

# ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD. LA REVISIÓN TEORICA DE UNA CATEGORÍA TAN CLÁSICA, COMO DE MODA.

## ACCESIBILITY TO HEALTH CARE. A THEORETICAL REVIEW OF A CLASSIC AS WELL AS TRENDY CATEGORY

PAMELA GARBUS

*Universidad Nacional de Buenos Aires. CONICET*

---

*É na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso.*  
(Giovannella & Fleury, 1995)

*«Access is the actual use of personal health services and everything that facilitates or impedes that use. It is the link between health services systems and the populations they serve. The conceptualization and measurement of access is key to the understanding and formulating of health policy because they can be used to understand health services use and to promote the equity, effectiveness, and efficiency of that use».*  
(Andersen, 1998)

---

**Correspondencia:**

Lic. Pamela Garbus. Dirección: Tampa número 4 (76150), Querétaro, Querétaro. México.  
E- mail: pgarbus@gmail.com

**Recibido:** 10 de Diciembre de 2012

**Aceptado:** 26 de Febrero de 2012

**Resumen:** Este trabajo tiene como objeto la revisión de una categoría hartamente utilizada en el campo de la salud como lo es la accesibilidad a la atención en salud. Se presentan las principales caracterizaciones y definiciones de la categoría de accesibilidad - o acceso - a la atención en salud que han circulado en el ámbito de la Salud Pública, para luego presentar de la forma en la que define la accesibilidad, sus dimensiones y alcances en la investigación que dio origen a este trabajo. El análisis de la accesibilidad se centra en la *relación* entre usuarios y servicios. Se considera a la accesibilidad como un analizador que permite conocer la forma en la que las personas se relacionan con el sistema de salud. La accesibilidad a la atención en salud como analizador echa luz sobre categorías tales como procesos de estigmatización, políticas de salud y salud mental, derecho a la salud, prácticas en salud y subjetividad. Se tomaron para la operacionalización de la categoría de accesibilidad cuatro dimensiones: la dimensión económica, la dimensión técnica, la dimensión política, la dimensión simbólica.

**Palabras Claves:** accesibilidad; atención; salud

**Abstract:** This work aims at approaching a theoretical review of a widely used category in the field of health, such as accessibility to health care. First, major characterizations and definitions of the accessibility –or access- category to

health care that have circulated in the field of Public Health are presented, and then the way in which we define accessibility, its dimensions and scope in the research that led to this work is introduced. The analysis of accessibility focuses on the *relation* between users and services. Accessibility is considered as an analyzing tool that lets you know the way in which people interact with the health care system. Accessibility to health care as an analyzing tool sheds light on categories such as stigmatization processes, health policies, and mental health, the right to health, health practices, and subjectivity. The operationalization of the accessibility category was based on four dimensions: economic, technical, political, and symbolic.

**Key words:** accessibility; health; care.

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objeto la revisión de una categoría hartamente utilizada en el campo de la salud, en especial en durante la última década, como lo es la accesibilidad a la atención en salud. El mismo, forma parte de un trabajo más extenso realizado para la tesis de doctorado de la autora cuyo objetivo general fue describir y analizar las dimensiones de la accesibilidad a la atención en servicios generales de salud de personas externadas de servicios de Salud Mental en una localidad de la Provincia de Buenos Aires <sup>(1)</sup>.

Utilizar la categoría de accesibilidad a la atención en salud en estudios que se proponen como meta aportar al entendimiento de los procesos de salud /enfermedad/atención de poblaciones específicas desde una mirada que propicie el cumplimiento y ejercicio de los derechos de estas personas, conlleva un gran desafío teórico-metodológico. Se trata de una categoría ampliamente difundida en el campo de la salud que ha estado vigente en distintos períodos histórico-políticos, en la planificación de variados planes y programas

de salud, e incluso, en investigaciones que adquieren diferentes estrategias metodológicas.

Así, a la par que se ha ido perpetuando el término, se lo fue naturalizando al punto que hoy resulta posible hablar de accesibilidad a la atención en salud frente a un público diverso sin sentirse en la obligación de definir dicha categoría. Sin embargo, y de manera contradictoria, se puede decir que existe un acuerdo general en la comunidad académica sobre la idea de que no hay una única definición de dicho término (1-4) La elección de un enfoque sobre otro da cuenta de las concepciones teórico-metodológicas – y por tanto ideológicas – que argumentan cada estudio e iluminan diferentes aspectos de un problema complejo. La conceptualización de accesibilidad que se utilice en el marco de programas y políticas de salud está determinada en gran medida por los modelos específicos de organización y financiamiento servicios de salud en el que los mismos se desarrollen (4).

Se presentan a continuación las principales caracterizaciones y definiciones de la categoría de accesibilidad - o acceso - a la atención en salud que han circulado en el ámbito de la Salud Pública, para luego presentar de la forma en la que define la accesibilidad, sus dimensiones y alcances en la investigación que dio origen a este trabajo.

### *El devenir histórico de la categoría accesibilidad*

En pleno desarrollismo, frente a la nueva configuración del escenario mundial luego de la finalización de la segunda guerra mundial, comenzó a hablarse de la planificación como la herramienta que permitiría alcanzar las metas propuestas en relación a salud de la población (5).

La accesibilidad a la atención en salud fue una de las categorías que más fuertemente comenzó a sonar entonces. Con la intención de saber si la sociedad tenía la capacidad de resolver sus problemas de salud, dicha categoría dio lugar al diseño de diferentes modelos que permitirían evaluar estos procesos desde diferentes enfoques.

Los primeros trabajos que aportaron al desarrollo y utilización de esta categoría datan de la década de los 50'. Se puede decir que el «Modelo de Creencias de la Salud» de Godfrey Hochbaum en 1952 fue el puntapié de una tradición de investigaciones que buscaron estudiar los diferentes aspectos que contribuyen a que la población acceda a la atención en salud. Atentos a la poca participación de la usuarios en los programas de prevención y tratamiento de enfermedades, el equipo del servicio de Salud Pública de los EEUU, dirigido por Houchbaum, desarrolló este modelo

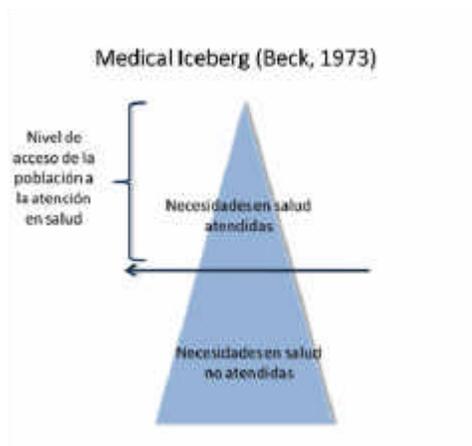
---

<sup>(1)</sup> Se trata de la tesis para obtener el título de Doctora en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús, titulada «Servicios de Salud, Procesos de Estigmatización y Subjetividad. Estudio de caso: Accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio de Tres Arroyos», la cual fue realizada con Beca del CONICET con sede en la Universidad Nacional de Lanús. La Investigadora forma parte del Equipo de Investigación que dirige la Prof. Alicia Stolkner, que tiene financiamiento UBACyT, el cual ha financiado parte de esta investigación.

psicosocial con el propósito de explicar los comportamientos de las personas relacionados con la salud (6).

El modelo fue posteriormente adaptado por Becker (7) para evaluar los modos en los que la población utiliza los servicios de salud. El mismo centró la atención en la percepción subjetiva del individuo, la gravedad de la enfermedad, los beneficios, las barreras, las señales para la acción y la autoeficacia. Evaluó el acceso a partir de considerar la causa específica que motivó la atención (una visita para control del niño sano, vacunación, estudios etc.). El comportamiento observado se analizó en relación a los factores individuales que – para el autor – suelen funcionar como obstáculos para la búsqueda de atención y al evento que desencadenó la acción de dicha búsqueda.

Beck sostenía la idea de que para evaluar el acceso es necesario considerar el hecho concreto de si las personas reciben o no atención en el marco de la necesidad que tengan (8). El autor desarrolló la metáfora del «Medical Iceberg» (Figura 1) para conceptualizar el acceso, en la cual el Iceberg representa el cúmulo de necesidades de la población y la proporción del Iceberg fuera del agua, representa las necesidades atendidas en salud y, por tanto, el nivel de acceso a la atención (1).



**Figura 1**

Fuente: Elaboración propia a partir de Beck, 1973; Taylor, Aday, & Andersen, 1975.

Un autor sumamente reconocido, y muchas veces también discutido, en el ámbito de los estudios sobre accesibilidad es Donabedian (1973), quién define a la accesibilidad a la atención en salud como el *grado de ajuste* entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud (9).

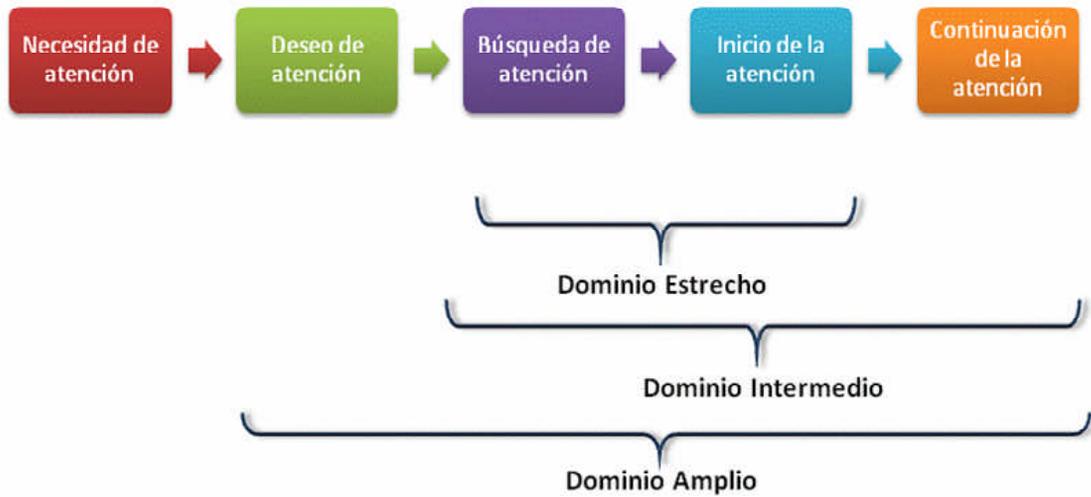
Exponente internacional de un movimiento que ha abogado por incrementar los estándares para la evaluación de la calidad de la atención en salud, Donabedian elaboró su modelo de *Estructura, Proceso, Resultado* con el propósito de aportar una metodología capaz de evaluar la calidad de la atención sanitaria. Dicho modelo se ha utilizado tanto para examinar el tipo de uso que se le da a los servicios médicos, como los resultados de la prestación de dichos servicios (8).

Tomando los desarrollos de Donabedian, el mexicano Julio Frenk (1985) desarrolló en la década de los 80' una línea teórica sobre la categoría de accesibilidad la cual, en palabras de Giovanella y Fleury (2), ha hecho impronta en gran parte de los estudios sobre el tema a partir de entonces. A partir de una revisión de las definiciones de accesibilidad cuestiona el uso de los términos *disponibilidad* y *acceso* como sinónimos de *accesibilidad* y argumenta que estos son fenómenos relacionados con la accesibilidad, pero no son iguales a ella. Asimismo, este autor, pone en evidencia la ambigüedad existente en la consideración de esta categoría bien como propiedad de los recursos para la atención en salud o, por el contrario, como propiedad de la población (4). En esta línea rescata la definición de Donabedian que ubica a la accesibilidad como un «factor mediador» entre la capacidad de producir servicios y la producción o el consumo reales de dichos servicios» (4).

El autor retoma la idea de Donabedian de la accesibilidad como el *grado de ajuste* entre las características de la población y la de los servicios, en tanto considera que esta idea constituyó el primer avance en la focalización de los estudios en las relaciones abstractas a las que dicha categoría necesariamente remite.

Un aporte sumamente valioso que hace Frenk en el mencionado artículo es presentar los diferentes alcances del término accesibilidad (Figura 2). Sostiene que, dada una sucesión de "acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios médicos" (4) puede considerarse para el análisis una visión restringida de dicho proceso, una visión intermedia o bien una ampliada.

Más adelante, en este mismo capítulo, se mostrarán los alcances dados al término para la presente investigación puesto que, tal como sostiene Frenk, gran parte de la confusión que caracteriza la conceptualización de accesibilidad está dada por la falta de explicitación del alcance que cada estudio da al término.



**Figura 2.** Distintos alcances del concepto Accesibilidad

Fuente: Elaboración propia a partir de Frenk, 1985. Figura I «Posibles dominios del concepto de Accesibilidad». pág. 440.

No obstante a modo de anticipación se adelanta y se explicita que el tratamiento que esta investigación le da a dicha categoría, difiere de la recomendación de Frenk de restringir el término al proceso de buscar y obtener atención únicamente.

En resumen, para Frenk la accesibilidad está dada por el «grado de ajuste entre las características de los recursos para la salud y las características correspondientes a la población en el proceso de búsqueda y obtención de servicios» (4). La *resistencia* es la suma ponderada de obstáculos a la búsqueda y obtención de servicios que se originan en los recursos, mientras que el *poder de utilización* es la suma ponderada de los poderes de la población para superar dichos obstáculos. Con la caracterización de estos elementos básicos elaboró la fórmula para la medición de la accesibilidad a la atención en salud (Figura 3).

En la década de los 70', simultáneamente a las propuestas de Donabedian, los trabajos de Aday y Andersen sobre accesibilidad (1,10,11) echaron luz a diferentes aspectos del proceso de acceso a la atención procurando encontrar *indicadores del proceso del acceso* que den cuenta de las características del sistema y de la población. Diferenciándose de aquellos trabajos que sostenían que el acceso a la atención era una expresión de los costos de tiempo y dinero asociados a la obtención de la atención médica (tales como los tiempos de espera y la distancia de viaje hasta el centro de salud), argumentaron que debía distinguirse el acceso de la disponibilidad, entendiendo como tal a la mera presencia de los recursos sanitarios en un área.

**Fórmula de Accesibilidad (Frenk, 1985)**

$$A = EP = \frac{DP}{R} = D \frac{DP}{R}$$

- A= Accesibilidad
- E= Disponibilidad
- P= Poder de utilización
- D= Disponibilidad de recursos
- R= Resistencia

**Figura 3**

Fuente: Elaboración propia a partir de Frenk, 1985.

Así rescataban que, pese a lo valioso que podía resultar saber el número de médicos, camas, servicios etc. presentes en un área, es aún más importante saber cuan accesible están dichos efectores para la población destinataria en relación a factores tales como: los costos de dichos servicios, las dificultades asociadas al viaje, pero sobre todo, la existencia de barreras asociadas a cuestiones de discriminación (10).

En este sentido los autores alertaban que, pese a los esfuerzos realizados por parte de los principales programas federales de salud en EE.UU. implementados en la década de los '60, los resultados de los mismos seguían reflejando inequidades en el acceso. Por ejemplo, los más pobres continuaban utilizando mayormente las guardias de emergencia para resolver sus necesidades de salud, antes que las

consultas programadas. Para ellos esta situación fue consecuencia del hecho de que únicamente se intentaron manejar aquellas variables asociadas a factores económicos que condicionaban el ingreso (10).

Taylor, Aday & Andersen en 1975, con la intención de construir un indicador social del acceso a la atención en salud, presentaron el *índice de síntoma-respuesta* el cual reflejaba la diferencia entre el número real de visitas de la población a los servicios de salud realizadas en respuesta a un síntoma y el número de visitas que un grupo de expertos médicos estimaba que debían de ocurrir ante esos mismos síntomas (1).

Este indicador, según los autores, tuvo el valor de incorporar una norma explícita externa (los criterios de los médicos sobre cuando es apropiada la consulta) para comparar las respuestas reales de la población a los síntomas percibidos de la enfermedad. De este modo, sostienen, los planificadores de salud, gestores y "policy makers" deberían poder tomar decisiones más informadas a partir de saber si aquellas personas que necesitan atención médica, reciben o no la

misma (1).

El uso de este tipo de indicadores naturaliza diferentes aspectos de una posición ética e ideológica en relación al proceso de salud-enfermedad-atención. El no considerar la dimensión subjetiva de dicho proceso, esto es, el cúmulo de creencias, valores, ideas y representaciones sobre la salud y la pérdida de la misma a partir de la noticia de enfermedad, los lleva a afirmar que existe la posibilidad de ofrecer a la sociedad un listado de motivos validados científicamente que justificarían la consulta. Lo que parece poner en tela de juicio esta idea de norma externa, es la capacidad que tienen las personas de considerar, decidir y evaluar cuándo demandar atención en salud y los factores subjetivos que intervienen en dichas decisiones.

Penchanski & Thomas publicaron en 1987 un artículo en el cual caracterizaban al acceso «como un concepto general que resume un conjunto de dimensiones tales como Disponibilidad, Accesibilidad, Adecuación, Capacidad financiera y Aceptabilidad las cuales describen el grado de adecuación entre usuarios y el sistema de salud (Figura 4).



**Figura 4.** Dimensiones del Acceso (Penchanski & Thomas, 1987; Giovanella & Fleury, 1995)  
Fuente: Elaboración propia en base a Penchanski & Thomas, 1981; Giovanella & Fleury, 1995.

Giovanella & Fleury (1995) sostienen que *acceso* es un concepto general que resume el conjunto de dimensiones específicas desarrolladas por Penchanski & Thomas (1987) las cuales describen la interrelación entre los usuarios y el sistema de atención de la salud. Argumentan que muchos de los estudios sobre acceso, analizan únicamente la dimensión de la utilización de los servicios de atención médica, tratando de ponderar el peso de los factores que influyen en la misma -características sociodemográficas y de comportamientos de los usuarios y efectores- mientras que otros estudios se basan en el análisis de los efectos de los recursos disponibles en su uso (2).

Por ejemplo, para Dever (1988, en Giovanella & Fleury, 1995) la utilización de los servicios de salud resulta de una interacción entre los consumidores y los prestadores, siendo que dicha utilización está condicionada, para el autor, por factores socioculturales, organizacionales y por otros vinculados a los servicios y la población, tales como disponibilidad de recursos, accesibilidad geográfica, accesibilidad social y las características del proceso de prestación del cuidado. Dever define accesibilidad -siguiendo a Donabedian- como las características de los recursos de salud que facilitan u obstruyen el uso por parte de los *clientes*. El autor considera

a la accesibilidad social como aquella que incluye en los conceptos de aceptabilidad, referida a factores sociales y culturales y a la disponibilidad financiera descripta por Penchanski & Thomas (2)

Por otro lado, Barrenechea Trujillo y Chorny (1990, en Giovanella & Fleury, 1995) definen accesibilidad como una noción compleja integrada por las categorías de distancia/tiempo entre la población y los servicios de salud, Oportunidad, Funcionalidad, Costos y Aceptación por parte de los usuarios, intervienen en este proceso complejo (Figura 5).

Sosteniendo la necesidad de considerar las políticas de salud desde la dimensión del acceso a la atención en salud, Giovanella & Fleury proponen una «visión comprensiva en la cual sea posible comportar una dimensión *económica* referente a la relación entre oferta y demanda; una visión *técnica*, relativa a la planificación de la organización de la red de servicios; una visión *política*, relativa al desarrollo de una conciencia sanitaria y de la organización popular; y una dimensión *simbólica*, relativa a las representaciones sociales acerca de la atención en el sistema de salud» (2).

Estas dimensiones fueron tomadas para el análisis de la accesibilidad a la atención en salud en este estudio.



**Figura 5.** Conceptualización de Accesibilidad (Barrenechea, Trujillo & Chorny, 1990)

Fuente: Elaboración propia a partir de Barrenechea, Trujillo & Chorny, 1990 en Giovanella & Fleury, 1995.

Abreu de Jesús & Araujo Assis (13) analizaron la categoría de acceso a los servicios de salud en el marco del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) ponderando las contribuciones que desde la planificación se han realizado para la consolidación del mismo. En ese trabajo, mencionan que el acceso universal a los servicios de salud, además de ser una garantía constitucional, representa la lucha de los movimientos sociales, que reclaman por lo que consideran uno de los derechos básicos de la ciudadanía.

Desde esta perspectiva, destacan los autores, el acceso es mucho más que la puerta de entrada al sistema de salud, y lo consideran un *dispositivo* transformador de la realidad. Siguiendo el desarrollo de Campos (2003), los autores consideran a un dispositivo como aquel que propicia determinadas situaciones planificadas en pos de objetivos prefijados. La planificación de un dispositivo, como el acceso, se logra al asumir que el mismo es disparador de una serie de elementos que propician la transformación de la realidad, o bien mantenimiento de la misma (13).

Como se pudo demostrar, diferentes autores han estudiado el tema del acceso desde la dimensión de la oferta de servicios de salud, invisibilizando el hecho de que los usuarios son parte del proceso complejo que construye la accesibilidad (14).

Pero incluso, aún el incluir para el análisis la dimensión de la demanda de atención por parte de la población, puede no ser garantía de una efectiva y verdadera consideración de los usuarios. Tomar para el estudio de la accesibilidad la relación entre la oferta y la demanda de servicios, ha sido una tendencia muy fuerte en los estudios sobre el tema. Siguiendo esta línea se ha generado conocimiento sobre el modo de eliminar aquellas barreras que pudieran obstaculizar el acceso definiendo, caracterizando esas barreras como (14):

- *Geográficas*: relacionadas con la distribución y la localización de los servicios
- *Económicas*: vinculadas con la posibilidad de uso de un servicio derivada de la capacidad adquisitiva de la población, frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos
- *Administrativas u organizacionales*: dadas por la forma de organización de los servicios en relación al otorgamiento de turnos, a los horarios y los recorridos dentro del Sistema de Salud
- *Culturales*: se centran en las diferencias culturales, religiosas etc. entre el personal de los servicios y la población.

Al decir de Aday (11) gran parte de los estudios y programas sobre acceso se han centrado en las barreras económicas, dejando de lado las organizaciones, aquellas

asociadas al traslado o bien a las vinculadas a la falta de centros de atención en salud.

### ***Los alcances de la categoría de accesibilidad***

«Lo que existe en el mundo social son relaciones, no interacciones o vínculos intersubjetivos entre agentes, sino relaciones objetivas que existen ‘independientemente de la conciencia y la voluntad individuales’, como diría Marx.»  
(Bourdieu & Wacquant, 1995. pp.64)

Tal como se ha intentado demostrar en las páginas anteriores, diferentes corrientes teóricas han tomado en consideración la relación entre usuarios y servicios para el estudio de la accesibilidad a la atención en salud (2-4,9, 12). Incluso muchas han llamado la atención sobre la necesidad de incluir la dimensión de las representaciones, imaginarios y percepciones de los usuarios sobre el proceso de salud-enfermedad-atención (2,10,13).

El equipo de trabajo del cual la autora de este trabajo forma parte (2), desde hace más de una década ha rescatado y ampliado la importancia de la dimensión cultural considerando para su análisis el conjunto de vivencias, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de salud de una población, denominando como *simbólica* a esta dimensión que rescata la posibilidad de que el imaginario social y las representaciones pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios (15-17). Al tomar para el análisis de la accesibilidad la relación entre usuarios y servicios se considera que ambos contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Los servicios - al igual que los usuarios - son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización (14-16, 18,19). Así es que el análisis se centra en la *relación* entre usuarios y servicios.

Se considera que el abordar el encuentro que se produce entre los usuarios y los servicios, incorpora una dimensión que obliga a pensar esta problemática desde otra perspectiva. Representaciones, discursos y prácticas de la población han de ser necesariamente considerados en toda estrategia implementada para estudiar el acceso (15). No obstante, tal como se demostrará ahora, otras dimensiones deben también de ser consideradas para el análisis. El estudio de las políticas sociales, en especial de salud (y salud mental en el caso de la investigación que dio origen a este trabajo), de la configuración histórica que ha tenido el sistema de salud y salud mental, la organización local de los efectores de salud, así como las prácticas, creencias, valores, vivencias, representaciones y saberes de usuarios y trabajadores de salud son

nodales para una investigación de la accesibilidad a la atención en salud, desde esta perspectiva.

Se considera a la accesibilidad como un analizador que permite conocer la forma en que las personas se relacionan con el sistema de salud. Se piensa en la noción de analizador como un dispositivo intermediario entre el investigador y la realidad que permite comprender la forma en la que determinados elementos se organizan para dar cuenta de una situación dada. En este sentido, la accesibilidad a la atención en salud como analizador echa luz sobre categorías tales como procesos de estigmatización, políticas de salud y salud mental, derecho a la salud, prácticas en salud y subjetividad.

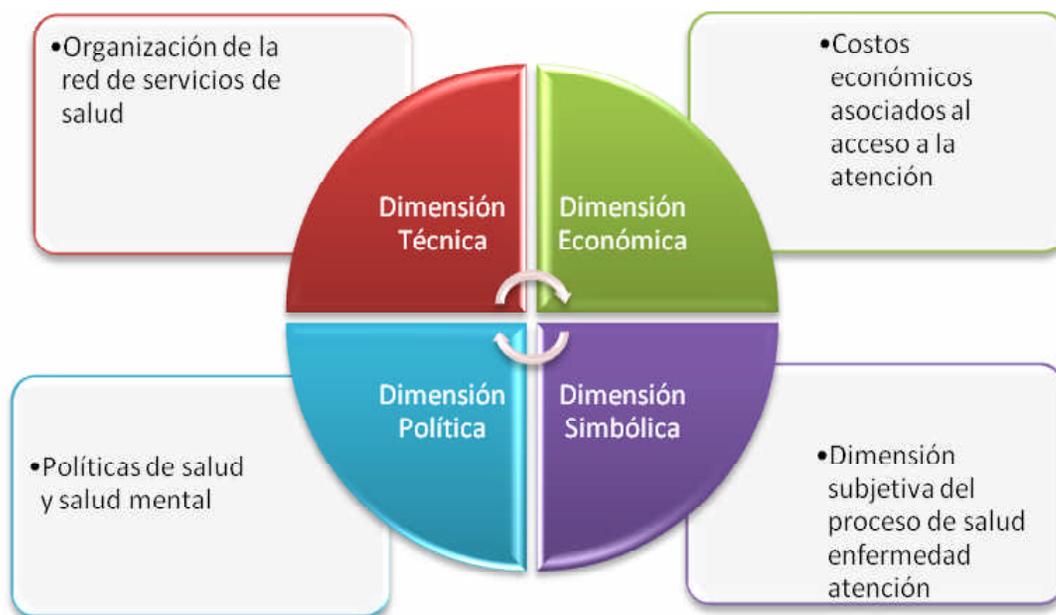
A partir de los trabajos de Giovanella & Fleury (1995) se tomaron para la operacionalización de la categoría de accesibilidad cuatro dimensiones (Figura 6), las cuales fueron redefinidas para este estudio de esta manera:

- La *dimensión económica*, referente a los costos económicos asociados al acceso a la atención (bono consulta, medicamentos, transporte, estudios).
- La *dimensión técnica*: relativa a la organización de la red de servicios de salud, el otorgamiento de turnos, la distribución de efectores, el funcionamiento del sistema

de referencia y contrareferencia.

- La *dimensión política*: relativa a las políticas de salud y salud mental; la participación que tienen en las mismas los usuarios; las prácticas de salud que dichas políticas moldean.
- La *dimensión simbólica*: relativa a la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención, desde la perspectiva de los usuarios, como de los trabajadores de salud.

La estrategia metodológica de articulación entre niveles de análisis para el estudio de la accesibilidad a la atención en salud<sup>11</sup>, procuró evitar el reduccionismo de considerar que dicha relación puede leerse pura y exclusivamente en un nivel de análisis (20). Generalmente los estudios de accesibilidad se han centrado exclusivamente en un sólo nivel, ya sea el de las políticas de salud (Macro), el de la organización de los servicios de salud (Meso) o bien, cuando toman para el análisis de la accesibilidad la relación entre usuarios y servicios, la abordan como si se tratara únicamente de un vínculo lineal entre personas, en donde las políticas y la organización de los servicios, hicieran meramente de contexto.



**Figura 6.** Dimensiones de la accesibilidad para este estudio.

Fuente: Elaboración propia.

<sup>(11)</sup> Tal como se mencionó anteriormente, se trata de la articulación entre un nivel económico, político y normativo gubernamental, Macrocontextual; un nivel Institucional en las formas y prácticas de la prestación de servicios, Metaprosos; y un nivel singular en las representaciones y prácticas de los diversos actores que está vinculado la dimensión subjetiva, Microprocesos

La figura 7, muestra gráficamente la relación entre las dimensiones de la accesibilidad y los diferentes niveles de análisis para su abordaje.



**Figura 7.** Las dimensiones de la accesibilidad a la atención en salud y los niveles de análisis.  
Fuente: Elaboración propia.

Como se intentó demostrar a partir de la presentación de las diferentes conceptualizaciones de la categoría de accesibilidad, es frecuente el abordaje de la problemática de acceso a partir del análisis de las barreras que obstaculizan el mismo. Se trata más bien de interesarse por conocer y caracterizar el tipo de relación que se establece entre usuarios y los servicios de salud y no tanto la existencia, o no, de barreras de acceso. Ahí donde hay dificultades para concretar la atención, incluso, cuando la misma está imposibilitada, se puede leer el tipo de relación entre usuarios y efectores.

En este sentido, algunas de las preguntas sobre accesibilidad que guiaron el estudio del cual este trabajo forma parte, fueron ¿Qué tipo de relación hay entre usuarios y servicios? ¿Cuáles elementos funcionan obstaculizando y cuáles como facilitadores de esta relación? Y no ya, ¿qué barreras de acceso tienen?

Al inicio de este trabajo se describieron los posibles alcances del término accesibilidad (4) y se adelantó que se distancia de la recomendación de Frenk de restringir el término al proceso de buscar y obtener atención únicamente. Posteriormente se hizo mención a que se considera a la accesibilidad a la atención en salud como analizador de la forma en la que determinados elementos se organizan y propician una realidad dada.

Ahora bien, la lectura de esta realidad debe aportar conocimiento sobre la posibilidad de ejercer el derecho a la atención en salud de las personas, considerándose que el mismo consiste en cumplimentar con el proceso de salud-enfermedad-atención. Esto significa completar las indicaciones médicas, la posibilidad de realizar estudios, tomar la medicación, cumplir con el reposo indicado, etc. Implica darle al término mayor alcance que la del acceso a la consulta.

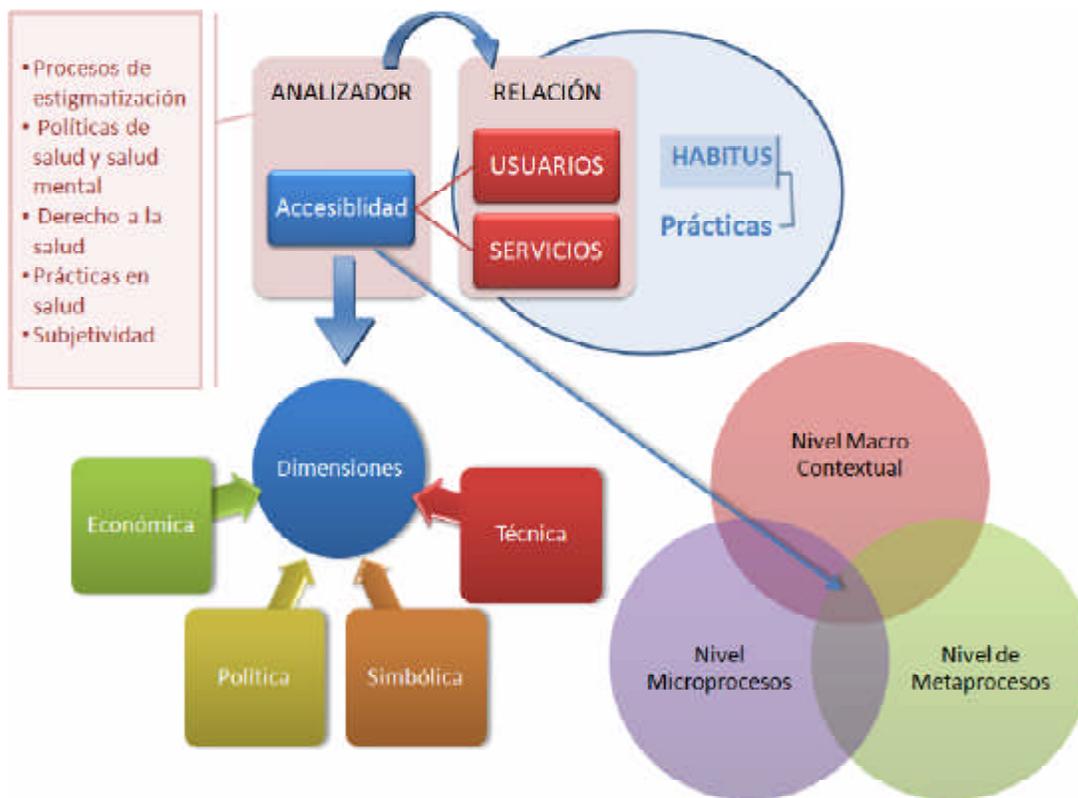
Al tomar para el análisis la *relación* entre los servicios y la población, se conceptualiza el término *relación* desde la

perspectiva de Pierre Bourdieu (16). Esto significa leer la misma en el entretejido del campo en el cual se desarrolla.

Pierre Bourdieu sostiene que el espacio social es constituido multidimensionalmente desde la lógica de los campos. Un campo social es, para el autor, «una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones» las cuales se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución del poder (o capital) y por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (22).

Se trata entonces de reconocer en todo momento que el objeto de estudio de esta investigación, la accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales, como toda relación está atrapada en una red de relaciones que caracteriza sus propiedades. Es en esta red de relaciones, en donde debe leerse la accesibilidad (22). Anteriormente se hizo mención a que la categoría accesibilidad es un analizador de diferentes procesos y categorías. Estos son parte de dicha red de relaciones.

A modo de síntesis, se presenta gráficamente la forma en la que se propone sea leída la accesibilidad a la atención en salud como categoría analítica (Figura 8).



**Figura 8.** Conceptualización de la accesibilidad para la autora.  
Fuente:Elaboración propia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor, D. G, Aday, L.A y Andersen, R. A social indicator or access to medical care. 1, 1975, Journal of health and social behaviour, 16: 39-49.
2. Giovanella, Ligia y Fleury, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. [aut. libro] Catalina Eibenschutz. Política de Saúde: O público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz Ed., 1995; 177-98.
3. Andersen, R.The multiple and changing faces of acces. 3, 1998, Medical Care, 36: 252-253.
4. Frenk, J. El concepto y la medición de accesibilidad. 5, 1985, Salud Pública de México, 27: 438-53.
5. Testa, Mario. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
6. Cabrera A, Tascón G y Lucumí C. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. 1, 2001, Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 19: 91-101.
7. Beck, R.G. Economic class and access to physician services under public medical care insurance. 1973, International Journal of health services, 3: 341-55.
8. Encyclopedia of Health Services Research. What is Encyclopedía. [En línea] 2011. [Citado el: 6 de 1 de 2012.] <http://www.whatisencyclopedia.com/encyclopedia-of-health-services-research.html>.
9. Donabedian A. Aspects of medical care administration. s.l. : Harvard University Press, 1973.
10. Aday LA y Andersen R. Fostering access to medical care. 3, 1977, Proceedings of the Academy of Political Science. Health Services: The Local Perspective, 32: 29-41.
11. Aday LA. Economic and non economic barriers to the use of needed medical services. 6, 1975, Medical Care, 13: 447-56.
12. Penchanski R y Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction, 1981, Medical Care, 19:127-40.
13. Abreu de Jesús WL y Araújo Assis MM. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. 1, 2010, Ciência & Saúde Coletiva, 15: 161-70.
14. Garbus P. Consideraciones sobre las categorías de acceso a la

- atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. I, Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA, 2010, XVII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA., XVII: 309-16.
15. Comes Y. La accesibilidad: una revisión conceptual. Documento laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT. 2004.
  16. Comes Y. Ciudadanía y subjetividad. Análisis de las representaciones sobre el derecho a la atención de la salud en mujeres por debajo de la línea de pobreza del AMBA. Buenos Aires: s.n., 2006.
  17. Comes Y y Stolkner A. «Si pudiera pagaría»: estudio sobre la Accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. 2004, Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología.
  18. Comes Y, Solitario R, Garbus P y col.. El concepto de Accesibilidad: La Perspectiva relacional entre población y servicios. 2008, XIV, Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 201-10.
  19. Barcala A y Stolkner A. Estrategias de Cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. Buenos Aires: Jornadas Gino Germani. IIFCS., 2001.
  20. Stolkner A. Tiempos «posmodernos»: procesos de ajuste y salud mental. En O Saidón y P Troianovsky.(comps) Políticas en Salud Mental. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994; 25-53.
  21. Bourdieu P y Wacquant L. Respuestas - Por una antropología reflexiva. México: Grijalbo, 1995.
  22. Bourdieu P y Wacquant L. Una invitación a una sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2005.