

REVISIÓN NARRATIVA

Recibida: 25/3/2024
 Aceptada: 5/11/2024
 Publicada: 3/12/2024

e202412061

e1-e15

Link between dimensions and stages of access to health goods and services: a conceptual delimitation

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

FINANCIACIÓN

El presente trabajo fue realizado en el marco de una beca doctoral otorgada por CONICET.

CORRESPONDENCIA

Gisela Paula González
 San Andrés, 800.
 Bahía Blanca, Buenos Aires.
 Argentina.

gisela.gonzalez@uns.edu.ar

in <https://www.linkedin.com/in/gisela-paula-gonz%C3%A1lez/>

CITA SUGERIDA

González GP, Moscoso NS, Lago FP. Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual. Rev Esp Salud Pública. 2024; 98: 3 de diciembre e202412061.

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

AUTORES

Gisela Paula González (1,2) [ORCID: 0000-0001-7307-6231]
 Nebel Silvana Moscoso (1,2) [ORCID: 0000-0002-6625-2484]
 Fernando Pablo Lago (1,2) [ORCID: 0000-0002-0293-5075]

FILIACIONES

- (1) Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur, Universidad Nacional del Sur (UNS)-CONICET. Bahía Blanca, Argentina.
- (2) Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS). Bahía Blanca, Argentina.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

REVISIÓN

GP González

REDACCIÓN DE RESULTADOS, CONTROL DEL TRABAJO, DISCUSIÓN

GP González

NS Moscoso

FP Lago

RESUMEN

FUNDAMENTOS // El acceso a la atención de la salud puede ser interpretado como la interacción entre la necesidad, la demanda y la oferta de servicios e implica el paso por distintas etapas. Sin embargo, el tránsito por estas etapas puede verse amenazado (o facilitado) por la influencia de las dimensiones aceptabilidad, disponibilidad, accesibilidad, adaptación y adecuación. El objetivo de este trabajo fue identificar qué dimensiones se activan en cada etapa del proceso de acceso.

MÉTODOS // Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en español e inglés en las bases *Lilacs*, *Pubmed* y en el buscador genérico *Google Scholar*. De un total de setenta y cuatro artículos se seleccionaron veintiuno en función de los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS // Se encontró que en la etapa de necesidad podrían activarse las dimensiones *aceptabilidad* y *adecuación*; la instancia de percepción podría verse afectada por la dimensión *aceptabilidad*; la etapa de búsqueda de atención podría verse influida por las dimensiones *aceptabilidad*, *disponibilidad*, *accesibilidad* y *adaptación*; la etapa de utilización de prestaciones se ve permeada por las dimensiones *disponibilidad*, *accesibilidad* y *adaptación*; por último, la etapa de consecuencias por las dimensiones *aceptabilidad* y *adecuación*.

CONCLUSIONES // Haber identificado las dimensiones que se pueden activar en cada etapa del proceso de acceso a los servicios de salud es de utilidad para los tomadores de decisión que se propongan diseñar políticas que optimicen el tránsito de los pacientes por el sistema de salud, potenciando las acciones que actúan como facilitadoras y/o minimizando aquellas medidas con efectos obstaculizadores.

PALABRAS CLAVE // Salud Pública; Acceso efectivo a los servicios de salud; Barreras de acceso a los servicios de salud; Accesibilidad a los servicios de salud.

ABSTRACT

BACKGROUND // Access to healthcare can be interpreted as the interaction between need, demand and the supply of services, and involves passing through different stages. However, the journey through these stages can be threatened (or facilitated) by the influence of dimensions such as acceptability, availability, accessibility, adaptation, and appropriateness. The aim of this work is to identify which dimensions are activated at each stage of the access process.

METHODS // A bibliographic review was conducted in Spanish and English using the *Lilacs*, *PubMed* databases, and the general search engine *Google Scholar*. Out of a total of seventy-four articles, twenty-one were selected based on inclusion and exclusion criteria.

RESULTS // It was found that, at the need stage, dimensions of *acceptability* and *appropriateness* could be activated; the perception stage could be influenced by the dimension of *acceptability*; the stage of seeking care could be affected by the dimensions of *acceptability*, *availability*, *accessibility*, and *adaptation*; the stage of utilizing services is influenced by the dimensions of *availability*, *accessibility*, and *adaptation*, while the outcomes stage is impacted by the dimensions of *acceptability* and *appropriateness*.

CONCLUSIONS // Identifying the dimensions that can be activated at each stage of the access process to healthcare services is useful for decision-makers aiming to design policies that optimize patient navigation through the healthcare system by enhancing facilitating actions and/or minimizing obstructive measures.

KEYWORDS // Public Health; Effective access to healthcare services; Barriers to healthcare access; Accessibility to healthcare access.

INTRODUCCIÓN



DIFERENTES AUTORES HAN ANALIZADO EL funcionamiento del sistema de salud aplicando las herramientas conceptuales básicas del análisis microeconómico tradicional, estudiando la interacción entre la demanda y la oferta de servicios de salud en los mercados. La demanda de servicios se vincula con la cantidad de prestaciones que la población consume para mejorar, restablecer o mantener su estatus de salud, y la oferta representa la disponibilidad de bienes y servicios de salud brindada por los proveedores. Posteriormente, otros estudios enriquecieron el análisis incorporando el concepto de necesidad de servicios de salud, el cual hace referencia a una carencia experimentada por las personas (o poblaciones) que puede estar asociada a una pérdida en el estatus de salud (denominada enfermedad) y/o a un requerimiento de prácticas preventivas, lo que habitualmente los usuarios del sistema de salud denominan necesidades *de control*.

Los escenarios posibles que surgen de la interacción entre la necesidad, la demanda y la oferta permiten caracterizar el concepto de acceso a los servicios de salud, de importancia vital en disciplinas como la Salud Pública, la epidemiología y la economía de la salud, entre otras. En este sentido, Aday y Andersen (1) y Andersen (2) afirman que el acceso se relaciona con la capacidad de demandar prestaciones que se corresponden con una necesidad de salud para las que existe una oferta. Esta forma de interpretar el proceso de acceso excluye aquellos consumos innecesarios y/o inadecuados, así como las situaciones de acceso potencial.

Si bien la tríada necesidad-demanda-oferta permite caracterizar el concepto de acceso a los servicios de salud en forma rigurosa, el análisis resulta incompleto en tanto y en cuanto no se identifican los elementos que pueden facilitar u obstaculizar la consecución de un acceso efectivo. Autores como Andersen y Ronald (3),

Anderson (4) y Levesque, Harris y Russell (5) analizan estos elementos y los clasifican en cinco dimensiones: aceptabilidad; disponibilidad; accesibilidad; adaptación; adecuación. Se detallan a continuación.

La aceptabilidad tiene que ver con la confianza que un individuo tiene sobre el sistema de salud en su conjunto, la cual puede verse condicionada por las creencias en salud del sujeto. Cada vez que un individuo sufre una disminución de su estatus de salud evalúa las consecuencias de esta alteración desde el punto de vista físico y mental (posible incapacidad, dolor, potencial muerte, etc.), las cuales estarán condicionadas por su estructura social (disminución de su productividad laboral, pérdida o reducción de relaciones sociales, impacto sobre familiares, etc.). De esta forma, el sujeto compara los potenciales beneficios de buscar atención con los costos intangibles de no hacerlo, donde los beneficios pueden estar influenciados por las percepciones del individuo en relación a la efectividad de las alternativas médico-sanitarias disponibles a la hora de atender su salud. Los costos están influenciados, entre otros factores, por la evaluación que realiza cada individuo de las consecuencias potencialmente negativas de recibir atención, de acuerdo a sus juicios de valor (creencias). Tales creencias en salud se ven influenciadas por variables sociodemográficas (como edad, sexo, religión, estado civil, etnia, nivel educativo y de ingresos, pertenencia a una determinada clase social, posibilidad de contar con redes de apoyo, etc.) y por las experiencias previas en el sistema de salud (valoración de la última atención recibida, estatus de salud evaluado tras haber recibido atención médica, etc.) (6,7).

La disponibilidad hace referencia a la existencia de instituciones proveedoras de servicios de salud entre las que puede elegir un individuo con necesidades sanitarias, y si éstas cuentan con los recursos humanos y tecnológicos para satisfacer sus requerimientos. Esta dimensión depende de múltiples aspectos

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA PAULA GONZÁLEZ et al.

tos tales como las restricciones presupuestarias (en especial, cuando la oferta de servicios es financiada por el Estado), la disponibilidad geográfica de prestadores (que suele asociarse a la densidad poblacional, siendo mayor en las grandes urbes en relación a las áreas rurales), las decisiones de política sanitaria tomadas por los *policy maker* (en función del rol dado por los gobiernos a la atención de la salud), los mecanismos de pago que utilizan las aseguradoras con los proveedores del sector salud, las preferencias de los profesionales a formarse en determinadas especialidades, el rol del Estado en los mecanismos de regulación, etc. **(8)**

La accesibilidad tiene tres subdimensiones: la espacial-geográfica; la económica; la administrativa-organizacional **(9)**. La accesibilidad espacial-geográfica se relaciona con la capacidad del individuo de llegar físicamente a los proveedores de salud y con su sensación de comodidad una vez que ingresa al lugar de atención (respecto a su arquitectura). Depende de la distancia del sujeto al centro de salud, del tiempo que le lleve trasladarse, de su posibilidad de conseguir un medio de transporte adecuado, de la conectividad existente entre su vivienda y el centro de salud (rutas, líneas de colectivo, calles asfaltadas, veredas en buen estado, etc.), de la adecuación de los mismos (en relación a la comodidad de las salas de espera, la adaptabilidad para personas con discapacidad y la existencia de un espacio amplio para la atención, etc.), entre otros aspectos **(10)**. La accesibilidad económica tiene que ver con la capacidad del sujeto de financiar la atención y se ve condicionada por sus ingresos personales y familiares, su cobertura de salud, el monto de las erogaciones que debe realizar para obtener atención (gastos de bolsillo para pagar la consulta médica, medicamentos, estudios complementarios, transporte, etc.), la necesidad de recurrir a préstamos (de organismos formales como los bancos o informales como sus propios familiares o amigos), etc. **(11)** Finalmente, la accesibilidad administrativa-organizacional se vincula con la capacidad del individuo de atravesar las

exigencias organizativas y burocráticas requeridas para la atención de su salud tales como los horarios de atención con que cuentan los centros de salud, los tiempos de espera, la modalidad de obtención de turnos (por teléfono, virtualmente o presencialmente), etc. **(12)** A su vez, este tipo de accesibilidad se vincula con aspectos que afectan a la logística en el interior del hogar del individuo como, por ejemplo, la posibilidad de faltar al trabajo para poder concurrir a un turno y/o conseguir cuidadores para sus familiares a cargo, entre otras.

La dimensión adaptación hace referencia al aspecto cultural que se genera en la interacción entre los usuarios y los oferentes de bienes y servicios de salud. Tiene en cuenta el esfuerzo que realizan los encargados de brindar atención para adecuar su comportamiento al tipo de paciente que demanda el servicio. También se contempla en esta dimensión el esfuerzo del propio individuo para vincularse con los profesionales de la salud, comprender su lenguaje e interpretar sus indicaciones de tratamiento **(13)**. Del mismo modo debe tenerse en cuenta a la familia del usuario, dado que, en algunos grupos poblacionales, como los adultos mayores, los bebés y los niños, el vínculo terapéutico es triangular: familia-paciente-profesional.

Por último, la adecuación es una dimensión que refleja en qué medida el individuo se siente satisfecho con la atención de la salud e incluye múltiples aspectos: las percepciones del paciente sobre el estatus de salud luego de haber recibido atención **(13)**; la adecuación del tratamiento indicado; y la calidad de la atención recibida como un todo, entre otros **(5)**.

La consideración del acceso como un fenómeno atravesado por distintas dimensiones permite incorporar en el análisis las situaciones y elementos de muy distinta índole que, en última instancia, facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, un aspecto adicional que debe ser considerado al momento de caracterizar de forma exhaustiva el concepto de acceso es el ele-

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA
PAULA
GONZÁLEZ
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
3/12/2024
e202412061

mento temporal. En efecto, actualmente se acepta que el acceso a los servicios de salud es un proceso complejo que involucra el tránsito por distintas etapas en un orden secuencial. La primera etapa se denomina *necesidad de salud* (5) e implica la aparición de un requerimiento de salud, ya sea por control (14) o por una disminución en el estatus de salud debido a una enfermedad (15). La segunda etapa tiene que ver con la percepción por parte del individuo de la necesidad de atención de la salud. Esta etapa adquiere importancia ya que es el primer paso para la toma de decisiones que le permitan lograr su bienestar (16). La tercera etapa está vinculada con la búsqueda de atención en el sistema de salud, la cual implica identificar a los proveedores que puedan asistirlo, indagando sus horarios de atención, las modalidades de los turnos, la ubicación de los centros de salud, las posibilidades de traslado y costos involucrados, entre otras cuestiones (7,17,18). En esta etapa, la búsqueda de atención contempla el análisis de todos los proveedores sanitarios disponibles y todas las decisiones logísticas, administrativas y técnicas que debe llevar a cabo el paciente con necesidades de atención de la salud de forma previa a su asistencia efectiva al centro de atención (17,18,19).

La cuarta instancia está relacionada con la utilización de las prestaciones de salud y comienza cuando el individuo acude efectivamente al proveedor elegido. Esta instancia no solo involucra el contacto con el prestador sino también la ejecución de todas aquellas acciones de diagnóstico y/o tratamiento que él mismo indique (consumo de medicamentos, realización de estudios/pruebas de diagnóstico, internación, visitas etc.) (4,20). Para cumplimentar esta etapa se requiere que el individuo transite todos los pasos del tratamiento prescrito sin experimentar obstáculos y, si los tiene, pueda enfrentarlos y continuar el proceso (21). Esta instancia está en constante interacción con la etapa de búsqueda dado que, ante cada indicación de tratamiento y/o diagnóstico realizada por el profesional,

el individuo debe considerar los potenciales costos y los beneficios de satisfacer sus necesidades de salud e identificar a los proveedores requeridos (5). Por último, es posible distinguir una quinta etapa denominada *consecuencias de la atención de la salud*, la cual comprende la percepción que tiene el individuo de los resultados generados por las distintas intervenciones (medicamentos, procedimientos quirúrgicos, técnicas diagnósticas, productos sanitarios, etc.) sobre su estatus de salud. Estas intervenciones, de acuerdo a su criterio, pueden haber contribuido (o no) a restablecer, mantener o mejorar su estatus de salud (7,22,23). La valoración positiva o negativa podría condicionar las próximas instancias de percepción de la necesidad de salud y la decisión de una nueva búsqueda de atención (24).

Si bien distintos trabajos académicos han abordado tanto el análisis de las dimensiones del acceso como las diferentes etapas (y sus interrelaciones) involucradas en el proceso, los estudios que intentan específicamente combinar ambas aproximaciones resultan escasos. En particular, resulta relevante analizar cuáles son las dimensiones del acceso que tienen mayor peso al momento de determinar el paso de una etapa del proceso de acceso a la siguiente. En vista de lo expuesto, el objetivo general del presente trabajo fue determinar en qué etapas del proceso de acceso a los bienes y servicios de salud se activan cada una de las dimensiones previamente definidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

SE LLEVÓ A CABO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA narrativa correspondiente al período 1970-2021. La delimitación del horizonte temporal se justifica por el creciente interés por abordar el concepto de acceso a los bienes y servicios de salud registrado a partir de la década del setenta. En este período también se producen intensos debates académicos en torno a las temáticas vinculadas a la salud inspiradas en la Conferencia Internacional de Alma-Ata (1978), uno de los eventos de poli-

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA PAULA GONZÁLEZ et al.

tica de salud internacional más importantes de la historia, en el cual se enfatizó la relevancia de garantizar el acceso a los bienes y servicios de salud. El año de cierre de la revisión es el momento temporal en que fue realizado el trabajo de investigación (abril-mayo de 2021).

Se consultaron estudios vinculados a investigaciones teórico-conceptuales en español e inglés en las bases *Lilacs*, *Pubmed* y en el buscador genérico *Google Scholar*. Los descriptores empleados en inglés fueron: *Healthcare Access*; *Access to Medical Care*; *Access to Health Care*; *Dimensions*, *Steps*. Los descriptores empleados en español fueron: Acceso Servicios de Salud; Accesibilidad, Acceso Atención, Dimensiones, Etapas.

Se seleccionaron aquellos artículos que tuvieran la combinación de alguna de las palabras claves en inglés o español acompañadas del buscador booleano *AND* seguido de los vocablos “*dimensions*” *OR/AND* “*Steps*” o bien “Dimensiones” *OR* “Etapas” respectivamente. Esta combinación de palabras clave se buscó en el título de los artículos (*Google Scholar*), en su resumen (*LILACS*) o en el resumen o el título (*PUBMED*). Se encontraron setenta y cuatro artículos. La **Tabla 1** incluye el detalle del número de artículos encontrados en cada base de datos en función de las distintas combinaciones de palabras clave.

En una primera instancia, a partir de la lectura del resumen de los artículos seleccionados se procedió a excluir los trabajos duplicados. Además, se descartaron aquellos que buscaran describir las dimensiones o etapas del acceso para un grupo poblacional específico o en relación a una cierta patología. Se descartaron también artículos publicados únicamente en actas de congreso, que estuviesen subidos a la web sin haber pasado por algún proceso de revisión o que correspondieran a la realización de una tesis en cualquiera de sus modalidades. Cabe destacar que no se exigió que el nombre de las dimensiones o etapas coincidiera estrictamente con el pre-

sentado en la introducción de este artículo, dado que existen variantes en la literatura.

Luego, se leyó el trabajo completo de los treinta y dos artículos resultantes de este primer filtro y se incluyeron únicamente aquellos desarrollos que delimitaran (o permitieran comprender) al menos la asociación de una dimensión con una etapa del acceso (o que pudiese interpretarse como cierta dimensión o etapa del acceso, aunque la denominación no coincidiera con el marco teórico de referencia que empleaban los autores). Resultaron de esta instancia seleccionados veintidós trabajos. La **Figura 1** sintetiza el proceso seguido para la selección de los artículos.

RESULTADOS



COMO SE MENCIONÓ PREVIAMENTE, EL acceso a los bienes y servicios de salud comprende un proceso que inicia con la aparición de una necesidad de salud y culmina cuando el paciente experimenta las consecuencias de la atención efectivamente recibida (5,7). La influencia de las diferentes dimensiones puede ocasionar que un paciente pueda atravesar satisfactoriamente todas las etapas o que se vea impedido de transitar alguna de ellas y, por ende, se vea truncado su acceso efectivo. A continuación, la **Figura 2** muestra las conexiones entre cada una de las etapas: con color rojo se destacan los resultados que impiden que el individuo avance en el proceso, mientras que en color verde se señalan aquellos resultados que favorecen la continuidad. Ubicarse en un resultado rojo implica que las dimensiones se han activado en la forma de obstaculizadores, mientras que ubicarse en un resultado verde se asocia a dimensiones que se activan como facilitadores. Las situaciones señaladas en rojo son aquellas que impiden transformar el acceso potencial (acceso factible) en acceso efectivo.

Como se observa, un individuo inicia el proceso a partir de una necesidad de salud que, de ser percibida, continúa con la etapa de búsqueda de atención en el sistema de salud. Si

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA PAULA GONZÁLEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
3/12/2024
e202412061

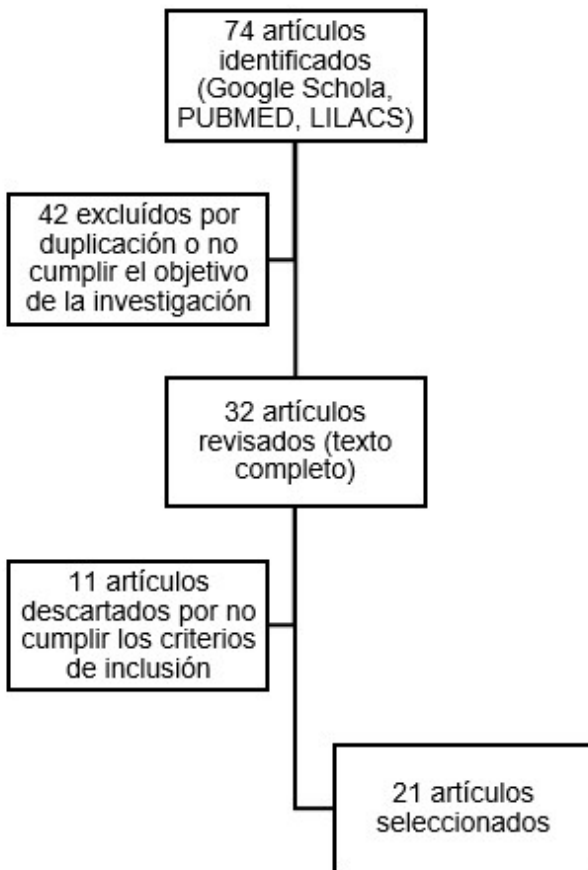
Buscador	Combinación palabras clave	Artículos identificados
Google Scholar	Healthcare Access AND Dimensions OR Steps	8
	Access to Medical Care AND Dimensions OR Steps	7
	Access to Healthcare AND Dimensions OR Steps	7
	Acceso Servicios de Salud AND Dimensiones OR Etapas	1
	Accesibilidad AND Dimensiones OR Etapas	8
	Acceso Atención AND Dimensiones OR Etapas	1
LILACS	Healthcare Access AND Dimensions AND Steps	11
	Access to Medical Care AND Dimensions AND Steps	8
	Access to Healthcare AND Dimensions AND Steps	11
	Acceso Servicios de Salud AND Dimensiones AND Etapas	3
	Accesibilidad AND Dimensiones AND Etapas	5
	Acceso Atención AND Dimensiones AND Etapas	2
Pubmed	Healthcare Access AND Dimensions AND Steps	1
	Access to Medical Care AND Dimensions AND Steps	0
	Access to Healthcare AND Dimensions AND Steps	1
	Acceso Servicios de Salud AND Dimensiones AND Etapas	0
	Accesibilidad AND Dimensiones AND Etapas	0
	Acceso Atención AND Dimensiones AND Etapas	0
TOTAL		74

Fuente: Elaboración propia

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA PAULA GONZÁLEZ et al.

Figura 1
Detalle del proceso de elaboración de la revisión bibliográfica.



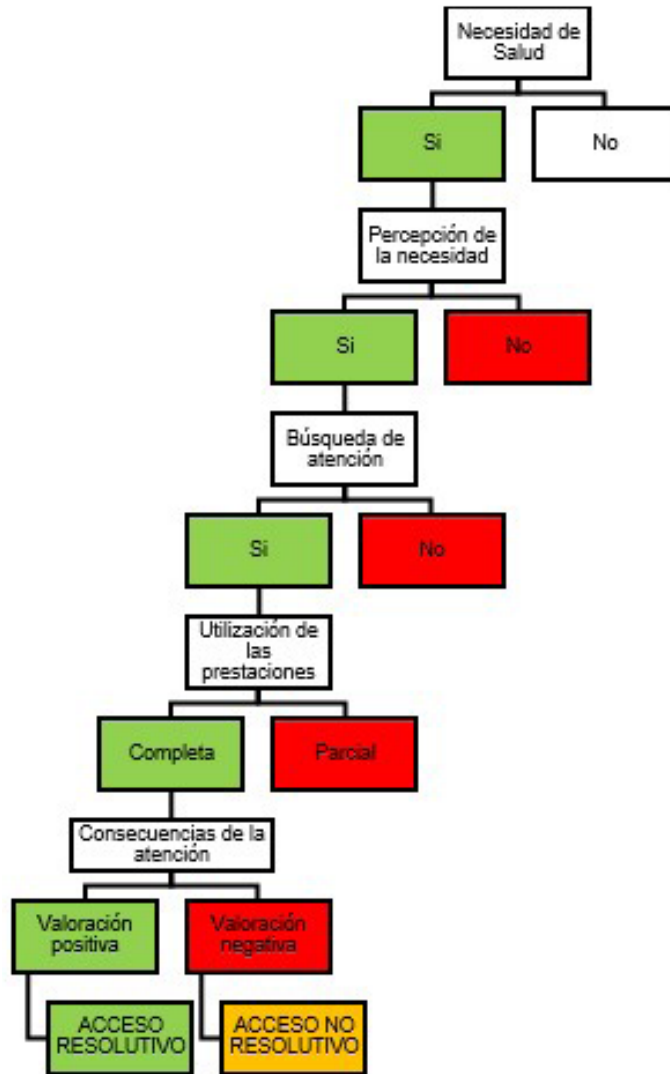
Fuente: Elaboración propia

Vínculo entre
dimensiones
y etapas
del acceso
a los bienes
y servicios
de salud:
una delimitación
conceptual

GISELA
PAULA
GONZÁLEZ
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
3/12/2024
e202412061





Fuente: Elaboración propia

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA PAULA GONZÁLEZ et al.

lo hace en el sistema de salud formal, recurre a profesionales de la salud e inicia el tránsito por la etapa de utilización. El paciente puede tener una utilización completa (llevando a cabo todas las acciones de diagnóstico y tratamiento consensuadas con el profesional) o parcial (donde alguna prescripción no se llevó a cabo por algún motivo, ya sea económico, de disponibilidad de servicios, por falta de adherencia al tratamiento, etc.). Finalmente, si el individuo logra una utilización completa de las prestaciones puede ubicarse en dos situaciones:

- I) Lograr un acceso resolutivo, dado que culminó exitosamente el proceso de atención con una valoración positiva de las prácticas recibidas.
- II) Enfrentarse a un acceso no resolutivo.

El acceso no resolutivo implica que, si bien el paciente utilizó las prestaciones de salud y culminó todas las etapas del proceso de atención, su valoración final fue negativa dado que no percibió que su necesidad fuera satisfecha y podrá iniciar nuevos procesos de acceso retomando la etapa de necesidad. Por este motivo, el resultado de acceso no resolutivo se detalla con color naranja dado que, si bien el sujeto logra acceder, podría iniciar un nuevo proceso de acceso para satisfacer su necesidad no resuelta. Dado que esta circunstancia podría implicar nuevos consumos de bienes y servicios en el sistema de salud, no se resalta en verde por no ser el resultado deseado. Esta forma de entender el proceso de acceso difiere de la observada frecuentemente en la literatura científica, donde las posibilidades suelen definirse como *acceso o no acceso* (25). En este trabajo se amplía este resultado considerando que puede existir o no acceso, pero a la vez puede ser resolutivo o no.

Diferentes elementos pueden facilitar u obstaculizar que un individuo pase por todas las etapas del proceso y logre el acceso efectivo. Sin embargo, dichos elementos, mencionados

previamente como las dimensiones aceptabilidad, disponibilidad, accesibilidad, adaptación y adecuación, si bien atraviesan todo el proceso, se activan en ciertas etapas en particular.

La dimensión *aceptabilidad* se activa principalmente en la etapa de percepción de la necesidad (26), dado que las creencias en salud del individuo pueden condicionar la interpretación de una carencia de salud como tal, afectando su bienestar si la misma fuera desestimada (pudiendo provocar a futuro un deterioro de su estatus de salud, situaciones de incapacidad o incluso una muerte temprana) (27,28). Asimismo, esta dimensión impacta sobre la etapa de búsqueda de atención dado que, en función de sus creencias, el sujeto podría decidir recurrir o no a la atención del sistema de salud formal (acudiendo en este último caso a vías alternativas de curación o tratamiento como la automedicación o bien desestimando el requerimiento (29). Por otra parte, esta dimensión afecta a la etapa de consecuencias de la atención de la salud, dado que las creencias del sujeto podrían influir en la valoración no favorable de los resultados y condicionar futuras decisiones cuando perciba una necesidad de atención (30). Identificar esta dimensión en esas tres etapas del acceso a los bienes y servicios de salud se encuentra en línea con los enfoques recientes (31). Finalmente, si bien la primera etapa del acceso, definida como *necesidad de salud*, está asociada a variables inherentes al individuo, tales como los aspectos genéticos, los hábitos de vida, los aspectos demográficos (como etnia, género, edad) así como al medio ambiente (general y particular) (32), también se considera que podría vincularse con las consecuencias del proceso de acceso en los periodos de su vida anteriores. Es decir, cuando el sujeto experimenta un acceso no resolutivo en momentos previos, su necesidad de salud permanece latente, lo cual generaría el inicio de nuevos procesos de acceso. Por este motivo, esta etapa inicial del acceso podría verse influenciada por las mismas dimensiones que atraviesan a la etapa de consecuencias, en este caso la aceptabilidad.

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA
PAULA
GONZÁLEZ
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
3/12/2024
e202412061

La dimensión *disponibilidad* se activa en la etapa de búsqueda de atención, dado que en ésta instancia el sujeto deberá identificar los prestadores que brinden los servicios que pueden dar respuesta a su necesidad de salud (33). Asimismo, también se activa en la dimensión de utilización, dado que una vez que el individuo llega al proveedor de salud y toma contacto con el profesional identificará si el mismo cuenta con los elementos necesarios para brindarle su atención (material descartable, aparatología, etc.) (17,18,19).

Sin embargo, la disponibilidad sólo refleja el acceso potencial que tiene una persona que busca atención, el cual también se verá favorecido u obstaculizado por la dimensión *accesibilidad*, que repercute en la etapa de búsqueda mediante los aspectos espacial-geográficos, económicos y administrativos-organizacionales (21,34,35). La distancia al proveedor, los medios de transporte disponibles, el costo del traslado, el costo de la atención, la cobertura del seguro de salud, las listas de espera, los requisitos organizacionales (si los turnos se obtienen de manera virtual, presencial y/o telefónica), entre muchos otros aspectos, van a influir en la elección que haga el paciente del proveedor al que finalmente va a concurrir para dar respuesta a su necesidad (36,37). Asimismo, la accesibilidad también tiene una influencia directa en la utilización de prestaciones de salud, dado que las condiciones espaciales-geográficas, económicas y administrativas-organizacionales actúan como facilitadoras u obstaculizadoras en el contacto con el proveedor y el cumplimiento de los posibles tratamientos que éste indique (38). Identificar la dimensión *accesibilidad* en dos etapas del acceso a los bienes y servicios de salud representa una innovación respecto a desarrollos previos que asocian la dimensión de accesibilidad únicamente con la etapa de utilización de las prestaciones de salud (5).

La dimensión *adaptación* repercute sobre las etapas de búsqueda y utilización de los

servicios, dado que son las instancias en las que los pacientes toman contacto con los prestadores de salud. Aun cuando el profesional y el usuario se conozcan, la dinámica de su relación y su adaptación se puede modificar a lo largo del tiempo según las circunstancias de salud que deba afrontar el paciente (39). Esto es debido a que esta dimensión considera aquellos aspectos que influyen en el vínculo terapéutico entre el paciente, el profesional y la familia, por lo cual el grado de comprensión del paciente a las indicaciones dadas, la escucha atenta por parte del profesional de la salud, el grado de involucramiento de los familiares en las consultas, etc. podrían verse modificados según cuál sea la edad, el contexto familiar del paciente, las características sociodemográficas de los mismos y del profesional de la salud, entre otros aspectos.

Finalmente, la dimensión *adecuación* repercute en la etapa de consecuencias de la atención de la salud, dado que es en esta instancia donde se evalúa la satisfacción con los resultados obtenidos después de transitar por todo el proceso. Si el paciente considera adecuado el resultado final habrá culminado el proceso asumiendo que resolvió la necesidad que dio origen a su recorrido por el sistema de salud; si no es así, podría volver a iniciar el ciclo a partir de la segunda etapa (búsqueda de atención), asumiendo que la necesidad percibida quedó insatisfecha (20,22,23). Por otra parte, y tal como sucede con la dimensión de aceptabilidad, la adecuación impacta en la etapa de *necesidad de salud* en situaciones de obtención de un acceso no resolutivo.

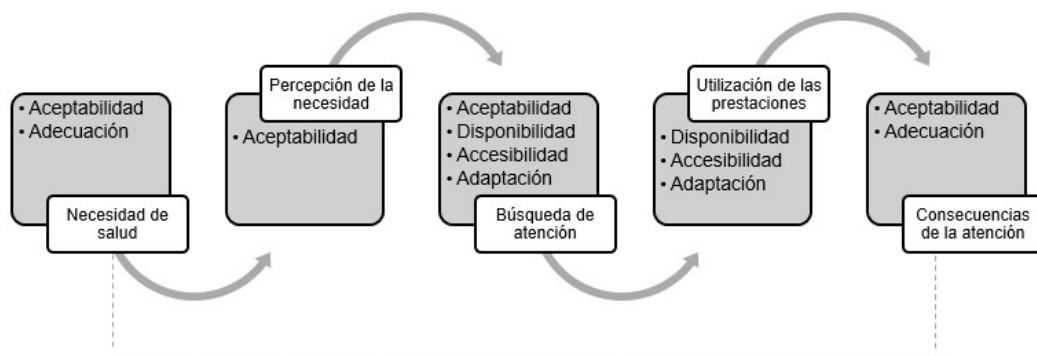
En la **FIGURA 3** se grafican las interrelaciones de las etapas, así como los elementos que podrían actuar como barreras o facilitadores a lo largo de todo el proceso de acceso.

Del análisis realizado se desprende que en la etapa de búsqueda de la atención es donde se activan la mayor cantidad de dimensiones. Es decir, en la instancia en la cual el individuo debe solicitar atención es donde poten-

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GI SELA
PAULA
GONZÁLEZ
et al.

Figura 3
Relaciones entre etapas y dimensiones del acceso a los bienes y servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia

cialmente pueden presentarse la mayor cantidad de obstáculos, pero, al mismo tiempo, es donde existirían mayores oportunidades de realizar intervenciones de política sanitaria para incorporar elementos facilitadores. En esta etapa se podrían observar circunstancias facilitadoras tales como acceder a conectividad con líneas de colectivo o a movilidad propia, tener seguro de salud, haber adquirido educación digital, contar con lazos familiares, disponer geográficamente de proveedores de servicios, entre otras. Quienes resultan desfavorecidos en estos aspectos pueden ver su acceso amenazado, ubicándose en una situación en la cual, aun percibiendo la necesidad de salud, no logran utilizar los servicios, lo cual podría ocasionar pérdidas en su estatus de salud presente y futuro.

En las etapas identificadas como *consecuencias de la atención* y *necesidad de salud* se activan dos dimensiones que se relacionan con la autopercepción de los pacientes sobre sus necesidades y sobre la atención recibida. Algo similar ocurre en la etapa *percepción de la necesidad* en la cual se activa la dimensión de aceptabilidad. En estos casos donde se involucra la subjetividad y valoración del paciente es más complejo cuantificar dichos efectos sobre el proceso de acceso, así como

también diseñar medidas efectivas de política sanitaria para revertir los posibles efectos obstaculizadores del proceso. Si la dimensión involucrada fuese la accesibilidad espacial-geográfica, los tomadores de decisión pueden implementar medidas para mejorar la conectividad entre los barrios y los centros de salud, o bien proveer algún tipo de subsidio al transporte para individuos en condiciones de vulnerabilidad y de esta forma activar facilitadores del acceso. Sin embargo, cuando la dimensión involucrada es la aceptabilidad (es decir, la confianza del individuo en el sistema de salud) resulta más complejo el diseño de medidas, ya que es una dimensión permeada por las creencias del individuo y por la heterogeneidad de las características de cada proveedor.

Otra cuestión a tener en cuenta tiene que ver con que la dimensión de disponibilidad se activa en dos de las etapas del acceso. A menudo se observa que las decisiones de políticas de salud se relacionan con el financiamiento de las prestaciones, la distribución geográfica de los prestadores (procurando que sea equitativa), la provisión de insumos y equipamiento a los centros de salud, etc. Aunque estas decisiones tienen amplia relevancia en el funcionamiento del sistema de salud

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA PAULA GONZÁLEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
3/12/2024
e202412061

(dado que contribuyen a facilitar el tránsito por la etapa de búsqueda y utilización), los resultados obtenidos sugieren que también deben considerarse otros factores como los aspectos culturales de la relación médico paciente, la arquitectura de los centros de salud, la infraestructura de las ciudades, el gasto de bolsillo de los usuarios, los tiempos de espera, los sistemas de turnos, la educación digital en salud, entre muchos otros aspectos.

DISCUSIÓN



SI BIEN EXISTEN DIFERENTES FORMAS DE definir el acceso a los servicios de salud, la conceptualización que considera la necesidad, la demanda y la oferta es la que provee los elementos conceptuales para describir el acceso efectivo al sistema de salud. Interpretar este fenómeno como la mera disponibilidad de servicios se puede asociar al acceso potencial, que no contempla las demandas insatisfechas ni las necesidades no percibidas. Asimismo, asociar el acceso solo a la interacción de la demanda y la oferta, desconoce que la existencia de demanda de servicios de salud requiere, como paso previo, la percepción de su necesidad. De este modo, considerar el acceso a los bienes y servicios de salud como un fenómeno multietápico es una consecuencia del análisis conjunto de la demanda, la necesidad y la oferta de servicios.

Sin embargo, transcurrir por el proceso de acceso puede verse amenazado por la presencia de obstaculizadores, o agilizado por la influencia de facilitadores. A los elementos que pueden activarse como facilitadores o barreras se los denomina dimensiones y se las puede identificar como aceptabilidad, accesibilidad (espacial geográfica, económica y administrativa organizacional), adaptación y adecuación, las cuales están interrelacionadas y, a su vez, se las puede asociar a una o más etapas del proceso.


Si bien a partir de la década del setenta se observa un notable desarrollo de la literatura científica orientada a delimitar las dimensiones del acceso y/o de sus etapas, existen escasos aportes en el estudio conjunto de ambos marcos conceptuales. A diferencia de otros autores, en este artículo se interpreta que las dimensiones puedan actuar no solo como obstaculizadores sino también como facilitadores del acceso (5). A su vez, se relacionan las etapas del acceso con las diferentes dimensiones que pueden activarse, reconociendo la posibilidad de que una dimensión impacte en más de una instancia del proceso. En este artículo se asume que la última etapa del proceso puede tener como resultado (o consecuencia) un acceso resolutivo y/o no resolutivo, lo cual representa un añadido a otros aportes conceptuales donde el resultado esperado era *accedió* o *no accedió* (25). Finalmente, la etapa inicial del proceso denominada *necesidad de salud* se considera que no está sólo determinada por las variables que afectan al estatus de salud individual medido a partir de sus condiciones genéticas, características demográficas, estilos de vida y medio ambiente, sino que es una etapa que podría estar determinada por los resultados de los procesos de acceso a la atención de la salud en períodos anteriores.

Identificar los elementos que se activan en cada una de las etapas en términos conceptuales es una herramienta que permite interpretar los desafíos y potencialidades a los cuales se enfrentan las personas desde el momento en que experimentan una necesidad de atención hasta que las resuelven. Este análisis es de utilidad para quienes se propongan observar los elementos que facilitan o perjudican el acceso a los servicios de salud, sean proveedores públicos o privados, del primer o segundo nivel de atención, de las aseguradoras de salud o de cualquier institución que tenga una función dentro del sistema de salud y que pueda diseñar medidas que

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GI SELA
PAULA
GONZÁLEZ
et al.

permitan minimizar los riesgos que podrían impedir que los pacientes superen las etapas del proceso.

El presente trabajo no está exento de limitaciones. Una de ellas tiene que ver con la cantidad de bases de datos consultadas (tres bases y solo dos idiomas de búsqueda). En el mismo sentido, se establecen conclusiones en función de pocas referencias bibliográficas; lo cual se debe a los escasos desarrollos en torno al acceso desde una perspectiva multidimensional y en términos de etapas. 

BIBLIOGRAFÍA



1. Aday LA, Andersen R. *A framework for the study of access to medical care*. Health services research, 1974, vol. 9, n° 3, p. 208.
2. Andersen RM. *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* Journal of health and social behavior, 1995, p. 1-10.
3. Andersen RM *et al.* *Exploring dimensions of access to medical care*. Health services research, 1983, vol. 18, n°1, p. 49.
4. Anderson JG. *Health services utilization: framework and review*. Health Serv Res. 1973;8(3):184.
5. Levesque JF, Harris MK, Russell G. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. *International journal for equity in health*, 2013, vol. 12, p. 1-9.
6. Frenz P, Vega J. *Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know*. En: *Background paper for the First Global Symposium on Health Systems Research*. 2010.
7. De Tapia J, Encina R, Piangatelli MDC, Pirola J, González GP, Moscoso NS. *Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores*. Gerokomos. 2023;34(3):183-187.
8. Whaley C, Chafen JS, Pinkard S, Kellerman G, Bravata D, Kocher R, Sood N. *Association between availability of health service prices and payments for these services*. JAMA. 2014;312(16):1670-1676.
9. Sánchez-Torres DA. *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017, vol. 55, no 1, p. 82-89.
10. Aoun N, Matsuda H, Sekiyama M. *Geographical accessibility to healthcare and malnutrition in Rwanda*.

Vínculo entre dimensiones y etapas del acceso a los bienes y servicios de salud: una delimitación conceptual

GISELA
PAULA
GONZÁLEZ
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
3/12/2024
e202412061



Social science & medicine, 2015, vol. 130, p. 135-145.

11. Villarreal Ríos E *et al.* *Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud.* Atención primaria, 2000, vol. 25, no 7, p. 475-478.

12. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. *Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia.* Enfermería Global, 2014, vol. 13, no 33, p. 267-278.

13. Alonso López F. *La accesibilidad en evolución: la adaptación persona-entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa.* Universitat Autònoma de Barcelona, 2016.

14. Acheson RM. (1978). *The definition and identification of need for health care.* Journal of Epidemiology & Community Health, 32(1), 10-15.

15. Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. *Traveling towards disease: transportation barriers to health care access.* J Community Health. 2013; 38:976-993.

16. Makuc DM, Haglund B, Ingram DD, Kleinman JC, Feldman JJ. *The use of health service areas for measuring provider availability.* J Rural Health. 1991;7:347-356.

17. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. *The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study.* BMC Fam Pract. 2016;17:1-7.

18. Hall AG, Lemak CH, Steingraber H, Schaffer S. *Expanding the definition of access: it isn't just about health insurance.* J Health Care Poor Underserved. 2008;19(2):625-638.

19. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, Biswas S. *Exposing some important barriers to health care access in the rural USA.* Public Health. 2015;129(6):611-620.

20. Penchansky R, Thomas JW. *The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction.* Medical care, 1981, p. 127-140.

21. Elwyn G, Froesch D, Thomson R, Joseph-Williams

N, Lloyd A, Kinnersley P *et al.* *Shared decision making: a model for clinical practice.* J Gen Intern Med. 2012;27:1361-1367.

22. Sofaer S, Firminger K. *Patient perceptions of the quality of health services.* Annu Rev Public Health. 2005;26:513-559.

23. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa.* Rev Panam Salud Publica. 2013;33:223-229.

24. Duggirala M, Rajendran C, Anantharaman RN. *Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare.* Benchmarking: An International Journal. 2008;15(5):560-583.

25. Gulliford M *et al.* *What does access to health care mean?* Journal of health services research & policy, 2002, vol. 7, no 3, p. 186-188.

26. Makuc DM, Haglund B, Ingram DD, Kleinman JC, Feldman JJ. *The use of health service areas for measuring provider availability.* J Rural Health. 1991;7:347-356.

27. Rosenstock IM. *The health belief model and preventive health behavior.* Health Educ Monogr. 1974;2(4):354-386.

28. Champion VL, Skinner CS. *The health belief model.* En: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editores. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice.* 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 45-65.

29. Furnham A, Forey J. *The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine.* J Clin Psychol. 1994;50(3):458-469.

30. Wannheden C, Stenfors T, Stenling A, von Thiele Schwarz U. *Satisfied or frustrated? A qualitative analysis of need satisfying and need frustrating experiences of engaging with digital health technology in chronic care.* Front Public Health. 2021;8:623773.

31. Dyer TA, Owens J, Robinson PG. (2016). *The acceptability of healthcare: from satisfaction to trust.* Com-

munity dental health, 33(4), 242-251.

32. Marmot M, Wilkinson R, editores. *Social determinants of health*. Oxford: OUP; 2005.

33. Anselmi L, Lagarde M, Hanson K. *Health service availability and health seeking behaviour in resource poor settings: evidence from Mozambique*. Health Econ Rev. 2015;5:1-13.

34. Aday LA, Andersen R. *A framework for the study of access to medical care*. Health services research, 1974, vol. 9, no 3, p. 208.

35. Thomas JW, Penchansky R. *Relating satisfaction with access to utilization of services*. Med Care. 1984;22(6):553-568.

36. Bakar AA, Samsudin S. *Determinants of health care seeking behavior: does insurance ownership matter?* Int J Econ Fin Issues. 2016;6(7):6-11.

37. Bourne PA. Socio-demographic determinants of health care-seeking behaviour, self-reported illness and self-evaluated health status in Jamaica. Int J Collabor Res Intern Med Public Health. 2009;1(4):101-130.

38. Mohnen SM, Schneider S, Droomers M. (2019). *Neighborhood characteristics as determinants of healthcare utilization—a theoretical model*. Health economics review, 9, 1-9.

39. Purtilo RB, Haddad AM, Doherty RF. *Health professional and patient interaction*. 1st ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2012.