

La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud

Pedro Jesús Saturno-Hernández, MPH, DrPH.⁽¹⁾

Saturno-Hernández PJ.
La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud.
Salud Publica Mex. 2024;66:644-652.
<https://doi.org/10.21149/15725>

Saturno-Hernández PJ.
The quality of care as the axis of health systems.
Salud Publica Mex. 2024;66:644-652.
<https://doi.org/10.21149/15725>

Resumen

La misión central del sistema de salud es cuidar y mejorar la salud de la población, para lo cual debe existir acceso universal a servicios con calidad. Existe abundante evidencia de que tener acceso es insuficiente para obtener buenos resultados en salud. Sólo por esta razón, la gestión y mejora de la calidad debería ser un componente nuclear del sistema de salud. De hecho, el “acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad” es una función esencial de la salud pública (FESP). Otros argumentos menos conocidos, pero igualmente fundamentados en evidencia, son su característica como determinante social de la salud, y su contribución a la sostenibilidad del sistema, y a la seguridad y resiliencia en situaciones extraordinarias. Para hacer operativo el necesario enfoque en calidad, se propone un sistema de gestión de la calidad integral y sistémico (SGCIS), que incluya, entre otras cosas, todos los servicios y todos los niveles de responsabilidad, bajo una definición multidimensional de la calidad. La implementación conjunta del modelo MAS-Bienestar y el Servicio Nacional de Salud Pública, base de la transformación actual del sistema de salud mexicano, brinda la oportunidad para estructurar y visualizar la contribución de un SGCIS.

Palabras clave: calidad de la atención de salud; cobertura universal de salud; determinantes sociales de la salud; funciones esenciales de la salud pública; gestión de la calidad; reforma de la atención de salud

Abstract

The central mission of the health system is to care for and improve the health of the population. To this end, there must be universal access to quality services. There is abundant evidence that access is insufficient for good health outcomes. For this reason alone, quality management and improvement should be a core component of the health system. In fact, “Equitable Access to Comprehensive and Quality Health Services” is an Essential Function of Public Health. Other arguments, less known but equally evidence-based, are its characteristic as a social determinant of health, and its contribution to the sustainability of the system, and to security and resilience in extraordinary situations. To operationalize the necessary focus on quality, a comprehensive and systemic Quality Management System (SGCIS, in Spanish) is proposed, which includes, among other things, all services and all levels of responsibility, under a multidimensional definition of quality. The joint implementation of the MAS-Bienestar model and the National Public Health Service, the basis of the current transformation of the Mexican health system, provides the opportunity to structure and visualize the contribution of an SGCIS.

Keywords: quality of health care; universal health coverage; social determinants of health; essential public health functions; quality management; health care reform

¿Por qué calidad?: una política y una estrategia para la gestión y mejora de la calidad son componentes nucleares de cualquier sistema de salud

La misión central de cualquier sistema de salud es mejorar la salud de la población. El cumplimiento de esta

misión depende en gran medida del acceso universal a servicios de calidad que respondan a las necesidades de la población.¹ Una calidad deficiente dará lugar a resultados de salud deficientes. Sin embargo, la calidad no se da ni mejora por sí sola. Se requiere una política y enfoque específico, continuo y metodológicamente sólido, implementando estrategias bien diseñadas.² Es

(1) AXA Chair in Healthcare Quality/Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 26 de febrero de 2024 • **Fecha de aceptado:** 2 de julio de 2024 • **Publicado en línea:** 17 de septiembre de 2024

Autor de correspondencia: Pedro Jesús Saturno-Hernández. Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: pedro.saturno@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

necesario algo más que un enfoque fragmentario, proyecto por proyecto, ciclo de mejora por ciclo de mejora y condición por condición, llevados a cabo en centros aislados. Un sistema de gestión de la calidad (SGC) integral que funcione en todo el sistema de salud es la estructura más coherente para los objetivos e intervenciones que se necesitan.

El principal beneficio de un SGC bien diseñado, con estrategias de mejora de la calidad acordes con la problemática del sistema y su población, es maximizar la salud poblacional. Sin embargo, otro beneficio claro, no siempre reconocido, es un aumento en la eficiencia del sistema de salud. Los costos de la mala calidad se estiman entre el 20 y 40% de todos los gastos en salud.³ Invertir en la calidad puede tener un retorno de inversión considerable en términos de resultados en salud y uso eficiente de recursos siempre limitados.

Para entender mejor la necesidad y utilidad de un SGC en la transformación y funcionamiento del sistema de salud, debemos entender también su ámbito de actuación. Tradicionalmente, los esfuerzos para mejorar la calidad se han venido enfocando mayoritariamente en la atención clínica individual. La aportación de Donabedian A⁴ es un ejemplo destacado de este enfoque. Sin embargo, posteriormente ha habido cambios importantes en el alcance de los SGC en servicios de salud. Los tres principales son: a) ampliar objetivos, sin olvidar la atención clínica individual, a un enfoque poblacional y sistémico;² b) considerar todos los servicios del sistema de salud, incluidos los de salud pública,⁵ y c) reconocer la relevancia de la calidad como parte nuclear de los sistemas de salud.¹ Esta relevancia se contempla explícitamente en principios conceptuales y operativos fundamentales para cualquier sistema de salud: las funciones esenciales de la salud pública; la cobertura universal de salud; y los determinantes sociales de la salud. Adicionalmente, hay un cuerpo creciente de evidencia sobre la importancia de la calidad de los servicios de salud en dos de las preocupaciones cada vez más insoslayables para cualquier país: el impacto medioambiental de la actividad humana, en este caso de los propios servicios de salud, y la seguridad sanitaria y resiliencia del sistema en situaciones de emergencia como la reciente pandemia de Covid-19. Detallamos brevemente a continuación los argumentos que dan soporte a estas implicaciones de un SGC.

Calidad y funciones esenciales de la salud pública

Las funciones esenciales de la salud pública (FESP)⁶ se definen como “las capacidades de las autoridades sanitarias, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud

y garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y determinantes sociales que afectan la salud de la población”. En la versión del año 2000,⁷ la FESP número 9 es: “Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”. La evaluación realizada en 30 países de la región de las Américas, para valorar el cumplimiento de las FESP y señalar las que se debería mejorar, mostró que la FESP con peor desempeño fue precisamente la 9 (21%).⁷ En algunos países se volvieron a medir unos años más tarde. En México, se evaluó de nuevo la FESP 9 en 2009, indicando un empeoramiento.⁸ En 2020 se publicó una versión actualizada de las FESP.⁶ La calidad de los servicios de salud está de nuevo explícita en la FESP 9: “Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad”. Sin embargo, una revisión atenta de las once FESP revela que la importancia de la calidad de los servicios de salud en su acepción integral es transversal a todas ellas.

El fortalecimiento de las FESP se considera la base para mejorar las prácticas de salud pública y la salud de la población, y para construir sistemas de salud resilientes.⁶ Sigue vigente lo indicado en el año 2000: “Las reformas planteadas en el sector de la salud pública conllevan la necesidad de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y una parte importante de este papel consiste en hacer cumplir las FESP... en sus niveles central, intermedio y local”.⁷ Así, la calidad forma parte de la función rectora del sistema en todos sus niveles y de su rendición de cuentas. Debe ser considerada y fortalecida en cualquier reforma que se implemente.

Calidad y cobertura universal

La cobertura sanitaria universal debe incluir una preocupación fundamental por la calidad. Una publicación conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) señala que “sin servicios de salud de calidad, la cobertura sanitaria universal seguirá siendo una promesa vacía”.¹ Como ejemplo, en la implementación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en referencia a la salud materno-infantil, se hizo gran hincapié en la accesibilidad a servicios de salud atendidos por profesionales cualificados. El relativo fracaso que se constató al evaluar los avances llevó a identificar como factor clave de este fracaso la escasa o nula atención a la calidad de los servicios a los que se accedía.⁹ Una confirmación a gran escala, por la cantidad de países analizados, la aportó la publicación de los trabajos de una comisión de Lancet sobre la calidad en los sistemas de salud.¹⁰ Una de sus conclusiones fue que la cobertura universal sin calidad es un desper-

dicio y puede ser incluso un riesgo para la salud de la población, al mostrar que, para las mismas patologías, la proporción de mortalidad evitable por mala calidad de los servicios de salud es mayor que la atribuible a falta de acceso. Por esta razón, es fundamental que los sistemas de salud que apuesten por la cobertura universal tengan en cuenta estas lecciones aprendidas.

Calidad y determinantes sociales de la salud

El acceso a servicios de salud de calidad se considera actualmente uno de los determinantes sociales de la salud, junto con la educación, la estabilidad económica, el vecindario y entorno construido, y el contexto social y económico.¹¹ El acceso a servicios de salud de calidad tiene un impacto social positivo que va más allá de los beneficios clínicos individuales. Al mismo tiempo, el acceso a servicios de salud de calidad, incluyendo la equidad, actúa de forma independiente a los otros determinantes sociales, contribuyendo, como mínimo, a remediar las consecuencias negativas en salud de los otros determinantes. Consecuencias negativas que se ven agravadas si, además, no hay acceso a servicios de salud de calidad.

Calidad e impacto medioambiental de los servicios de salud

El impacto medioambiental de la actividad humana ha llegado a una situación insostenible a nivel planetario.¹² Su epítome es el cambio climático, que viene causando efectos devastadores, con visible repercusión ecológica y en la salud humana y animal. En consecuencia, organizaciones internacionales y cada vez más países intentan definir políticas que, al menos, frenen este deterioro medioambiental. La salud de la población y los servicios de salud se ven afectados de dos maneras: por una parte, el impacto del medioambiente deteriorado en la salud, y por otra, la paradoja del impacto ambiental que producen los propios servicios de salud, aumentando el riesgo de enfermar de la población. Este último aspecto dio lugar hace más de una década a la propuesta de una nueva dimensión transversal para la calidad de los servicios de salud llamada "sostenibilidad".¹³ Según esta nueva dimensión, los servicios de salud de calidad han de tener en cuenta su repercusión social, económica y medioambiental. Las intervenciones propuestas para minimizar el impacto medioambiental de los servicios de salud son de dos tipos: disminuir la huella de carbono de las unidades de atención en su funcionamiento diario (consumo de energía, mantenimiento, abastecimiento de insumos, entre otros), y disminuir la actividad fomentando la prevención, el

autocuidado y eliminando actividades y tratamientos inadecuados, innecesarios y, en definitiva, sin valor para los procesos y resultados de la atención.¹⁴ Los servicios de salud, si fueran un país, serían el quinto emisor de gases con efecto invernadero del planeta, cifrándose en 4.4% de las emisiones globales (3.4% en México).¹⁴ Para un posible diseño de intervenciones, se ha prestado una atención relativamente menor a lo que se podría conseguir gestionando mejor la calidad de los servicios, disminuyendo o evitando los innecesarios. Por ejemplo, se ha cuantificado el impacto ambiental de servicios concretos, encontrando que las intervenciones quirúrgicas son de los servicios más contaminantes,¹⁵ y se han establecido programas para disminuir este impacto.¹⁶ Sin embargo, estos programas no cuestionan la adecuación de las cirugías realizadas, centrándose en disminuir las emisiones del funcionamiento y actividad normal. Por otra parte, una vez establecidos qué insumos son los adecuados y cómo manejarlos para minimizar el impacto medioambiental, la gestión de la calidad debe incluir evaluar y garantizar que las cosas se hagan según lo previsto y con los materiales previstos, además de que se empleen en los procedimientos adecuados. Iniciativas de relevancia internacional enfocadas a la sostenibilidad de los servicios de salud, como la organización Salud sin Daño,¹⁷ no incluyen hasta el momento el foco en la gestión de la calidad de los servicios.

Calidad y seguridad sanitaria

Un SGC que incluya todos los servicios de salud tendrá en cuenta la calidad en la construcción de la seguridad sanitaria, por ejemplo, evaluando, supervisando y mejorando la implementación del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS,¹⁸ o los indicadores del Índice de Seguridad Global para la preparación ante emergencias sanitarias.¹⁹ Sin embargo, la pandemia de Covid-19 nos enseñó que la preparación no es suficiente. La respuesta también es clave para la salud de la población. Una buena respuesta está estrechamente relacionada con la calidad del sistema de salud. La comisión de Lancet sobre Covid-19²⁰ encontró grandes diferencias en los efectos de la pandemia en las poblaciones de países con sistemas nacionales de salud resilientes y cobertura sanitaria universal, y las de países que no tienen tales sistemas, así como en sistemas con una atención primaria de salud sólida, en contraposición a países teóricamente mejor preparados, pero con sistemas de salud fragmentados que privilegian la atención secundaria y terciaria. Como afirmó el director general de la OMS, "los sistemas de salud de calidad no sólo mejoran los resultados de salud en tiempos de paz, sino que también son un baluarte contra los brotes y otras emergencias de salud pública.

La cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria son dos caras de la misma moneda”.²¹

Pero, ¿qué es la calidad en servicios de salud?

Hasta aquí, hemos utilizado la afirmación “calidad de los servicios de salud” sin aclarar a qué nos referimos. Sin embargo, la primera tarea en la construcción de un SGC y sus estrategias para mejorar la calidad es acordar qué entendemos por “calidad”.² Todas las definiciones tienen en común una cosa: la calidad es multidimensional. Por tanto, el mejor enfoque para definir calidad debe ser integral, incluyendo las dimensiones que creamos oportunas.

Una definición integral de la calidad

Las dimensiones que consideremos caracterizarán el SGC. El conjunto de dimensiones propuesto por el (antes llamado) Instituto de Medicina de Estados Unidos, adoptado por la OMS² incluye: seguridad, efectividad, eficiencia, oportunidad, centralidad en las personas, integración y equidad (figura 1).^{2,13} Una nueva dimensión, mencionada más arriba, es la sostenibilidad,

que incluye el impacto ambiental de los servicios de salud.¹⁴ Las dimensiones que elijamos o prioricemos dependerán, a su vez, del concepto de servicios de salud adoptado. Por ejemplo, si hablamos de servicios clínicos individuales, el enfoque centrado en las personas será centrado en el paciente, y las dimensiones poblacionales, como la equidad, serán menos relevantes. Las tendencias internacionales actuales aconsejan considerar todas las dimensiones y todos los servicios del sistema de salud: salud clínica y pública, individual y poblacional.² Un enfoque unidimensional, como ha ocurrido en el pasado con la accesibilidad, y en la actualidad con la seguridad del paciente, puede obtener resultados positivos pero limitados, al ignorar la integralidad del concepto o ceñirse, en el caso de la seguridad del paciente, a los servicios de atención clínica individual de forma parcial.

¿Cómo mejorar la calidad?: los componentes de un enfoque integral y sistémico

Con todos estos antecedentes, el siguiente y natural paso es poner la calidad en el centro del sistema y averiguar qué hacer para mejorar. Como ya se indicó más arriba, venimos de una tradición que se ocupó



Fuente: elaboración propia a partir de OMS² y Mortimer F.¹³

FIGURA 1. LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD

casi exclusivamente de la atención clínica individual y privilegió la realización de mejoras puntuales en centros aislados sin relación con otros elementos de la red asistencial; además, la monitorización podía ser un acopio de datos generalmente no utilizados para iniciativas de mejora. El énfasis creciente en la necesidad de políticas y estrategias para la calidad que abarquen todo el sistema, y todos los servicios de salud, en concordancia con la problemática del país,² necesita un enfoque diferente: un SGC integral y sistémico que incluya los diversos tipos de actividades necesarias para la mejora, contemple los niveles de responsabilidad, la sinergia entre las iniciativas externas e internas, y abarque toda la gama de servicios de salud, con las prioridades que sean oportunas. De esta forma, el SGC puede convertirse en un potente elemento para una transformación positiva del sistema de salud. Se describe a continuación el significado de los elementos de un enfoque integral y sistémico para el SGC, esquematizado en la figura 2.

Política, estrategia, intervenciones y métodos o acciones para la mejora de la calidad

En la literatura sobre gestión y mejora de la calidad, muchos términos (política, estrategia, intervención, método, modelo, entre otros) se utilizan a veces de manera intercambiable, creando cierta confusión. Una metodología determinada para realizar ciclos de mejora o ciertas herramientas o programas se presentan como, o incluso “la”, estrategia para la mejora de la calidad. Por ejemplo, la metodología del ciclo PDSA (*Plan-Do-Study-Act*), herramientas como las Guías de Práctica, y

programas externos como la acreditación. Esta confusión es visible incluso entre organizaciones internacionales como la OMS^{2,22} y la OCDE,²³ que tienen, por ejemplo, diferentes enfoques para definir “estrategia”. La confusión no es sólo terminológica, sino que tiene consecuencias prácticas para los SGC. Para evitar confusiones, conviene distinguir claramente y de manera jerárquica los conceptos de política, estrategia, intervenciones y medios o métodos, como se muestra en la figura 3, con definiciones basadas en documentos de la OMS^{2,24,25} y el *American College of Medical Quality*.²⁶ Tras establecer la política de calidad, se necesita definir las estrategias consecuentes para lograr los objetivos deseados. En este proceso, es útil considerar de forma sistemática una serie de dominios o ámbitos estratégicos.²⁷

Siete ámbitos estratégicos para la calidad

Un documento de la OMS propone seis dominios estratégicos fundamentales.²⁷ Estos son: liderazgo, sistema de información para la calidad, participación de pacientes y población, regulaciones y estándares para la calidad, capacidad organizacional para la calidad y modelos integrales de atención (figura 4).^{13,27} Este esquema fue utilizado en México para analizar la calidad del primer nivel de atención y proponer estrategias de mejora.^{28,29} Además, se necesitaría agregar la sostenibilidad, para valorar intervenciones que puedan disminuir el considerable impacto ambiental de los servicios de salud. Todas las intervenciones, tanto en general como para problemas de salud en particular, pueden considerarse y ser agrupadas utilizando este marco integral de siete dominios.

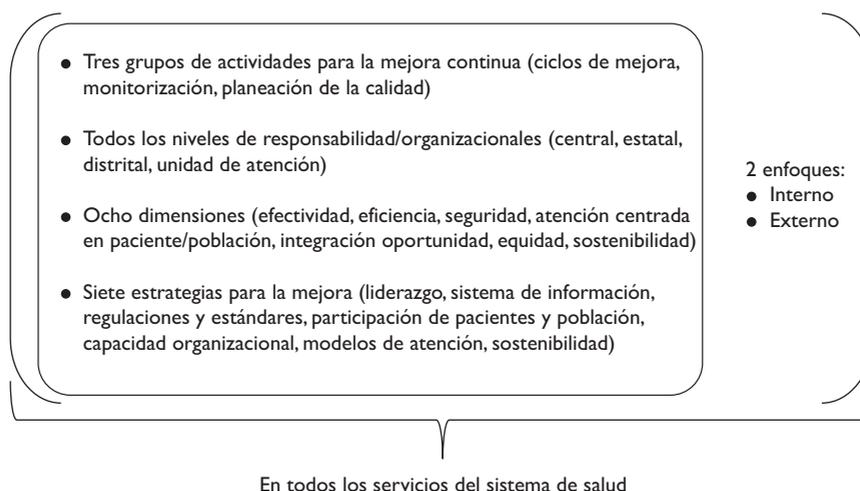
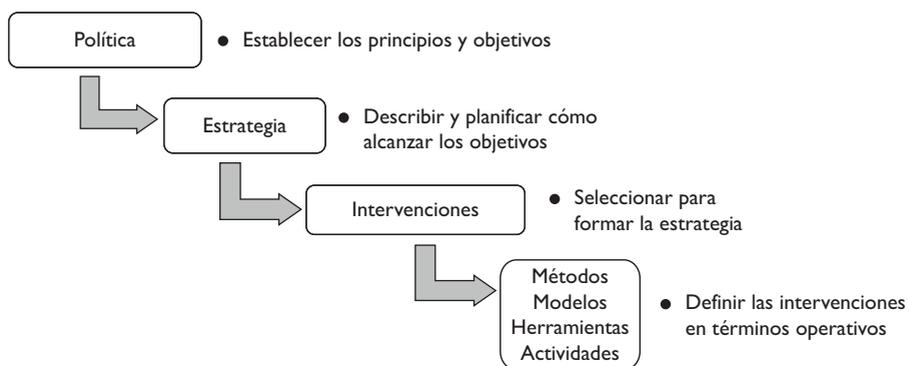


FIGURA 2. COMPONENTES DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INTEGRAL Y SISTÉMICO



Fuente: elaboración propia a partir de la OMS^{2,24,25} y el American College of Medical Quality.²⁶

FIGURA 3. UNA APROXIMACIÓN JERÁRQUICA EN LA ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD



Fuente: elaboración propia a partir de Bengoa y colaboradores²⁷ y Mortimer F.¹³

FIGURA 4. DOMINIOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Planificar, monitorizar y mejorar la calidad

Las actividades para la dinámica de la mejora continua de la calidad pueden agruparse en tres categorías, diferenciables según su punto de partida y objetivo específico, tal como resume el cuadro I:³⁰ planificación de la calidad, monitorización, y ciclos de mejora. Esta agru-

pación tiene su origen en la llamada trilogía de Juran,³¹ adaptada a los servicios de salud después de décadas de implementación empírica.³⁰ Cuando se implementan correctamente los tres grupos de actividades, puntos de entrada diferenciados para la mejora continua, actúan de forma sinérgica. El SGC debe considerarlos de forma integral; no tiene sentido que se implementen de forma

aislada. La monitorización identifica problemas que deben ser sometidos a ciclos de mejora; los ciclos de mejora implican generalmente un rediseño de los procesos; y cualquier diseño o planificación, sea de mayor o menor envergadura, no está completo sin los indicadores que monitoricen si se está implementando correctamente y se están logrando los resultados deseados.

Niveles de responsabilidad

El éxito de un SGC dependerá del nivel de compromiso y coordinación de todas las partes implicadas y todos los niveles de responsabilidad del sistema. Un ejemplo sería un sistema de indicadores para monitorización, que contenga indicadores globales y estratégicos para el nivel de sistema, de funcionamiento y organización para el nivel de unidad de atención, y de atención individual para el nivel de servicio directo al paciente. La justificación del sistema de indicadores jerarquizado es que la solución o mejora de los problemas que detecte son responsabilidad de diferentes niveles administrativos. Por tanto, no incluir responsabilidades en el SGC crea confusión y conduce en el mejor de los casos a identificar problemas irresolubles por no tener claro a qué nivel deben tomarse las decisiones para mejorarlos.

Iniciativa interna y externa

Ligado en cierto modo a la distinción de responsabilidades, las iniciativas para mejorar pueden tener un origen externo o interno en relación con los servicios, procesos o instituciones objeto de las acciones para mejorar. Dos ejemplos de iniciativas externas son la acreditación y los indicadores para evaluación externa del desempeño en

calidad de las unidades asistenciales. Las iniciativas internas son autoevaluaciones e intervenciones decididas por los propios centros y profesionales implicados en los procesos a mejorar. Para la mejora continua, se considera imprescindible el compromiso interno y las iniciativas internas, pero ambos componentes, externo e interno, son útiles, necesarios y pueden ser sinérgicos, siempre que las iniciativas externas no tengan un objetivo punitivo, sino mejorar, complementando y fomentando la iniciativa interna.

El enfoque en calidad y la transformación del sistema de salud mexicano

El sistema de salud mexicano está fragmentado, incluyendo varios sistemas de seguridad social, el de atención a población sin seguridad social, y un sector privado. Esta situación dificulta una cobertura universal equitativa y favorece a la desigualdad en la calidad de los servicios. Sin embargo, el 25 de octubre de 2022, el Diario Oficial de la Federación publicó el modelo MAS-Bienestar que, entre otras cosas, define los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar (CCSB) bajo la tutela de las Secretarías de Salud estatales, que "...definirán las Rutas de Atención Médica Continua (RAMC)..., siendo la RAMC el trayecto que recorre una persona a fin de obtener alguna o varias acciones de la atención médica, de acuerdo a su condición de salud, ya sean preventivas, curativas, de rehabilitación o paliativas a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud desde el ingreso a la red a través de la consulta externa de primer nivel, hasta atención hospitalaria de especialidad".³² Por otra parte,

Cuadro I
GRUPOS DE ACTIVIDADES PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

<i>Grupo de actividades</i>	<i>Punto de inicio</i>	<i>Objetivo inmediato</i>
Ciclos de mejora de la calidad	Identificación de un problema de calidad u oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios ofrecidos.	Resolver el problema. Aprovechar la oportunidad de mejora descubierta.
Monitorización	Identificación de aspectos relevantes de los servicios ofrecidos y construcción de indicadores sobre su calidad. Selección de indicadores sobre problemas que hemos sometido a ciclos de mejora. Indicadores para monitorear la implementación y los resultados de un proceso que hemos diseñado/ planificado.	Control del nivel de calidad. Comparación del desempeño entre unidades organizativas. Mostrar rendición de cuentas/ responsabilidad. Identificar problemas de calidad u oportunidades de mejora.
Diseño o planeación de la calidad	Planificación de un nuevo servicio o rediseño de uno existente. Identificación de necesidades y expectativas de salud a cumplir. Identificación de parámetros y resultados a alcanzar.	Diseñar procesos para lograr los resultados esperados.

Fuente: adaptado de Saturno-Hernández PJ.³⁰

el 23 de agosto de 2023, se publicaron las Disposiciones Generales del Servicio Nacional de Salud Pública.³³ Por lo tanto, la implementación conjunta de ambas estructuras es una oportunidad para integrar funcionalmente todos los servicios de salud de los subsistemas públicos con un enfoque en la calidad integral y sistémico. Idealmente, lo más conveniente sería una unificación también jurídica, basada en el derecho a la salud para toda la población, separado de los derechos laborales. Sin embargo, una implementación de RAMC comunes para toda la población, que utilicen todos los recursos disponibles en todos los subsistemas, gestionadas por CCSB bajo estructuras de gobierno interinstitucionales, sería un paso gigante hacia un sistema de cobertura universal equitativa, con acceso a servicios planificados, monitorizados y con mejora continua de su calidad, dentro de un SGC que integre los niveles federal, estatal, distrital y de unidades de atención.

Declaración de conflicto de intereses. El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

- World Health Organization, Organisation for Economic Cooperation and Development, The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Ginebra: WHO, OECD, The World Bank, 2018 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Ginebra: WHO, 2018 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS, 2010 [citado junio 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1
- Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-48. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- US Department of Health and Human Services. Office of Public Health and Science. Consensus statement on quality in the public health system. Washington DC: DHHS, 2008 [citado febrero 2024]. Disponible en: https://www.apha.org/-/media/files/pdf/topics/qi/phqf_consensus_statement_92208.ashx
- Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington DC: OPS, 2020 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659%20spa.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC: OPS, 2002 [citado junio 2024]. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42858/9275315892_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F, Rodríguez-Suárez J. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México, desde una perspectiva de salud pública. Rev CONAMED. 2011;16(3):114-26 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://encuestas.insp.mx/calidad/descargar.php?path=ZG9jdW1lbnRvcy9kb2N0b3MvMFR3OGVUnp0dDpyZHhaNW5MMXBTdjVENTIVR3pjLnBkZg==&file=RmFqYXJkbyB5IGNvbHMgQ2FsaWRhZCBTYWxIZCBQw7pibGljYS5wZGY=>
- Graham WJ, Varghese B. Quality, quality, quality: gaps in the continuum of care. Lancet. 2012;379(9811):E5-E6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62267-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62267-2)
- Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(12):e1196-1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Healthy People 2030. Social determinants of health. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud, 2024 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>
- WWF. Living planet report 2022. Building a naturepositive society. Gland: WWF, 2022 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://www.worldwildlife.org/pages/living-planet-report-2022>
- Mortimer F. The sustainable physician. Clin Med. 2010;10(2):110-11. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-2-110>
- Karliner J, Slotterback S, Boyd R, Ashby B, Steele K. Health care's climate footprint. How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Healthcare without Harm, ARUP, 2019 [citado febrero 2024]. Disponible en: https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf
- Alshqaqeeq F, Esmaeili MA, Overcash M, Twomey J. Quantifying hospital services by carbon footprint: A systematic literature review of patient care alternatives. Resour Conserv Recycl. 2020;154:104560. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2019.104560>
- Johnson E, Kwakye G, Myers CG, Ghaferi AA. Working toward the triple bottom line in surgery. NEJM Catalyst. 2021;25:1-11 [citado febrero 2024]. <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0575>
- Saludindanio. Salud sin Daño. 2024 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://saludindanio.org/>
- Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional. Ginebra: OMS, 2016 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf?sequence=1>
- Ghsindex. Global Health Security Index. 2024 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://ghsindex.org/>
- Sachs JD, Karim SSA, Akinin L, Allen J, Brosbøl K, Colombo F, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. Lancet. 2022;400(10359):1224-80 [citado febrero 2024]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)
- World Health Organization. Health systems for health security: a framework for developing capacities for International Health Regulations, and components in health systems and other sectors that work in synergy to meet the demands imposed by health emergencies. Ginebra: WHO, 2021 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342006/9789240029682-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization, Regional Office for Europe, Office on Quality of Care & Patient Safety. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen: WHO-Europe, 2008 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347927/WHO-EURO-2008-3958-43717-61500-eng.pdf?sequence=1>
- Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness, and implementation of different strategies. Copenhagen: WHO-Europe and OECD, 2019 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>
- World Health Organization. Health systems strengthening, glossary. Ginebra: WHO [citado junio 2024]. Disponible en: <https://www.who>

int/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf

25. World Health Organization. International Classification of Health Interventions (ICHI). Ginebra:WHO, 2020 [citado junio 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/ichi/en/>

26. Effective Health Care Program, Agency for Healthcare Research and Quality. Research Protocol: Closing the Quality Gap Series: Quality Improvement Interventions to Address Health Disparities. Rockville: Effective Health Care Program, Agency for Healthcare Research and Quality, 2019 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/disparities-quality-improvement/research-protocol>

27. Bengoa R, Kwar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. Francia:WHO, 2006 [citado junio 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, et al. Calidad del primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca: INSP, 2014 [citado junio 2024]. Disponible en: https://encuestas.insp.mx/calidad/publicaciones/BID_Diagnostico.pdf

29. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Candia E, Fernández M, Galván A, et al. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca: INSP, 2014 [citado junio 2024]. Disponible en: https://encuestas.insp.mx/calidad/publicaciones/BID_Propuesta_intervenciones.pdf

30. Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015 [citado junio 2024]. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/160506_Metodos_Herramientas_SS.pdf

31. Juran JM, Godfrey AB, Hoogstoel RE, Schilling EG. Juran's quality handbook. Nueva York: McGraw Hill, 1999 [citado junio 2024]. Disponible en: https://www.academia.edu/35811421/Juran_Quality_Handbook_Fifth_Edition

32. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). México: DOF, 2022 [citado junio 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

33. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales del Servicio Nacional de Salud Pública. México: DOF, 2023 [citado junio 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5699573&fecha=23/08/2023#gsc.tab=0