

*Profesora asignatura pregrado y posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México / Profesora adjunta, residencia de Medicina Familiar, Unidad de Salud de Primer Nivel T-III "Dr. José Castro Villagrana", IMSS Bienestar. **Profesor Tiempo completo, Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. ***Médico pasante de la Carrera de Médico Cirujano, Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:

Dra. Jacqueline Beatriz Roo Prato

Correo electrónico:

jroop3@gmail.com

ORCID

*0009-0008-4671-1998

**0000-0001-5923-0255

***0009-0004-7405-4658

Atención primaria de la salud y calidad de la atención en medicina familiar

Primary Health Care and Quality of Care in Family Medicine

Atenção primária à saúde e qualidade da assistência em medicina familiar

Jacqueline Beatriz Roo-Prato,* Miguel Ángel Fernández-Ortega,** Polet García-Merino.***

DOI: 10.62514/amf.v28i4.275

Resumen

La Atención Primaria en Salud y la calidad de la atención, representan componentes esenciales para el desarrollo de sistemas de salud capaces de responder de manera efectiva a las necesidades de la población. La Atención Primaria de Salud promueve la atención integral, prevención, promoción de la salud y la continuidad de los cuidados, incorporando la calidad de la atención como un componente fundamental para garantizar servicios de salud seguros, oportunos, eficientes y centrados en las personas, favoreciendo una respuesta más accesible, equitativa y orientada al bienestar colectivo mediante la implementación de procesos de evaluación y mejora continua que permitan optimizar el desempeño institucional, fortalecer la seguridad del paciente y favorecer la satisfacción de los usuarios. La integración de estos elementos contribuye al desarrollo de modelos de atención más resolutivos y sostenibles. El presente trabajo revisa los principales fundamentos relacionados con la Atención Primaria de Salud y la calidad de la atención, así como sus dimensiones, mecanismos de evaluación y estrategias de aseguramiento.

Palabras clave: Calidad de la atención de salud; Atención Primaria de Salud; Medicina familiar

Abstract

Primary health care and the quality of care represent essential components for the development of health systems capable of responding effectively to the needs of the population. Primary Health Care promotes comprehensive care, prevention, health promotion, and continuity of care, incorporating quality of care as a fundamental component to guarantee safe, timely, efficient, and people-centered health services, favoring a more accessible, equitable, and collectively well-being-oriented response through the implementation of evaluation processes and continuous improvement to optimize institutional performance, strengthen patient safety, and enhance user satisfaction. The integration of these elements contributes to the development of more effective and sustainable care models. This paper reviews the main principles related to Primary Health Care and the

quality of care, as well as its dimensions, evaluation mechanisms, and assurance strategies.

Keywords: Quality of health care; Primary Health Care; Family medicine

Resumo

A atenção primária à saúde e a qualidade dessa atenção representam componentes essenciais para o desenvolvimento de sistemas de saúde capazes de responder eficazmente às necessidades da população. A Atenção Primária à Saúde promove o cuidado integral, a prevenção, a promoção da saúde e a continuidade do cuidado, incorporando a qualidade da assistência como um componente fundamental para garantir serviços de saúde seguros, oportunos, eficientes e centrados na pessoa, favorecendo uma resposta mais acessível, equitativa e orientada para o bem-estar coletivo por meio da implementação de processos de avaliação e melhoria contínua para otimizar o desempenho institucional, fortalecer a segurança do paciente e aumentar a satisfação do usuário. A integração desses elementos contribui para o desenvolvimento de modelos de atendimento mais eficazes e sustentáveis. Este artigo revisa os principais princípios relacionados à Atenção Primária à Saúde e à qualidade da assistência, bem como suas dimensões, mecanismos de avaliação e estratégias de garantia.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde; Assistência centrada no paciente; Segurança do paciente; Gestão da Qualidade Total; Medicina de família

Introducción

La Atención Primaria de la Salud

Entre los años de 1960-1970 hubo una crisis mundial generada por factores como la Guerra Fría, dictaduras militares y democracias inestables, que ocasionaron severas crisis económicas y políticas, que impactaron en la salud de las personas en todo el mundo. La idea de impulsar una estrategia de atención a la salud que estuviera al alcance de ricos y

pobres, resultó muy atractiva para los tomadores de decisiones de 134 países y 67 organizaciones internacionales, los cuales acudieron a la convocatoria hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a participar en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS), en Alma-Ata, ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), el 12 de septiembre de 1978. En esta Conferencia Internacional se expresó "...la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo..."¹⁻³

La intención de la Declaración de Alma Ata, fue alcanzar la "Salud para Todos" en el año 2000, lo cual, evidentemente no fue posible. Diferentes factores han intervenido en la falta de impacto de la APS en los sistemas de salud de muchas naciones, las más importantes fueron la falta de entendimiento del significado de los 10 componentes de esta Declaración, en muchos casos se consideró una estrategia para brindar atención a gente pobre, por lo que se diseñaron paquetes básicos de salud, sin el compromiso gubernamental en el rediseño de las reformas a los sistemas de salud. Muchos otros han mantenido un discurso político en favor de la APS, e incluso, han impulsado reformas que darían soporte a un modelo de salud con estas características, no obstante, no se han acompañado estas iniciativas del financiamiento que permita su viabilidad.

La OMS/OPS, define la APS en el documento *La Renovación de la APS en las Américas de 2007*, como "...la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces". Refiriendo además que esta definición es la más común en Europa y en otros países industrializados, ubicando al especialista en medicina familiar, como el más idóneo para trabajar bajo este enfoque.⁴ Así mismo, la OMS, también define la APS como:

*"La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas"*⁵

En 2018, a 40 años de la Declaración de Alma Ata, se llevó a cabo la Conferencia Mundial en APS, de donde surge la Declaración de Astaná, celebrada en Astaná, Kazajistán, el 25 y 26 de octubre, siendo convocada OMS/ Fondo de las Naciones Unidas para la

Infancia (UNICEF).⁶ En esta conferencia, países de todo el mundo refrendaron el compromiso celebrado en Alma Ata para lograr la cobertura universal de salud, asumiendo los Jefes de Estado compromisos en cuatro áreas clave: "(1) *tomar decisiones políticas audaces para la salud en todos los sectores; (2) construir una atención primaria de salud sostenible; (3) empoderar a individuos y comunidades; y (4) alinear el apoyo de los interesados con las políticas, estrategias y planes nacionales.*"

En este sentido, los gobiernos reconocieron que los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y los cuidados paliativos, deben ser accesibles a todas las personas. Además, se pretende combatir la pobreza, sobre todo la pobreza extrema que se agrava por los gastos desproporcionados en salud. También se plantea en la Declaración, la escasez de trabajadores de la salud y su distribución desigual. El segundo punto de la Declaración de Astaná pretende construir una APS sustentable, que plantea ajustes legislativos y en la jerarquización de prioridades nacionales que deberán ser atendidas, mejorando la capacidad instalada en las instituciones de salud a través de inversiones, dando prioridad a la salud pública. En esta nueva etapa se pretende fortalecer la atención de necesidades de salud a lo largo de la vida de las personas, mediante servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención paliativa, incorporando el enfoque de género.⁶

En la Región de América Latina, la APS ha tenido avances importantes en los 45 años de su implementación, los indicadores de morbilidad, esperanza y calidad de vida saludable han mejorado de forma evidente, incluyendo los países más pobres y con menor inversión en salud. Desde hace dos décadas se hizo evidente el incremento en la esperanza de vida al nacer (seis años en promedio); la mortalidad infantil se redujo una tercera parte y la perinatal 35%; las muertes por enfermedades transmisibles y afecciones del sistema circulatorio también habían presentado una sensible disminución de alrededor de 25%.⁴ Hoy en día, la proyección a 2030 de la estrategia de APS considera que de cumplirse las intervenciones acordadas en 2019 en la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas, los países de bajos y medianos ingresos, podrían salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años.⁵

No obstante, debemos considerar que la polarización y transición epidemiológicas están ocurriendo en muchos países del mundo, coexistiendo patologías infecciosas propias de países en desarrollo, como la tuberculosis, parasitosis y diarreas, así como las generadas por los avances sanitarios, tecnológicos y de urbanización, tales como el envejecimiento de la población, la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, accidentes, violencias, adicciones, entre otras. Cuando se habla de calidad de los servicios de APS,

se consideran algunos aspectos básicos, como el derecho a la salud de las personas; de profesionales formados en APS y no habilitados para tal efecto. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizacional, además de recursos humanos especializados, con el soporte económico y tecnológico que permita alcanzar la mayor capacidad resolutoria en el primer nivel de atención.⁷

Los sistemas basados en APS emplean prácticas de organización y gestión que consideran al médico familiar o al especialista en APS como puerta de entrada al sistema de salud, con el propósito de incrementar la efectividad y eficiencia del primer nivel de atención. Un sistema de salud basado en APS da respuesta a las necesidades de salud de la población, presta atención integral a lo largo del tiempo, pone énfasis en la educación, prevención y la promoción de la salud y garantiza el primer contacto del usuario con la red de servicios que se tienen.⁴

La Calidad de la Atención

El concepto de calidad tiene sus orígenes en Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial. A pesar de haber sido muchos los teóricos de la Calidad, nos referiremos sólo a los más destacados, según su obra. Iniciaremos con William Edwards Deming (1900-1993), trabajó desde 1927 con el Dr. Shewhart en el control estadístico de los procesos. En 1942 impartió una serie de cursos sobre el “Control Estadístico del Proceso” en la Universidad de Stanford, dirigido principalmente a los ingenieros jefes de producción de empresas fabricantes de armamento, lográndose corregir 15% de los errores de producción, causados por el operario de línea y el supervisor. En 1950 fue invitado por Kaoru Ishikawa, presidente de la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (UCIJ). El resultado del trabajo de Deming mediante la implantación de los sistemas estadísticos para la calidad fue la reducción de 90% del reproceso de los cables fabricados en la Furukawa Electric Company en su planta de Nikko. Esos resultados llevaron a establecer en Japón (1951) el Premio Deming a la calidad y confiabilidad de productos y servicios.^{8,9}

En los orígenes de la cultura de la calidad coincidieron con William Deming el japonés Kaoru Ishikawa y Joseph Juran, también ingeniero y abogado, nacionalizado estadounidense, quienes fueron consistentes en su estudio y coincidieron en sus teorías al respecto de la calidad, aunque también tuvieron diferencias importantes. En su trabajo con la industria manufacturera, pudieron sustentar el concepto de “Calidad Total”, que es definida por Ishikawa como “Cumplir con todos los requisitos y especificaciones previamente determinados, mismos que deben cuidarse desde el inicio de su fase productiva”; ¡Hacer las cosas bien desde el principio para asegurar cero

errores! Este concepto contraviene con otro establecido en esos tiempos y que aún se puede escuchar en muchas organizaciones, es el “Control de Calidad”. Este concepto implica supervisar el desarrollo del proceso, producto o servicio, ya que de antemano se sabe que tendrá errores y habrá que detectarlos para corregirlos. Calidad Total implica que no debe haber errores y que, por ende, no es necesario realizar “control de calidad”.^{8,9}

Otra aportación de este ingeniero fueron los “Círculos de Calidad”, donde se reúnen los trabajadores para discutir aspectos importantes de los procesos de producción para lograr mejoras. La creación de los 11 puntos de los procesos de “Mejora Continua” planteados por Ishikawa, son tan actuales como los 14 planteados por Deming en los procesos encaminados a la búsqueda de la Calidad. Finalmente, Ishikawa, también fue el autor del diagrama de la “espina de pescado” o diagrama de causa-efecto, utilizado en la actualidad para encontrar las posibles causas de un problema.^{8,9} Juran impulsa entre otras cosas, el concepto de Aseguramiento de la Calidad por medio de la “trilogía de la calidad”, la planificación de la calidad, el control de la calidad y demuestra que son la planificación financiera, el control financiero y el aumento de utilidades, herramientas para evitar los “costos de la no calidad” o “fábrica oculta”, da una justificación económica a la necesidad de implementar procesos de mejora.^{8,9} De la misma forma, además de Juran, Feigenbaum (1951) y Crosby (1961) (que en su libro “Quality is free” categoriza y determina con claridad el impacto de los costos de la no Calidad), refuerzan el concepto de la Calidad Total, en el sentido de crear la aplicación global que hoy aceptamos como lógica para un sistema de gestión de la Calidad.^{8,9}

En los años ochenta y noventa, se incorporó al concepto de Administración Total de la Calidad, el análisis de los procesos de mejora continua, considerando además los estudios mercadológicos (necesidades del consumidor), como una oportunidad competitiva. En esta etapa surgió un teórico libanés, de origen armenio y nacionalizado estadounidense, llamado Avedis Donabedian (1919-2000), profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, Estados Unidos, que desarrolló algunos conceptos fundamentales en el entendimiento de la calidad de la atención, aplicándola a la organización de servicios de salud.¹⁰ Una de las primeras aportaciones de Donabedian fue incorporar al estudio de la calidad de la atención de la salud, el análisis de los factores que influyen en la estructura, proceso y resultados (**Figura 1**).

Estructura: Recursos humanos (médico, enfermera, trabajadora social, etc.); instalaciones (edificio, consultorios, sala de espera, jardines, áreas de hospitalización, equipamiento, mobiliario, materiales, etc.). En el aspecto de los recursos humanos Donabedian

Figura 1. Modelo de Donabedian para la evaluación de la calidad de la atención.



Elaboración propia basada en García-Fabila E. Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica. Medicina Investigación. Universidad Autónoma del Estado México. 2018;6(1):48-52.

describe dos dimensiones de interacción entre el médico y el paciente (profesional-cliente), la dimensión técnica y la interpersonal. La primera corresponde a la aplicación de los conocimientos médicos y científicos, además del adecuado uso de la tecnología por parte del médico. La segunda comprende la interacción entre dos personas, médico-paciente o profesional-cliente, en donde la intervención técnica pudo ser “brillante”, no obstante, el trato hacia el paciente pudo ser descortés, déspota o grosero y dejar al paciente profundamente insatisfecho o enojado.

Proceso: Indica los procedimientos que los recursos humanos realizarán para atender a las personas en los diferentes servicios de la unidad médica, así como los mecanismos de interacción entre los diferentes departamentos o áreas, manteniendo la red de servicios fluida y en armonía en beneficio del paciente. A manera de ejemplos: involucra desde la admisión de pacientes, la programación de citas, interconsultas y referencias a especialistas, visitas a domicilio, disponibilidad y acceso a los servicios de la unidad médica. También podría ser la adecuada prescripción del medicamento y su dosis, determinada por el correcto diagnóstico del problema de salud del paciente y la disponibilidad de medicamentos en farmacia.¹¹

Resultado: Satisfacción o insatisfacción de los pacientes o usuarios; indicadores de los niveles de salud (morbilidad, mortalidad, quejas, etc.); costos de atención (eficacia, eficiencia); infecciones nosocomiales; mala imagen institucional; etc. Donabedian definió la calidad de la atención como “El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente”. Así mismo, incorporó la importancia de la evaluación, la satisfacción del cliente y la acreditación en los servicios de salud.^{10, 12-14}

Dimensiones de la Calidad de los Servicios de Salud en APS

La OMS, define la Calidad de los Servicios de Salud como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los

factores y conocimientos y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”. Además, hace hincapié en la corresponsabilidad que debe tener el Estado, los prestadores de servicios y los pacientes o usuarios.¹⁵ Para Lohr, “calidad es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”. Para el Programa de Salud Español, “...calidad es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario...”¹²

Es importante mencionar que la Calidad de la atención en medicina familiar y APS,¹⁶⁻¹⁹ debe cubrir las siguientes dimensiones que pueden y deben estar sujetas a evaluación: *Eficacia, Eficiencia, Efectividad, Equidad, Oportunidad, Accesibilidad, Satisfacción de usuarios internos y externos, Continuidad de la atención, Integralidad, Seguridad, Enfoque de riesgo, Redes de servicios en los tres niveles de atención, Sistemas de información confiables.* (Figura II)

Eficacia: Cumplir los objetivos para los cuales fueron diseñados cada uno de los programas y servicios, de acuerdo con los estándares establecidos. **Eficiencia:** Cada paciente y familia deben recibir la atención que requieran con la mejor calidad y al menor costo posible, considerando en este último los medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, utilización de servicios hospitalarios, entre otros, evitando el uso de recursos no justificados, así como la polifarmacia y los tiempos muertos. **Efectividad:** Implica maximizar cada una de las acciones que realiza el médico familiar y el equipo de salud. Un ejemplo de esto es que en cada consulta el médico y la enfermera deberán no sólo resolver la dolencia o motivo de consulta del paciente o familia, también será una gran oportunidad para educarlos en su enfermedad, riesgos potenciales a su salud como el cáncer, la diabetes o la hipertensión, de acuerdo con la edad y sexo; realizar tamizaje de diversas patologías e informarse sobre la dinámica y estructura familiar, etc., ¡el paciente está ahí y hay que aprovechar, quizás no regrese! **Equidad:** Otorgar a cada paciente lo que necesita sin discriminación por raza, género, religión, nivel social, económico y educativo. A veces las personas que menos tienen necesitan más, y en esa medida habrá que apoyarlas. **Oportunidad:** La oportunidad es un factor fundamental en todos los procesos de calidad. La atención médica y todas las acciones de los servicios de salud deben proporcionarse en el momento que se solicitan y cuando se requieren. **Accesibilidad:** Los servicios de salud deben ser accesibles en cualquier momento para quien los requiera y estar ubicados estratégicamente para la población de responsabilidad, con instalaciones que cuenten con la estructura física para la atención de pacientes discapacitados, de la

tercera edad o embarazadas. **Satisfacción de usuarios internos y externos:** Dentro de los indicadores de evaluación de las instituciones de salud deben estar siempre presentes la medición del grado de satisfacción de los usuarios externos (pacientes, usuarios, clientes), así como los usuarios internos (trabajadores de la salud, directivos, inversionistas). Con frecuencia las encuestas se enfocan a conocer la satisfacción de los pacientes y se olvidan (o no le dan importancia), del personal que atiende a la población objetivo. Debemos recordar que un médico, enfermera o cualquier profesional de salud jamás podrá ofrecer un servicio adecuado (de calidad) a sus pacientes si está enojado o insatisfecho con la organización de salud donde trabaja.²⁶ **Continuidad de la atención:** La atención médica que brinda el especialista en medicina familiar o el profesional de APS, debe ser continua, desde el nacimiento y a lo largo de cualquier etapa de la vida de los pacientes. De igual forma debe incluir las visitas a domicilio del paciente si es necesario y si el modelo de salud lo permite. **Integralidad:** El especialista en medicina familiar debe abordar a sus pacientes de manera integral, “como un todo”, entendiendo que tanto la salud como la enfermedad inciden en el individuo a nivel biopsicosocial. La enfermedad tiene repercusiones psicológicas, emocionales y sociales, por lo que el médico y su equipo de salud deben tener las competencias necesarias para

trabajar con esta dimensión. **Seguridad:** Cualquier intervención médica o del equipo de salud, sea preventiva, diagnóstica o terapéutica, debe realizarse con absoluta seguridad para el paciente y estar perfectamente justificada. El paciente debe estar informado en todos los casos del tipo de procedimiento y potenciales riesgos que éste conlleve, incluso, los que parezcan inocuos y aprobarlo. **Enfoque de riesgo:** Los modelos de salud basados en APS o medicina familiar, tienen como pilar la prevención, por lo que no podría entenderse dentro de los estándares de calidad la ausencia de promoción, actividades preventivas y de educación para la salud. **Redes de Servicios en los tres niveles de atención:** En los modelos de salud basados en medicina familiar o APS, el médico es la puerta de entrada al sistema de salud. Por lo tanto, es necesario dotar al médico y su equipo de salud de los recursos necesarios para que puedan funcionar como una barrera de contención para el segundo y tercer niveles de atención. Se ha observado a nivel mundial que entre más médicos especializados en medicina familiar tenga el primer nivel y mejor sea el equipamiento de laboratorio, gabinete y farmacia, los médicos familiares pueden resolver del 90% - 95% de la demanda de consulta, refiriendo a la red hospitalaria sólo los pacientes que requieren mayor especialización, equipos y tecnología muy sofisticada, las urgencias, cirugías y atención gineco-obstétrica, lo que reduce la saturación de servicios hospitalarios y los costos de atención. En este estándar, es crucial el buen funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Figura II. Dimensiones de la calidad de la atención en APS



Elaboración propia basada en Vargas González V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: parámetros de medición. Revista Ciencias Sociales. 2013;19(4):663-671.

Sistemas de información confiables.

Para la adecuada toma de decisiones en la planeación, organización, dirección y control de los servicios médicos, las tecnologías de información y comunicación (TIC) son fundamentales, la morbilidad, las principales causas de solicitud de consulta, los padecimientos de vigilancia epidemiológica, los controles de medicamentos e insumos, los costos por paciente, etc., deben estar perfectamente sistematizados y organizados, de manera que sean una herramienta para tomar decisiones y evaluar la calidad de los servicios otorgados por toda la organización y/o por cada médico o profesional de salud.

Sistemas de Evaluación

La evaluación dentro de las organizaciones de salud es un componente irrefutable de los procesos de calidad. Durante mucho tiempo se habló del Control de Calidad, sin embargo, hoy en día se habla del Aseguramiento de la Calidad, el cual se puede definir como el “conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el sistema de calidad, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto satisfará los requisitos dados sobre la calidad”¹⁶

Los Sistemas de Aseguramiento de la Calidad, también llamados Total Quality Management (TQM) o Gestión o Garantía de la Calidad Total, hacen referencia a un sistema de gestión, más allá de la calidad de los productos y de los servicios.

Para la certificación ISO 9000, todas las organizaciones deben contar con dos documentos denominados Manuales de Aseguramiento de Calidad, uno es el Manual de Calidad, que define por un lado el conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos que la organización debe cumplir para llevar a cabo la gestión de la calidad. El otro documento es el Manual de Procedimientos que dice cómo y cuándo se realizan las actividades.^{16,19}

Los sistemas de calidad (1980-2000) de la familia ISO 9000, en gran medida acercaban las tendencias de la calidad mundial a las “Normas de Aseguramiento de la Calidad” integrado por las normas ISO 9000, ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003 como normas de certificación, así como las normas ISO 17025 e ISO 15189 para la acreditación de los laboratorios de ensayos clínicos y las normas de auditoría de la calidad ISO 19011. Estas normas de certificación de calidad permiten identificar productos y servicios que sirven para el uso declarado y cumplen con las especificaciones del cliente, habiendo acreditado los procesos administrativos y empresariales que garantizan su ejecución con transparencia, mediante proveedores aprobados.¹⁹

Si bien las normas de la familia ISO 9000 representaron durante décadas el principal referente para la implementación de sistemas de gestión de calidad en distintos sectores, incluido el sanitario, la creciente complejidad de los servicios de salud y la necesidad de incorporar aspectos como la seguridad del paciente, la atención centrada en la persona y la gestión de riesgos impulsaron el desarrollo de estándares más específicos para este sector. En este contexto, la Organización Internacional de Normalización publicó en 2023 la norma ISO 7101, considerada el primer estándar internacional diseñado específicamente para proporcionar requisitos para la gestión de la calidad de la atención sanitaria mediante la adopción de modelos de atención basados en el respeto, la compasión, la equidad y la dignidad de las personas, así como la identificación y gestión de riesgos. Asimismo, establece mecanismos para garantizar la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como el personal de salud, fortalecer el control de la prestación de servicios mediante procesos documentados, supervisar el desempeño clínico y no clínico y fomentar la mejora continua de los procesos y resultados en salud.^{20,21}

Hoy, muchas de las instituciones de salud trabajan bajo estos estándares de calidad y cuentan con sistemas de evaluación interna que se sustentan en

la aplicación de ISO 9001:2015, están integrados a los modelos de gestión y a las TICs, con la intención de garantizar el trabajo en equipo y el control estadístico de los resultados para una efectiva toma de decisiones.

A nivel internacional, iniciativas como la Primary Health Care Performance Initiative (PHPCI) constituye una iniciativa orientada a fortalecer la medición del desempeño de la APS mediante indicadores comparables entre países. A diferencia de los enfoques tradicionales centrados principalmente en insumos y resultados, la PHPCI incorpora una evaluación detallada de los procesos asistenciales y de la interacción entre los servicios, los profesionales y las comunidades, permitiendo identificar áreas de oportunidad para el fortalecimiento de la APS.²²

También es frecuente encontrar que, las organizaciones de salud y/o el propio Sector Salud, define los indicadores con los que habrán de evaluarse todas las instituciones sanitarias por organizaciones externas o gubernamentales. Entre los referentes internacionales destaca la *Joint Commission International (JCI)*, cuya función es evaluar y acreditar organizaciones de salud mediante estándares internacionales orientados a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Sus procesos de evaluación incluyen aspectos relacionados con la atención centrada en la persona, la gestión institucional, la prevención de riesgos, el control de infecciones y la mejora continua de los servicios de salud.²³ En México, estas funciones son desempeñadas por el Consejo de Salubridad General, organismo encargado de establecer los criterios e instrumentos para la evaluación y certificación de los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. A través de sus modelos de evaluación verifica el cumplimiento estándares relacionados con la calidad de la atención y la seguridad del paciente, otorgando el reconocimiento a aquellas instituciones que cumplen con los requisitos establecidos.²⁴ Estos mecanismos han dado origen a los denominados Sistemas de Acreditación de la Calidad y Seguridad del Paciente, que incluye a los sistemas de certificación y recertificación de los médicos, con periodos de verificación o evaluación cada 5 años (en México), que obligan al profesional a mantenerse actualizado y competente en los problemas de salud que atiende. Aunque no está establecido en todos los países de Iberoamérica, es una recomendación de la Asamblea Mundial de Naciones Unidas.^{17-19, 25,26}

Referencias

1. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(3):167-176.
2. Ugarte C, Vera A. Calidad en atención primaria de salud: percepción de los profesionales de los Centros de Salud Familiar y Comunitaria de la ciudad de Valdivia,

- 2010 [tesis de licenciatura]. Valdivia: Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería; 2010.
3. Secretaría de Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata, URSS. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/declaracion-de-alma-ata>
4. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):73-84.
5. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 2026 Jun 3]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/primary-health-care>
6. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Astaná [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2026 Jun 3]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
7. Calderón C. Atención primaria de salud: por qué, dónde y cómo. *Hacia Promoc Salud*. 2019;24(1):9-10.
8. Méndez Rosey JC. Filosofías de la calidad: Deming, Juran, Ishikawa, Crosby [Internet]. 2013 [citado 2026 Jun 3]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/>
9. Stoner JAF, Freeman RE, Gilbert DR. Calidad. En: Administración. 6a ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1996. p. 226-255.
10. García-Fabla E. Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. *Calidad de la atención médica. Med Investig Univ Auton Estado Mex*. 2018;6(1):48-52.
11. Martínez-Gorostiaga J, Echevarría-Orella E, Calvo-Hernández B. Factores influyentes en la calidad de la prescripción en atención primaria y relación con el gasto farmacéutico. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93:e201908054.
12. Villalba RD. Calidad en la atención primaria de la salud. *Enferm Glob*. 2007;6(1):1-15.
13. Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, Moraes Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev Salud Publica*. 2010;12(4):533-545.
14. Programa de Salud Infantil. Calidad en los cuidados preventivos. Criterios de calidad e indicadores. En: AEPap. Curso de actualización pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 555-572.
15. Vargas González V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: parámetros de medición. *Rev Cienc Soc*. 2013;19(4):663-671.
16. ISOtools. Conceptos fundamentales de la calidad en salud [Internet]. 2015 [citado 2026 Jun 3]. Disponible en: <https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/>
17. Borja Fonseca FE. La calidad: conceptos generales [Internet]. Monografias.com; [citado 2026 Jun 3]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos75/calidad-conceptos-generales/calidad-conceptos-generales>
18. Gómez Batiste X, Espinosa J, Martínez Muñoz M. Manual: cómo elaborar indicadores y estándares de calidad de la atención paliativa en servicios de salud. Barcelona: Instituto Catalán de Oncología; 2011. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/tool_como_elaborar_indicadores_y_estandares_calidad_at_pal_ss_vf.pdf
19. González Capote D, Soler González RH, Navarro Mosquera N. La filosofía de calidad y sus términos controversiales. *Univ Soc*. 2021;13(5):445-455.
20. International Organization for Standardization. ISO 7101:2023. Healthcare organization management: management systems for quality in healthcare organizations: requirements. Geneva: International Organization for Standardization; 2023.
21. Alzoubi MM, Hayati KS, Rosliza AM, Ahmad AA, Al-Hamdan ZM. Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research. *Risk Manag Healthc Policy*. 2019;12:215-222. doi:10.2147/RMHP.S197038.
22. Veillard J, Cowling K, Bittton A, Ratcliffe H, Kimball M, Barkley S, et al. Better measurement for performance improvement in low- and middle-income countries: the Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) experience of conceptual framework development and indicator selection. *Milbank Q*. 2017;95(4):836-883. doi:10.1111/1468-0009.12301.
23. Donahue KT, vanOstenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int J Qual Health Care*. 2000;12(3):243-246. doi:10.1093/intqhc/12.3.243.
24. Consejo de Salubridad General. Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2023 [citado 2026 Jun 3]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5693771>
25. Ramírez Valdivia MT, Mendoza Alonzo JL, Moraga Pumarino AF. Desarrollo de un indicador de la calidad de atención en Centros de Salud Familiar para la medición de la eficiencia técnica. *Ing Desarro*. 2015;33(2):238-259.
26. Montoya-Cáceres P, Bello-Escamilla N, Neira J. Relación entre calidad de vida laboral y satisfacción laboral en el equipo de atención primaria de salud. *Med Segur Trab (Madr)*. 2020;66(261):220-229.