

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Díaz-Muñoz, E.I., Rodríguez-Pomeda, J.R. y Rosas-Quintana, V.M. (2018). Calidad y modelos de calidad para su medición y aseguramiento en hospitales públicos: ¿es posible normar un constructo? *Revista Jurídicas*, 15 (1), 131-153. DOI: 10.17151/jurid.2018.15.1.8.

Recibido el 2 de octubre de 2015
Aprobado el 10 de enero de 2017

CALIDAD Y MODELOS DE CALIDAD PARA SU MEDICIÓN Y ASEGURAMIENTO EN HOSPITALES PÚBLICOS: ¿ES POSIBLE NORMAR UN CONSTRUCTO?*

EDUARDO IGNACIO DÍAZ-MUÑOZ**

JESÚS RODRÍGUEZ-POMEDA***

VERÓNICA MONSERRAT ROSAS-QUINTANA****

RESUMEN

Este artículo es una propuesta de reflexión sobre el concepto de calidad en salud en el contexto internacional y sus intentos por normar un constructo y definir un modelo, evidenciando que la calidad no se incorpora adecuadamente en los desarrollos legislativos. Los diversos enfoques y los estándares internacionales obligan a preguntarnos ¿Es posible definir, formalizar y generar un marco normativo único? La revisión bibliográfica tiene como objetivo caracterizar un constructo de calidad en salud y evidenciar los avances sanitarios en el mundo para dar cuenta de algunos modelos normativos orientadores de las políticas sanitarias en diversos países. Esta se complementa con más de 10 estudios de pre-inversión hospitalaria elaborados en Chile (entre el 2000 y el 2010). Se concluye que la calidad es un concepto multivariante, en constante evolución y movilidad. Su medición depende del área de trabajo y de quien mide. Asimismo que los análisis

de los modelos de calidad reflejan que no hay consenso al respecto y, por lo mismo, hay que tener cuidado al abordar los marcos normativos.

* La abogada Verónica Rosas Quintana recibió respaldo para participar en esta coautoría, en cuanto Investigadora Responsable del Proyecto DIUFRO DI16-0137, de la Universidad de La Frontera, apoyo que se agradece con esta publicación.

** Doctor en Economía y Gestión Organizacional. Académico por 18 años del Departamento de Administración y Economía de la Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Experto en modelos de gestión y rediseño de hospitales con más de 12 hospitales rediseñados de baja, mediana y alta complejidad y estudios de red. Académico en pre y posgrados con desarrollo de conferencias en Chile, Argentina, España, Brasil, Perú entre otros. E-mail: eduardo.diaz@ufrontera.cl. **Google Scholar**. ORCID: 0000-0001-5360-8659.

*** Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Profesor Visitante de la Universidad Externado de Colombia. Ex Consultor de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). E-mail: jesus.pomeda@uam.es. **Google Scholar**. ORCID: 0000-0002-5341-4042.

**** Magíster en Pedagogía Universitaria, Licenciada en Ciencias Jurídicas por la Universidad Católica de Temuco, Abogada por la Corte Suprema de Chile. Email: veronica.rosas@ufrontera.cl. **Google Scholar**. ORCID: 0000-0002-5881-5240.



PALABRAS CLAVE: calidad en salud, eficiencia, modelos de calidad, acreditación de las entidades de salud, marco legislativo.

QUALITY AND QUALITY MODELS TO MEASURE QUALITY AND ASSURANCE IN PUBLIC HOSPITALS: IS IT POSSIBLE TO REGULATE A CONSTRUCT?

ABSTRACT

This article is a proposal for reflection on the concept of quality in health in the international context and its attempts to standardize a construct and define a model, evidencing that quality is not adequately incorporated into legislative developments. The different approaches and international standards force the following question: Is it possible to define, formalize and generate a single regulatory framework? The objective of the bibliographic review is to characterize a construct of quality in health and to demonstrate the health advances in the world to account for some normative models that guide health policies in different countries. This is complemented by more than 10 hospital pre-investment studies prepared in Chile (between 2000 and 2010). It is concluded that quality is a multivariate concept in constant evolution and mobility, that its measurement depends on the area of work and who measures it, and that the analyzes of the quality models reflect that there is no consensus in this regard and, therefore, care must be taken when approaching the regulatory frameworks.

KEY WORDS: quality in health, efficiency, quality models, accreditation of health establishments, legislative framework.

CONTEXTO

En América Latina, como en el resto del mundo, se han vivido constantes reformas en los sectores de actividad económica, social y constitucional, por mencionar algunas áreas del quehacer legislativo que conllevan además importantes acuerdos entre los diferentes sectores gobernantes. Sin embargo, cada reforma sectorial ha llevado a nuevas modificaciones; a través de un proceso que pareciera no acabar, e incluso con la constante sensación ciudadana manifestada en procesos de movilización social (como el caso de Chile en educación), exigiendo nuevas reformas. El sector salud no ha escapado a esta característica que recoge el presente artículo, donde se analizarán las causas por las cuales no se obtienen los resultados deseados, ejecutándose pequeños cambios frente a un sector que obliga a revisar integralmente, y no de manera parcial algún componente temático del concepto de salud. Lo primero es relevar la evolución del sector salud y en qué etapa se encuentran hoy los debates internacionales que inducen a nuevas reformas legislativas. Posteriormente, analizaremos el concepto de calidad en salud y su relación con la eficiencia-eficacia-efectividad, conceptos normalmente utilizados para justificar reformas. Dentro de este contexto identificaremos los marcos legislativos vigentes y estudios en establecimientos de salud que identifican la existencia y persistencia de problemas. Sobre las evidencias, discutiremos porqué respecto del constructo de calidad en salud, no se puede legislar de forma única y definitiva.

CALIDAD EN SALUD, COMPONENTES Y MODELOS DE CALIDAD

La calidad en sí tiene miles de años como concepto inherente al avance del desarrollo humano y su entorno, en procesos y mejoras de productos o servicios. Los avances del concepto de calidad toman relevancia teórica e investigativa en el siglo XX, destacando los desarrollos de Frederick W. Taylor (1911), ampliados posteriormente por Shewhart (1930) a través del diagrama de control. Sin embargo, los impulsos más notorios de este concepto se deben a los aportes de Deming con su *Ciclo de Deming* y sus 14 puntos adaptados al sector de asistencia sanitaria (Deming, 1989); los correspondientes a Juran y su trilogía de planificación, control y mejora (1988); o el caso de Crosby (1979) con sus 14 pasos y Tahichi Ohno (1998), con la incorporación de conceptos como *justo a tiempo*, *automatización con toque humano*, *flujos de producción*, *equilibrio entre producción y demanda* o adquirir habilidades de dirección mediante la preparación. Estos son algunos de los precursores de innovaciones y avances en calidad que paulatinamente se han ido adaptando al sector (Nofuentes, 2012).

La calidad en salud, si bien ha sido siempre un desafío para los profesionales, recién en el siglo pasado comenzó a tomar un rumbo diferente para sus gestores y en particular para los hospitales. Es así como en 1930, W.A. Shewhart de los laboratorios Bell, en Estados Unidos, crea las llamadas *Normas Z* (Shewhart, 1931), que precedieron al trabajo de E.S. Pearson y las llamadas *Normas Británicas* (Padovani, Brito, Crespo, Deu y Padovani, 2012). En 1951, se crea la *Joint Commission Accreditation Hospitals* (JCAH) en Estados Unidos como unidad independiente, lo que genera un primer planteamiento de parámetros de calidad que debían cumplir los recintos para su acreditación (Guix, 2005). En los años 80 del siglo XX, Avedi Donabedian (1980) elabora elementos de la calidad como una relación entre estructura, procesos y resultados. En 1985 se crea la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA); en 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, con más de 100 países adheridos, y por ejemplo, en Cataluña se aborda a partir del año 2005, un nuevo modelo de acreditación hospitalaria basado en el modelo de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), donde el acento está en los procesos y la mejora continua. Bajo estos avances, el concepto de calidad también ha evolucionado en relación con sus énfasis y sujetos de estudio, lo cual se ha visto reflejado en la creación de nuevos indicadores (Morera, 2013).

¿Qué se entiende por calidad en salud?

La definición de calidad en salud ha evolucionado de forma significativa en los últimos 30 años. Las agencias, las instituciones internacionales, los propios actores de gestión, los funcionarios y los pacientes han ido aportando en su conceptualización y ejes de trabajo.

El concepto de calidad desde la propuesta de Donabedian acerca de los sistemas de salud y los elementos de la calidad, –estructura, procesos y resultados– publicados en 1996, da cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria (Guix, 2005). Desde entonces se han implementado diferentes ejes prioritarios en función de los objetivos, bien sea de país o institucionales. Como el Instituto de Medicina de Estados Unidos que en sus reportes de 1999 y 2001, concentró sus ejes en los errores médicos, con los títulos *Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro* y *Cruzando la brecha de la calidad* (Padovani et al., 2012), lo que puso en evidencia que el sistema norteamericano no es seguro y que entre 45.000 y 98.000 norteamericanos fallecen cada año víctimas de errores médicos. Es así que el primer énfasis es la calidad del funcionario de la salud para evitar los errores en los procesos de atención y garantizar su seguridad (Nofuentes, 2012), de acuerdo con Donabedian a partir de Taylor (para quien, lo más importante era el producto y el proceso), siendo este último un precursor en la medición de la eficiencia (Grachev, 2013).

En la perspectiva del usuario, lo relevante es cómo el paciente evalúa la atención, concepto fuertemente influenciado por los modelos liberales como el planteado por Hervas (2007) donde lo relevante es la demanda. Investigaciones basadas en el modelo de Floch (1988), tipifican los perfiles de pacientes y su rol en los procesos de atención, evidenciando que el perfil del paciente se mueve desde aquel que quiere ser parte del proceso, informarse y decidir activamente con el médico, a aquellos que no quieren tomar el control de su atención con diálogo activo e informado con los profesionales (Chalamon, Chouk & Heilbrunn, 2013), evidencias que influyen en la calidad desde la perspectiva y expectativas de los usuarios. Asimismo, existen enfoques de los actores organizacionales, donde el análisis de la calidad depende del rol que tengan. Los estudios de Attree (2001) diferenciaron los criterios usados por administradores, pacientes y profesionales, agrupándolos en 3 tipos: 1) recursos de la atención, 2) procesos de la atención y 3) resultados, donde el paciente le da más importancia a los dos primeros y los profesionales y directivos, a los dos últimos (Pickering y Thompson, 2010). También se han agregado las instituciones, sean estas la OMS, OCDE, ministerios y agencias de calidad, que a través de modelos de gestión de calidad total, modelos de excelencia o acreditación han contribuido a ampliar el concepto, donde la gestión directiva juega un rol determinante (Abdallah, 2014). A continuación, analizaremos determinados modelos instalados como producto de reformas y las implicancias en la medición de calidad.

PROCESOS Y MODELOS DE MEDICIÓN BAJO MARCOS NORMATIVOS

Los procesos hospitalarios se caracterizan por su variabilidad y repetitividad (Hernández, Medina, Nogueira, Negrín y Márquez, 2014). Insumos y recursos se combinan en los servicios entregados para generar productos hospitalarios, pues a pesar de que los límites o fronteras son flexibles en un sistema abierto, igualmente lo separan de su medio externo y establecen el dominio de sus actividades (Hernández *et al.*, 2014), permitiéndole posteriormente construir indicadores de calidad de procesos (Jiménez, 2004), según la prioridad de la medición. La construcción de indicadores, su selección y los criterios para agruparlos se conforman para definir modelos de evaluación, destinados a apoyar a la gestión en sus análisis y decisiones.

Los modelos se han ampliado desde los orígenes de los precursores de la calidad, y su adaptación al sector sanitario ha experimentado importantes avances en la medición de los hospitales. Así lo reflejan las más de 23 agencias que miden el desempeño hospitalario y los 383 indicadores, de los cuales el 53 % se concentra en seguridad del paciente, 29 % en eficiencia y el 10 % en puntualidad y atención centrada en el paciente (Morera, 2013). También se han identificado más de 20 proyectos pertinentes con 1.698 indicadores, de los cuales 67 fueron utilizados para

definir el marco nacional de indicadores de calidad en Grecia (Simou, Pliatsika & Koutsogeorgou, 2014). Al comparar algunos de ellos se han observado diferencias de énfasis y enfoques, tal como se describen en el cuadro 1, que ilustra la dimensión de calidad para la elaboración de indicadores según agencias (Morera, 2013).

Cuadro 1. Dimensiones de calidad en la elaboración de indicadores de desempeño hospitalario.

Dimensiones	UK	Canada	Australia-ACHS	USA-AHRQ	WHO-PATH	OECD-HCQI
Aceptabilidad		❖				
Accesibilidad	❖	❖	❖	❖		❖
Adecuación		❖	❖			
Cuidado del medio ambiente y servicios	❖					
Competencia		❖				
Capacidad			❖			
Continuidad		❖	❖			
Eficacia	❖	❖	❖	❖		❖
Mejora de salud					❖	
Enfoque clínico, gasto o costo					❖	❖
Eficiencia		❖	❖	❖	❖	❖
Equidad	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Gobernabilidad						
Atención centrada en el paciente	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Seguridad	❖	❖	❖	❖		
Sostenibilidad			❖			
Oportunidad	❖			❖		

Fuentes: OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; WHO, World Health Organization; U.S .Departamento of Health and Human Services; Morera M, 2013.

Se destaca la incorporación de los cuatro conceptos debatidos en gestión: calidad-eficiencia-eficacia-efectividad, algunos de los cuales podrían contener otros, como competencia, accesibilidad, capacidad, atención centrada en el paciente u oportunidad. Así también, los énfasis y la discusión semántica guardan relación con los modelos que se han definido en estos 20 años como el *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA), el modelo EFQM, el modelo de atención crónica, el modelo PATH o el construido en Grecia para hospitales públicos acorde a seis dimensiones: calidad, capacidad de respuesta, eficiencia, utilización, puntualidad, recursos y capacidades (Simou *et al.*, 2014). La implantación piloto del *Modelo PATH* a 37 hospitales en diferentes países, reflejó un 27 % de no entrega de datos, evidenciando falta de personal, experiencia y tiempo en los hospitales participantes (Groene, Klazinga, Kazandjian, Lombraill & Bartels, 2008). Junto a ello, no se ha indagado, si se cumplen o no, algunos supuestos planteados en los procesos, como que el sistema de información se supera, que los médicos utilizan los datos para analizar los resultados o que los pacientes usan la información para seleccionar el hospital (Groene *et al.*, 2008). Al considerar que entre ellos no hay grandes diferencias, sino más bien en sus diseños ideológicos (Groene *et al.*, 2008), los factores clave para una adecuada implantación van ligados a cuestiones internas, a la motivación del personal, a su empoderamiento y a la participación

en los procesos. El segundo grupo de factores se relaciona con la capacidad de adaptación de modelos al sector salud, en la cual los médicos se consideran claves para la implantación exitosa de ellos (Abdallah, 2014). Los modelos diseñados, cuyo eje de trabajo se vincula con la eficiencia hospitalaria, concepto asociado a la calidad y sobre el cual también se han abordado definiciones específicas que analizaremos a continuación.

En este marco teórico el concepto de calidad, los procesos insertos en los modelos y la eficiencia como eje central, dan cuenta que internacionalmente no se instala un concepto único. La información y el diseño de indicadores específicos son las etapas que más preocupan a los investigadores en sus correspondientes formulaciones, indicando la participación de médicos en su implementación y su poder en las organizaciones de salud, pues están por sobre el resto de los empleados (Abdallah, 2014). La ilustración 1 ordena los enfoques identificados para exponer el marco de este análisis.

Ilustración 1. Enfoques del concepto calidad y modelos para su medición.



Fuente: elaboración propia.

Hasta ahora los modelos y marcos normativos de calidad, si bien mantienen los énfasis referidos, se orientan al funcionamiento de las instituciones de salud y en particular a los hospitales. Sobre estos conceptos se construyen indicadores, con líneas poco claras respecto de sus límites, tal cual se describió en el análisis de modelos conceptuales. Sus énfasis guardan relación con los planteamientos derivados de diferentes perspectivas internacionales, nacionales u organizacionales (el otro cuadrante de los indicadores), donde este último ámbito está estrechamente ligado con el sujeto de estudio relevante en los procesos (el usuario, directivo, clínico, el hospital, la red, el país o la región). En este punto los sistemas de información no necesariamente se encuentran alineados en torno a cada uno de estos niveles y serán relevantes para comparar (Groene *et al.*, 2008).

SISTEMAS SANITARIOS Y MARCOS NORMATIVOS

Sistemas de salud en Europa

En el caso de Europa, la salud es un sector sensible y relevante cuyas principales características se observan en el cuadro 2.

Cuadro 2. Características de los sistemas de salud en Europa.

Países	Sistema-Servicios		Gasto - Modelo financiamiento-Provisión					Lista de espera como problema político	Uso estrategia copago (alta, media, baja)	Autoevaluación estado de salud percibido por la pob %, de bueno y muy bueno
	Tipo de Sistema	Cartera Servicios definida nivel central	Gasto respecto del PIB como %	Beveridge	Bismarck	Modo provisión predominante A.P	% de Provisión pública en Hospitales			
Dinamarca	SNS	No	11	x		Privada	97	Si	Bajo	70,8
España	SNS	Si	9,4	x		Pública	75	Si	Bajo	75,1
Finlandia	SNS	No	9,1	x		Pública	89	Si	Alta	68,9
Irlanda	SNS	No	8,9	x		Privada	100	Si	Alta	82,6
Italia	SNS	Si	9,2	x		Pública	81	Si	Media	64,7
Portugal	SNS	No	9,5	x		Pública	86	Si	media	49,7
Reino Unido	SNS	Si	9,3	x		Privada	96	Si	Bajo	77,5
Suecia	SNS	No	9,6	x		Pública	98	Si	Alta	79,9
Alemania	SSS	Si	11,3		x	Privada	49	No	media	64,8
Austria	SSS	No	11,1		x	Privada	72	No	Alta	69,4
Bélgica	SSS	Si	10,9		x	Privada	34	No	Alta	73,5
Francia	SSS	Si	11,6		x	Privada	66	No	Alta	67,6
Grecia	SSS	No	9,3		x	Pública	69	Si	Alta	76,4
Luxemburgo	SSS	Si	7,1		x	Privada	68	No	Alta	72,5
Países Bajos	SSS	Si	11,8		x	Privada	0	Si	Alta	76,3

SNS: Sistema Nacional de Salud. SSS: Sistema de Seguros Sociales

Fuente: Elaboración propia basado en Informe (OCDE, 2014; Subdirección General de Información sanitaria e Innovación, 2013)¹

En general, los países han llegado a organizar *Sistemas Nacionales de Salud* o *Sistemas de Seguros Sociales*, donde ocho países de los analizados abordan el *Modelo Beveridge* creado bajo recomendación de una comisión en Inglaterra en 1942, sistematizado en el informe Beveridge² (Beveridge *et al.*, 1942) cuyo financiamiento se basa en los impuestos. El resto de los países utiliza el *Modelo Bismarck*³, modelo iniciado en Alemania con la promulgación de la ley de seguros de enfermedades del 18 de junio del 1883 y, en este caso, el financiamiento se realiza mediante cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores con apoyo de impuestos, siendo un modelo más liberal (Artundo, 2005), construido para frenar las movilizaciones socialistas (Cabo, 2014) reflejando una buena evaluación por parte de los ciudadanos.

¹ Copagos: atención primaria, atención especializada, ingreso hospital, urgencias y fármacos con recetas donde baja presencia se considera a uno de ellos (por lo general fármacos), mediana de 2 y alta si es superior a tres áreas de trabajo.

² Beveridge: modelo inglés, que considera financiamiento a través de impuestos, presupuesto del estado, acceso universal, médicos con salario o por capitación, control gubernamental, algunos copagos.

³ Bismarck: modelo alemán, financiado por cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores o a través de impuestos. Los recursos llegan a un fondo de entidades no gubernamentales reguladas por ley que gestionan. Los fondos contratan hospitales, médicos de familia, sistemas de reembolsos y algunos copagos.

Los hospitales europeos se enfrentan a entornos caracterizados por cuestiones comunes, como el envejecimiento de la población, la presencia creciente de pacientes multimórbidos y las restricciones presupuestarias, donde la sostenibilidad financiera es un desafío (Eiff, 2012). En Europa, seis países tienen acceso a la atención primaria, sin copago (Alemania, España, Grecia, Italia, Reino Unido y Francia), en 11 países de la UE-15, las consultas a especialistas tienen copago (Austria, Bélgica, Francia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal y Suecia). En 10 de ellos existe copago en hospitalización (Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, y Países Bajos) y, por último, en atención de urgencia son cinco países del modelo de sistema nacional de salud (Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal y Suecia) y seis del modelo del sistema de seguridad social (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia y Países Bajos) en que existe copago (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

El énfasis de sus sistemas sanitarios se orienta a fortalecer la salud como derecho universal, con acceso equitativo, bajo orientaciones y estrategias de cooperación propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). En sus reformas, la relación público-privada, el incremento del gasto en salud y paulatinamente el copago, se han instalado como medidas de ajuste de costos o valoración por parte del ciudadano (OCDE, 2014; Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

De estos países, Alemania ha reflejado buenos resultados, destacando dentro de los cuatro países con mayor gasto sanitario en Europa junto a los Países Bajos, Francia y Suiza (OCDE, 2014). Ha mantenido un regulado rol y control de las instituciones participantes, acotando las rentabilidades y el costo de la salud al ingreso percibido de las personas, más que a su situación sanitaria, edad, sexo o enfermedades crónicas o preexistentes (Temes y Mengíbar, 2011). Otro aspecto analizado por diferentes investigadores, se refiere a la esperanza de vida entre hombres y mujeres como un tema a debatir (Dinges, 2014), que en promedio es de 80,6 años con una diferencia entre hombre y mujer de 5 años (World Health Organization, Office Regional Europe, 2013).

En Inglaterra, el *National Health Service* (NHS), creado el 5 de julio de 1948, asumió la salud como un derecho para el ciudadano, de acceso universal, integral y gratuito, aunque su financiamiento es un tema permanente de discusión en cuanto a límites y efectividad (Gorsky, 2008). Al igual que en la gran mayoría de los países, se basa en financiamiento a través de impuestos, con baja presencia del seguro privado en la población. La modernidad en establecimientos hospitalarios y la introducción de indicadores de eficiencia, que implica establecer objetivos nacionales, ha tensionado a los servicios de urgencia, por ejemplo, buscando reducir sus esperas de cuatro horas (Vezyridis & Timmon, 2014). Iniciativas como la receta

electrónica, con potencial considerable para mejorar sus procesos, no reflejan en su diseño concepciones uniformes, con inmadurez del mercado y problemas de coordinación en sus requerimientos (Mozaffar & Williams, 2014). Sin embargo, programas tendientes a mejorar la atención de adultos mayores, la protección y cuidado post atención hospitalaria destacan a través del proyecto *Integrating health and social care in Torbay* (Goodwin, Dixon, Anderson y Wodchis, 2014)

Las inquietudes relativas a costos y gastos en salud son un tema vigente en todos los países, proyectándose al 2050 un incremento del gasto sanitario entre 3,5 y 6,1 puntos del PIB (OCDE 2006). Se estima que en 2015 los mayores de 65 años representarán el 20 % de la población y considerando que a partir de los 65 años hasta los 80, los recursos se incrementan hasta multiplicarse cuatro veces los niveles básicos, es clara la tendencia en la demanda de nuevos recursos (Lemus, Aragues y Lucioni, 2009)

Sistema de salud en Asia

En el caso de Japón, este país tiene un sistema de seguro público que cubre a toda la población, los pacientes tienen la libertad de elegir cualquier hospital o clínica. Destaca su alta accesibilidad, incluso a los hospitales de alta complejidad. Entre los países desarrollados, presenta una de las tasas más bajas de egresos hospitalarios, al igual que la tasa de médicos por habitante (Liu, 2013).

Por su parte, China ha experimentado en los últimos cinco años grandes cambios respecto de su historia en el sector de la salud, al plantearse una reforma estructural para todo el país a principios del 2009, la que no ha estado exenta de debates. Esta reforma se ha definido como "...cuatro vigas y ocho pilares en el largo plazo, así como una agenda de trabajo para el periodo 2009-2011" (Tang, Bixi & Bekedam, 2014, p. 167). Tang describe las cuatro vigas como: salud pública, seguro médico, eficiencia y acceso a medicamentos esenciales y prestaciones de servicios médicos de calidad. Los ocho pilares fundamentales son: financiamiento, recursos humanos, regulaciones, precios, administración, información, legislación y mecanismos operacionales.

En relación con las metas planteadas para los tres primeros años, los resultados son satisfactorios, aunque con fuerte controversia respecto de su futuro (Darimont y Liu, 2013). Por un lado, se valora el gasto realizado por el país, ya que la cobertura de servicios, su principal desafío, llegó al 95 %, con la implantación de tres planes de salud y sistemas de copago para gastos de hospitalización entre 50 % y 60 % (Tang *et al.*, 2014). Sin embargo, se requiere estimular valores públicos y tener precaución con los estímulos económicos (Allen, Cao & Wang, 2014). La presión del sector farmacéutico liberal, frente a un gobierno que declaró la salud como un bien público para todos los ciudadanos (Comité Central del Partido Comunista de China, 2009) y la brecha social no resuelta entre el sector rural-urbano, por

los procesos de descentralización que han generado diferencias en los sistemas de salud, y las interrogantes de financiamiento, reflejan un escenario en el que subsisten ajustes aún pendientes (Darimont y Liu, 2013).

La reforma hospitalaria en China es el único desafío sin avances, ya que los hospitales no cumplen sus funciones sociales con el nivel requerido y su estructura demanda ajustes y aclaraciones, en consecuencia, y aun considerando el éxito registrado por el seguro social es poco probable que el gobierno sea capaz de sustentarlos financieramente (Allen *et al.*, 2014). Se suma a ello la autonomía iniciada a fines de la década del 90, por la que se autoriza a los hospitales a especificar precios a servicios de atención y medicamentos, generando una expansión de los hospitales urbanos y una reducción de los servicios de atención primaria, aspectos que se mantienen estructuralmente (Darimont y Liu, 2013).

Sistemas de salud en Estados Unidos y Canadá

Estados Unidos con su modelo liberal de atención y Canadá con un modelo que cada año obtiene mejores resultados, observado por muchos países como un referente a seguir, son casos necesarios de comentar. Estados Unidos lidera el gasto de salud en el mundo con un 16 % del PIB (OCDE, 2014), identificado como un sistema poco equitativo y con desigualdades en su acceso, con más de 40 millones de norteamericanos sin cobertura (Ganduglia, 2010). El 30 de marzo de 2010 se aprobó la reforma al sistema de salud orientada a expandir la cobertura médica, para contener los costos y mejorar la calidad de atención, en un proceso no exento de polémica. Por sus características, este proceso tuvo dificultades, como lo muestran las experiencias del proyecto en 1945, en el período de Harry Truman y los posteriores intentos fallidos de Richard Nixon en los años 70, luego con el plan Clinton de 1994. Los acuerdos con la industria farmacéutica para generar ahorros en US\$80.000.000.000 (MMUS\$80.000) en 10 años, los establecidos con la *American Hospital Association* y la *Federation of American Hospital*, para reducir costos por MMUS\$150.000 generados con bajas de precios, las negociaciones con proveedores de dispositivos con ahorros de MMUS\$20.000 y los acuerdos concretados en plena discusión con las aseguradoras, reflejaron un alto despliegue de negociaciones donde Max Baucus, presidente de la *Comisión de Finanzas del Senado*, jugó un papel determinante (Belmartino, 2014).

La ley del paciente y el cuidado asequible, conocido como “*ObamaCare*”, considera reformas de mercado para el seguro médico y expansión de los programas estatales de *Medicaid*. Propone generar un seguro de salud público que compita con el privado, con la prohibición de rechazar a los individuos con condiciones médicas preexistentes o cobrar primas más caras secundarias a condiciones médicas a partir del 2014 (Ganduglia, 2010). Los ajustes estructurales tienen como plazo el 2018, sin embargo, desde el inicio de la reforma ya se observan cambios.

En la conferencia dada por J. Harris, en Sao Paulo (Harris, 2014), se muestran estos cambios con claridad. En enero de dicho año, el porcentaje de norteamericanos no asegurados alcanzaba el 16,1 %, cifra que comenzó a caer en marzo llegando al tercer trimestre a 13,4 %. Junto a ello, la reforma refleja una aceptación del 66 % por parte de los ciudadanos. Se estima una expansión del gasto privado *versus* público como porcentaje del PIB al año 2023 de un 19 % entre ambos (Harris, 2014) y un fortalecimiento de la atención primaria cuyos efectos se verán en el futuro.

Mientras que Canadá que mantiene un 4,4 % de personas provenientes de pueblos originarios y un 18 % de inmigrantes, ha desarrollado de forma exitosa una estrategia de descentralización en sus provincias, ajustando su financiamiento a cada realidad, fortaleciendo la gestión de redes y la provisión de cartera de servicios hacia una cobertura universal de atención basada en la equidad y la solidaridad (Temes y Mengíbar, 2011). Esta cobertura universal es definida por la OMS bajo tres dimensiones: la población cubierta, la proporción cubierta de los costos directos y los servicios cubiertos deben ser sustentables (OMS, 2010). Canadá ha logrado éxito paulatinamente, no sin enfrentar problemas o diferencias políticas (Marchildon, 2014). Dispone de cobertura en gran parte de medicamentos, mientras que la atención a largo plazo, la atención domiciliaria y otros servicios están excluidos de la cobertura universal, y donde el copago regresa periódicamente al debate político, bajo el argumento del uso excesivo de los bienes y su gratuidad (Marchildon, 2014).

Sistemas de salud en América Latina y el Caribe

Para América Latina y el Caribe (LAC), la gestión ha tenido varios focos de atención y de cambios en los últimos 30 años. El primero de ellos nace en los años 80, tras la crisis de la mayoría de los países en América Latina, con presencia de regímenes autoritarios, donde el Fondo Monetario Internacional (FMI) condiciona su apoyo a los países a la introducción de ajustes importantes en las políticas de gastos y en particular en salud (Homedes y Ugalde 2011). Por otro lado, el informe del Banco Mundial (BM) en 1993, en el que recomienda reducir el gasto hospitalario por considerar que los hospitales “ofrecen escaso beneficio en relación con el dinero gastado, destinando poco a programas de bajo costo” (Banco Mundial, 1993, p. 3) complementan esta presión. México y Colombia estimularon la relación público-privada recomendada, que posteriormente Chile incorporó a su agenda de modernización en diferentes sectores en materia de infraestructura, tales como carreteras, cárceles y salud (Bitrán y Villena, 2010). De las descripciones de sistemas de salud de Chile (Alcalde, Lazo y Nigenda, 2011), Brasil, Argentina (Becerril, Reyes & Manuel, 2011), Perú (Belló y Becerril, 2011), Ecuador (Villacrés y Henríquez-Rodrigo, 2011), Costa Rica (Sáenz, Acosta, Muiser-Jorine y Bermúdez, 2011), sumadas a la evaluación crítica de la reforma en Colombia sobre los sistemas de salud en condiciones de mercado de los últimos 25 años (Franco, 2014),

podemos derivar la siguiente caracterización general de los sistemas de salud: sistemas de salud público-privado, con financiamiento del Estado, sus trabajadores y empresarios a través de aportes obligatorios o impuestos como es el caso de Brasil.

La mayor inversión en salud de la región respecto del PIB corresponde a Argentina con un 9,6 % (Belló y Becerril, 2011), seguido por Brasil, donde ambos sistemas dan baja participación al sector privado. Para el caso de Perú, destaca que más del 10 % de sus 28,8 millones de habitantes están excluidos totalmente del sistema de salud a pesar de los esfuerzos de su ministerio de salud. La relación público-privada está presente en todos los países, con cuestionamientos en Colombia asociados a inequidad, ineficiencia y desequilibrio financiero (Franco, 2014), controversia que para el caso de Chile se analizará más adelante. En materia de satisfacción de usuarios, ningún país refleja sistemas estandarizados de medición nacional y pública en sus diferentes niveles. Sondeos, referencias abordadas de estudios de universidades o marcos normativos que garantizan derechos, son los alcances que refleja esta perspectiva como respuesta. El segundo foco de atención lo manifestó la OMS a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al generar pautas y recomendaciones para abordar una estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS) (OPS, 2010), que orienta a los países a fortalecer la red de atención primaria de salud. Los casos de Cuba, Chile y Costa Rica son catalogados como exitosos en cuanto a la implementación de la estrategia RISS, y considerados como los que presentan los mejores niveles de salud (Becerril *et al.*, 2011), con una cobertura para el caso de Costa Rica del 100 %.

Entre los principales cambios observados en LAC destacan: el gerenciamiento de la salud, la expansión del sector privado, la descentralización (en muchos casos desprovista de orientaciones estratégicas claras); y la fuerte presión de grupos específicos de la población. Sumado a todo ello, una fragmentación de los sistemas sanitarios como problema principal observado entre los niveles de atención (OPS, 2010). El tercer foco de atención son los hospitales, América Latina mantiene desafíos de eficiencia, eficacia y equidad esperables en una institución pública como retos adaptativos (Díaz, 2011). No escapa de sus características estructurales la diferencia de realidad de un país a otro y los similares procesos de acreditación como los que inicia China (Allen *et al.*, 2014).

Sus características se pueden sistematizar en las siguientes: metas sanitarias individuales, provisión y financiamiento centrados en la oferta, concentración de especialistas, concentración de financiamiento, procesos asistenciales desintegrados, con importantes problemas de gobernanza y una fuerte inestabilidad de las autoridades en el sector (Temes y Mengíbar, 2011), listas de espera considerables y escasez de profesionales de la salud (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2014), todo lo cual contextualiza una realidad compleja.

REFORMAS SANITARIAS Y SUS RESULTADOS

Se han experimentado importantes avances en el mundo en los últimos 30 años, hay cambios favorables en las metas que se propuso la OMS para 2015 (WHO, 2014), destacando en sus reportes del 2014, el progreso en la reducción de la mortalidad infantil bajo los 5 años, la cual cayó en un 47 % entre los años 1990- 2012, de 90 a 48 niños por cada 1.000 nacidos, aunque el indicador mantiene aún altas tasas en África con 90 por cada 1.000 niños, a diferencia de Europa que refleja un indicador de 12 por cada 1.000 niños que nacen, persistiendo diferencias entre países de más ingresos con los de economías inferiores. Entre los avances en salud, está el aumento de 6 años en la esperanza de vida para hombres y mujeres desde 1990, que al 2012 alcanzó los 68,1 años a nivel mundial para hombres y 72,7 años para mujeres. La preocupación aún se mantiene en los intervalos sobre los que se mueve este promedio, reflejando una diferencia de 15,6 años en hombres y 18,9 años en mujeres entre países de mayores y menores ingresos.

En el caso de Chile, el gobierno se fijó como meta en el año 2000 realizar una profunda y modernizadora reforma del sector (Ministerio de Salud, 2014), por ello en el 2002 se enviaron al Congreso Nacional cinco proyectos de ley, que en su conjunto conforman la Reforma de Salud. En 2005 entró en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo sistema chileno (ISPCH, 2007). Por su parte, Costa Rica regula el sistema de acreditación de los servicios de salud y la respectiva habilitación de los establecimientos, en un desarrollo progresivo de su marco normativo hacia la certificación de la calidad de los mismos, con la determinación de áreas de desempeño del sistema sanitario, desde su generalidad hasta su máxima especialización, como es el caso de la fijación de parámetros de atención y servicio de atención integral como en la modalidad de cirugía ambulatoria, respecto del seguimiento de casos en la etapa extrahospitalaria. En consonancia con las directrices de la OPS, en sus documentos estratégicos (OPS, 2015). El esquema se resume en el cuadro 3, con indicadores que permiten visualizar la situación de salud y sus avances en los últimos 22 años en el mundo y sus principales zonas.

Cuadro 3. Estadísticas mundiales en salud (selección de indicadores).

ESTADÍSTICAS MUNDIALES EN SALUD INFORME 2014 OMS																									
Región de la OMS	Esperanza de vida al nacer (años)						Tasa de mortalidad (probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años por 1.000 nacidos vivos) ambos sexos					Tasa de mortalidad adulto (probabilidad de morir entre 15 y 60 años por cada 1.000 habitantes)													
	Ambos sexos			Hombres			Mujeres			NIÑOS MENORES 5 AÑOS					HOMBRES					Mujeres					
	1990	2012	VAR	1990	2012	VAR	1990	2012	VAR	1990	2000	2012	VAR	Nro	VAR	1990	2000	VAR	Nro	VAR	1990	2012	VAR	Nro	VAR
Región de África	50	58	8	48	56	8	52	59	7	173	154	95	-78	-45%	395	343	-52	-13%	326	298	-28	-9%			
Región de las Américas	71	76	5	68	74	6	75	79	4	42	26	15	-27	-64%	205	161	-44	-21%	115	89	-26	-23%			
Región de Asia Suboriental	59	67	8	58	66	8	60	69	9	118	84	50	-68	-58%	276	222	-54	-20%	226	149	-77	-34%			
Región de Europa	72	76	4	68	72	4	75	80	5	32	22	12	-20	-63%	216	179	-37	-17%	96	80	-16	-17%			
Región del mediterráneo Oriental	62	68	6	61	66	5	63	70	7	103	82	57	-46	-45%	239	194	-45	-19%	196	139	-57	-29%			
Región de Pacífico Occidental	69	76	7	67	74	7	72	78	6	52	35	16	-36	-69%	174	116	-58	-33%	119	78	-41	-34%			
Grupos de Ingresos																									
Ingresos bajos	53	62	9	51	60	9	54	63	9	166	134	82	-84	-51%	343	272	-71	-21%	294	230	-64	-22%			
Ingresos medio bajo	59	66	7	58	64	6	60	68	8	118	93	61	-57	-48%	286	241	-45	-16%	222	164	-58	-26%			
Ingresos medio alto	68	74	6	66	72	6	71	76	5	54	38	20	-34	-63%	199	143	-56	-28%	133	92	-41	-31%			
Ingresos altos	75	79	4	71	76	5	78	82	4	15	10	6	-9	-60%	182	137	-45	-25%	83	67	-16	-19%			
Brecha entre Ingresos (altos-bajos)	22	17		20	16	-4	24	19		-151	-124	-76			-161	-135			-211	-163					
MUNDIAL	64	70	6	62	68	6	67	73	6	90	75	48	-42	-47%	233	187	-46	-20%	161	124	-37	-23%			
Región de la OMS	Tasa de mortalidad normalizada según			Densidad de la fuerza laboral sanitaria (por 10.000 habitantes)					Estadísticas demográficas 2012							Población que utiliza fuentes mejoradas de agua %									
	Transmisibles	no transmisibles	Traumatológico	Médicos Personal de enfermería y de partería	Personal odontológico	Personal de farmacia	Psiquiatra	Total de la población	Edad media (años)	Pob. Menor 5 años (%)	Pob. Más de 60 años (%)	Tasa anual de crecimiento (%)	Pob. Urbana (%)	Ingreso nacional bruto per cápita en dólares	1990	2000	2012								
Región de África	683	652	106	2,6	12	0,5	0,9	men 0,05	892.529	19	43	5	2,6	39	2.594	50	57	66							
Región de las Américas	63	437	62	20,8	45,8	6,9	6,7	0,5	956.779	32	24	14	1,1	80	27.457	90	93	96							
Región de Asia Suboriental	232	656	99	5,9	15,3	1	3,8	men 0,05	1.833.358	27	29	8	1,3	34	4.064	70	80	91							
Región de Europa	45	496	49	33,1	80,5	5	5,1	1,1	904.484	38	17	20	0,3	71	26.352	95	97	98							
Región del mediterráneo Oriental	214	654	91	11,4	16,1	1,9	6,1	0,1	612.372	23	33	6	2,1	49	3.992	85	83	87							
Región de Pacífico Occidental	56	499	50	16,3	25,1	-	4,5	0,2	1.844.750	35	19	14	0,7	55	11.575	71	82	93							
Grupos de Ingresos																									
Ingresos bajos	502	625	104	2,4	5,4	0,3	0,5	men 0,05	846.347	20	39	6	2,2	28	1.369	52	58	69							
Ingresos medio bajo	272	673	99	7,8	17,8	1,2	4,2	0,1	2.501.846	25	31	8	1,5	39	3.914	71	80	88							
Ingresos medio alto	75	558	59	15,5	25,3	-	3,1	0,2	2.429.452	32	21	12	0,8	61	10.298	74	84	93							
Ingresos altos	34	497	44	29,4	86,3	5,8	8,4	1	1.266.627	40	17	22	0,6	80	38.562	98	99	99							
MUNDIAL	178	539	73	14,1	29,2	2,7	4,3	0,3	7.044.272	30	26	11	1,2	53	12.018	76	82	90							

Nota 1: En niños menores de 5 años, Infecciones respiratorias agudas, prematuridad y complicaciones relacionadas con el parto, anomalías congénitas, Sepsis neonatal, traumatismos.
 Nota 2: Prevalencia de hiperglucemia, tensión arterial alta en adultos de 25 años o más, obesidad, consumo de alcohol, tabaco
 Nota 3: VAR=variación entre periodos extremos; men= menor a; Nro= Número; Clasificación de países agrupados por niveles de ingresos de acuerdo a criterios OMS
 Fuente: Elaborado en base WHO Global health Workforce (2014); considera las últimas actualizaciones, variando las fuentes y denominaciones de los países

Se aprecia que en materia de esperanza de vida, todas las regiones, al igual que los países agrupados por niveles de ingreso, han mejorado este indicador entre 1990-2012. Similar avance se observa en las tasas de mortalidad, con una caída a nivel de regiones y a nivel de países agrupados por ingresos. En esta materia, los mayores avances en términos porcentuales se han dado en la región de las Américas y la región Pacífico occidental para las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años, con caídas del 64 % y 69 % respectivamente en sus tasas entre 1990-2012. Respecto de adultos, la región del Pacífico occidental también logra las mayores caídas en su tasa de mortalidad para hombres y mujeres, con un 33 % y 34 % respectivamente, y lidera a su vez en términos de tasa al 2012, con 166 y 78 muertes por cada 1.000 habitantes. Llama la atención la mejora en estos indicadores de la región del Pacífico occidental, al mantener un indicador de 16,3 médicos por cada 10.000 habitantes, muy por debajo de los 33,1 médicos por cada 10.000 habitantes de Europa, aunque esta última refleja un mayor porcentaje de adultos donde el 20 % de su población es mayor a 60 años. Cabe destacar que aun cuando hay reducción de brechas entre los países de más ingresos respecto de los de menor, persisten desigualdades.

En cuanto a los gastos, podemos decir que la inversión en salud tiene una tasa creciente respecto del PIB en todas las regiones, siendo la mayor expansión la de América con un 14,1 % y una variación de 2,6 % puntos entre 2000-2011 sobre el PIB, muy superior a la variación de todos los países que alcanzó a 0,9 puntos en igual período. Esta mayor participación no es equivalente al gasto del gobierno general en salud, el cual refleja que en Europa los Estados aportan 73,9 % en el 2011, siendo un 64,9 % superior al aporte de la región de las Américas que alcanza al 49,5 % en 2011. En este mismo sentido, si consideramos el gasto privado, la región de Asia es la zona con el indicador más alto, alcanzando un 63,3 % del total de gasto en salud para 2011. En materia de prepagos y su monto como porcentaje del gasto privado en salud, las Américas con un 56,5 % se presenta con el mayor indicador para el 2011. En materia de gasto per cápita, las Américas y Europa reflejan los mayores indicadores con US\$3.482 y US\$2.370 respectivamente, mientras que el menor se sitúa en Asia Sudoriental y África con US\$69 y US\$99 respectivamente. Cabe destacar que, al igual que los indicadores de salud, el aporte de los Estados y el gasto en todos sus indicadores ha subido entre los años 2000-2011, reflejando mundialmente un aumento del 0,9 % sobre el PIB, el cual llegó como indicador a 9,1 % el 2011 y un valor per cápita que creció un 100,7 % llegando a US\$ 1.007 el mismo año.

En definitiva, parece razonable pensar que los nuevos desafíos están orientados a exigencias de eficiencia y sustentabilidad financiera, más aun si los estudios indican en materia de indicadores que los sistemas sanitarios malgastan entre un 20 % y un 40 % de su presupuesto (OMS, 2010), mientras el gasto refleja una tendencia al alza en estos años como porcentaje del producto interno bruto (PIB), en todos los

países miembros de la OCDE (OCDE, 2014). A todo lo anterior se suma la crisis financiera global desatada entre 2007 y 2008, la cual ha generado en los países europeos una reducción del gasto, mientras que los medicamentos, experimentan un alza en términos de porcentaje de dicho gasto (Portela & Thomas, 2013). Por otro lado, aparece como una tendencia mundial la aparición y desarrollo de la relación público-privada para proveer productos y servicios de salud que antes eran función del Estado (Brito, 2014). Las reformas de China y Estados Unidos, no obstante, muestran un fortalecimiento del rol del Estado; véase por ejemplo en la reforma realizada en los Estados Unidos a través de seguros estatales (Ganduglia, 2010) o el rol de la industria farmacéutica y su relación con el Estado en la reforma en China (Darimont y Liu 2013). En América Latina, Chile refleja un gasto del 7,3 % del PIB al 2013, con una tasa de crecimiento promedio del 6 % anual, por el que la OCDE ha manifestado observaciones en su composición, pues el 49 % de este gasto lo realiza el Estado a diferencia de los países miembros donde la participación del Estado llega al 73 % (OCDE, 2014). Por ello también evalúa cambios en el mercado de la salud, para terminar con el abuso de las instituciones de salud previsual (ISAPRES) (Bachelet, 2014). En estos ajustes, los hospitales públicos muestran una importante participación en el gasto agregado en salud, llegando hasta el 90 % en algunos sistemas (Hernández, Nogueira, Medina y Marqués, 2013). No está en discusión su rol social, al atender a las personas más enfermas del sistema. Es su eficiencia la que está siendo cuestionada desde los años 90 por algunos autores (Banco Mundial, 1993) y es donde se centra la preocupación de los países. Llama la atención en estos análisis que, siendo el sector hospitalario un actor importante de los sistemas sanitarios, no participe como autor causante de los indicadores favorables que ha tenido la salud mundial, más aun en zonas donde el estado tiene una mayor participación que el sector privado, ámbito que analizaremos a continuación al caracterizar los sistemas de salud.

DISCUSIÓN

Al considerar los antecedentes analizados en las secciones anteriores, podemos afirmar que el constructo calidad en salud es y sigue siendo un constructo en evolución, multivalente y que además es interpretado de diversas formas respecto de quien diseña y formula los marcos normativos. Es decir, en la medida que las fuerzas políticas y legales de un país inician procesos de regulación y marcos normativos o leyes, que sustituyen o complementan orientaciones históricas definidas, estas trabajan limitadamente el concepto, el cual varía su definición general y operativa según el actor o los parámetros que quieren normarse (eficiencia, eficacia o efectividad).

Al respecto nos parece válido plantear que los diferentes enfoques de las investigaciones evidencian que cuando se refieren a una ley única o gran reforma

legal, debieran referirse a marcos normativos. La razón, la *diversidad de enfoques* y perspectivas que tiene este constructo según, por ejemplo, si es directivo, profesional técnico o el paciente. Sumado a ello las áreas de trabajo donde se mida haciendo muy diferentes variables relevantes en servicios de urgencia, hospitalización y consultas de especialidades y los servicios de apoyo, sin complejizar aún más su definición e interpretación si se agregan variables como interculturalidad o ruralidad en él o el comportamiento epidemiológico, donde es claro que los avances del sector han sido positivos y aún se sigue con la “sensación de no avanzar”. La no consideración de la calidad en salud como un concepto en evolución, lo hace más susceptible a la contingencia de un país y por ende –equivocadamente– mostrar a la ciudadanía que se implementa una reforma definitiva o que no se ha avanzado. Junto a ello, el nulo consenso evidenciado para abordar la *medición de la calidad*, manifestada en investigaciones de diversos países, complementan la dificultad de abordar leyes únicas. La *diversidad de modelos* existentes y orientaciones contrapuestas entre países emblemáticos como Estados Unidos, cuyas reformas fortalecen al Estado y, en el caso China, que aborda procesos de liberalización de sus sistemas sanitarios; en conjunto permiten ver que en el futuro los ajustes en modelos y leyes seguirán dándose sobre este constructo.

A lo anterior se agregan las implicancias jurídicas de la *estrategia público-privada* que han ido instaurando diversos países en pro de entregar más y mejores servicios, sin reflejar en materia de salud, claridad de su éxito, encontrándose aún en proceso de evolución. En este contexto nos parece que en una relación PxQ (precio por cantidad de prestación en salud), las prioridades en su gestión, sin duda se orientan a precios y márgenes para el privado, mientras que en el público es la variable Q la que toma mayor relevancia (si una persona no está enferma pero ocupa una cama en el sector privado no importa mucho ya que paga por ello, mientras que en el sector público es determinante su salida para que un ciudadano más enfermo la ocupe), en todas sus áreas de trabajo. Es claro que el avance en la estrategia público-privada, el aporte del sector privado es a la eficiencia, pero la regulación de márgenes de ganancia nos parece que debe ser también legislado, tal como ocurre en países como Alemania. En definitiva, los países irán emigrando hacia modelos de medición sistémica de la calidad considerando su constante evolución de variables insatisfechas, cambios normativos que seguirán pendiendo de los modelos y orientaciones ideológicas en su diseño, desde donde se deben construir definiciones operativas con la misma efectividad que ha tenido el sector en estas décadas.

CONCLUSIONES

Cuando hablamos de reformas, ajustes normativos y modernización de los sistemas, por lo general llegamos a la discusión sobre las leyes que interpretan necesidades de la sociedad y de qué forma se establecen en leyes, los desafíos para optimizar el área. El sector sanitario y en particular, el sector hospitalario se caracteriza por coexistir con múltiples desafíos, mejoras de calidad, eficiencia y efectividad. Es así como en el desarrollo de este artículo hemos evidenciado una serie de hechos y aspectos relevantes que se resumen a continuación.

Los enfoques del sector: hemos reflejado de qué manera los énfasis en calidad, eficiencia y efectividad suelen ser los grandes temas mundiales en diferentes sistemas sanitarios y sus marcos normativos de aseguramiento. Estos énfasis se instalan sobre un sistema cada vez mayores pacientes multi-mórbidos, que por sus características requieren mayores recursos financieros. Esta realidad ha obligado a generar estrategias público-privadas en dirección a mejoras en sus sistemas sanitarios. Las reformas de China y Estados Unidos son definitivamente dos ajustes que se encuentran en plena ejecución y muy observados por expertos debido a sus énfasis. Mientras China fortalece farmacias liberales, Estados Unidos entrega más atribuciones al Estado para reducir la desigualdad en el acceso a los sistemas de salud, paradigmas que en los próximos años advertirán sus reales dimensiones.

Concepto de calidad en salud y modelos: se manifiesta por diversos autores una variedad de modelos referidos a calidad, formas e indicadores para su medición, como también diferentes interpretaciones. En el marco conceptual de calidad podemos concluir que este constructo está en evolución y su interpretación depende del observador y sus prioridades. Por ejemplo, la OMS, ministerios, instituciones internacionales, directivos, funcionarios de la salud o usuarios reflejan diferentes concepciones, dificultando por ende la construcción de marcos normativos únicos y orientando –a la luz de esta evidencia– más bien procesos permanentes de ajustes y reformas que van adaptando las leyes a las realidades cambiantes de los países y sus sistemas.

Avance global: los indicadores mundiales y su evolución, nos permiten concluir que la salud ha mejorado de forma importante en todos los continentes. Sin embargo, persisten diferencias entre niveles sociales, que son más notorias en países africanos, brechas que no escapan de esta conclusión al analizar América Latina. No obstante, en general los países realizan ajustes hacia los conceptos de calidad y eficiencia, por tanto, más que una reforma, el futuro depara procesos permanentes en cuanto constructo de calidad en salud.

La idea de normar el constructo con leyes únicas, definitivas, en el sentido de mayor permanencia y estabilidad en la regulación de los servicios sanitarios, conducirá en la dirección necesaria para guiar avances importantes en el sector. La calidad y la

eficiencia serán propósitos indiscutibles en el futuro, en ajuste al envejecimiento de la población y los mayores gastos para los sistemas de salud.

El constructo de calidad continuará su evolución, por lo mismo países y legisladores deberán acordar una definición operacional, teniendo consciencia de que la conceptualización cambiará en el futuro, obligando a reconstruir nuevamente sus marcos normativos. En este sentido, reafirmamos que tanto la evolución como la transformación, son procesos naturales que no se reflejan en las normas y menos en su ejecución, es decir, el desafío será minimizar las transiciones y sus efectos, para operadores y usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdallah, A. (2014). Implementing quality initiatives in healthcare organizations: Drivers and challenges. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(3), 166-181.
- Alcalde, J., Lazo, O. y Nigenda, G. (2011). Sistema de salud Perú. *Salud Pública de México*, 53(2), 243-254.
- Allen, P., Cao, Q. & Wang, H. (2014). Public hospital autonomy in China in an international context. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), 141-159.
- Artundo, C. (2005). La provisión de los servicios sanitarios en la Unión Europea, ¿un espacio para el sistema europeo de salud? *Revista de Administración Sanitaria*, 3(3), 517-527.
- Attree, M. (2001). Study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *Journal of Nursing Management*, 9(2), 79-85.
- Bachelet, M. (2014). Programa de Gobierno, Michelle Bachelet 2014-2018. *Ministerio Secretaría General de la Presidencia*, 1-192. Programa con los compromisos del Gobierno para el periodo 2014-2018.
- Banco Mundial (BM). (1993). Informe sobre desarrollo mundial 1993: Invertir en salud (Resumen). (Nº. 34129). Washington D.C.: *Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial*.
- Becerril, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53(2), 120-131.
- Becerril, V., Reyes, J. d. D. y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública De México*, 53(2), 132-143.
- Belmartino, S. (2014). La reforma de la atención médica de la administración Obama: Dificultades para un acuerdo similar en argentina. *Salud Colectiva*, 10(1), 41-55.
- Belló, M. y Becerril, V. (2011). Sistema de salud Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), 96-108.
- Beveridge, W. (2008). En Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (Ed.), *La seguridad social en Inglaterra, plan Beveridge* (Trad. Vicente Peris) México: *CIESS*.
- Bitrán, E. y Villena, M. (2010). El nuevo desafío de las concesiones de obras públicas en Chile (Estudio de Concesiones No. 117). Santiago, Chile: *Centro de Estudios Públicos*.
- Brito, P. (2014). La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1).
- Cabo, J. (2014). En Díaz de Santos (Ed.), *Gestión de calidad en organizaciones sanitarias*. Madrid: Díaz de Santos.
- Chalamon, I., Chouk, I. & Heilbrunn, B. (2013). Does the patient really act like a supermarket shopper? Proposal of a typology of patient's expectations towards the healthcare system. *International Journal of Healthcare Management*, 6(3), 142-151.

- Crosby, P. B. (1979). *La calidad no cuesta*. México: McGraw Hill.
- Darimont, B. y Liu, D. (2013). El sistema de salud de China: Entre la privatización y los servicios de salud pública. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 66(1), 105-126.
- Deming, W.E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis* (Trad. Jesús Nicolau). Madrid, España: Díaz Santos.
- Díaz, C.A. (2011). Gestión de servicios asistenciales. Argentina: *Isalud*.
- Dinges, M. (2014). La investigación histórica y el debate actual sobre la salud masculina: El caso de Alemania. *ASCLEPIO. Revista de Historia de la Medicina y las Ciencias*, 66(1), 1-10.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration Press.
- Eiff, W.V. (2012). Best practice management: In search of hospital excellence. *International Journal of Healthcare Management*, 5(1), 48-60.
- Floch, J.M. (1988). The contribution of structural semiotics to the design of a hypermarket. *Int J Res Mark*, 4(3), 233-253.
- Floch, J.M. (2001). *Semiotics, marketing and communication*. London: Palgrave Macmillan.
- Franco, A. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: Las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 95-107.
- Ganduglia, C. (2010). La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América. *Medicina (B. Aires)*, 7(4), 381-885.
- Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G. & Wodchis, W. (2014). Providing integrated care for older people with complex needs, lessons from seven international case studies. *The King's Fund*, (1), 1-27.
- Gorsky, M. (2008). The British national health service 1948–2008: A review of the historiography. *Oxford Journals*, 21(3), 437-460.
- Grachev, M. (2013). Historic horizons of Frederick Taylor's scientific management. *Journal of Management History*, 19(4), 512-527.
- Groene, O., Klazinga, N., Kazandjian, V., Lombrail, P. & Bartels, P. (2008). The world health organization performance assessment tool for quality improvement in hospital (PATH): An analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 155-161.
- Groene, O., Skau, J. & Frolich, A. (2008). An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 162-171.
- Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55, 1-64.
- Guix, J. (2005). Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 325-332.
- Guzmán, A. y Moreno, B. (2001). *Categorización de demanda en la red de urgencia local del servicio de salud O'Higgins. Resolución a prueba protocolo U.S.C.* REX 3332.
- Harris, J.E. (2014). Reforma sanitaria de Estados Unidos ¿Hacia dónde va el país? *XI Encontro Nacional de Economia da Saude y VI Encontro Latino Americano de Economia da Saude*, 25 sept. 2014, Sao Paulo.
- Hernández, A., Medina, A., Nogueira, D., Negrín, H. y Márqués, M. (2014). La caracterización y clasificación de sistemas, un paso necesario en la gestión y mejora de procesos. Particularidades en organizaciones hospitalarias. *Revista Universidad Nacional de Colombia*, 81(184), 193-200.
- Hernández, A., Nogueira, D., Medina, A. y Marqués, M. (2013). Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. [Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica]. *Revista de Administração-RAUSP*, 48(4), 739-756.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hervas, M. (2007). En Díaz de Santos (Ed.), *El hospital empresa y la sanidad asistencial*. Madrid: Díaz de Santos.

- Homedes, N. y Ugalde, A. (2011). Reforma de salud y equidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2686-2696.
- Informe sobre Chile OCDE. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud en Chile, informe 2014 comparado*. (Informe Comparado de la salud países OCDE-Chile No. 1 Informe Comparado). Chile: OCDE.
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2007). *Reforma de Salud*.
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2015). *Marco Normativo*.
- Jaramillo, J. (1998). En Editorial de la Universidad de Costa Rica (Ed.), *Gerencia de administración de servicios médicos y hospitalarios*. Editora Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm.
- Juran, J.M. (1990). *Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos*. (Trad. Jesús Nicolau Medina y Mercedes Gozalbes Ballester). Madrid: Díaz de Santos.
- Lemus, J., Aragües, V. y Lucioni, M. (2009). *Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Corpus.
- Liu, H. (2013). A theoretical framework for the integrated management of the hospital in the context of the Japanese health. *Health Policy*, 113(1), 160-169.
- Lucio, R., Villacrés, N. y Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(2), 177-187.
- Marchildon, G.P. (2014). The three dimensions of universal medicare in Canada. *Canadian Public Administration*, 57(3), 362-382.
- Ministerio de Salud de Chile (2014). *Boletín.8105-11*. Recuperado de http://www.senado.cl/apps Senado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8105.
- Ministerio de Salud de Chile (2015). *Protección de Salud*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/>.
- Ministerio de Salud Costa Rica, Regulación de la Salud. (Sin fecha). Recuperado de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/>.
- Minguela, B., Fernández, J., Fossas, M. y López, J. (2014). Colaboración tecnológica con proveedores en la innovación de productos: análisis de la industria manufacturera española. *Innovar*, 24, 55-65.
- Morera, M. (2013). Revisión sistemática de indicadores de desempeño hospitalario. *Acta Médica Costarricense*, 55(2), 70-78.
- Mozaffar, H. Williams, R., Cresswell, K., Morrison, Z. & Slee, A. (2014). Product Diversity and Spectrum of Choice in Hospital Prescribing Systems in England. *PLOS ONE*, 9(4).
- Nofuentes, S. (2012). Díaz de Santos (Ed.), *Más calidad menos coste. La vía Lean Healthcare*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Ohno, T. (1998). *Toyota Production System. Beyond large-scale production*. New York: Diamong.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Estrategias de cooperación de la OMS con países, marco referencial*. (Estrategias OMS No. ISBN 92 4 359261 0). Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *La financiación de los sistemas de salud; el camino hacia una cobertura universal*. (Informe sobre salud en el mundo No. 1). Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2003). In Programa de Análisis de la Situación de Salud en la OPS (Ed.), *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades. Trans.). (Décima ed.). Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2010). *Redes integradas de servicios de salud*. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación*. (Informe Anual No. 1). Chile: OCDE.
- Padovani, A., Brito, L., Crespo, M., Deu, T. y Padovani, S. (2012). La calidad en salud pública. *Rev. Ciencias Médicas*, 16(4), 64-73.
- Pickering, S. y Thompson, J. (2010). *Gobierno clínico y gestión eficiente*. Barcelona, España: Elsevier.
- Portela, C. & Thomas, S. (2013). Impact of the economic crisis on healthcare resources: An European approach. *International Journal of Healthcare Management*, 6(2), 104-103.
- Sáenz, M. D. R., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53(2), 156-167.
- Shewhart, W.A. (1931). En Van Nostrand Company (Ed.), *Economic control of quality of manufactured product*. New York, USA: ASQ Quality Press.
- Simou, E., Pliatsika, P. & Koutsogeorgou, E. (2014). Developing a national framework of quality indicators for public hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), 187-206.
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2013). Los sistemas sanitarios en los países de la UE: Características e indicadores de salud 2013. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, 1(1), 1-99.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2013). *Balance de gestión integral año 2013*. (Informe anual No. 1). Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Superintendencia de Redes Asistenciales. (2013). *Balance de gestión integral 2013, Chile*. (Balance Anual No. 1). Chile: Gobierno de Chile, Superintendencia de Redes Asistenciales.
- Superintendencia de Salud, C. (2014). *Resultados financieros del sistema ISAPRES, Chile*. (Informe de Evaluación No. 2). Chile: Superintendencia de Salud.
- Superintendencia de Salud, Chile Evaluación GES. (2007). *Evaluación de la reforma de salud y situación del sistema ISAPRES. Diseño metodológico y definición de líneas basales*. (No. Marzo). Santiago: Superintendencia de Salud, Chile.
- Tang, S., Brixi, H. & Bekedam, H. (2014). Advancing universal coverage of healthcare in china: Translating political will to policy and practice. *Int J Health PlannMgmt*, 2014(29), 160-174.
- Taylor, F.W. (1911). *The principles of scientific-management*. (1st Ed.). New York, USA and London, UK: Harper and Brothers. Retrieved from <https://archive.org/stream/principlesofscie00taylrich#page/n5/mode/2up>;
- Temes, J. y Mengíbar, M. (2011). *Gestión hospitalaria*. Madrid, España: McGraw-Hill/interamericana, S.I.
- Tinnemann, P., Bauer, T., De la Torre, J., Binting, S. y Keil, T. (2013). Salud en la calle: Estudio transversal para identificar problemas de medicina social entre los pacientes del centro de salud para personas sin hogar en Berlín, Alemania. *Medicina Social*, 8(1), 23-32.
- Unidad Presidencial de Gestión Chile. (2014). *Rindiendo cuenta: Balance de cuatro años del gobierno del presidente Sebastián Piñera* (Marzo). Chile: Unidad Presidencial y Ministerios.
- Vezyridis, P. & Timmons, S. (2014). National target, process transformation and consequences in an NHS emergency department (ED): A qualitative study. *Biomed Central*, 14(12), 2-11.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales*. (Estadísticas No. 1). Suiza: Organización Mundial de Salud.
- World Health Organization (WHO) Office for Europe. (2007). *Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH)*. (Documento Resumen Modelo PATH. No. 1). Denmark: WHO, Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) Office Regional Europe. (2013). *Core health indicators in the WHO european region*. (Informe Anual 2013 No. 1). Europa: WHO.
- Younis, M.Z., Jaber, S., Mawson, A.R. & Hartmann, M. (2013). Estimating the unit costs of public hospitals and primary healthcare centers *Int J Health PlannMgmt*, 28, 320-332.
- Zúñiga, A. (2014). Propuesta para la reforma definitiva del sistema privado de salud chileno. *Revista Médica de Chile*, 142, 501-505.