanitaria para su ejecución. Este proceso está regulado por el esquema de “presupuesto basado en resultados” y constituye una fase indispensable en la gerencia de las instituciones del sector salud (administración, rectoría, implementación).

Resulta importante mencionar que mediante esta medición podemos identificar seis propósitos en la evaluación de la calidad de los servicios de salud:

- Determinar el grado de alcance de los objetivos de un programa.
- Identificar el grado de eficiencia alcanzado.
- Brindar controles o acciones de mejora de calidad.
- Identificar y valorar la efectividad de las estructuras organizacionales y sistemas de prestación de servicios.

- Recopilados los hallazgos, generar el cambio basado en metodologías científicas.
- Plantear la ejecución de la PE en conjunto y en forma sistémica.

De ello se desprenden dos conceptos clave: los indicadores y los criterios. Para este apartado se entiende como indicador a aquella variable que mide y refleja los cambios de una situación determinada, mediante su validez, objetividad, sensibilidad y especificidad. Los criterios son las normas con las que se evalúan y califican las distintas acciones.

Es importante mencionar que las mediciones deben ser el resultado de la aplicación de metodologías formales y con métodos y técnicas bien definidas, e investigar si estos elementos se encuentran normados y si se aplican para evitar desviaciones de carácter administrativo.

Al ponderar a las organizaciones como sistemas debidamente estructurados, debemos observar para su evaluación: la estructura, el proceso, los resultados y el contexto.

La debida interacción de los elementos en este nivel será indispensable para obtener una evaluación certera y que confiera valor para la toma de decisiones y la mejora continua.

*La evaluación de la estructura* se dirige hacia el marco en el cual se encuentra el apoyo de la institución de salud, es decir, qué tipo de recursos son los que utiliza para desarrollar sus funciones y satisfacer la demanda de sus servicios.

Otro aspecto es la accesibilidad de los servicios, y dificultad en el uso de los mismos, por parte de la población demandante. Los obstáculos observados para que los usuarios hagan uso de los servicios son: económicos, culturales, sociales y/o geográficos.

*La evaluación del proceso* incluye todos los métodos que se realizan para reconocer, diagnosticar y establecer ciertas acciones directas o indirectas que contribuyan a alcanzar las metas de la institución. Es necesario medir en esta fase tres componentes: el *uso*, la calidad y la productividad. El primero señala la proporción de la población demandante que hizo contacto con un determinado servicio durante un periodo. Es recomendable que la medición del uso de los servicios de salud sea en un lapso mínimo de un año, con el fin de medir las variaciones que presenta la demanda en los diferentes servicios que constituyen la institución de salud.

La calidad deberá ser evaluada tomando como premisas el grado de compromiso en la política pública y los servicios ofertados de los elementos legales y reglamentarios, y de las competencias demostradas al brindar el servicio por parte del prestador privado o público, comparados con el grado de satisfacción manifestado por los usuarios a partir del instrumento de medición de la satisfacción y, en su caso, por las auditorías tanto contables como administrativas. Hablar de calidad en los servicios de atención médica es identificar a la política pública como el requisito que sin duda, deberá garantizar los derechos humanos de los usuarios.

La productividad está dirigida tácticamente a reconocer los recursos-humanos, materiales y financieros transformados en maniobras, procedimientos o servicios utilizados en la solución de situaciones o problemas. La relación básica de la productividad se da entre los resultados producidos y los recursos utilizados, por lo que el nivel óptimo de productividad será aquel en que se alcance el mayor número de unidades o servicios producidos, con el menor número de recursos utilizados.

La evaluación de los resultados es la medición del objetivo final o razón de ser de los servicios de salud, ya que por medio de esta verificación, la institución se legitima ante el sector; esto es, habrá de demostrar que los servicios que se prestan responden a una demanda prioritaria de la sociedad. Dentro de los criterios que se utilizan para medir los resultados, encontramos la cobertura, la eficacia y la eficiencia. La interrelación e interpretación de estas variables nos permite formular juicios acerca de la efectividad de los servicios que presta la institución de salud.

La cobertura se define como la proporción de necesidades que quedan satisfechas por los servicios que se prestan. La dificultad de aplicar el concepto de cobertura radica en la definición del denominador, pues hay que definir la población que demanda los servicios, y la que realmente los necesita. La evaluación de la eficacia consiste en el análisis del logro de los objetivos, expresándolos, si es posible, como la reducción de los problemas que abordan los servicios. La medición de este criterio es facilitada con la definición de las metas y los indicadores de los resultados en el curso de la planificación del programa.

La efectividad de los servicios que presta la institución refleja la influencia general que tiene el servicio o la institución en el desarrollo sanitario y socioeconómico asociado con la salud. La OMS sostiene que la medición de la efectividad “[...] identifica los cambios necesarios de orientación de los programas de salud, de manera que contribuyan más al desarrollo general del sector de la salud y del socioeconómico”.

Dentro del criterio de efectividad se considera el efecto negativo, el cual se encuentra íntimamente ligado a los efectos que producen en la sociedad las acciones de los servicios de la institución de salud. En el cuadro 2 se registran los hallazgos más frecuentes en la evaluación de la calidad de los programas y servicios de salud.

### *Tercer nivel. Evaluación de casos (individual)*

La evaluación de la calidad de la atención médica en este nivel, también se hace desde una óptica sistémica en sus componentes: estructura, proceso, resultado.

En materia de atención médica, la disponibilidad de recursos en la institución, las acciones desplegadas por los médicos, técnicos o auxiliares, deben perseguir atributos que determinan la calidad de la atención, considerando los siguientes elementos: acceso, seguridad, efectividad, eficiencia y oportunidad, entre otros.

CUADRO 2.  
HALLAZGOS FRECUENTES EN LA MEDICIÓN DE LA  
CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

De estructura:	De proceso:	De resultados:
<p><i>Equipo:</i> Instalación insuficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo inadecuado</li> </ul> <p><i>Personal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente</li> <li>• Selección y capacitación insuficiente</li> <li>• Distribución inadecuada</li> </ul> <p><i>Insumos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente</li> <li>• Surtidos sin oportunidad</li> <li>• Falta de calidad</li> <li>• Insuficiente sangre o sus fracciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de oportunidad en la atención médica.</li> <li>• Carencia de manuales de operación.</li> <li>• Falta de normas o su supervisión.</li> <li>• Competencia profesional insuficiente.</li> <li>• Falta de respeto a principios éticos.</li> <li>• Desconocimiento de medidas de seguridad para el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de salud no satisfechas.</li> <li>• Complicaciones y secuelas temporales o permanentes.</li> <li>• Evento adverso con o sin error médico.</li> <li>• Defunción no esperada.</li> <li>• Expectativas no satisfechas.</li> </ul>

Con el propósito de evaluar la atención médica en este nivel, es necesario conocer las condiciones en que se brindó el servicio, e identificar con base en las evidencias documentales, aquellas que pudieron haber presentado alguna desviación personal del médico (impericia) o bien, falta de recursos institucionales (medicamentos) o administrativos (supuesta falta de vigencia), con el fin de enmendarlas y con ello contar con evidencias para incrementar la calidad de la atención médica, la seguridad y la satisfacción del paciente.

Es importante mencionar que la evaluación debe ser efectuada por personal competente y con base en valores éticos y ontológicos de la práctica a juzgar.

La evaluación de la atención médica en todas sus partes del *proceso*, se centra en el conjunto de acciones destinadas a preservar la salud del paciente; es aquí donde las particularidades inherentes a éste (actitudes y conductas), sus necesidades y expectativas en materia de salud, se vuelven determinantes.

En el componente del proceso se distinguen cuatro elementos: usuario, atención médica, seguridad del paciente y resultado de la atención.

El *usuario* posee una serie de atributos o cualidades que deben ser considerados al momento de hacer la evaluación de la atención médica. Cultura, educación, edad, condiciones de género, ocupación, estado civil, lugar de residencia, antecedentes patológicos, entre muchos otros, son factores que inciden en la toma de decisiones que debe hacer quien proporciona la atención médica.

El abordaje de la evaluación de la *atención médica* propiamente dicha, se basa en la observación o apego a un protocolo que permite evaluar la oportunidad de la atención, la aplicación de principios científicos, la legitimidad del acto médico, la justificación de las decisiones médicas, el respeto a los principios éticos, el consentimiento informado en caso necesario; el cumplimiento de las obligaciones de medios, de seguridad y de resultados, así como la evaluación de los beneficios para el paciente respecto de los riesgos.

Esta evaluación se apoya en el expediente clínico; sin embargo, pese a que existe la norma sanitaria que lo regula<sup>7</sup>, cabe señalar que a la fecha no se verifica su total cumplimiento.

Durante la atención médica, el profesional o especialista requiere con frecuencia apoyo del personal administrativo, de enfermería, por lo que la evaluación debe precisar las deficiencias observadas que sean atribuibles a cada recurso, de acuerdo a sus niveles de responsabilidad.

El elemento relacionado con la seguridad del paciente se encuentra estrechamente vinculado con la calidad de la atención médica y se ha vuelto una preocupación constante para el Sistema Nacional de Salud, por lo que se han implementado estrategias y procesos de evaluación, como el establecimiento de Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)<sup>8</sup> del programa SICALIDAD de la Secretaría de Salud, y otros ordenamientos relacionados.

El **resultado** es entendido como: el cambio en la salud del paciente atribuido a la atención médica.

## CONCLUSIONES

En el esquema de planes, programas y proyectos, quedan establecidos los objetivos, estrategias y directrices bajo los cuales todo orden de gobierno debe basarse para su operación y funcionamiento.

La responsabilidad del sistema basado en planes consiste en extender a todas las áreas de la sociedad un beneficio sustentable y con calidad, sin importar las particularidades y diversidad que se pueda presentar.

Manifestado el cambio de visión en el máximo ordenamiento jurídico mexicano para observar las garantías individuales como derechos humanos, junto con la obligatoriedad del Estado de tutelar el derecho a la protección de la salud, resulta necesario generar bases sólidas que permitan al Estado garantizar el acceso a tales servicios, para lo cual se concibe un Sistema Nacional de Salud con ocho objetivos que en resumen, dirigen los esfuerzos a la prestación de los servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos en condiciones individuales, familiares y sociales, sin olvidar a los actores denominados “prestadores de servicios médicos, técnicos y auxiliares” quienes

<sup>7</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

<sup>8</sup> Dirección General de Calidad y Educación en Salud, *Instrucción 117/2008. Comités de Calidad y Seguridad del Paciente*, México, SS, 2008.

no deberán dejar de desarrollar sus habilidades y competencias en beneficio de su labor y de la prestación del servicios médico basado en la calidad, calidez, oportunidad, información y con seguridad para sus pacientes.

La realidad que mostró el país a finales de la década de los ochenta, identificó a nuevos actores sociales, políticos y económicos en busca de espacios públicos donde participar, decidir y poder ellos mismos satisfacer aquellas demandas que no fueron cubiertas por el gobierno. La Administración Pública observó que su acción había disminuido su influencia y credibilidad en la sociedad, por lo que replanteó sus instrumentos de operación, incorporando novedosos elementos tales como la instrumentación de planes estratégicos y las denominadas políticas públicas.

Por tanto, la gestión se convierte en instrumento a partir del cual se construye una política pública, incorporando en la toma de decisiones a los ciudadanos y aquellas organizaciones que tienen interés en intervenir para obtener políticas consensuadas que permitirán alcanzar los objetivos establecidos por los actores.

Contribuir a la mejora de la calidad de la atención a la salud y a la seguridad del paciente debe ser tema toral en la agenda pública, por lo que determinar la misión, visión, objetivos y metas del Sistema Nacional de Salud y generar mediante la PE entornos viables tanto para los prestadores de servicios como para los usuarios, es un reto de política pública.

Planear, organizar, dirigir y controlar (fases mecánicas y dinámicas de la administración), o planear, hacer, verificar y actuar (PHVA: *Ciclo Deming*), deben ser las actitudes que permitan generar un estilo de vida, una filosofía gubernamental, para que mediante un proceso mental, ejercitando la intelectualidad de los actores de la organización, se generen los caminos que deberán seguirse para alcanzar cada objetivo y meta planteados con los tiempos establecidos y los recursos asignados, apegados a las normas jurídicas, éticas y deontológicas que sirvan para alcanzar la máxima eficacia y eficiencia en el servicio público, a fin de brindar —mediante la PE— satisfacción a los usuarios y sus fiscalizadores; generar cursos alternos de acción que permitan la continuidad del servicio, en caso de eventos catastróficos; generar una actitud de compromiso y desarrollo en el personal de salud en búsqueda de la mejora continua para aprovechar herramientas de medición y análisis en beneficio de la ciudadanía que demanda cada vez más servicios de calidad, con calidez y con seguridad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Cruz C, “La necesidad de la planeación estratégica en las organizaciones industriales modernas”, *Temas de ciencia y tecnología*, 2000 May-Ago; 4(11):17-28.
- Aguirre-Gas H *et al.*, “El error médico. Eventos adversos”, *Rev Cirugía y Cirujanos*, 2006; 74(6):495-503.
- Dutra A, Degrandpré L, “De la arquitectura a la acción”, *Gestión de Negocios*, 2002 Nov-Dic; 2(6).

- Fajardo-Dolci GE, "Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente", *Rev CONAMED*, 2008 Ene-Mar; 13(46):3-5.
- Gutiérrez-Pulido H, *Calidad total y productividad*, México, McGraw-Hill, 2ª. ed., 2005, pp. 326-7.
- Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Martínez A, Fajardo-Dolci GE, "Queja médica y calidad de la atención en salud", *Rev CONAMED*, 2009 Jul-Sep; 14(3):26-34.
- Instituto Politécnico Nacional (IPN)/Secretaría Técnica, Dirección de Planeación y Organización, *Metodología para el análisis FODA*, México, IPN, 2002 (marzo).
- Khon LT, Corrigan JM, Donaldson M (eds.), *To err is human: Building a safer health system*, Washington, D. C., Institute of Medicine/National Academy Press, 1999.
- Martínez-Villegas F, *Planeación estratégica creativa*, México, Edit. PAC, 2001.
- Matus C, *Estrategia y plan*, México, Siglo XXI Editores, 1969.
- \_\_\_\_\_, *Planificación de situaciones*, México, FCE, 1980.
- Millán JA, Concheiro A, *México 2030: Nuevo siglo, nuevo país*, México, FCE, 2000.
- Mintzberg H, *El proceso estratégico. Concepto, contextos y caos*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, 2ª. ed., 1993.
- Mirlos T, *Criterios básicos de planeación. Las decisiones políticas. De la planeación a la acción*, México, Instituto Federal Electoral (IFE)-Siglo XXI Editores, 2001.
- Montesano-Delfín JR, *Manual de Planeación Estratégica en un sistema de salud*, México, Edit. Auroch, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *Funciones esenciales de salud pública*, Washington, D. C., OPS, 2011. [Acceso: 10-julio-2011]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP\\_09.htm](http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP_09.htm).
- OMS, *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1, Informe técnico definitivo*, Ginebra, Suiza, OMS, 2009 (enero).
- OPS, *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action*, Washington, D. C., OPS, 2002, Publicación científica núm. 589.
- Poder Legislativo, "Ley de planeación", *DOF*, México, 5 de enero de 1983. Reformada al 20/junio/2011.
- Porter ME, *Estrategia competitiva*, México, CECSA, 1998.
- Presidencia de la República, *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, México, SS, 2007, pp. 12-15.
- Sallénave JP, *Administración de empresas. Teoría y práctica*, México, Edit. Limusa, 1996.
- Secretaría de Salud federal (SS), *Programa de acción en materia de evaluación del desempeño 2006-2012*, México, SS, 2007 (agosto).
- Steiner GA, *Planeación estratégica*, México, CECSA, 1998.
- Unidad Académica en Estudios del Desarrollo/Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), *Planeación estratégica*, México, Alternativas Sociales en Planeación y Evaluación, S. C., 2006 (marzo).