



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Fajardo-Dolci, Germán; Gutiérrez, Juan Pablo; García-Saisó, Sebastián
Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud
Salud Pública de México, vol. 57, núm. 2, marzo-abril, 2015, pp. 180-186
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10636867010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ENSAYO

Acceso efectivo a los servicios de salud: *operacionalizando la cobertura universal en salud*

Germán Fajardo-Dolci, MD, MAD,⁽¹⁾ Juan Pablo Gutiérrez, PhD,⁽²⁾ Sebastián García-Saisó, MD, MSc.⁽³⁾

Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S.
Acceso efectivo a los servicios de salud:
operacionalizando la cobertura universal en salud.
Salud Pública Mex 2015;57:180-186.

Resumen

El derecho a la salud y su forma operativa desde la perspectiva de la respuesta social organizada en salud –esto es el derecho a la protección de la salud– son el sustento principal para el impulso global de la cobertura universal en salud. De forma práctica, esta cobertura universal implica la conexión entre la demanda y la oferta de servicios (promoción, prevención y atención). La posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere es la expresión de la cobertura universal; es entonces cuando se habla de acceso efectivo. El objetivo de este documento es explorar la conceptualización del acceso efectivo a servicios de salud y proponer una definición que permita la *operacionalización* del mismo. Esta definición considera elementos centrales de la oferta y la demanda de servicios, incluye la disponibilidad de recursos y la prestación adecuada (calidad), así como las barreras para la utilización.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud; cobertura universal; salud mundial, México

Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S.
Effective access to health services:
operationalizing universal health coverage.
Salud Pública Mex 2015;57:180-186.

Abstract

The right to health and its operational form, as an organized social response to health: the right to health protection, are the mainstay for the global push towards universal health coverage. The path to achieve this goal is particular to each country and relates to the baseline and specific context in relation to what is feasible. In practical terms, universal coverage involves the correlation between demand and supply of services (promotion, prevention, and care), expressed by the ability for each individual to make use of services when these are required. In those terms universal coverage is then effective access. The objective of the paper is to explore the conceptualization of effective access to health services and propose a definition that allows its operationalization thereof. This definition considers key elements of supply and demand of services, including the availability of resources and adequate provision (quality), as well as barriers to use them.

Key words: health services accessibility; universal coverage; world health; Mexico

(1) Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

(2) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(3) Secretaría de Salud. México.

Fecha de recibido: 7 de abril de 2014 • **Fecha de aceptado:** 12 de enero de 2015

Autor de correspondencia: Dr. Sebastián García Saisó. Secretaría de Salud. Lieja 7, col. Juárez. 06600 México DF, México.

Correo electrónico: sebastian.garcia@salud.gob.mx

En una óptica amplia, se ha reconocido la importancia de la salud tanto por su valor intrínseco como por el rol que juega en el desarrollo humano y social. Las sociedades que son capaces de asegurar la salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo humano, tanto de forma individual como colectiva.

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976; a la fecha firmado y ratificado por 160 países. Éste reconoce que toda persona debe disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”, lo que debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población. Derivado del derecho a la salud, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud, esto es, la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria.¹

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población.

En el contexto global, la Asamblea Mundial de la Salud ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad.² De manera consistente, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norte América (IOM, por sus siglas en inglés) cita los tres elementos principales para las instituciones prestadoras de servicios de salud, particularmente en el ámbito del sector público: el acceso, la calidad y los costos.³ En este sentido, resulta relevante definir el concepto de *acceso*, en relación con los servicios de salud y mediante la consideración de estos tres elementos.

Definición de acceso y salud

La Real Academia Española define acceso en lo general (es decir, sin la particularidad del tema de salud) como la “acción de llegar o acercarse” y como la “entrada al trato o comunicación con alguien”.⁴ Así, sin ningún adjetivo, el acceso es una acción del lado del individuo (la demanda), el cual es responsable de acercarse o entrar en contacto con el establecimiento o persona a la que se busca. En el ámbito de los servicios médicos, acceso sin adjetivos, se refiere entonces a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente

implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. Es decir, esta definición no considera a los proveedores en cuanto a si los servicios están disponibles o si existe algún impedimento para prestarlos, si son oportunos en cuanto al tiempo y espacio para su prestación, o si son de calidad.

En términos de acceso en salud, Penchansky y Thomas discutían, ya hacia finales del siglo pasado, la importancia de identificar los distintos elementos del acceso, referidos por estos autores como dimensiones del mismo.⁵

El acceso a los servicios de atención a la salud ha sido un tema analizado al menos desde la segunda mitad del siglo XX. Aday y Anderson, al proponer un marco para el análisis del acceso, planteaban ya la relevancia de visualizar el acceso a partir de si los individuos con una necesidad de salud llegaban al sistema, considerando las diferencias en la definición de necesidad entre los demandantes de atención y los proveedores.⁶

Por otra parte, el IOM ha definido el acceso en salud como “el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica”. El IOM formó un Comité para el Estudio del Acceso a los Servicios, el cual consideró al acceso desde una perspectiva de la oferta como “el tiempo que emplea el personal de los servicios de salud para lograr el mejor resultado en salud [...].”³

Esta última definición considera la efectividad en el acceso a los servicios de salud, esto es, donde todos los recursos empleados actúan en conjunción para generar un resultado que puede ser medible y observable en términos del estado de salud y que, asimismo, involucra la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio.

Para Andersen, el concepto de acceso efectivo se enfoca en mejoras en el estado de salud y en la satisfacción de los usuarios. El autor actualiza el modelo de la utilización al resaltar, por una lado, la importancia de las características de la población que pueden facilitar la utilización y, por el otro, la relevancia de la percepción del estado de salud, es decir, que el contexto en el que se desarrolla la utilización de servicios va más allá del sistema de salud.⁷ Más recientemente, en una revisión sobre el concepto de acceso, se hace énfasis en la relevancia de considerar que las acciones relacionadas con el acceso van más allá del sector salud.⁸

La efectividad en el acceso a los servicios de salud

Se ha señalado que bajo un modelo de cobertura universal es indispensable pensar en calidad, accesibilidad y

equidad como conceptos consustanciales. De esta manera se enfatizan algunos conceptos como la relación íntima e indisoluble entre la calidad y la accesibilidad, a grado tal que se considera que "la calidad en abstracto, sin tener acceso, es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética", dentro de un contexto de equidad, y propone que para hablar de un modelo universal de salud se requiere necesariamente de un acceso universal a los servicios, en que todos los mexicanos tengan acceso a cualquier institución y puedan ejercer la libre elección.⁹

En este mismo sentido, los Ministros de Salud de Chile, Alemania, Grecia, Nueva Zelanda, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido integraron en 2003 el Foro Internacional para el Acceso Común a los Servicios de Salud, con base en la convicción de que sus ciudadanos tendrían un mayor bienestar si tuvieran servicios de salud universales y con acceso equitativo a cuidados de salud de buena calidad, lo cual establece que la relevancia del acceso está en el principio de calidad,¹⁰ que a su vez determina los resultados del acceso en términos de salud y, por ende, constituye parte fundamental del acceso efectivo.

De igual forma, uno de los aspectos que afectan en mayor medida el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada tanto por factores económicos como geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación. De ahí que un reto fundamental de los sistemas de salud sea precisamente revertir la desigualdad en salud garantizando igual acceso y calidad de atención médica, tanto preventiva como curativa, a toda la población.¹¹ La evidencia en proceso para el caso mexicano apunta también a que, en términos del acceso y resultados en salud, la desigualdad existe en detrimento de la población con menores ingresos y mayor marginalidad. El análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), que utiliza indicadores de cobertura efectiva para intervenciones preventivas y de atención básica, muestra que las brechas en salud por nivel socioeconómico subsisten, y son mayores en las intervenciones que requieren mayor participación del personal de salud.¹²

Así, el acceso a los servicios, medido en términos de su utilización, depende también de la accesibilidad física y aceptabilidad de los servicios y no simplemente de lo adecuado de su prestación. Algunos otros elementos como la información plena sobre los derechos a la atención médica y la disponibilidad de recursos (tiempo y dinero necesarios) también inciden en la utilización real. Los servicios disponibles deben ser pertinentes y efectivos para que la población logre obtener resultados satisfactorios.¹³⁻¹⁹

La disponibilidad universal y la eliminación de las barreras económicas para la atención a la salud están dentro de los propósitos fundamentales de las autoridades nacionales y globales, a fin de que toda la población pueda

obtener acceso justo a servicios, con oportunidad y alta calidad. Al transitar en esta dirección, se observa con mayor claridad que la garantía del financiamiento y la oferta constante de servicios no es igual a un acceso efectivo que pueda reflejarse inmediatamente en los resultados de salud, y muestra el gran camino por recorrer para limitar el efecto de algunas de las barreras al acceso menos visibles y el tránsito a un sistema con calidad homogénea.

En este sentido, el monitoreo del acceso efectivo en los servicios de salud debe basarse en resultados, a través del cumplimiento de metas y objetivos y de la generación de esquemas de incentivos, los cuales podrán ser medibles a través de la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio, o bien, de la demanda de servicios de acuerdo con las necesidades de la población, del perfil epidemiológico y del mayor número de incidencias en cuanto a accidentes.

Vigencia del concepto de acceso

La Royal Society of Medicine considera que el acceso a los servicios de salud es un concepto complejo que se mide a través de "cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan". Se considera que el concepto de acceso debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones:¹⁹

- *Disponibilidad* de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etcétera.
- *Capacidad* de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
- *La existencia de barreras* para la utilización de los servicios.
 - a. *Barreras personales*. El reconocimiento por el paciente de sus necesidades de servicios y su necesidad de buscar atención médica representan el primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas del paciente en condiciones similares y las expectativas que tiene en relación con el servicio.
 - b. *Barreras económicas*. Particularmente importantes cuando se trata de servicios del sector privado. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica, etcétera.
 - c. *Barreras organizacionales*. Diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos.

- d. *Barreras sociales y culturales.* Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos.
- *Resultados en materia de salud:* promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud (que se otorgue el servicio correcto, en el tiempo correcto, en el lugar correcto y con el mejor resultado posible). La evaluación del acceso en función de los resultados en salud en relación con la disponibilidad y la utilización de los servicios pueden afectarse entre sí.

Méjico en el contexto del acceso efectivo a los servicios de salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000, en ese año 57.6% de la población no contaba con esquemas de protección financiera en salud (lo equivalente a 55.8 millones de individuos), en tanto que 33% estaba en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 6.4% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), poco más de 1% en otros seguros públicos, y menos de 1% en seguros privados.²⁰ La atención para la población sin protección financiera desde el sector público se prestaba a través de una red heterogénea de proveedores de servicios, con escasos procedimientos preventivos e intervenciones en salud muy básicas, en tanto que una parte importante de la atención se resolvía a través del sector privado, lo que generaba un riesgo importante de empobrecimiento por gasto en salud. Ante esta situación, se hacía necesaria una reforma del sistema que ampliara el acceso a servicios de salud de calidad a través del financiamiento efectivo de los mismos, la cual dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través de la reforma de la Ley General de Salud. De acuerdo con los resultados de la reciente Ensanut 2012, para ese año, 42 millones de mexicanos, aproximadamente 37% de la población, estaban ya cubiertos por el SPSS, lo que redujo la población sin protección financiera a 25% del total, es decir, alrededor de 29 millones de personas.²⁰⁻²²

En el marco de la reforma, el gasto total en salud como proporción del producto interno bruto ha pasado de 5.6% en 2002 a 6.3% en 2011, a la par que el presupuesto de la Secretaría de Salud aumentó 69%. No obstante, el gasto de bolsillo sigue representando 47% de este gasto en salud, lo que implica que, a pesar del importante incremento en los recursos públicos destinados a la salud, se sigue presentando un déficit significativo en financiamiento. Para 2011, el Seguro Popular incluía,

entre las acciones financiadas, todas las intervenciones primarias, 95% de las causas de hospitalización y 17 intervenciones de alta complejidad.²¹

En forma congruente con lo señalado por el IOM, en cuanto a acceso a los servicios, calidad de la atención y costos accesibles,³ el Estado Mexicano pretende garantizar el acceso a los servicios de salud para todos los mexicanos a través del SPSS, de conformidad con el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social y laboral, con lo que se evita así cualquier tipo de discriminación, mediante servicios integrales, con calidad, respeto y trato digno.²³

Más allá del financiamiento, también se han realizado importantes esfuerzos encaminados a garantizar un acceso efectivo en relación con la calidad. En este sentido, la Ley General de Salud señala que el Estado deberá establecer requerimientos mínimos indispensables para quienes deseen ser prestadores de servicios, sujetos a evaluación y previa obtención del dictamen de acreditación otorgado por la Secretaría de Salud. Asimismo, los proveedores deberán aprobar la evaluación y sujetarse a la revisión anual del cumplimiento de las condiciones comprometidas en materia de acreditación.²⁴

Si bien en algunos puntos son ahora la garantía de calidad y la efectividad de los servicios las mayores limitantes hacia el acceso efectivo, el rezago en la provisión elemental de servicios aún persiste en muchos puntos del país. En particular, el problema persiste en zonas de gran dispersión geográfica. Éste no es un factor reciente; desde hace más de cuatro décadas esta observación ha llevado a la conformación de programas desde la seguridad social como desde el ámbito de la protección social en salud y los servicios estatales de salud.²⁵

Universalidad de la cobertura y acceso efectivo

Es en este planteamiento general que el acceso efectivo a los servicios de salud se esboza como la *operacionalización* de la cobertura universal en salud: que un individuo que presente una condición de salud identificada como requerimiento o necesidad de atención esté en condiciones de acudir a un servicio de salud en el que reciba la atención a la condición que lo hizo acudir, con el mejor resultado posible.

Para darse este acceso efectivo, ante la necesidad percibida debe contarse con la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que los mismos tengan la capacidad resolutiva y calidad requeridas.

Entre los elementos que podrían incidir en el acceso efectivo se encuentra la afiliación a los servicios.

Una primera barrera al acceso efectivo es, sin duda, la financiera, que podría inhibir a un individuo de expresar una necesidad de salud ante la ausencia de medios económicos para hacerle frente. Para ello, en México se han implementado esquemas de protección financiera, en particular, el SPSS en paralelo con los esquemas de seguridad social disponibles en el país.

Una vez que la población cuenta con protección financiera, una barrera financiera adicional es la demanda de tiempo en los servicios; esto es tanto el tiempo de traslado como, de forma muy importante, el tiempo de espera. Si bien ésta no implica un desembolso, sí puede representar pérdidas económicas por ausentismo laboral. Adicionalmente, está la oportunidad de la atención, en el sentido de horarios y días de atención, que al igual que en el caso anterior, implica la decisión de destinar a la atención uno de los recursos más escasos para los individuos: el tiempo. Una solución para los usuarios ante estas limitaciones es recurrir a servicios con una oferta más amplia en horarios y días, y menores tiempos de espera, aun si esto representa una erogación monetaria que asume el usuario y que se compensa con la oportunidad de atención y tiempos requeridos.

Finalmente, están la capacidad resolutiva y la calidad de los servicios. Si se percibe que el uso de éstos no se traduce en salud, se convierten en menos deseables con una subsecuente subutilización.

Al considerar los puntos anteriores, la medición del acceso efectivo a nivel poblacional estaría dada por:

$\% \text{ de la población con acceso efectivo} = 100\% - (\% \text{ de la población sin protección financiera}) - (\% \text{ de la población con protección financiera que percibe los servicios para los que cuenta con seguro como no resolutivos, incluyendo falta de medicamentos}) - (\% \text{ de la población con protección financiera para quienes los servicios para los que tiene seguro no son convenientes por ubicación u horarios})$

Ante la dificultad para medir la percepción de la calidad de los servicios no utilizados y la no conveniencia de los mismos, un elemento que es importante considerar para el acceso efectivo es la identificación de utilización de servicios privados, esto como preferencia revelada por los usuarios en respuesta a las posibles barreras en la utilización de servicios públicos, independientemente del financiamiento otorgado para este fin. El hecho de que un paciente que cuenta con una cobertura pública para el financiamiento de la salud recurre a los servicios privados apunta hacia la presencia de barreras para el acceso, ya sean de índole personal, económica (principalmente indirectas), organizacionales, sociales y culturales.²⁶

En ese sentido, para medir el acceso efectivo en un entorno caracterizado por la universalidad del financiamiento público en salud, se puede proponer que, de forma agregada, el uso de servicios privados con pago en el punto de atención por parte de la población con protección financiera de origen público refleje ausencia de acceso efectivo (figura 1). De esta forma, se podría entonces generar el indicador de acceso efectivo de forma simplificada como:

$\text{Acceso efectivo} = 100\% - (\% \text{ de la población sin protección financiera}) - (\% \text{ de la población con protección financiera} * \% \text{ de la población con protección financiera que utiliza servicios privados como respuesta a las barreras de los públicos})$

Este indicador, si bien es útil para el monitoreo macro, no permite identificar el peso relativo de las diferentes barreras para el acceso efectivo, para lo que se hace necesario desarrollar medidas más detalladas que consideren los siguientes elementos desde la perspectiva de los individuos (figura 2):

- Protección en salud, definida como la afiliación a un esquema de financiamiento en salud.
- Posibilidad de utilización, definida como la existencia de servicios de salud con un tiempo de traslado adecuado, y con horarios y tiempo de espera en los sitios compatibles con las actividades de los individuos de acuerdo con la condición de salud.

Razones para la utilización de servicios privados en la población con protección financiera

Efectividad de los servicios, definida como la capacidad resolutiva, significa solucionar el problema de

Población SIN protección financiera	Población SIN uso efectivo	Población CON acceso efectivo
Población CON Protección Financiera		

FIGURA 1. ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN RELACIÓN CON EL ACCESO EFECTIVO DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN PROPUESTA: ACCESO EFECTIVO ES EL REMANENTE DE DESCONTAR DE LA POBLACIÓN TOTAL A AQUÉLLOS SIN PROTECCIÓN FINANCIERA Y A AQUÉLLOS QUE, AL TENER PROTECCIÓN FINANCIERA, NO PUEDEN HACER UN USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS PREPAGADOS

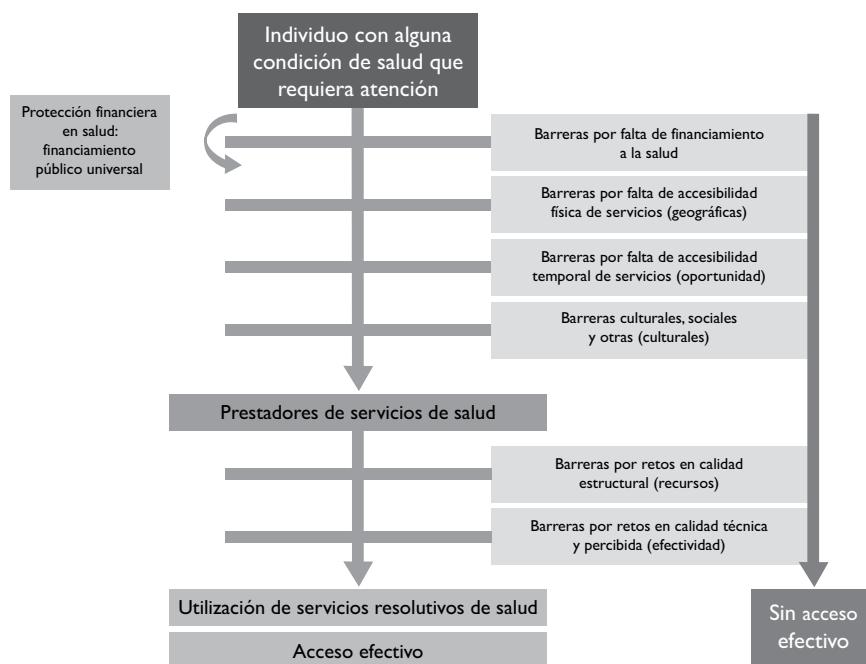


FIGURA 2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL COMO ACCESO EFECTIVO

salud que llevó al individuo al servicio, que puede obtenerse a nivel individual a partir del autorreporte sobre si la atención solucionó el problema, o al sumar el componente de resultados en salud poblacional para el nivel sistémico, como sería el caso de indicadores generales (o locales) de mortalidad materna, mortalidad infantil, sobrepeso y obesidad, incidencia, prevalencia y mortalidad por diabetes mellitus, porcentaje de sobrevivencia secundaria a padecimientos neoplásicos, tasa de readmisión en padecimientos neoplásicos, tasa de readmisión en padecimientos psiquiátricos, entre otros posibles indicadores. Esto significa que es posible generar mediciones de acceso efectivo de forma general (utilizando para ello medidas de salud general) o de acceso efectivo relacionado con condiciones de salud particulares. Podría, por ejemplo, contrastarse el acceso efectivo a la atención de condiciones de salud con cobertura financiera por los diferentes esquemas públicos, como la atención a VIH, con otras condiciones sin esta cobertura.

Retos para México hacia la efectividad en el acceso a los servicios de salud

Los retos futuros en términos de acceso efectivo son particularmente significativos en nuestro país. Partiendo del abordaje propuesto, en el primer elemento considerado,

que es la protección financiera, aún se identifican retos para alcanzar el aseguramiento total de la población. Por lo que se refiere a los servicios que se ofrecen, los tres principales sistemas de aseguramiento financiero de la salud (el SPSS y la seguridad social del IMSS e ISSSTE) aún presentan importantes diferencias en el contenido de la cobertura, esto es, de las intervenciones financiadas. Los recursos para financiar la atención en salud son, en gran medida, de origen federal, sin embargo, el trabajo sigue pendiente para lograr la homologación de los fondos y de las intervenciones en salud a las que se tiene acceso bajo los diferentes sistemas.

La disponibilidad de servicios también ha presentado avances relevantes en los últimos años; de éstos, la inversión en infraestructura en salud no ha tenido precedente. Sin embargo, la planeación de la misma en un contexto sistémico continúa pendiente. Las instituciones de salud deberán establecer prioridades comunes en el desarrollo de recursos tanto físicos como humanos, a fin de lograr el crecimiento armónico que permita hacer frente a los retos que en materia de salud y acceso a servicios presenta la población nacional y no solamente la población de los diferentes esquemas de aseguramiento. Los horarios de atención deben responder a las necesidades de la población que se busca cubrir y deben considerarse las especificidades de la zona de atención. Los horarios en el ámbito urbano requieren

considerar la menor flexibilidad laboral de la población para acudir a los servicios, y en ese sentido ampliar horarios y días de atención. Por otra parte, la ubicación de los establecimientos debe planearse considerando los trayectos de la población y acercándolos a sus rutas.

De forma similar, persiste la necesidad de homologar la calidad de los servicios de salud. El acceso universal al financiamiento ha puesto en evidencia que a pesar de que el paciente obtenga el mismo financiamiento sin importar la unidad de atención, el resultado puede variar significativamente. Los esquemas de garantía de calidad deberán ser revisados para así permitir que el acceso universal al financiamiento pueda transformarse en el acceso efectivo a servicios de salud (basado en resultados) y la capacidad de los servicios deberá adecuarse para enfrentar la realidad demográfica, epidemiológica y social de nuestro país.

Aunado a lo anterior, debemos enfocar los esfuerzos sistémicos para disminuir las barreras personales, organizacionales, sociales, económicas y culturales para la utilización de los servicios de salud. México es un país de inmensas diferencias que sin duda deben verse reflejadas en la oferta de servicios para acercar éstos a las poblaciones más vulnerables y distantes de nuestro país mediante un modelo intercultural de servicios de salud.

El acceso a los servicios de salud ha avanzado en todas sus dimensiones en nuestro país, desde la concepción de la protección a la salud como un derecho constitucional y en gran medida por el impulso otorgado al financiamiento de los servicios para la población sin acceso a la seguridad social. Consolidar el acceso efectivo dependerá de la forma en que las instituciones logren establecer los mecanismos que permitan consolidar el acceso universal al financiamiento y transformarlos en el acceso efectivo a servicios de salud, entendido como la definición operativa de la cobertura universal en salud; esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutiva.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: ONU, 1966.
2. OMS. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA62.14. Ginebra: OMS, 2009.

3. Millman M, ed. *Access to Health Care in America*. Washington, DC: The National Academies Press, 1993.
4. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: RAE, 2001.
5. Penchansky R, Thomas J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19(2):127-140.
6. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-220.
7. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36(1):1-10.
8. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acceso à saúde. *Rev Panam Salud Pública* 2012;31:260-8.
9. Ruelas-Barajas E. La calidad del sistema de salud en un modelo universal. Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. *Memorias, Simposio Internacional Conamed, Seminario sobre Medicina y Salud UNAM; Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provision de servicios universales de salud*. México: UNAM-OPS, 2011.
10. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(8):655-8. doi: 10.1136/jech.2003.017731.
11. WHO. *Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health*. World conference on social Determinants of Health. Rio de Janeiro: WHO, 2011: 47.
12. Gutiérrez JP. Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza. *Salud Pública Mex* 2013;55:S106-S111.
13. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med* 2001;53(9):1149-1162. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00415-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00415-9).
14. Weissman JS, Stern R, Fielding SL, Epstein AM. Delayed access to health care: Risk factors, reasons, and consequences. *Ann Intern Med* 1991;114(4):325-331. doi: 10.7326/0003-4819-114-4-325.
15. Congreso de los Estados Unidos de América. *The Affordable Care Act*. Washington, DC: Congreso de los Estados Unidos de América, 2010.
16. Schoen C, Doty MM, Robertson RH, Collins SR. Affordable Care Act Reforms could reduce the number of underinsured US adults by 70 percent. *Health Aff* 2011;30(9):1762-1771. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0335.
17. Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. *Why not the best? Results from the National ScoreCard on U.S. Health System Performance*, 2008. New York: The Commonwealth Fund, 2008.
18. Mhatre SL, Deber RB. From equal access to health care to equitable access to health: A review of Canadian Provincial Health Commissions and Reports. *Int J Health Serv* 1992;22(4):645-668.
19. Gulliford M, Figueiroa-Muñoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does "access to health care" mean? *J Health Serv Res Policy* 2002;7(3):186-188.
20. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud en México, 2000-2012. *Salud Pública Mex* 2013;55(supl 2):S83-S90.
21. Frenk J. La salud como derecho ciudadano. *Nexos* 2012;2.
22. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MÁ, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública Mex* 2007;49:s23-s36.
23. Frenk J, Ruelas-Barajas E. Medir para mejorar el desempeño del Sistema Mexicano de Salud. *Salud Pública Mex* 2005;47(S1):1-3.
24. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud de México*. México: DOF, 2011.
25. Diario Oficial de la Federación. *Reglas de operación del Programa Caravanas de la Salud. Ejercicio Fiscal 2012, (2011)*. México: DOF, 27 de diciembre de 2011.
26. Levesque JF, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12(1):18. PubMed PMID: doi:10.1186/1475-9276-12-18.