Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSN: 0443-5117
ISSN: 2448-5667
revista.medica@imss.gob.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Revisión de temas fundamentales en sistemas de salud

Díaz de León-Castañeda, Christian
Revisión de temas fundamentales en sistemas de salud
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 56, núm. 3, 2018
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457757174018

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Artículos de revisión

Revisión de temas fundamentales en sistemas de salud

A review of fundamental topics in health systems

Christian Díaz de León-Castañeda
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México
cddeleon@conacyt.mx

Redalyc: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457757174018

Recepción: 19 Abril 2017
Aprobación: 28 Agosto 2017

Resumen:

Los sistemas de salud son estructuras complejas en constante dinamismo que tienen por objetivo principal satisfacer las necesidades de salud de la población. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en los sistemas de salud se articulan cuatro funciones básicas: 1) rectoría y gobernanza, 2) financiamiento, 3) generación de recursos y 4) provisión de servicios de salud. Estas funciones permiten cumplir con tres objetivos fundamentales: mantener o mejorar las condiciones de salud de la población, ofrecer buena capacidad de respuesta ("trato adecuado") y brindar protección financiera a la población que demanda servicios de salud. El objetivo de este trabajo fue hacer una revisión conceptual de dos funciones básicas: la rectoría y la gobernanza por un lado y por el otro, el financiamiento. También se revisan dos cualidades esenciales en la provisión de servicios de salud: la calidad y la equidad. Finalmente, se presenta una propuesta de modelo conceptual para el análisis de calidad en la provisión de servicios de salud.

Palabras clave: Administración de los Servicios de Salud, Prestación de Atención de Salud, Calidad de la Atención de Salud.

Abstract:

Health systems are dynamic complex structures, whose main aim is to satisfy health needs of populations. According to the World Health Organization, health systems put together four key functions: 1) stewardship-governance, 2) financing, 3) resources generation, and 4) provision of health services to meet three key objectives: to maintain or improve population health conditions, to offer better response time, and to provide financial protection to the population that demands health services. The objective of this article was to carry out a conceptual review of two basic functions: stewardship-governance on one hand, and financing on the other. Two essential attributes in the provision of health services were also reviewed: quality and equity. Finally, a conceptual model for quality analysis in the provision of health services is proposed.

Keywords: Health Services Administration, Delivery of Health Care, Quality of Health Care.

Actualmente la población mundial y en particular la población latinoamericana enfrentan serios retos en salud pública. Uno de los retos más importantes es la transición demográfica y epidemiológica de la población, que implica la creciente tendencia hacia población más envejecida que demanda principalmente atención a enfermedades crónicas no transmisibles (como la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias), las cuales implican una elevada carga económica para los propios sistemas de salud y para los pacientes; mientras que la prevención y la atención a enfermedades transmisibles (infecciosas) conocidas y emergentes permanecen también como un reto importante que no debe descuidarse. [1, 2, 3, 4, 5,6,7]

Como "respuesta social organizada" a las demandas de salud de la población están los sistemas de salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como "todas las actividades cuyo objetivo principal es promover, restaurar o mantener la salud". Los sistemas de salud son estructuras dinámicas en continua operación, desarrollo y evolución que, de acuerdo con la OMS, se organizan en cuatro funciones básicas: 1) rectoría (concepto relacionado con gobernanza), 2) financiamiento, 3) generación de recursos y 4) provisión de servicios de salud. Esas cuatro funciones se articulan e interrelacionan para cumplir con tres objetivos fundamentales: 1) mantener o mejorar las condiciones de salud de la población, 2) garantizar una óptima capacidad de respuesta ("trato adecuado") y 3) asegurar la protección financiera a las personas. [8,9]

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Ante los retos mencionados anteriormente y como un determinante social de la salud, los sistemas de salud requieren un continuo fortalecimiento y optimización en sus procesos, con miras a mejorar su desempeño y eficiencia, de modo que se garantice la salud de la población de una manera equitativa, pero además eficiente, es decir, con el óptimo uso de recursos financieros, materiales y humanos, asegurando la cobertura universal, que se ha definido como la situación en que "todas las personas reciben los servicios sanitarios de calidad que necesitan sin que ello les suponga dificultades económicas". [10,11,12] En este contexto, es necesario comprender las actividades que desempeñan los sistemas de salud, así como sus cualidades esenciales con fines de analizar su desempeño e identificar oportunidades para su mejora.

En este artículo se presenta la revisión conceptual de dos funciones básicas que realizan los sistemas de salud: rectoría-gobernanza y financiamiento, así como dos cualidades esenciales de la provisión de servicios de salud, como función directamente involucrada en la respuesta social de los sistemas de salud: la calidad y la equidad.

Rectoría

La *rectoría* se refiere a la modulación y regulación de los sistemas de salud, así como a sus diversas relaciones con la población y otros sectores gubernamentales o de la iniciativa privada, con miras al bien común de la población, es decir, el bienestar social. La gestión rectora de un sistema de salud está íntimamente ligada al Estado como un ente "mediador colectivo" entre los diferentes actores de la sociedad y del mismo sistema de salud que participan en los diferentes procesos involucrados directa o indirectamente en la atención a la salud como la población misma, los proveedores de servicios de salud, los generadores de recursos, etcétera. [13,14,15]

De acuerdo con Londoño y Frenk, la *modulación* del sistema de salud implica "establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica". Además, estos autores sugieren que la modulación debe estar orientada a asegurar la transparencia en las relaciones o transacciones que se tienen entre los actores de los sistemas de salud, por lo que debe estar a cargo de instancias de carácter público e imparcial. Estos autores identificaron cinco subfunciones básicas de la modulación: desarrollo del sistema, coordinación, diseño financiero, regulación y protección al consumidor. [16]

En el Informe de la Salud de la OMS del año 2000, se definió la rectoría como "el manejo cuidadoso y responsable del bienestar de la población" y en términos más amplios como "la esencia del buen gobierno". Ante este marco conceptual de operación de los sistemas de salud, la rectoría ocupa un papel protagónico al tener injerencia sobre las demás funciones básicas (prestación de servicios, generación de recursos y financiamiento) de los sistemas de salud para el logro de los objetivos. [8]

Murray y Frenk [9] identificaron tres aspectos importantes de la rectoría en los sistemas de salud: 1) determinación, implementación y monitoreo de reglas para el sistema de salud; 2) aseguramiento de igualdad de condiciones para todos los actores del sistema; y 3) definición de direcciones estratégicas del sistema de salud. Al ampliar las funciones de modulación identificadas previamente, [16] reconocieron cinco subfunciones básicas de la rectoría: 1) *diseño del sistema*, que implica la formulación de políticas y el diseño estructural del sistema; 2) *evaluación del desempeño*, que comprende la evaluación continua del sistema en sus diversos componentes; 3) *priorización de necesidades*, que se refiere a la búsqueda de criterios para establecer prioridades de acuerdo con las necesidades de la población; 4) *coordinación intersectorial*, la cual se refiere a la promoción de políticas en otros sectores de la sociedad; 5) *regulación*, que es la imposición de reglas a los diferentes actores del sistema de salud, y 6) *protección al consumidor*, que busca la protección y la seguridad del utilizador de servicios.

Travis *et al*. [17] identificaron seis subfunciones básicas de la rectoría que se deben considerar para su evaluación; varias de ellas tienen un parecido a las planteadas por Murray y Frenk: [9] 1) *generación*

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

de inteligencia; 2) *formulación de un marco de política estratégico*; 3) *aseguramiento de herramientas de implementación*; 4) *conformación y mantenimiento de alianzas*; 5) *aseguramiento de la correspondencia entre los objetivos de política y la estructura-cultura organizacional*; y 6) *aseguramiento de la rendición de cuentas* (**cuadro I**).

Dominio/subfunción	Descripción
1. Generación de inteligencia en salud	• Se refiere a la generación continua de información de tal manera que se encuentre disponible para los diferentes actores que participan en el sistema de salud. La generación de inteligencia permite que las decisiones se tomen de manera debidamente informada, lo cual favorece que sean decisiones adecuadas
2. Formulación de un marco estratégico de política	• Se refiere a la generación de políticas dirigidas a abordar los principales retos del sistema de salud. Implica desarrollar una visión, evaluar el desempeño del sistema hacia el logro de metas y ajustar continuamente las políticas en función de los retos que surjan
3. Asegurar herramientas de implementación: poderes, incentivos y sanciones	• Implica asegurar que, por medio de estrategias como la regulación, el monitoreo o supervisión, la evaluación del desempeño y la aplicación de incentivos o sanciones, se cumplan las reglas o normas con fines de alcanzar los objetivos del sistema
4. Conformación y mantenimiento de alianzas	• Implica la capacidad del desarrollo de políticas de manera consensuada con otros sectores sociales, manteniendo una comunicación y participación efectiva con ellas para el logro de los objetivos de políticas de salud
5. Asegurar la correspondencia entre objetivos de política y la estructura-cultura organizacional	• Implica el diseño de la arquitectura del sistema de salud de tal manera que favorezca el cumplimiento de los objetivos de las políticas, a partir de eliminar o aminorar posibles barreras que impidan dicho logro de objetivos
6. Asegurar la rendición de cuentas	• Implica asegurar que todos los actores del sistema, sean públicos o privados, rindan cuentas de sus acciones, favoreciendo la transparencia

CUADRO I
Dominios de la rectoría en los sistemas de salud de acuerdo con Travis *et al.* [17]

Gobernanza

La *gobernanza* en salud es un concepto amplio que suele confundirse o relacionarse muy estrechamente con el de rectoría. Algunas instituciones se han enfocado en el desarrollo conceptual y operacional de la gobernanza, como el Banco Mundial, [18] que conceptualiza la gobernanza como "la manera a través de la cual se ejerce el poder en la gestión de los recursos económicos y sociales para el desarrollo de un país". El Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas [19] (UNDP, por sus siglas en inglés) definió la gobernanza como "el ejercicio de la autoridad económica, política y administrativa para gestionar los negocios de un país en todos los niveles", y define cinco principios o dimensiones de una buena gobernanza: legitimidad y voz, dirección, desempeño, rendición de cuentas y justicia (**cuadro II**).

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP)[19]	Brinkerhoff y Bossert[20]
1. Legitimidad y voz Participación 2. Dirección Orientación al consenso Visión estratégica Responsabilidad 3. Desempeño Efectividad y eficiencia 4. Rendición de cuentas Transparencia 5. Justicia Equidad e inclusividad Sistema de leyes y reglamentos (*rule of law*)	1. Responsabilidad sobre las necesidades de salud pública y las preferencias de los beneficiarios o ciudadanos, a partir de gestionar las divergencias entre ellos 2. Liderazgo responsable para dirigir prioridades en salud pública 3. Ejercicio legítimo de la voz de los beneficiarios o ciudadanos 4. Auditorías y balances institucionales 5. Rendición clara y ejecutable de cuentas 6. Transparencia en el desarrollo de políticas, asignación de recursos y desempeño 7. Desarrollo de políticas basadas en evidencia 8. Estructuras de provisión de servicios, marcos regulatorios y sistemas de gestión efectivos y eficientes
Arredondo *et al.*[21]	Kirigia[22] (adaptación al modelo de Siddiqui)[23]
1. Capacidad de planeación y de formulación de políticas 2. Capacidad legislativa sectorial 3. Capacidad operativa de gobierno 4. Capacidad y habilidad directiva del funcionario líder y los tomadores de decisión 5. Estabilidad política y conflictiva sectorial 6. Relación de proveedores con usuarios y la sociedad civil en general 7. Participación social en salud 8. Transparencia en la gestión 9. Participación directa en salud	9. Liderazgo y gerencia en salud pública 10. Sistema de leyes y reglamentos (*rule of law*) relacionados con la salud 11. Participación comunitaria y responsabilidad 12. Creación de alianzas internas y externas para la salud 13. Equidad vertical y horizontal en el sistema de salud 14. Eficiencia en la distribución y uso de los recursos 15. Rendición de cuentas y transparencia en el desarrollo de la salud 16. Toma de decisiones basada en evidencias 17. Práctica ética en la investigación en salud y la provisión de servicios 18. Estabilidad macroeconómica y política

CUADRO II
Dimensiones para el análisis de gobernanza en sistemas de salud, de acuerdo con diversos enfoques conceptuales y metodológicos

Brinkerhoff *et al.* [20] definen gobernanza como "las reglas que distribuyen roles y responsabilidades entre los actores sociales y que forman las interacciones entre ellos" e identifican cuatro escenarios en los que se desarrollan estas reglas: la sociedad civil, los procesos políticos, la formulación de políticas y la administración pública. De igual manera, Arredondo *et al.* [21] conceptualizan la gobernanza como "el ámbito y los mecanismos que permiten a proveedores y usuarios la democratización efectiva de la salud en cualquier conjunto poblacional", "el análisis de las reglas en la producción, la distribución y el consumo del bien salud, los actores y sus interacciones", y como el "estudio de los factores que organizan la interacción de actores, la dinámica de los procesos y las reglas del juego (informales y formales) con las cuales una sociedad toma e implementa sus decisiones en el ámbito de la salud, retomando los vínculos entre democracia y salud"; además, identifican nueve indicadores para el análisis de la gobernanza (**cuadro II**). De una manera similar, Hufty [24] define gobernanza como "los procesos de interacción entre los actores involucrados en un asunto público, que llevan a la toma de decisiones o a la formulación de normas sociales".

Siddiqui *et al.* [23] conceptualizan la gobernanza de manera indistinta a la rectoría, ya que para ellos incluye aspectos como la transparencia, la rendición de cuentas, la participación ciudadana y la orientación

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

al consenso, además de algunos componentes de desempeño del sistema como la equidad, la efectividad y la eficiencia. Kirigia *et al*. [22] modificaron ligeramente estas dimensiones, agregaron la dimensión de promoción de "estabilidad macroeconómica y política" y propusieron algunos aspectos clave para evaluar numéricamente cada dimensión y obtener un índice para la medición de gobernanza basado en 10 dimensiones (**cuadro II**).

En conclusión, el concepto de gobernanza guarda muchas semejanzas con el concepto de rectoría; sin embargo, el concepto de gobernanza es más amplio, puesto que estudia los procesos e interacciones entre actores involucrados en la toma de decisiones o en la formulación de políticas; además, algunos resultados del desempeño del sistema de salud (como la equidad, la efectividad y la eficiencia) se consideran como componentes mismos de una buena gobernanza. Asimismo, la gobernanza es también la capacidad de tener un sistema que promueva la participación ciudadana, el consenso con diversos actores del contexto político, económico y social, así como la rendición de cuentas para promover un sistema trasparente que evite la corrupción.

Financiamiento

El *financiamiento* es una de las funciones esenciales de los sistemas de salud. Esta función básica se refiere a los mecanismos que debe llevar a cabo un sistema de salud para poder financiar el logro de sus demás funciones, como las administrativas, las gerenciales o de rectoría, la provisión de servicios de salud y la generación de recursos, para así poder lograr las metas y objetivos. [8,9,10,11]

En el financiamiento de los sistemas de salud existen tres pasos importantes: la recaudación de fondos, la mancomunación y la contratación o compra de servicios. [21,25] Estos mecanismos son necesarios para lograr el financiamiento de servicios personales y no personales de salud, y así conseguir la cobertura del pago de sueldos del personal que labora en el sistema, el mantenimiento de las instalaciones e infraestructura, el pago por servicios, la compra de materiales o insumos necesarios para la atención a la salud (por ejemplo, medicamentos y dispositivos médicos), el pago por otros servicios como subrogaciones, el desarrollo y la capacitación de recursos humanos, etcétera.

Existen diferentes formas de recaudación de fondos por medio de los sistemas de salud y estas dependen de su estructura o modelo de funcionamiento. Londoño y Frenk [16] identificaron cuatro modelos de conformación de los sistemas de salud con sus respectivas estrategias de financiamiento (**cuadro III**). De acuerdo con este sistema de clasificación, en el *modelo público unificado* el Estado es la base del financiamiento del sistema de salud (financiamiento *unipartita*), por medio de la existencia de un fondo público global (por ejemplo, Cuba), [26] aunque pueden existir otras modalidades en las que se permite la presencia minoritaria de servicios privados que se financian con pagos del bolsillo de sus utilizadores (por ejemplo, Costa Rica y Reino Unido). [27,28] El caso contrario a este modelo es el "modelo privado atomizado", en el que el financiamiento corre a cargo principalmente de pagos del bolsillo de los consumidores o a través de agencias de seguros privados; se trata de un modelo de financiamiento casi totalmente privado que predomina en ciertos países, aunque existen también algunos programas especiales financiados por el Estado para ciertos sectores sociales vulnerables o de prioridad establecida por políticas nacionales (por ejemplo, Estados Unidos). [29]

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Modelo de sistema de salud	Tipos de financiamiento de sus componentes	Ejemplo(s)
Modelo público unificado	• *Financiamiento unipartita:* basado en las aportaciones del Estado	• Cuba[26] • Reino Unido[28,*] • Costa Rica[27,*]
Modelo privado atomizado	• *Financiamiento unipartita:* basado en pagos del bolsillo de los consumidores directamente o a través de agencias de seguros privados	• Estados Unidos[29†]
Modelo de contrato público	• Sistema público para población con o sin empleo formal: *financiamiento bipartita.* Principalmente a cargo del Estado federal y contribuciones estatales (por ejemplo, el régimen subsidiado en Colombia)[30] • Sistema público para población con empleo formal y familiares: *financiamiento tripartita:* participan el Estado, los empleados y empleadores (por ejemplo, el régimen contributivo en Colombia)[30]	• Sistema de salud público de Colombia[30,‡] • Sistema de Salud de Canadá[31,§]
Modelo segmentado	• Sistema público para población sin empleo formal (sin seguridad social): *financiamiento bipartita.* Principalmente a cargo del Estado y de las contribuciones estatales, aunque también pueden contribuir los usuarios en función de su nivel socioeconómico (por ejemplo, el programa Seguro Popular en México, que financia la prestación de servicios por la Secretaría de Salud)[32] • Sistema público para población con empleo formal y familiares (instituciones de seguridad social): *financiamiento tripartita.* Participan el Estado, los empleados y empleadores (por ejemplo, las Instituciones de seguridad social en México[32] y América Latina) • Sistema privado: *financiamiento unipartita.* Proviene únicamente del bolsillo de los usuarios (sistema privado)	• Sistema de salud de México[32] y la mayoría de los países de América Latina

CUADRO III

Tipos de financiamiento en los diferentes modelos de sistemas de salud planteados por Londoño y Frenk [16]

*También existe minoritariamente sistema privado para personas con capacidad de pago, financiado por pagos de bolsillo (financiamiento unipartita) †Existe un sistema público financiado por el Estado solo para ciertos grupos sociales (como niños y ancianos, personas en los dos deciles de ingreso más bajos y veteranos de guerra) a través de programas especiales ‡También existe un sistema privado financiado únicamente por los pagos de bolsillo de las personas con capacidad de pago (financiamiento unipartita) §Existe sistema privado solo para servicios no ofrecidos por el Estado (por ejemplo, servicios dentales)

En el "modelo de contrato público", que se caracteriza por la presencia de un fondo público global dirigido a un conjunto de prestadores de servicios (públicos o privados) en función de criterios de productividad, el financiamiento del sistema es una combinación de financiamiento público y privado, ya que permite la participación de los utilizadores de servicios, los empleados y empleadores (por ejemplo, el sistema público en Colombia y Canadá.) [30,31]

Finalmente, en el "modelo segmentado" (presente en la mayoría de los sistemas de salud de los países de América Latina, como México), [32,33,34] que se caracteriza por la segmentación del sistema de salud en función de brindar atención especial dirigida a los diferentes grupos sociales, el financiamiento es diferente para cada segmento del sistema, de tal manera que en las instituciones de seguridad social (que prestan servicios a trabajadores con empleo formal y sus familiares) el financiamiento es *tripartita*, ya que participan el Estado, los empleados y los empleadores, mientras que en el sistema de atención a población no asegurada es principalmente *bipartita*, puesto que participan el Estado y el ente estatal principalmente, mientras que en el sector privado el financiamiento es *unipartita*, ya que está basado en los pagos de las personas con capacidad de pago.

Calidad en la provisión de servicios de salud

La calidad es una característica deseable en la provisión de servicios de salud. Se refiere a la propiedad de ofrecer una atención técnicamente adecuada, cumpliendo con las expectativas de las personas. Donabedian identificó dos dimensiones importantes de la calidad de la atención: 1) la *dimensión técnica*,que es la capacidad de cumplir con normas o criterios de atención consensuados por colegios académicos, pero sobre todo

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

basados en evidencia científica, de tal manera que se logren balances óptimos de beneficio-riesgo; y 2) la *dimensión interpersonal*, que es la capacidad de ofrecer un trato digno, adecuado y equitativo a las personas, independientemente de la condición económica, social, religiosa o cultural que tengan. [35,36,37]

Además, Donabedian propuso un marco para evaluar la calidad de la atención con base en en tres dimensiones importantes: "estructura, proceso y resultado" (**cuadro IV**). *Estructura* se refiere a las instalaciones, personal (recursos humanos), organización y demás recursos materiales que ofrece el sistema de salud para la atención de la salud de la población. *Proceso* se refiere a las acciones preventivas, curativas o rehabilitatorias que se realizan en los individuos o población con fines de mejorar su salud. *Resultado* se refiere a las consecuencias de dichas acciones. [35,36,37]

Dimensión	Aproximaciones conceptuales
Estructura	• Definida como "las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan" • Incluye la infraestructura física, los materiales, recursos físicos y financieros con que se cuenta para proporcionar la atención médica, así como los recursos humanos su calificación, capacitación y satisfacción • De acuerdo con Donabedian, la dimensión *estructura* es importante para la calidad, ya que "aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación" y "es probablemente el medio más importante de proteger y promover la calidad de la atención" • Donabedian reconoció que la utilidad de la estructura como indicador de calidad de la atención es limitada y "de menos importancia" que la evaluación de proceso o resultado
Proceso	• Para Donabedian esta dimensión es el objeto principal de la evaluación de la calidad y la define como "una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes" • Donabedian también mencionó que la calidad del *proceso* de la atención está definida como "el grado en que se cumplen normas o estatutos, que derivan de la ciencia médica (dimensión técnica) y de la ética y valores de la sociedad (dimensión interpersonal)"
Resultado	• De acuerdo con Donabedian, esta dimensión es un enfoque "indirecto" que puede utilizarse para evaluar la calidad de la atención. Es "un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica" • Donabedian consideró que dentro de la evaluación de resultado puede incluirse "el mejoramiento de la función social y psicológica" y "las actitudes del paciente (incluyendo su *satisfacción*), así como el conocimiento que haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud". Para Donabedian la satisfacción del paciente es un componente fundamental para la evaluación de la calidad de la atención, ya que "proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente" • Donabedian también consideró a la satisfacción de los profesionales de la salud y la catalogó como "un criterio de la calidad de ciertas y funciones de la organización" en que prestan sus servicios, además de que reconoció que "una sensación de satisfacción general puede favorecer el desempeño del profesional"

CUADRO IV
Dimensiones para el análisis de la calidad en la provisión de servicios de salud, de acuerdo con Donabedian [35,36,37]

Mencionando los objetivos fundamentales de los sistemas de salud anteriormente expuestos, cabe destacar que la capacidad de mantener o mejorar las condiciones de salud de la población está relacionada con la calidad técnica en la provisión de servicios. Asimismo, el objetivo de lograr una "capacidad de respuesta" a la población se ha asociado con el término *trato adecuado* (o *responsiveness* en inglés), el cual se ha definido como la respuesta a las "expectativas no médicas" de los usuarios de servicios de salud, y está relacionado con la dimensión de calidad interpersonal de Donabedian y lo que llamó *amenidades*. [8,9,35,36,37]

Se han identificado siete aspectos clave relacionados con el trato adecuado en la atención a la salud, que se han clasificado en dos grupos: *respeto a las personas y orientación al usuario*. En el primero se incluyen: 1) respeto a la dignidad (trato digno), relacionado con la capacidad de ofrecer un trato cortés y sensible respetando los derechos humanos de los usuarios; 2) respeto a la autonomía personal, principalmente en relación con el derecho de las personas a estar informadas y a participar en la toma de decisiones sobre su atención; y 3) respeto de confidencialidad, el cual está relacionado con el derecho de los usuarios a tener el control sobre el acceso a la información sobre su salud o sobre sus conductas personales relacionadas con la salud. En el segundo se incluyen: 1) atención pronta de las necesidades de salud; 2) atención con comodidades básicas (por ejemplo, aseo en salas de espera y sanitarios, calidad de alimentos y mobiliario en

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

hospitales, etcétera); 3) acceso a redes de apoyo (capacidad de los usuarios o pacientes de mantenerse en comunicación con familiares, cuidadores y amigos); y 4) capacidad de los usuarios de elegir al proveedor del servicio (institución, centro, y prestador). [8,9] En la definición del trato adecuado también se ha señalado una dimensión más, que es la comunicación e información del usuario sobre su salud. [38,39]

Por otra parte, algunos marcos conceptuales han asociado a la calidad de los servicios de salud con su accesibilidad. De esta manera, según Campbell la accesibilidad y la efectividad son dos aspectos que se deben evaluar en las tres dimensiones de atención a la salud de Donabedian, y la calidad de la atención a la salud se obtiene "si los individuos pueden acceder a las estructuras de salud y procesos de cuidado que necesitan y si la atención recibida es efectiva", [40] mientras que para poblaciones se definió la calidad como "la capacidad de acceder a una atención efectiva en una base eficiente y equitativa para la optimización del beneficio de la salud/bienestar de toda la población". [40] Asimismo, para Penchansky y Thomas [41] y Frenk [42] algunos componentes de trato adecuado, como los tiempos de espera y las prácticas de atención interpersonal, son elementos en la evaluación del acceso/accesibilidad a los sistemas de provisión de servicios de salud.

Si incorporamos el concepto de efectividad y su relación con la calidad, cabe mencionar la propuesta de Shenguelia *et al*. [43] para la evaluación de la cobertura efectiva de sistemas o programas de salud (un concepto relacionado con el de "acceso efectivo" de Andersen). [44] Estos autores conceptualizan la calidad como la relación entre la ganancia en salud obtenida con el programa o intervención y la máxima ganancia en salud posible, es decir, como un sinónimo de efectividad. [44,45,46]

Se han publicado algunas revisiones conceptuales [40,47,48,49] que han identificado otras dimensiones de análisis de la calidad, algunas de las cuales guardan similitudes entre sí. De estas dimensiones puede mencionarse la seguridad del paciente durante la atención, la eficiencia (como una extensión de la efectividad que incorpora además la optimización del uso de recursos), la atención centrada en el paciente (similitud con el trato adecuado y algunos componentes de accesibilidad), la satisfacción del paciente y de prestadores de servicios, así como la equidad, de la que se hablará en la sección siguiente.

Equidad

El término equidad proviene del latín *aequitas* que significa "igual". Es un concepto amplio íntimamente ligado a principios de ética y justicia social que se refiere a la virtud de una sociedad o sistema social de dar a cada quien "según sus necesidades" y "recibir de los mismos según sus capacidades". [50,51] Existen varias teorías que se basan en el principio de justicia y que respaldan el concepto de equidad, como la teoría del derecho, la igualitaria, la basada en necesidades y la utilitaria. [52,53,54]

El término opuesto a la equidad suele denominarse en la lengua española *inequidad*, aunque es más correcto el uso del término *iniquidad*, que hace referencia a situaciones inicuas, es decir, desleales e injustas. Por otra parte, la inequidad suele confundirse con desigualdad; sin embargo, se ha establecido una diferencia importante: *desigualdad* se refiere a las "diferencias sistemáticas e inevitables" (como aquellas diferencias que pueden ser relacionadas con el sexo o condiciones genéticas), mientras que *inequidad* se refiere a la existencia de diferencias o brechas "no solo innecesarias y evitables sino además injustas" (como aquellas que pueden ser relacionadas con la desventaja social, económica, o las condiciones raciales, ideológicas o culturales de las personas). [51,55,56,57]

La equidad en salud es una cualidad muy importante en la operación y el desempeño de los sistemas de salud en las dimensiones de acceso, calidad y resultados planteadas por Whitehead (que se podrían asociar a las dimensiones de calidad de Donabedian: estructura, proceso y resultados). [51] En la dimensión *acceso*, los sistemas de salud deben garantizar la equidad en las oportunidades de la población para poder hacer uso de los servicios de salud. En la dimensión *calidad*, los sistemas de salud deben garantizar la equidad en el cuidado a la

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

salud de las personas tanto a nivel técnico (ofreciendo equidad en la oportunidad de acceso a las tecnologías de salud y a los diferentes componentes relacionados con la calidad en el proceso mismo de atención a la salud), como interpersonal (ofreciendo equidad en el trato digno y responsable a las personas, respetando sus derechos individuales). Finalmente, la equidad en estas dimensiones podría garantizar la equidad en las condiciones de salud de las personas o poblaciones (dimensión *resultados*).

En el estudio de los factores sociales que pueden generar inequidades en salud, la OMS ha trabajado en el desarrollo de un marco conceptual que ha identificado dichos factores a los que ha llamado determinantes sociales de la salud (DSS), que se refieren a las situaciones macrosociales, políticas, económicas, las "estructuras de poder", los factores culturales, biológicos y la susceptibilidad o vulnerabilidad a riesgos a los que están sujetas las personas o poblaciones, y que determinan sus condiciones de salud. Cabe destacar que dentro de estos DSS se incluyen las características del sistema de salud como un factor que puede determinar las diferencias o brechas en salud, esto debido a que un sistema de salud de calidad, efectivo y equitativo sería un factor protector al ser capaz de subsanar y contrarrestar la vulnerabilidad de las poblaciones a los riesgos o la exposición a DSS. [58,59,60]

Dentro de las dimensiones anteriormente descritas, los sistemas de salud deben garantizar la equidad a diferentes niveles: a un nivel macro (entre entidades geopolíticas, grandes poblaciones o subsistemas de salud), a un nivel meso (entre grupos de individuos o comunidades) y a un nivel micro (entre individuos), lo que genera diferentes niveles análisis de la equidad en los sistemas de salud.

Propuesta de modelo conceptual para analizar la calidad en la provisión de servicios de salud

A partir de la revisión realizada, se propone el modelo conceptual que se muestra en la **figura 1** . En este modelo se representa la ruta general a través de la cual las personas acceden (superando las diversas barreras de acceso) [42] a los sistemas de provisión de servicios de salud, en donde se llevan a cabo los procesos de la atención a su salud mediante los cuales logran mejorar sus condiciones, lo que conlleva a posibles ganancias en salud, satisfacción y calidad de vida de las personas, así como en cuanto a costos desde sus diferentes perspectivas (usuarios, servicios o sociedad).

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

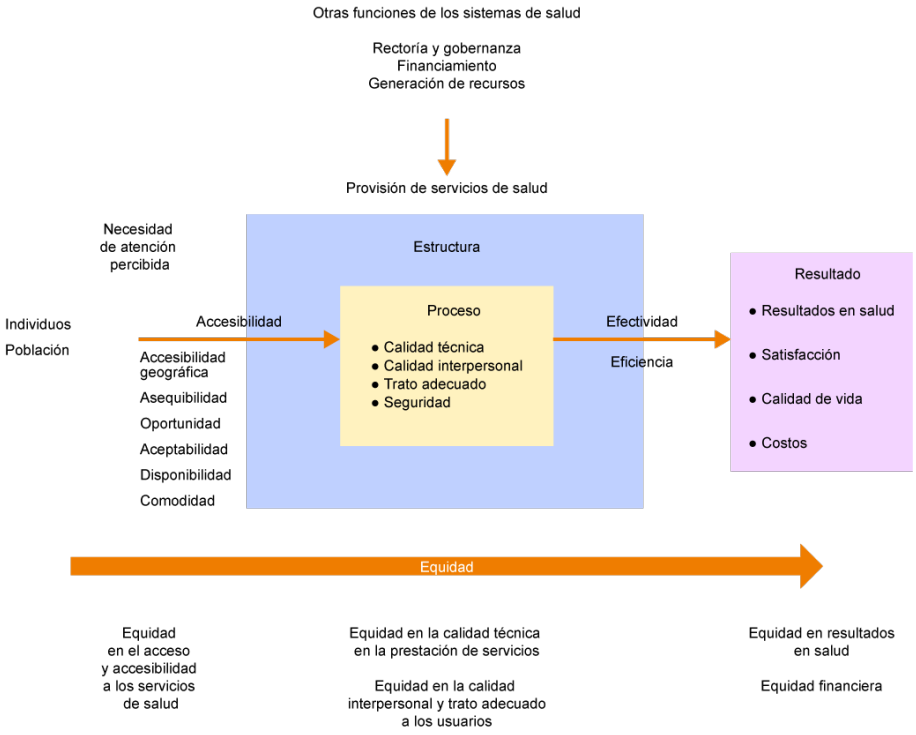

FIGURA 1

Propuesta de modelo conceptual para el análisis de calidad en la provisión de servicios de salud

Fuente: elaboración propia con base en los modelos de Donabedian [35,36,37], Murray y Frenk [8,9] y en las dimensiones de calidad identificadas en la literatura

En el modelo propuesto, se adopta la conceptualización de accesibilidad de Frenk ("el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud"), [42] pero se incorporan las dimensiones identificadas por Penchansky y Thomas, [41] como la *disponibilidad* (balance entre la capacidad de oferta de servicios y las expectativas o necesidades de los usuarios), la *aceptabilidad* (balance entre la capacidad de atención interpersonal y las expectativas de los usuarios), la *asequibilidad* (balance entre los pagos requeridos por el sistema y la capacidad de pago de los usuarios) y la *comodidad* (balance entre las características del servicio y la capacidad de adaptación de los usuarios). Se utiliza el término *accesibilidad geográfica* para hacer referencia a las distancias entre los sistemas de provisión de servicios y los usuarios, así como el de *oportunidad* para hacer referencia a los tiempos de espera necesarios para recibir atención (ambos implican balances o relaciones también).

Asimismo, en el modelo propuesto la provisión de servicios de salud se integra esquemáticamente por la dimensión *proceso*, la cual está inmersa en la dimensión *estructura*; con esto, se plantea que los diversos procesos de atención se llevan a cabo en el contexto de factores estructurales. Al interior de la dimensión *proceso* se incluyen las dimensiones técnica e interpersonal de la calidad de la atención, así como el trato adecuado (que, como se mencionó anteriormente, guarda relación estrecha con la dimensión interpersonal). [8,9]

Asimismo, en el modelo se incluyen las funciones básicas de los sistemas de salud planteadas por Murray y Frenk anteriormente expuestas (rectoría y gobernanza, financiamiento y generación de recursos), [8,9] que influyen directamente en la provisión de servicios. Esto, por una parte, a través de la disposición de infraestructura física, tecnológica, de recursos materiales y humanos en los servicios de salud (componentes estructurales); por otra parte, a través de la generación de políticas de atención, normas, regulaciones, cuadros básicos de insumos, guías clínicas o manuales de operación (componentes de proceso).

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Finalmente, en el modelo propuesto se incorporan diversas dimensiones de análisis de la calidad en la provisión de servicios de salud, identificadas por algunas revisiones o marcos conceptuales previos. [40,47,48,49] Se incorporan las dimensiones *accesibilidad, seguridad del paciente, efectividad y eficiencia*, así como la *equidad*, que puede evaluarse de forma transversal, desde el acceso a los servicios hasta los resultados generados con la provisión de servicios. Sin embargo, cabe destacar que la conceptualización de varias de estas dimensiones permanece en discusión, aun entre expertos en el campo.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó como parte de mi formación académica dentro del programa de Posgrado en Ciencias en Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública-Escuela de Salud Pública de México.

Referencias

1. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Q. 2005;83(4):731-57.
2. Guzmán JM, Rodríguez J, Martínez J, Contreras JM, González D. The demography of Latin America and the Caribbean since 1950. Population E. 2006;61(5):519-620.
3. Brea JA. Population dynamics in Latin America. Popul Bull. 2003; 58(1):1-35.
4. Kuri-Morales PA. La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. Gac Med Méx. 2011;147(6):451-4.
5. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390:1151-210.
6. Gómez-Dantés H, Fullman N, Lamadrid-Figueroa H, Cahuana-Hurtado L, Darney B, Avila-Burgos L, et al. Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2016;388(10058):2386-402.
7. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Montañez JC, Campuzano C, et al. Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública/ Secretaría de Salud; 2014.
8. World Health Organization (WHO). Health systems: improving perfomance. Geneva: WHO; 2000.
9. Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ. 2000;78(6):717-31.
10. World Health Organization (WHO). Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: WHO; 2007.
11. World Health Organization (WHO). World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
12. World Health Organization (WHO). Arguing for Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2013.
13. Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy. 1994;27(1):19-34.
14. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México, D.F: Fondo de Cultura Económica; 1994.
15. Saltman RB, Ferrousier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. Bull World Health Organ. 2000;78(6):732-9.
16. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards and innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997;41:1-36.
17. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: World Health Organization; 2002.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

18. World Bank. Reforming public institutions and strengthening governance: a World Bank strategy. Washington, DC: World Bank; 2000.

19. United Nations Development Program (UNDP). Governance for sustainable human development. New York: UNDP; 1997.

20. Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: concepts, experience, and programming options. Health Systems 20/20 Policy Brief, Bethesda, MD: USAID; 2008.

21. Arredondo A, Orozco E, Abis-Duperval P, Cuadra M, Cicero M, Hernández C et al. Temas selectos en sistemas de salud: costos, financiamiento, equidad y gobernanza - conceptos, tendencias y evidencias. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán; 2009.

22. Kirigia JM, Kirigia DG. The essence of governance in health development. Int Arch Med. 2011;4(11):1-13.

23. Siddiqi S, Massud T, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy. 2009;90(1):13-25.

24. Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Rev Salud Publica. 2010;12 supl 1:39-61.

25. Gotteret P, Schieber GJ, Waters HR. Good practices in health financing: Lessons from reforms in low-and middle-income countries. Washington, DC: World Bank; 2008.

26. Domínguez-Alonso E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud Publica Mex. 2011; 53 supl 2:S168-76.

27. Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Publica Mex. 2011; 53 supl 2:S156-67.

28. Boyle S. The UK Health Care System. London, UK: London School of Economics and Political Science; 2008.

29. Garson A. The US Healthcare System 2010: problems, principles, and potential solutions. Circulation. 2000;101:2015-6.

30. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex. 2011; 53 supl 2:S144-55.

31. Sadowski M. Atención de la salud y financiamiento de la salud pública. En: Ministerio de Salud del Perú. Seminario Internacional Reforma del Sector Salud. Lima: MINSA; 1997.

32. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex. 2011; 53 supl 2:S220-32.

33. Arredondo A, Parada I, Orozco E, García E. Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México. Rev Saude Publica. 2004;38(1):121-9.

34. Noriega C, Huitrón P, Matamoros M. Financiamiento al Sistema de Salud en México. México: Funsalud; c2006. (Serie de documentos de trabajo Innovaciones en el financiamiento de la salud).

35. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1973.

36. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Vol 1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980. (Explorations in quality assessment and monitoring series).

37. Donabedian A. La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

38. World Health Organization. Technical consultation on concepts and methods for measuring the responsiveness of health systems. En: Murray CJ, Evans DB, eds. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Ginebra: World Health Organization; 2003. pp. 115-23.

39. Valentine N, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. En: Murray CJ, Evans DB, eds. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Ginebra: World Health Organization; 2003. pp. 573-96.

40. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000;51(11):1611-25.

41. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19:127-40.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

42. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Mex. 1985; 27(5):438-53.
43. Shenguelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. Soc Sci Med. 2005;61(1):97-109.
44. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. En: Andersen R, Rise T, Kominski G, eds. Changing the US health care system: key issues in health services policy and management. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.
45. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. Int J Epidemiol. 1999;28(1):10-18.
46. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD Health Systems. Paris: OECD; 2001. (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 47).
47. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
48. Arah O, Westert GP, Hurst J, Klazinga N. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. Int J Qual Health Care. 2006 Sep;18 Suppl 1:5-13.
49. World Health Organization (WHO). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006.
50. Real Academia Española. Diccionario la lengua española. Equidad. Disponible en http://dle.rae.es/?w=equidad
51. Whitehead M. The concepts and principles of equity and heath. Geneva: World Health Organization; 2000.
52. Daniels N. Justice, health and healthcare. Am J Bioeth. 2001;1(2):2-16.
53. Ferrer M. Equidad y justicia en salud implicaciones para la bioética. Acta Bioeth. 2003;9(1):113-26.
54. Rawls J. A theory of justice. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1971.
55. Sen A. Why health equity? Health Econ. 2002;11:659-66.
56. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57(4):254-8.
57. Linares-Pérez N, López-Arellano O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. Medicina Social. 2008;3(3):247-59.
58. Wilkinson R, Marmot M, editors. The solid facts. 2da ed. Copenhague: World Health Organization; 2003. (Social determinants of health series).
59. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365:1099-104
60. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007. (Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health).

Información adicional

Declaración de conflicto de interés: el autor ha completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Cómo citar este artículo: Díaz de León-Castañeda C. Revisión de temas fundamentales en sistemas de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(3):295-304.

PubMed: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30394718

Enlace alternativo

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1432/3004 (pdf)

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1432/3005 (html)

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto