

## Calidad en la atención del paciente oftalmológico: Una estrategia clave para combatir la discapacidad visual

Blanca Ivonné Salinas-Escudero<sup>1</sup> María Isabel Avalos-García\*<sup>1</sup> Heberto Romeo Priego Álvarez\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México

\*Contacto para correspondencia: [heberto\\_priego@hotmail.com](mailto:heberto_priego@hotmail.com), [isaavalos67@hotmail.com](mailto:isaavalos67@hotmail.com)

Recibido: 28/05/2025

Aceptado: 26/06/2025

Publicado: 06/07/2025

**Resumen:** Este artículo destaca la importancia de garantizar calidad en la atención oftalmológica desde la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia clave para prevenir la discapacidad visual. **Objetivo:** Fortalecer la detección temprana de alteraciones visuales mediante atención integral centrada en el paciente. **Metodología:** Abordaje teórico de tres dimensiones de calidad: técnica, interpersonal y de gestión. **Resultados:** La APS debe implementar formación continua, telemedicina y articulación entre niveles asistenciales. Se propone capacitar al personal de primer contacto para evaluaciones visuales básicas. **Conclusión:** Invertir en calidad reduce desigualdades y mejora la calidad de vida mediante estrategias organizativas, educativas y alianzas intersectoriales. **Aporte:** Plantear mejoras en acceso, equidad y eficacia en salud visual desde la atención primaria.

**Palabras clave:** calidad; atención oftalmológica; atención primaria sanitaria.

### Quality in ophthalmological patient care: A key strategy to combat visual impairment

**Abstract:** This article highlights the importance of ensuring quality in ophthalmologic care from Primary Health Care (PHC) as a key strategy to prevent visual impairment. **Objective:** To strengthen early detection of visual impairment through comprehensive patient-centered care. **Methodology:** Theoretical approach to three dimensions of quality: technical, interpersonal and management. **Results:** PHC should implement continuous training, telemedicine and articulation between levels of care. It is proposed to train first contact personnel for basic visual evaluations. **Conclusion:** Investing in quality reduces inequalities and improves quality of life through organizational and educational strategies and intersectoral alliances. **Contribution:** To propose improvements in access, equity and efficiency in visual health from primary care. **Keywords:** quality; ophthalmologic care; primary health care.

### Qualidade dos cuidados oftalmológicos: uma estratégia fundamental para combater a deficiência visual

**Resumo:** Este artigo destaca a importância de garantir a qualidade na atenção oftalmológica a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia fundamental para prevenir a deficiência visual. **Objetivo:** Fortalecer a detecção precoce da deficiência visual por meio da atenção integral centrada no paciente. **Metodologia:** Abordagem teórica de três dimensões da qualidade: técnica, interpessoal e de gestão. **Resultados:** Os CSP devem implementar a formação contínua, a telemedicina e a articulação entre níveis de cuidados. Propõe-se a formação do pessoal de primeiro contacto para avaliações visuais básicas. **Conclusão:** O investimento na qualidade reduz as desigualdades e melhora a qualidade de vida através de estratégias organizacionais e educativas e de alianças intersectoriais. **Contributo:** Propor melhorias no acesso, na equidade e na eficiência da saúde visual a partir dos cuidados primários. **Palavras-chave:** qualidade; cuidados oftalmológicos; cuidados de saúde primários.

### La qualité des soins ophtalmologiques : une stratégie clé pour lutter contre les déficiences visuelles

**Résumé :** Cet article souligne l'importance de garantir la qualité des soins ophtalmologiques dans le cadre des soins de santé primaires (SSP) en tant que stratégie clé pour prévenir les déficiences visuelles. **Objectif :** Renforcer la détection précoce des déficiences visuelles grâce à des soins complets centrés sur le patient. **Méthodologie :** approche théorique des trois dimensions de la qualité : technique, interpersonnelle et de gestion. **Résultats :** Les SSP doivent mettre en œuvre la formation continue, la télémédecine et l'articulation entre les niveaux de soins. Il est proposé de former le personnel de premier contact aux évaluations visuelles de base. **Conclusion :** investir dans la qualité permet de réduire les inégalités et d'améliorer la qualité de vie grâce à des stratégies organisationnelles et éducatives et à des alliances intersectorielles. **Contribution :** proposer des améliorations en matière d'accès, d'équité et d'efficacité dans le domaine de la santé visuelle à partir des soins primaires. **Mots-clés :** qualité ; soins oculaires ; soins de santé primaires.

---

## 1. Introducción

---

La salud visual es un componente esencial del bienestar humano. Una visión óptima es fundamental para el aprendizaje, el trabajo, la movilidad y la participación social. Dado que aproximadamente el 80% de la información que recibimos del entorno proviene del sentido de la vista, garantizar una atención oftalmológica de calidad es crucial para mantener la conexión de las personas con el mundo que les rodea.

En este contexto, la calidad en la atención oftalmológica no es simplemente un ideal, sino un imperativo. Implica proporcionar servicios seguros, efectivos, oportunos y centrados en el paciente. Para lograrlo, es esencial evaluar continuamente los procesos que intervienen en la atención oftalmológica, desde la detección temprana de problemas visuales hasta el tratamiento y el seguimiento.

La evaluación de procesos en oftalmología abarca múltiples dimensiones. Incluye la calidad técnica, que se refiere al uso de evidencia científica y experiencia clínica para brindar diagnósticos precisos y tratamientos efectivos. También comprende la calidad interpersonal, que se centra en la comunicación efectiva entre el personal de salud y los pacientes, así como en la toma de decisiones compartida. Además, considera la calidad de la gestión, que implica la organización eficiente de los servicios y la optimización de los recursos.

La atención en el nivel primario juega un papel crucial en la detección oportuna de problemas visuales, ya que los médicos de primer contacto, como médicos generales y especialistas en medicina familiar, son quienes suelen relacionarse con los pacientes. Por lo tanto, es fundamental que estos profesionales estén capacitados para realizar una evaluación inicial de la salud visual, que incluya la valoración de la agudeza visual, los reflejos pupilares y el fondo de ojo. La evaluación de procesos en oftalmología también debe considerar la sostenibilidad de los servicios, la coordinación con otras entidades académicas y gubernamentales, el reconocimiento del personal de salud y la investigación continua para mejorar la calidad de la atención.

En este ensayo, se explora en detalle la importancia de la calidad en la atención oftalmológica y la necesidad de evaluar los procesos. Se analizan las estrategias que pueden implementarse para mejorar la calidad de la atención, desde la organización de los servicios hasta la capacitación del personal de salud. También se examina el papel de la atención primaria en la detección temprana de problemas visuales y la importancia de la coordinación entre los diferentes niveles de atención. Por lo que su objetivo primordial es analizar la calidad en la atención del paciente oftalmológico, como una estrategia clave para prevenir la discapacidad visual desde la atención primaria de la salud.

---

## 2. Desarrollo del tema

---

### 2.1 Atención primaria de la salud y la calidad de los servicios de salud

En el campo de la Salud pública mucho se habla de la atención primaria de la salud. Esta, constituye un pilar esencial del sistema sanitario, así como del desarrollo social de la comunidad (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978). Representa el nivel inicial de interacción de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, logrando acortar distancias entre la atención de la salud al sitio donde las personas habitan y trabajan, y constituye el primer elemento del proceso de atención sanitaria

continua. Esta última consiste en: los servicios esenciales de salud que se fundamentan en la práctica clínica, la evidencia científica y el uso de tecnologías y métodos socialmente aceptables. Estos servicios deben ser accesibles para todas las personas y familias dentro de la comunidad, involucrándolos activamente y ofreciendo un valor sostenible económicamente (Starfield, 1998).

La atención primaria de la salud está dirigida hacia los principales problemas de salud pública y para enfrentarlos proporciona servicios preventivos, curativos y de rehabilitación. Incluye: educación sobre problemas sanitarios prevalentes, promoción de alimentación adecuada, acceso seguro al agua potable, atención materno-infantil, planificación familiar, inmunizaciones, prevención de enfermedades endémicas, tratamiento de enfermedades comunes y provisión de medicamentos esenciales. La transición epidemiológica ha guiado la atención hacia enfermedades crónico-degenerativas, requiriendo enfoques intersectoriales que involucren agricultura, educación, infraestructura y economía (Ávalos-García, 2010).

El concepto de APS ha evolucionado hacia una atención continua en el primer nivel de contacto, centrada en la persona y enfocada en responder a sus necesidades de salud (Gulliford et al., 2006). Solo deriva a niveles superiores casos que exceden su capacidad resolutoria, asegurando coordinación del cuidado. La atención primaria permite obtener mejores resultados en salud, disminuir costos y lograr mayor equidad (Starfield, 1998).

La atención primaria centrada en la persona se focaliza en necesidades de salud mediante relaciones duraderas, asumiendo compromiso de cuidar la salud en todas las etapas de la vida. Además, implica enfrentar activamente factores que afectan negativamente la salud, promoviendo involucramiento en el autocuidado (Stiggelbout et al., 2015).

Entre las principales estrategias para fortalecer la APS se encuentran: sistema de salud integrado fortalecido por liderazgo, financiamiento y recursos humanos; enfoque basado en personas; equipos multidisciplinarios; continuidad de la atención; y calidad en todas sus dimensiones. Esta última incluye calidad técnica (proceso basado en evidencia), calidad interpersonal (relación salud-persona) y calidad de gestión (organización eficiente) (Hogg et al., 2007).

El fortalecimiento de la calidad técnica requiere integrar evidencia científica con experiencia clínica considerando necesidades del paciente, mediante talleres interactivos, actualización continua y telemedicina (Sackett et al., 1996). El fortalecimiento de la calidad interpersonal conduce a la toma de decisiones compartida, un proceso participativo que considera valores y preferencias del paciente mediante comunicación efectiva (Stiggelbout et al., 2015).

## 2.2 Gestión de la calidad en salud

La gestión de calidad en salud representa un compromiso organizacional profundo que trasciende los protocolos administrativos para convertirse en un valor cultural arraigado en la identidad institucional. Como explica Ávalos-García (2010), esto implica desarrollar estrategias colaborativas donde "personal de salud, pacientes, familias e instituciones co-construyen mejoras tangibles mediante procesos participativos que evidencian optimización de resultados". Este enfoque multidimensional se estructura en cinco pilares interconectados:

Para garantizar servicios de salud centrados en las personas, es fundamental garantizar servicios seguros, oportunos y equitativos que respeten la diversidad cultural y de género,

implementando canales efectivos de comunicación como sistemas de retroalimentación en tiempo real y adaptaciones lingüísticas para poblaciones indígenas. Asimismo, se debe fomentar el desarrollo del recurso humano promoviendo una cultura ética mediante grupos de mejora continua, mentorías clínicas y trabajo colaborativo interdisciplinario que rompa silos profesionales. En cuanto a la gestión de unidades asistenciales, se ejercerá rectoría efectiva mediante supervisión clínica periódica, optimización de recursos con enfoque en determinantes sociales y coordinación interregional para evitar fragmentación. Además, se impulsará la participación social activa creando comités ciudadanos de vigilancia con capacidad resolutoria que monitoreen estándares de calidad mediante indicadores comprensibles para no especialistas. Todo esto debe enmarcarse en una política de Estado transversal que instaure la calidad como eje de políticas públicas sanitarias nacionales con asignación presupuestaria vinculante y marcos legales de cumplimiento obligatorio.

Los principios rectores se articulan mediante:

- a) Enfoque centrado en el usuario: Adaptar servicios a necesidades específicas de poblaciones vulnerables (adultos mayores, comunidades rurales, personas con discapacidad) mediante diseño universal.
- b) Liderazgo transformador: Implementar ciclos PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) para mejora continua de procesos con metas cuantificables y plazos definidos.
- c) Decisiones basadas en evidencia: Utilizar datos clínicos, epidemiológicos y de satisfacción usuaria para optimizar protocolos, siguiendo los postulados de Sackett et al. (1996) sobre medicina basada en evidencias.
- d) Empoderamiento del personal: Reconocer que "los profesionales comprometidos son motores del cambio sistémico" (ISO 9001:2000, 2000) mediante programas de reconocimiento profesional y desarrollo de carrera.

### **2.3 La gestión de la calidad de la salud en oftalmología**

- a) En el ámbito oftalmológico, la gestión de calidad enfrenta desafíos únicos que exigen estrategias adaptativas contextualizadas:
- b) Educación continua permanente: Capacitación intensiva en patologías de alto impacto social como retinopatía diabética y glaucoma mediante talleres prácticos de refracción, simulaciones de urgencias con maniqués especializados y telemedicina para protocolos de derivación oportuna, priorizando regiones con escasez de especialistas (Hogg et al., 2007).
- c) Sostenibilidad operativa robusta: Implementar sistemas de comunicación unificados con historias clínicas electrónicas interoperables entre niveles asistenciales, mantenimiento predictivo de equipos diagnósticos (oftalmoscopios digitales, tomógrafos de coherencia óptica) mediante contratos de servicio, y circuitos logísticos para suministro ininterrumpido de insumos quirúrgicos.

- d) Alianzas intersectoriales estratégicas: Coordinar con secretarías de educación para tamizajes visuales escolares anuales con protocolos estandarizados, y con gobiernos locales en campañas comunitarias contra ceguera evitable mediante unidades móviles equipadas (OMS, 2020).
- e) Reconocimiento al desempeño con métricas precisas: Diseñar sistemas de incentivos basados en indicadores clave como:
  - Tasa de detección temprana de retinopatía diabética (>85% en población diagnosticada)
  - Reducción del tiempo de espera para cirugía de catarata (<30 días en casos no complicados)
  - Porcentaje de seguimiento postoperatorio a 30 días (>90%)
- f) Investigación aplicada contextualizada: Desarrollar guías clínicas adaptadas a realidades regionales, como protocolos simplificados para manejo de cataratas en zonas tropicales con limitaciones técnicas o algoritmos para diagnóstico diferencial de conjuntivitis endémicas (Ortún, 2005).

#### **2.4. Evaluación de la calidad en atención primaria del paciente oftalmológico**

El fundamento de la APS es la interrelación entre pacientes y médicos. En oftalmología, el médico de primer contacto (general, familiar o pediatra) debe realizar evaluaciones iniciales que incluyan agudeza visual, reflejos pupilares y fondo de ojo, competencias esenciales para identificar baja visión temprana (Gulliford et al., 2006). Conocer complicaciones visuales en recién nacidos pretérmino, niños en desarrollo o pacientes con enfermedades crónicas como diabetes permite atención proactiva. Este enfoque es valioso considerando que "la mitad de las condiciones que generan discapacidad visual son evitables" (OMS, 2020), requiriendo derivación oportuna al especialista cuando sea necesario.

La APS oftalmológica está en renovación permanente en organización, complejidad y oportunidad. Numerosas intervenciones diagnósticas y terapéuticas han descendido a primer nivel de atención. Iniciar con exploración adecuada en este nivel sería clave para controlar la discapacidad visual como problema de salud pública (Starfield, 1998).

La complejidad de procesos oftalmológicos requiere enfoques precisos para evaluar calidad en cada nivel. El progreso tecnológico exige mayor capacidad para asimilar innovaciones, elevando la importancia de mejora continua (Chow Mak, 2005). La extensión de roles y cambio de lugares donde se presta atención refleja innovación en APS oftalmológica. La agenda de calidad debe priorizar evaluación de políticas, efectividad de recursos y servicios orientados a logros concretos (Donabedian, 2003).

#### **2.5. Instrumentos para evaluar la calidad de la atención de la salud**

Las técnicas e instrumentos disponibles y más utilizados que facilitan la evaluación de la calidad en salud son: Estándares como referentes contra las que se comparan los procesos, intervenciones, acciones, programas o tareas que son objeto de la evaluación, expresados como indicadores, políticas, criterios clínicos, guías de actuación, convenciones o prácticas habituales (Carnota, 2005). Los instrumentos de análisis diseñados por especialistas en

calidad, que conforman una manera organizada y lógica para estudiar fenómenos y generar conclusiones acertadas, incluyen técnicas como diagramas de Pareto e Ishikawa, mapas de procesos y técnicas participativas (Olivera, 2013). Las evaluaciones por organismos externos como acreditaciones determinan el cumplimiento de estándares establecidos, siendo un aval institucional para el desempeño. La auditoría, realizada por terceros (usualmente pares), analiza si la práctica médica es consistente con normas clínicas o criterios aceptados. La auditoría interna (o control interno), ejecutada por personal especializado dentro de la organización, actúa como asesor de la gerencia para capturar información, analizar procesos, evaluar acciones y emitir recomendaciones objetivas para la mejora continua (ISO 9001:2000, 2000). Las Normas ISO 9000, desarrolladas por la Organización Internacional de Normalización, ofrecen directrices para gestión de calidad en cualquier organización, donde la ISO 9001:2000 (única certificable) se estructura en cuatro bloques lógicos basados en el ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), aplicable incluso para integrar sistemas de gestión diversos. Las pautas de la norma IWA17 (vigente desde 2001) contienen planes de mejora para organizaciones sanitarias, fundamentadas en la ISO 9004:2000. Los requisitos de estas normativas son aplicables a cualquier organización, pública o privada, sin carácter obligatorio. Los estudios especiales incluyen investigaciones científicas diseñadas para diagnosticar la calidad de procesos o instituciones de salud, requiriendo profesionales altamente calificados. El control social vinculado al empoderamiento comunitario, según Werner (1988), es "el proceso mediante el cual las personas desfavorecidas trabajan juntas para aumentar el control sobre eventos que determinan sus vidas". Este empoderamiento implica proporcionar información y capacitación para que la comunidad ejerza su derecho a opinar, criticar o aceptar acciones de autoridades de salud, participando activamente en la toma de decisiones sobre servicios recibidos, con acceso a educación científica y tecnológica, respeto, interacción y coparticipación. El Benchmarking compara productos, servicios o procesos de trabajo con modelos de excelencia para aprender de mejores prácticas, medir desempeño y diseñar estrategias de mejora. La gestión por procesos es una tecnología para gestionar actividades en organizaciones complejas de salud (hospitales, clínicas), buscando mejora continua y excelencia mediante la definición de tareas, responsables, secuencias y operaciones vinculadas (Olivera, 2013). Estos instrumentos evidencian que los países con mayor orientación hacia la atención primaria logran mejor salud a menor costo, mejorando procedimientos y calidad de servicios médicos (Starfield, 1998)

## **2.6. Enfoques para evaluar la calidad que pueden aplicarse a la atención del paciente oftalmológico**

Siguen estando vigentes las dimensiones establecidas por A. Donabedian (2003) que se basa en estructura proceso y resultados, sin embargo en la atención primaria ha cobrado mucha fuerza el denominar desempeño a los procesos así es como la "evaluación del desempeño" surge integrándose a la cultura del sistema sanitario en nuestros días como una práctica actual inherente a toda organización que pretenda mejorar tenga un interés científico docente de investigación asistencial o empresarial; las dimensiones para evaluar la calidad definidas por B. Starfield (1998) son: Capacidad (tanto del personal las facilidades organización de procesos y servicios el recurso financiero y la gestión de este), Desempeño (simbolizada precisamente por el primer contacto de la atención continuidad integralidad y coordinación de la atención las cuales son características de la atención primaria y que en el caso de la oftalmología significaría el manejo desde del primer nivel de atención o primer contacto en unidades de primer nivel hasta la especialidad y el manejo y seguimiento resolutivo o rehabilitador o subespecialidad en su caso que se le otorgue a un paciente con discapacidad visual contemplando también características esenciales como las referencias de envíos las historias

clínicas y el desarrollo de habilidades y competencias del personal), Estado de salud (el grado de bienestar y la calidad de vida de los pacientes que han sido atendidos para la oftalmología significaría que también se encuentran los pacientes que llevan manejo oftalmológico); para evaluar la calidad en la atención primaria se consideran también la perspectiva individual o colectiva donde en la perspectiva individual la orientación de la calidad puede ir en dos dimensiones que son la accesibilidad y la efectividad evaluable desde la atención clínica y la relación interpersonal mientras la perspectiva colectiva subyace en la equidad y la eficiencia; existen otras propuestas como la de Hogg et al. (2007) que contemplan estructura y desempeño siendo el aspecto estructural constituido por: a) el sistema de atención sanitaria (mejora continua de la calidad remuneración financiamiento sistemas de información y recursos humanos), b) el entorno práctico (servicios médicos y sociales características demográficas e integración comunitaria), c) la organización del ejercicio de la medicina (composición de grupos capacitación humana tecnologías innovación diseño de espacios funcionamiento de equipos gestión clínica y cultura organizacional); el ámbito de desempeño relacionado con 1) las características del servicio de atención médica (accesibilidad relación médico-paciente continuidad integración servicios ofrecidos y satisfacción del prestador) y 2) la calidad técnica del servicio (promoción de salud prevención primaria/secundaria seguimiento de padecimientos agudos/crónicos); este enfoque integrador aplicable a todos los niveles de atención oftalmológica permite reinventar procesos que prevengan discapacidad visual evitable mediante detección temprana e innovación asistencial involucrando corresponsablemente a directivos personal sanitario pacientes y comunidad según Ávalos-García (2010) adaptándose a recursos disponibles para elevar estándares de desempeño del sistema (Ortún 2005) priorizando grupos vulnerables (OMS 2020).

### 3. Consideraciones finales

La calidad en la atención oftalmológica es un pilar fundamental para prevenir discapacidades visuales que afectan significativamente la vida diaria de las personas. La integración efectiva entre los niveles de atención médica, junto con estrategias basadas en evidencia científica, comunicación interpersonal sólida y gestión eficiente, garantiza resultados positivos tanto para los pacientes como para el sistema sanitario.

En este contexto, es imprescindible fortalecer las competencias del personal médico desde el primer nivel de atención. La valoración inicial del estado visual (agudeza visual, reflejos pupilares y fondo de ojo) debe ser parte integral del proceso clínico para identificar problemas visuales tempranos que puedan derivar en discapacidades severas si no se tratan adecuadamente.

En conclusión, invertir en educación médica continua, investigación aplicada e implementación de sistemas sostenibles no solo mejora la calidad técnica e interpersonal del servicio oftalmológico, sino que también refuerza su impacto positivo a nivel comunitario. Una atención centrada en el paciente contribuye directamente a reducir inequidades en salud visual y a mejorar significativamente su calidad de vida

### Referencias

- Ávalos-García, M. I. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas (Quality assessment in primary health care. Theoretical and methodological considerations) *Horizonte Sanitario*, 9(1), 9–19. <https://doi.org/10.19136/hs.a9n1.158>

Campbell, S. M., et al. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(5), 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)

Carnota, O. (2005). Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud (Management technologies: an opportunity for health systems) (p. 242). *Universidad de Panamá*.

Chow Mak, L. (2005). La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas. Parte 6. Los gurús de la calidad total (Total quality as a competitiveness strategy for Mexican companies) Part 6. The gurus of total quality. Baja California Institute of Technology.

Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (International Conference on Primary Health Care) (1978). *Alma-Ata*, URSS, septiembre 1978. <https://iris.who.int/handle/10665/39244>

Eman Abukmail, Bakhit, M., & Hoffmann, T. C. (2024). Exploring individuals' perceptions and acceptability of a 'wait and see' approach for managing self-limiting illnesses: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 118, 108032. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108032>

Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). What's "continuity of care"? *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(4), 248–250. <https://doi.org/10.1258/135581906778476490>

Hogg, W., et al. (2007). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 308–313. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.004>

Olivera, A. T. (2013). La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria (Comprehensive care process management: a necessary strategy. Primary C). *Atención primaria*, 31(9), 561.

Ortún, V. (2005). De la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad (From evaluation to management: bridging the gap between efficiency and effectiveness). *Ekonomiaz*, 1(60), 58–75. <https://ideas.repec.org/s/ekz/ekonoz.html>

Sackett, D. L., et al. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172–1179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>

**Contribuciones de los coautores:** Todos los coautores hemos contribuido de común acuerdo y somos responsables de todas las informaciones del presente artículo:

Blanca Ivonné Salinas Escudero (50% del trabajo): Conceptualización, Curación de datos  
Análisis formal, Recursos.



María Isabel Avalos-García (25% del trabajo): Metodología, Software, Supervisión, Validación, Visualización.

Heberto Romeo Priego-Álvarez (25% del trabajo): Redacción –borrador original, Redacción –revisión y edición

**Financiamiento de la investigación:** Con recursos propios.

**Declaramos inexistencia de conflicto de intereses:** Los autores declaramos no tener conflictos algunos de intereses que pueda haber influido en los resultados obtenidos o en las interpretaciones propuestas.

**Declaración de consentimiento informado:** El estudio se realizó respetando el Código de ética y buenas prácticas editoriales de publicación.

**Usabilidad:** Este texto se comparte mediante la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Se considera libertad para compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y adaptar, remezclar, transformar y construir sobre el material para cualquier fin, incluso comercial, siempre que cumpla la condición de atribución: se debe reconocer el crédito de la obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el respaldo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.