
Repensando el Acceso a los Servicios de Salud desde una Perspectiva Vincular y Territorial

Mesa Temática N° 8: “Los mercaderes y el templo: la salud en tiempos de capitalismo global”

Mesa Alternativa N° 11: “Sociología y salud. Percepciones, construcciones y reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad-atención como práctica social compleja”

Esteban Falcón – Hospital Notti/Facultad de Ciencias Médicas UNCuyo -
estebanafalcon@gmail.com

RESUMEN

El acceso a los servicios de salud es una preocupación que ha dado lugar a una gran cantidad de investigaciones científicas y publicaciones, en especial en nuestra región. No obstante, la diversidad de tipologías existentes para caracterizar dicha problemática da cuenta de la falta de consenso entre los autores que la abordan respecto de la definición de dicho término, así como también del alcance del mismo. A esto cabría agregar que la mayoría de estos trabajos proponen abordajes del tema que parten desde la oferta o la demanda de servicios de salud, sin tomar en consideración enfoques que incluyan la dimensión subjetiva de este proceso, es decir, las creencias, representaciones y saberes que se ponen en juego en la relación entre beneficiarios y profesionales del sistema sanitario. Es por eso que esta presentación apunta a poner en discusión la posibilidad de pensar en una perspectiva relacional del acceso a los servicios, la cual permita pensar en este proceso como una relación social que no está exenta de discontinuidades, intereses diferentes y conflictos entre sus protagonistas.

Palabras claves: acceso a los servicios de salud – perspectiva relacional – territorio y acceso a los servicios de salud

1. INTRODUCCIÓN

La problemática del acceso a los servicios de salud se encuentra presente en numerosos trabajos de investigación y publicaciones científicas. Dichas producciones reflejan tanto la preocupación por dar cuenta de las diferentes dificultades que atraviesan los beneficiarios de los servicios de salud al momento de tratar de hacer uso de los mismos, así como también por elaborar modelos o esquemas que permitan definir el alcance de dicho concepto y faciliten su medición empírica.

Ahora bien, no obstante, lo abundante que pueda resultar dicha bibliografía, es factible comprobar que hasta la fecha no existen mayores consensos entre los autores que abordan dicha temática respecto de la definición de dicha categoría, de los factores o causas que dificultan o impiden su concreción, ni tampoco de cuáles serían las propuestas más satisfactorias para su abordaje. Sin ir más lejos, se observa que en muchas ocasiones el término acceso es empleado de manera imprecisa, utilizado de manera indistinta del concepto de accesibilidad, o bien sin establecer una clara distinción respecto del de utilización de los servicios de salud.

Esto es puesto de manifiesto por Frenk (1985, citado en Ballesteros, 2014), quien afirma que en la mayoría de los casos los términos acceso y accesibilidad son utilizados como sinónimos. Es por esta razón que dicho autor propone subordinar el concepto de acceso como una dimensión del de accesibilidad, en tanto ésta es la capacidad de los beneficiarios de los servicios para obtener atención. No obstante, la mencionada variedad de acepciones y definiciones de estos términos lo llevan a sostener la dificultad de que su propuesta pueda prosperar. En una línea similar, Penchansky y Thomas (1981, citados en Ballesteros, 2014) denominan accesibilidad a la dimensión geográfica del acceso. En el marco de este trabajo, ambos términos serán utilizados como sinónimos.

En líneas generales, y lejos de pretender realizar con este repaso una descripción exhaustiva de estas tipologías, la mayoría de los trabajos que abordan la temática del

acceso a la salud pueden dividirse en aquellos que lo conciben como una problemática propia de la oferta de servicios, los que privilegian el abordaje desde la demanda de los mismos, o bien como una combinación de ambos factores (Travassos y Martins, 2004).

En lo que respecta al alcance de este concepto, de acuerdo con Ballesteros (2014) es factible establecer dos grandes grupos de modelos teóricos para analizar esta problemática: uno denominado de alcance acotado, y otro que sostiene un dominio más amplio del término acceso a la salud. Las producciones que integran el primer grupo se identifican por caracterizar al término como el proceso que va desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, analizando los factores que obstaculizan o facilitan la obtención de la misma. Por su parte, los trabajos que emplean el alcance amplio del concepto, además de lo anterior, toman en consideración aspectos ligados a las necesidades de salud, las diferentes percepciones que existen respecto de dichas necesidades, el deseo de recibir atención, el proceso de toma de decisiones previo a la búsqueda de la atención, así como también la continuidad y los resultados obtenidos luego del ingreso al sistema (Ballesteros, 2014; Travassos y Martins, 2004).

2. DISCUSIONES CONCEPTUALES EN TORNO AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Existe consenso entre los autores que abordan la temática del acceso a la salud en reconocer a Donabedian y a Frenk como los principales referentes del grupo que utiliza un alcance acotado del término. Donabedian opta por el uso del concepto accesibilidad, a la cual concibe como un aspecto de la prestación de servicios relacionado con la capacidad para producirlos y responder a las necesidades de salud de una población dada. Desde esta perspectiva, la accesibilidad no se limita a la sola disponibilidad de recursos en un momento y lugar determinados, sino que también alude a las características de los servicios y recursos de salud que facilitan o limitan su uso por parte de los beneficiarios potenciales. De esta manera, la accesibilidad está asociada a las características de los servicios, asumiendo especial importancia cuando se la considera a la luz del impacto que tiene sobre la capacidad de la población para acceder

a los mismos, convirtiéndose de esta manera en una dimensión relevante en el estudio de la equidad en los sistemas de salud (Travassos y Martins, 2004).

Este abordaje de la accesibilidad propuesto por Donabedian explicita los alcances de dicho concepto, el cual excluye tanto el proceso de percepción de las necesidades como el de toma de decisiones que las personas realizan previo a la demanda efectiva de servicios de salud. Por otra parte, posteriormente el autor amplía el alcance de su propuesta, incorporando el análisis de la accesibilidad más allá de la mera entrada a los servicios de salud, el cual implica concebirla como un indicador del grado de (des) ajuste entre las exigencias de los pacientes y los recursos utilizados. De esta manera, el concepto se enriquece, incorporando a la medición de la utilización de los servicios la adecuación de los recursos profesionales y tecnológicos que se utilizan para las necesidades de salud de los pacientes (Donabedian, 1973, citado en Travassos y Martins, 2004).

Por su parte, Frenk elabora su propuesta de abordaje del concepto de accesibilidad a partir de los trabajos de Donabedian. En este sentido, y si bien desarrolla la sistematización del flujo de eventos existente entre la necesidad y la obtención de los cuidados necesarios (necesidades de salud \rightarrow deseo de obtener atención \Rightarrow demanda de atención médica \Rightarrow entrada en los servicios \Rightarrow continuidad en los cuidados-), reconoce que el alcance de esta categoría se limita a las etapas de búsqueda y la entrada en los servicios.

Desde esta perspectiva, la accesibilidad resulta una función de la relación entre los obstáculos presentes en la búsqueda y obtención de la atención (“resistencia”), y las capacidades o recursos de la población para superar esos obstáculos (“poder de utilización”), atendiendo a los recursos disponibles en un territorio determinado (Ballesteros, 2014; Travassos y Martins, 2004).

Los obstáculos relacionados con la resistencia se clasifican en: *ecológicos*, los cuales relacionan los problemas que surgen por la ubicación de los lugares de atención con los recursos de tiempo y transporte de los usuarios; *financieros*, que vinculan los costos en la obtención de la atención con la capacidad financiera de los usuarios; y *organizacionales*, los cuales incluyen las demoras para obtener turnos y los tiempos de

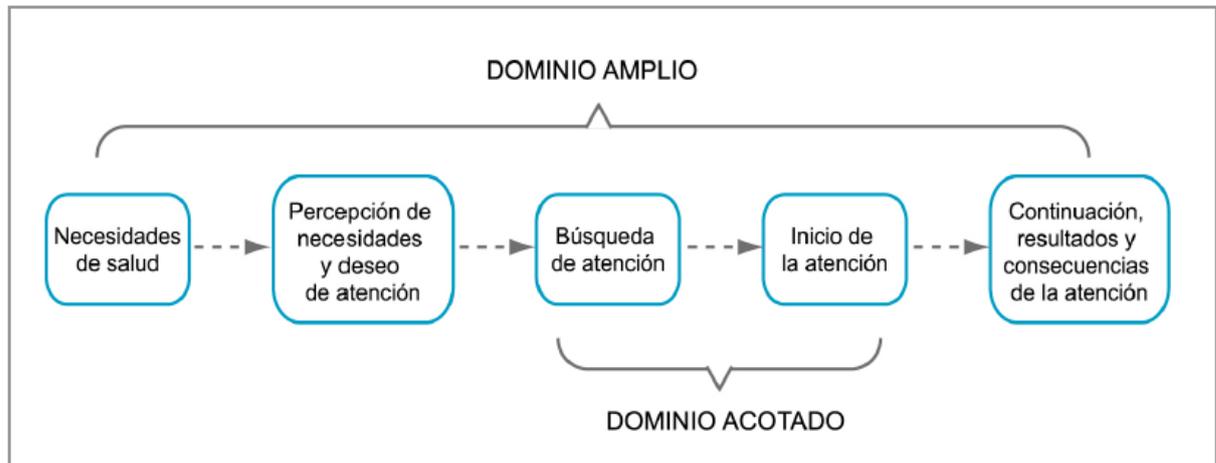
espera, mientras que en las capacidades de los beneficiarios incluye la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras (Ballesteros, 2014).

Entre los autores que emplean el alcance ampliado del concepto, los trabajos que mayor relevancia han adquirido son los de Aday & Andersen, así como también las posteriores revisiones del modelo realizadas por Andersen. En este esquema, los determinantes de las necesidades de salud se incorporan como una parte importante en el abordaje del acceso, junto con las diferentes percepciones de las personas ante los cuidados, la confianza en el sistema de atención médica, y las experiencias previas y la relación de éstas con la futura utilización de servicios de salud (Ballesteros, 2014).

De acuerdo con estos autores, el acceso a los servicios de salud está mediado por la presencia de tres tipos distintos de factores: los *predisponentes*, los cuales existen de manera previa a la aparición de los problemas de salud y afectan la predisposición de las personas a utilizar los servicios; los *capacitantes*, que aluden a los medios disponibles por parte de las personas para obtener atención de salud, tanto a nivel comunitario (disponibilidad de los servicios) como individual (los medios y el conocimiento para utilizarlos, como el dinero, la cobertura de salud y los tiempos de espera para ser atendido); y, por último, las *necesidades de salud*, ya sean estas percibidas por las personas o bien diagnosticadas por los profesionales de la salud, teniendo en cuenta que tanto las condiciones como las percepciones de salud están fuertemente influenciadas por la estructura social y las creencias (Aday & Andersen, 1974, citados en Ballesteros, 2014; Travassos y Martins, 2004).

En posteriores revisiones, Andersen amplía el concepto de acceso, dándole entonces un carácter multidimensional, incorporando al mismo el paso a la utilización de los servicios. De esta manera, el acceso se divide en dos dimensiones: acceso potencial y acceso realizado. El *acceso potencial* hace referencia a los factores individuales o capacitantes mencionados anteriormente, mientras que el *acceso realizado* alude a la utilización de hecho de los servicios de salud (Andersen, 1995, citado en Travassos y Martins, 2004).

Figura 1. Alcances del concepto Acceso a los Servicios de Salud



Fuente: Frenk (1985, citado en Ballesteros, 2014)

3. UNA PERSPECTIVA RELACIONAL PARA PENSAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Ahora bien, no obstante, los avances que se han realizado en relación a profundizar y complejizar el abordaje del acceso a los servicios de salud por parte de sus beneficiarios, es posible afirmar que los mismos resultan insuficientes. Sobre todo, si a lo que se apunta es a pensarlo desde una perspectiva que no lo conciba solamente como una problemática ligada a la oferta de servicios de salud, a la demanda de los mismos, o bien, a algún tipo de relación entre ambas dimensiones.

En este sentido, los trabajos que conciben al acceso como una problemática propia de la oferta de servicios priorizan en sus enfoques la importancia de eliminar las barreras que pudieran interponerse entre los servicios de atención y sus beneficiarios. La clasificación más empleada de dichas barreras es aquella que las divide en geográficas, económicas, administrativas y culturales.

Sin embargo, este tipo de abordajes tiene como una de sus principales debilidades el hecho de solapar que las personas son constructoras de accesibilidad, en su carácter de relación social en la cual se vinculan los dos actores principales del Sistema de Salud: los beneficiarios y los servicios. De acuerdo con Comes (2004), lo que se pone en juego

en esta relación es, para los primeros, la posibilidad que tienen de acceder a los servicios, mientras que para estos últimos está en juego la contención de las personas necesitadas de atención.

El enfoque que prioriza el acceso como un problema de la oferta de servicios de salud no toma en consideración las representaciones, discursos y prácticas de los usuarios al momento de desarrollar estrategias que contribuyan a sortear esta problemática, las cuales no pueden obviar incluir las prácticas de vida y salud de las personas en su desarrollo. Es por estas razones que, y siguiendo a Stolkiner y su equipo (2000, citado en Stolkiner et al, 2007) se promueve un concepto de acceso a los servicios de salud definido como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, el cual se edifica a partir de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

Esta perspectiva permite pensar en el acceso como una relación social, como un vínculo que se construye en el encuentro entre ambos actores en el que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. De esta manera, cobra relevancia la dimensión subjetiva del término que se pone en juego en dicha relación, la cual incluye vivencias, saberes construidos, sentires y percepciones de las personas respecto del acceso a la salud (Comes, 2004).

El carácter relacional del concepto desarrollado por estas autoras se ve de igual manera reflejado en la redefinición que proponen respecto de las barreras culturales, mencionadas previamente. En su lugar, Stolkiner y su equipo proponen hablar de barreras simbólicas, dado que los diferentes imaginarios sociales y representaciones también pueden convertirse en obstáculos para acceder a la atención. Es por esta razón que el abordaje del concepto de acceso en su complejidad debe necesariamente incluir reflexiones respecto de la población, los servicios de salud y la relación entre éstos y la población, en tanto los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de los beneficiarios, dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización (Stolkiner, 2007).

Esta revisión de la accesibilidad simbólica propuesta por Stolkiner y sus colaboradoras, es recuperada por Landini y su equipo (2014), quienes por su parte desarrollan y

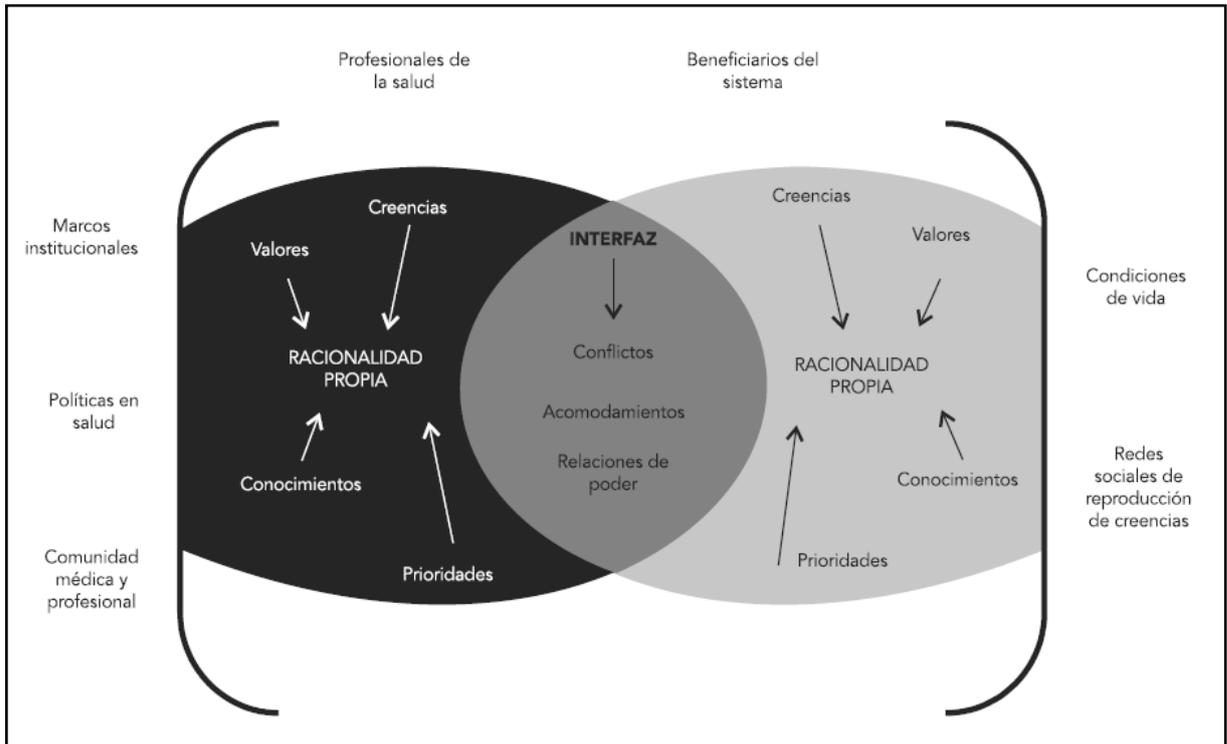
sugieren la utilización del término accesibilidad psico-socio-cultural, atendiendo a la necesidad resaltar la dimensión relacional de dicho concepto, focalizando en las diferencias que existen en las representaciones, actitudes y prácticas entre el sistema de salud, sus profesionales y los beneficiarios o pacientes, como en los conflictos que pueden surgir entre ellos.

El carácter vincular del término les permite proponer abordarlo desde el concepto de Interfaz Social de Norman Long, el cual se define como “un punto crítico de intersección entre diferentes mundos de vida, campos sociales o niveles de organización social en donde es más probable localizar discontinuidades sociales, basadas en discrepancias en valores, intereses y poder” (Long, 2007, citado en Landini et al, 2014).

Aplicada a la accesibilidad en salud, los autores sostienen que la noción de Interfaz Social tiene como eje de estudio “el análisis de los procesos de negociación y conflicto que se dan, en distintos niveles y entre los diferentes actores, en torno a acciones, propuestas, recomendaciones y conocimientos legítimos, basados en posiciones institucionales o en marcos de sentido diferentes”. De acuerdo con su enfoque, esta categoría conceptual puede aportar claridad para estudiar los procesos por medio de los cuales las concepciones, creencias y prioridades de los diferentes actores, especialmente profesionales de la salud y pacientes, son reproducidas y sostenidas en el contexto del vínculo con grupos de pares (Landini et al, 2014).

Es en ese vínculo entre beneficiarios y profesionales en el cual la Interfaz Social permite observar las discontinuidades que se producen entre ambos, producto de las diferencias en sus intereses y prioridades. Son precisamente estas diferencias en los marcos de sentido de los actores, las cuales se hacen presentes en dicha interacción, las que darán lugar a imposiciones, acomodamientos y, sobre todo, conflictos entre ambas partes.

Figura 2. Accesibilidad psico-socio-cultural desde un enfoque de Interfaz Social



Fuente: Landini et al (2014)

A este carácter conflictivo de la atención de la salud es al que hace referencia Carballada (2013), cuando menciona que a menudo las prestaciones de servicios se convierten de manera poco visible en luchas por el derecho a la salud, transformando al vínculo entre el sujeto de derecho y la política sanitaria en un terreno de complejidades, dudas y dificultades que atraviesan la intervención y le suman más problemas a la propia disrupción del proceso salud y enfermedad.

De acuerdo con este autor, el acceso a la salud es una construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población, a través de una

evaluación de la llegada concreta de las políticas sanitarias a los beneficiarios. Las cuales, por otra parte, se desarrollan y materializan de manera indefectible en un territorio determinado, aspecto que es resaltado por Carballeda (2013) cuando enfatiza en la importancia de la accesibilidad al interior de los distintos espacios territoriales, desde los cuales se construyen sentidos pajas, posibilidades y disrupciones que se imbrican con el Sistema de Salud. En su propuesta, la accesibilidad vista desde el punto de vista territorial se presenta como un punto de interrogación, análisis y acción en las Políticas Sanitarias.

La relevancia del abordaje relacional de la atención de la salud en tanto objeto de estudio ya había sido destacada por Belmartino (2008), cuando afirma que en el nivel local existen tres grandes conjuntos o campos de problemas que pueden ser abordados desde una perspectiva relacional, de los cuales uno es la relación entre proveedores y beneficiarios. De acuerdo con la autora, a la relación entre proveedores y beneficiarios en tanto objeto de estudio le corresponde analizar las “funciones, alcances, objetivos e insuficiencias de los servicios de atención primaria, en tanto deben garantizar las condiciones para una adecuada relación entre población y prestadores públicos o privados de atención médica”.

4. CONCLUSIONES

Este breve repaso por algunos de los modelos más tradicionales para el abordaje de la problemática del acceso a los servicios tiene como propósito principal contribuir al debate sobre la pertinencia y utilidad de los mismos para el análisis de este tema. Si bien se asume como una limitación no menor el recorte realizado, y sin dejar de reconocer los avances que se han concretado hasta la fecha en la materia, es factible comprobar que los principales esquemas disponibles no han logrado despegarse por completo de los enfoques basados principalmente en los problemas ligados a la oferta o la demanda de servicios de salud.

En este sentido, los trabajos que abordan el acceso desde una lógica de justicia social y derecho a la salud representan un salto cualitativo respecto de los modelos tradicionales, sobre todo por el énfasis que ponen en las condiciones estructurales que determinan en gran medida la presencia de situaciones de inequidad sanitaria. No obstante, dichos enfoques hasta el momento no han logrado sistematizarse en esquemas conceptuales que sustenten el abordaje del concepto desde estas perspectivas.

Es por estas razones que una mirada vincular de la problemática del acceso a los servicios de salud permite pensar en la misma como una relación social, la cual por supuesto no está exenta de conflictos, discontinuidades, creencias y saberes contrapuestos. Es justamente en esta línea que algunos autores afirman que lo vincular no sería solamente una dimensión de las prácticas, sino el eje desde el cual se debería organizar a los sistemas y servicios de salud (Michalewicz et al, 2014). Es decir, la articulación del sistema sanitario en su conjunto debería estructurarse a partir del proceso salud-enfermedad-cuidado, último término éste que reemplaza al de atención, más habitualmente utilizado.

En resumen, una perspectiva relacional del acceso de la salud implica, en palabras de Carballada (2013),

“la posibilidad de aplicar la visión de la salud como proceso histórico social (...) desde la perspectiva de los sujetos de derecho social que hacen uso del Sistema de Salud. De este modo, la incorporación de una visión subjetiva y objetiva de éste podría aportar nuevas formas de construcción de acciones, signadas en este caso en la relación entre los actores sociales, el territorio (y) su propia perspectiva del proceso salud-enfermedad desde un pensar situado”.

5. BIBLIOGRAFIA

Ballesteros, M. (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios*. (Documentos de Jóvenes Investigadores). Buenos Aires: IIGG-UBA.

Belmartino, S. (2008). *La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación*. En: Chiara M.; Di Virgilio, M. & Miraglia M., organizadoras. *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS. Disponible en: http://www.ungs.edu.ar/cm/uploaded_files/publicaciones/123_LU25.pdf.

Carballeda, A. (2013). *La accesibilidad y las políticas de salud*. En: Krmpotic C. et al. (Sub) Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud. Buenos Aires. Miño y Dávila.

Comes, Y. (2004). *La accesibilidad: una revisión conceptual*. Documento laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.

Comes, Y., & Stolkner, A. (2005). *Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales*. Anuario de Investigaciones, XII (), 137-143. [Fecha de Consulta 2 de Abril de 2021]. ISSN: 0329-5885.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941013>

Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; & Stolkner, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de investigaciones, 14, 00.

Landini, F., González Cowes, V. & D'Amore, E. (2014). *Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*. Cadernos de Saúde Pública, 30(2), 231-244.

Michalewicz, A., Pierri, C. & Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de Investigaciones, XXI (), 217-224. [Fecha de Consulta 6 de Abril de 2021]. ISSN: 0329-5885.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>

Travassos, C. & Martins, M. (2004). *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cad. Saúde Pública, 20 (2), 190-198.