

Una revisión sobre los conceptos de acceso Y utilización de servicios de salud

Traducción del original en portugués por José Fernando Castro OD.

Claudia Travassos.

*Centro de Información Científica y Tecnológica,
Fundación Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, Brasil.*

Mônica Martins.

*Escuela Nacional de Salud Pública,
Fundación Oswaldo Cruz,
Río de Janeiro, Brasil.*

La utilización de los servicios de salud representa el centro del funcionamiento de los sistemas de salud. El concepto de uso comprende todo contacto directo – consultas médicas, hospitalizaciones – o indirecto – realización de exámenes preventivos y diagnósticos – con los servicios de salud. El proceso de utilización de los servicios de salud resulta de la interacción del comportamiento del individuo que busca cuidados y del profesional que lo conduce dentro del sistema de salud. El comportamiento del individuo es generalmente responsable del primer contacto con los servicios de salud, y los profesionales de la salud son los responsables de los contactos subsecuentes. Los profesionales, en gran parte, definen el tipo y la intensidad de recursos consumidos para resolver los problemas de salud de los pacientes.

En líneas generales, los determinantes de la utilización de los servicios de salud pueden ser descritos como aquellos factores relacionados con:

- a) La necesidad de salud: morbilidad, gravedad y urgencia de la enfermedad.
- b) Los usuarios: características demográficas (edad y sexo), geográficas (región), socio-económicas (renta, educación), culturales (religión) y psicológicas.
- c) Los prestadores de servicios: características demográficas (edad y sexo), tiempo de graduación, especialidad, características psicológicas, experiencia profesional, tipo de práctica, forma de pago.
- d) La organización: recursos disponibles, características de la oferta (disponibilidad de médicos, hospitales, ambulatorios), modo de remuneración, acceso geográfico y social.
- e) La política: tipo de sistema de salud, financiamiento, tipo de seguro de salud, cantidad, tipo de distribución de los recursos, legislación y reglamentación profesional y del sistema.

La influencia de cada uno de los factores determinantes del uso de los servicios de salud varía en función del tipo de servicio (ambulatorio, hospitalario, asistencia domiciliar) y de la propuesta asistencial (cuidados preventivos o curativos o de rehabilitación).

Acceso es un concepto complejo, muchas veces utilizado de forma imprecisa, y poco claro en su relación con el uso de servicios de salud. Es un concepto que varía entre autores y que cambia a lo largo del tiempo y de acuerdo con el contexto. La terminología utilizada también es variable. Algunos autores, como Donabedian, utilizan el sustantivo accesibilidad (carácter o cualidad del que es accesible), en tanto otros prefieren el sustantivo acceso (acto de ingresar, entrada), ambos son términos para indicar el grado de facilidad con que las personas obtienen cuidados de salud.

Los autores también varían en relación al enfoque del concepto: unos se centran en las características de los individuos; otros se enfocan en las características de la oferta; algunos en ambas características o en la relación entre los individuos y los servicios (oferta). Hay también discordias sobre si la evaluación del acceso debe concentrarse en los resultados u objetivos finales de los sistemas de salud o en la relación entre los varios elementos que componen el sistema para cumplir esos objetivos.

En este artículo, se pretende resumir los conceptos de acceso y utilización de los servicios de salud, analizar lo que los diferencia y, al mismo tiempo, identificar los puntos de articulación existentes entre ambos.

En una de sus primeras publicaciones, Donabedian definió accesibilidad como uno de los aspectos de la oferta de servicios relativo a la capacidad de producir servicios y de responder a las necesidades de salud de una determinada población. Accesibilidad, en este caso, es más amplia que la mera disponibilidad de recursos en un determinado momento y lugar. Se refiere a las características de los servicios y de los recursos de salud que facilitan o limitan su uso por usuarios potenciales. La accesibilidad corresponde a características de los servicios que asumen significado cuando se analizan a la luz del impacto que ejercen en la capacidad de la población de usarlos. La accesibilidad es, así, un factor de la oferta importante para explicar las variaciones en el uso de los servicios de salud de grupos poblacionales, y representa una dimensión relevante en los estudios sobre la equidad en los sistemas de salud.

Donabedian diferencia dos dimensiones de la accesibilidad: la socio-organizativa y la geográfica e indica que esas dimensiones se interrelacionan. La accesibilidad socio-organizativa incluye todas las características de la oferta de servicios, excepto los aspectos geográficos, que obstruyen o aumentan la capacidad de las personas en el uso de servicios. Por ejemplo, políticas formales o informales que seleccionan los pacientes en función de su condición social, situación económica o diagnóstico. La accesibilidad geográfica se relaciona con la cantidad del espacio que puede ser medida por la distancia lineal, distancia y tiempo de locomoción, costo del viaje, entre otros. A pesar de los atributos de los individuos (sociales, culturales, económicos y psicológicos) no hacen parte del concepto de accesibilidad de Donabedian, la relación de éstos con el uso de servicios es

mediada por la accesibilidad, esto es, la accesibilidad expresa las características de la oferta que intervienen en la relación entre características de los individuos y el uso de servicios.

Donabedian, por un lado, delimita el marco de su concepto de accesibilidad al excluir de éste las etapas de percepción de problemas de salud (necesidades) y el proceso de toma de decisión en la búsqueda de servicios por los individuos. Por otro, avanza en la elaboración del concepto de acceso para ir más allá de la entrada en los servicios, pues, para él, accesibilidad indica también el grado de (des)ajuste entre las necesidades de los pacientes y los servicios y recursos utilizados. Accesibilidad no se restringe apenas al uso o no de los servicios de salud, incluye una adecuación de los profesionales y de los recursos tecnológicos utilizados en las necesidades de salud de los pacientes.

Andersen prioriza el término acceso. En una de las versiones iniciales de su clásico modelo de utilización de servicios de salud, el acceso es presentado como uno de los elementos de los sistemas de salud, dentro de aquellos relacionados con la organización de los servicios, que se refiere a la entrada en el servicio de salud y la continuidad del tratamiento. Incluye, en ese caso, la entrada en los servicios y el recibimiento de cuidados subsecuentes.

En ese modelo, la influencia del acceso en el uso de servicios de salud es mediada por factores individuales, definidos como: factores predisponentes (factores que existen previamente al surgimiento del problema de salud y que afectan la predisposición de las personas para usar servicios de salud). Un buen ejemplo es el género, ya que las mujeres tienden a mostrar mayor predisposición para el uso de servicios de salud que los hombres; factores capacitantes (los medios disponibles para que las personas puedan obtener cuidados de salud); y necesidades de salud (condiciones de salud percibidas por las personas o diagnosticadas por profesionales de la salud). De acuerdo con Donabedian, acceso es una característica de la oferta de servicios importante para la explicación del patrón de utilización de servicios de salud.

En revisiones posteriores del modelo de utilización de servicios, Andersen amplía y clarifica su entendimiento sobre el concepto de acceso, que pasa explícitamente a incorporar la etapa de utilización de servicios de salud. El concepto se torna multidimensional, compuesto por dos elementos: "acceso potencial" y "acceso real". Acceso potencial se caracteriza por la presencia en el ámbito de los individuos de factores capacitantes del uso de servicios, en tanto acceso real representa la utilización de hecho de esos servicios, y es influenciado por otros factores después de los que explican el acceso potencial.

El concepto de acceso potencial incorpora los factores individuales que limitan o amplían la capacidad de uso (factores capacitantes), que representan apenas un subconjunto de los factores que explican el acceso realizado (uso), ya que éstos

incluyen también factores predisponentes, las necesidades de salud, más allá de factores contextuales.

En este modelo, se establece una jerarquía en la cual factores contextuales, que son aquellos relacionados con las políticas de salud y la oferta de servicios, intervienen en el uso de forma directa e indirecta, por intermedio de los factores individuales. Importante destacar, para fines de formulación de políticas, que elementos propios del sistema de salud (oferta) son susceptibles de cambiar mediante intervención gubernamental o institucional, en tanto apenas algunas de las características de los individuos son susceptibles de cambiar por esas acciones.

En las últimas revisiones, Andersen busca incluir explícitamente en el modelo los efectos dinámicos y recursivos del uso de servicios en la salud. Introduce los conceptos de “acceso efectivo” y de “acceso eficiente”. El primero resulta del uso de servicios que mejoran las condiciones de salud o la satisfacción de las personas con los servicios; el segundo se refiere al grado de cambio en la salud o en la satisfacción en relación con el volumen de servicios de salud consumidos. Amplía el concepto de acceso real (uso) que pasa a incluir sus efectos en la salud y en la satisfacción de las personas. El resultado del acceso potencial puede ser medido por el uso de servicios (acceso real) y el de acceso real (uso) por el acceso efectivo y eficiente.

Entre tanto, es importante recordar que tanto el acceso real (uso) no se explica por los determinantes del acceso potencial, como su impacto en la salud y en la satisfacción (acceso efectivo) no se explica sólo por los determinantes del uso de servicios. Como se señaló anteriormente, el uso de servicios depende de factores predisponentes, de las necesidades de salud y de factores contextuales, y el uso efectivo y eficiente depende de los factores individuales y de factores internos a los servicios de salud que interfieren en la calidad de los cuidados prestados.

Por fin, para Andersen, la evaluación de la equidad en el acceso es inferida valiéndose de la presencia de factores individuales capacitantes en la explicación del uso de servicios de salud. Para este autor, la presencia de otros predictores del uso, más allá de la necesidad de salud y de los factores demográficos (predisponentes), denota una situación de inequidad. Apunta también que la evaluación del acceso debe ser hecha separadamente, siguiendo los tipos de cuidado (prevención, curación y rehabilitación), tipos de servicios (hospitalización y ambulatorio) y tipos de problemas de salud (atención primaria, especializada y de alta complejidad), pues expresan situaciones distintas con impacto diferenciado en el acceso.

Penchansky & Thomas utilizan el término acceso y centran ese concepto en el grado de ajuste entre clientes y el sistema de salud, en una interpretación de la idea desarrollada por Donabedian. Difieren, en tanto, de este autor al ampliar el

concepto para incluir otros atributos que son tomados no como base en la oferta, pero si en relación entre la oferta y los individuos. Identifican varias dimensiones que componen el concepto de acceso: disponibilidad (volumen y tipo) de servicios en relación con las necesidades; accesibilidad – tomada aquí como una dimensión del acceso -, caracterizada por la adecuación entre la distribución geográfica de los servicios y de los pacientes; acogimiento (acomodación), que representa la relación entre la forma como los servicios se organizan para recibir los clientes y la capacidad de los clientes para adaptarse a esa organización; capacidad de compra, definida por la relación entre formas de financiación de los servicios y la posibilidad de las personas de pagar por esos servicios; y aceptabilidad, que representa las actitudes de las personas y de los profesionales de la salud en relación con las características y prácticas de cada uno.

La propuesta de Penchansky & Thomas de ampliación de la inclusión del concepto de acceso con la incorporación de distintas dimensiones no es seguida por muchos autores que, tal como Frenk, prefieren mantener el concepto en un dominio más restringido. Donabedian, prefiere denominar de calidad – eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad – el dominio más amplio del desempeño de los sistemas de salud.

Frenk también desarrolla el concepto de accesibilidad fundamentándose en la propuesta de Donabedian. Dentro de las contribuciones de ese autor, están la sistematización del flujo de eventos entre la necesidad y la obtención de los cuidados necesarios (necesidades de salud → deseo de obtener cuidados de salud → búsqueda → entrada en los servicios → continuidad de los cuidados) y la explícita limitación del ámbito de la accesibilidad a las etapas de búsqueda y entrada en los servicios. De esta forma, los determinantes de las necesidades y del deseo de buscar cuidados de salud, que pueden ser incluidos en el que Andersen denomina de factores predisponentes, así como aquellos que determinan la continuidad de los cuidados, permanecen fuera del dominio de la accesibilidad. Los primeros componen los modelos explicativos del uso y el último debe ser tratado en el dominio de la “continuidad”, que depende más de factores asociados a la oferta que a los individuos.

Frenk desarrolla el concepto de accesibilidad por la idea de complementariedad entre características de la oferta y de la población. Para ese autor, accesibilidad es la relación funcional entre un conjunto de obstáculos para buscar y obtener cuidados (“resistencia”) y las correspondientes capacidades de la población para superar tales obstáculos (“poder de utilización”). La resistencia incluye aquellos impedimentos que se refieren a la mera disponibilidad de servicios, condición *sine qua non* del uso. Esos obstáculos (resistencia) son clasificados como ecológicos, financieros y organizacionales. De forma correspondiente, el poder de la población es discriminado en poder de tiempo y transporte, poder financiero y poder de lidiar con la organización. Ese modelo asume que, dados un lugar y un tiempo, varios ajustes entre el poder de uso de la población y las resistencias de la oferta son

posibles para un mismo nivel de accesibilidad. Lo central en ese abordaje es que ninguno de esos dos componentes – resistencia y poder de utilización de la población – define el grado de accesibilidad, pero sí la relación entre ellos. Por ejemplo, el impacto en la accesibilidad del aumento en el precio de los servicios de salud solamente puede ser evaluado cuando se compara con el nivel de renta de la población. De esta forma, su formulación no apunta para un modelo organizacional único, pero sí para varias composiciones de oferta de servicios organizadas de acuerdo con el poder de utilización de los diferentes grupos poblacionales (sociales).

En el inicio de la década de los 90, el Comité para el Monitoreo del Acceso a los Servicios de Salud del Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos propone que el acceso sea definido como el uso de servicios de salud en tiempo adecuado para la obtención del mejor resultado posible. En esa definición, el eje del concepto es separado de los elementos que lo componen para sus resultados y el acceso pasa a ser sinónimo de uso, más allá de ser incorporada al concepto la dimensión temporal. Esta dimensión está presente en otros autores que consideran acceso (óptimo) como la provisión del cuidado adecuado, en el momento adecuado y en el lugar adecuado. Acceso, en este caso, no abarca cualquier uso: se limita al uso calificado, a saber, aquel que ocurre en el momento adecuado al atenderse el problema de salud del paciente, utilizando recursos correctos y ejecutándose de la forma correcta. Este ajuste entre el problema de salud del paciente y los recursos y la forma como son aplicados ya había sido indicado por Donabedian en su concepto de accesibilidad, como se mencionó anteriormente.

En el abordaje del IOM, la importancia del acceso se centra en el uso de procedimientos de salud con potencial para alterar positivamente el estado de salud de las personas. El acceso se refiere al uso, en el momento adecuado, de servicios / tecnologías de reconocida eficacia. Interesa saber si oportunidades de buenos resultados (alteración positiva en las condiciones de salud) están siendo perdidas por problemas de “acceso”. Con todo, una importante limitación a la utilidad de ese concepto es que la eficacia de gran parte de los procedimientos preventivos y terapéuticos es desconocida. La otra limitación es que cambios positivos en el estado de salud dependen no sólo del acceso a procedimientos de salud de reconocida eficacia, también, conforme ya se indicó, de la adecuación en la realización del procedimiento (calidad técnica), lo que hace la operatividad del concepto bastante difícil.

El concepto de acceso del IOM es semejante al que Andersen denomina de “acceso efectivo”. En el caso del IOM, este concepto asume un carácter normativo, pues incorpora sólo un subconjunto de intervenciones, aquel considerado, con base en criterios pre-establecidos, como capaz de producir impacto positivo en las condiciones de salud de la población. Al mismo tiempo, como concepto de resultado, no tiene en cuenta los factores del sistema de salud

que explican las variaciones en los patrones de uso de esas intervenciones en diferentes grupos poblacionales. El enfoque de la evaluación de acceso se vuelve para diagnosticar la existencia de variaciones en el acceso (uso) a procedimientos específicos y no para explicarlos. Para autores como Gold, como las dimensiones del desempeño de los sistemas de salud – acceso, costo, efectividad y satisfacción – se vuelven cada vez más interrelacionadas, se justifica la separación del eje del acceso para los resultados de los cuidados.

En un abordaje semejante la Organización Mundial de la Salud propone para discusión un nuevo indicador de evaluación del desempeño de los sistemas de salud que denominó de “cobertura efectiva”. Cobertura efectiva fue definida como la proporción de la población que necesita de un determinado procedimiento de salud y que recibe de forma efectiva este procedimiento. Tal como en la definición de acceso del IOM, representa una medida de resultado holística que mide tanto el acceso potencial, como el acceso realizado (uso) y el acceso efectivo (calidad del cuidado). Presenta limitaciones semejantes a las de la medida del IOM, crecidas de problemas en el cálculo de la cobertura, debido a las dificultades para la identificación del numerador y denominador. Estos tienen que considerar sólo aquellos individuos para los cuales el procedimiento en cuestión tiene eficacia reconocida y esta información no es de fácil obtención. Otro problema es que, más allá de la ocurrencia de la sub-utilización por la población que necesita, existe un porcentaje, entre los pacientes que reciben el procedimiento, que de él no necesitaban. Estos últimos no deben componer el denominador de la cobertura efectiva, no en tanto, para identificarlos, hay que proceder a estudios específicos (<http://www.rand.org/helath/surveys/sf36item/questionnaire.html>, ingresado en 24/Mar/2004).

Con base en la definición del IOM fueron propuestas varias medidas de acceso, agrupadas en cinco objetivas, que cubren las fases de la vida (Tabla 1). Entre tanto, las medidas de acceso propuestas son predominantemente representadas por indicadores tradicionales de cobertura – proporción de la población que tiene acceso potencial – o por tasas de utilización de determinados servicios o procedimientos. Son tradicionales, pues, en su mayoría, no expresan el resultado en la salud producido por el uso de servicios, de acuerdo con lo sugerido por el concepto.

Tabla 1

Áreas asistenciales y respectivos indicadores de acceso. Comité de Monitoreo del Acceso a los Servicios de Salud, Instituto de Medicina, Estados Unidos.

Objetivos	Actividades e indicadores
Promoción de buenos resultados en el nacimiento	Mortalidad infantil Bajo peso al nacer Incidencia de sífilis congénita
Reducción de la incidencia en niños de enfermedades inmunoprevenibles	Vacunación
Detección y diagnóstico precoz de enfermedades que requieren tratamiento	Rastreo de cáncer de mama y de cuello uterino
Reducción de los efectos de las enfermedades crónicas y prolongación de la vida	Uso de consultas médicas
Uso de procedimientos electivos de alto costo Reducción de la morbilidad y del dolor a través de tratamiento oportuno y adecuado	Intervenciones por grupos específicos de diagnósticos Uso de servicios odontológicos

Varios autores asumen que acceso es un concepto contexto dependiente. Gold, aún reconociendo la importancia del uso de medidas tradicionales de acceso (acceso potencial), destaca la necesidad del desarrollo de ese concepto y de su operatividad para dar cuenta de los recientes cambios y de gran variación de los mercados en salud en los Estados Unidos.

Con todo, variaciones contextuales deben afectar menos el concepto y más la especificación de los modelos explicativos de acceso y su operatividad, de forma que se tengan en cuenta las características particulares de cada sistema de salud. Por ejemplo, cobertura del plan de salud es un indicador tradicional de acceso en los Estados Unidos, es importante actualmente en el Brasil, pero inexpresivo en los países europeos que disponen de sistema de salud con cobertura universal. Lo mismo puede ser dicho sobre los determinantes de la escuela del plan de salud, propuesto por Gold, que no componen los modelos explicativos del acceso en sistemas de salud basados en seguro público de salud. Variaciones en las coberturas a procedimientos específicos, en los tipos de prestadores de servicios acreditados, en los incentivos financieros para el uso de esos servicios, en la aplicación de otras medidas de racionamiento del uso de copagos, en la existencia de puerta de entrada, de reglas para la guía de pacientes, en la utilización de protocolos de cuidado y no monitoreo de calidad, representan algunas de esas características que diferencian los mercados de salud.

Starfield diferencia acceso de accesibilidad. Accesibilidad se refiere a características de la oferta y el acceso y la forma cómo las personas perciben la accesibilidad. Otros autores también apuntan a que la forma como las personas perciben la disponibilidad de servicios afecta la decisión de buscarlos. Esa

percepción es influenciada por la experiencia pasada con los servicios de salud. Goddard & Smith destacan el hecho de que la disponibilidad de servicios puede también no ser de conocimiento de todos y que diferentes grupos poblacionales varían en el grado de información que poseen sobre los servicios a ellos disponibles. De ese modo, la experiencia con los servicios y las informaciones que de ellos disponen influyen la forma como las personas perciben las dificultades / facilidades para obtener los servicios de salud de que necesitan y, por tanto, el acceso a los mismos.

Utilización de servicios

Las primeras tentativas de desarrollo de modelos teóricos sobre la utilización de los servicios de salud datan de las décadas de los 50 y 60, destacándose como precursores el modelo de creencias en salud (health belief model), presentado en la década de los 50, y el modelo de Andersen de 1968. Esos modelos ganarían mayor complejidad y evolucionarían con base en los conceptos y relaciones en ellos esbozados.

Haddad realizó una extensa revisión bibliográfica sobre los modelos explicativos del proceso de utilización de los servicios de salud y clasificó los modelos revisados como:

- a) Modelos centrados en las etapas de toma de decisión y en el comportamiento individual.
- b) Modelos de interfase, en los cuales la utilización es producto de la interacción entre los individuos y los prestadores de servicio.

Dentro de los modelos existentes serán destacados en este artículo los siguientes:

- a) El modelo de creencias en salud.²³
- b) Los modelos de Andersen & Newman⁷ y de Aday & Andersen.⁵
- c) El modelo de Dutton.²⁴
- d) El modelo de Evans & Sttodart.²⁵

El modelo comportamental basado en las creencias de los individuos fue diseñado en los años 50 para explicar fallas en la adhesión a los programas de prevención y detección precoz de enfermedades. Posteriormente, ese modelo pasó a ser aplicado en el análisis del comportamiento de los individuos frente a síntomas y enfermedades y, sobre todo, para estudiar la adherencia a la prescripción terapéutica. Él busca explicar el comportamiento de los individuos en relación con la salud y con la utilización de los servicios tomando como base las creencias, intenciones y percepciones de los riesgos.

El comportamiento de los individuos en relación con la salud depende de si se consideran susceptibles a un determinado problema de salud, creen en la gravedad de las consecuencias de este problema o creen que las acciones de salud disponibles pueden traerles beneficios.²³ La susceptibilidad percibida se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de tener la enfermedad. La gravedad

percibida se refiere a los sentimientos y preocupaciones con relación a una enfermedad y sus consecuencias en la salud (muerte, dolor o incapacidad) y en las condiciones de vida (condiciones de trabajo, vida familiar y relaciones sociales). La probabilidad de que el individuo adopte una “acción de salud” es influenciada por tres componentes:

- a) La propensión a la acción.
- b) La evaluación de las ventajas y de los inconvenientes de adoptar esta acción.
- c) Los estímulos internos y externos para adoptarla.

El balance entre los beneficios y barreras percibidas con relación a la acción a ser adoptada es descrito como un análisis inconsciente de costo-beneficio en que los individuos pesan las ganancias de la acción contra la percepción de que esta acción puede ser costosa, peligrosa, desagradable o inconveniente. La amenaza notada y la percepción de que los beneficios son superiores a las barreras para la acción son elementos-clave para la adopción de una determinada acción preventiva o prescripción terapéutica.

Dentro de los modelos de explicación de la utilización de los servicios de salud existentes, aquel propuesto por Andersen & Newman ha sido el más aplicado tanto en los estudios de utilización, como en los estudios de acceso. En este modelo, cuyo origen es el trabajo de Andersen de 1968, el uso de servicios es dependiente de determinantes individuales agrupados en los factores de predisposición, factores capacitantes y necesidades de salud. El modelo indica la existencia de una relación entre esos tres factores, de forma que los factores predisponentes influyen en los capacitantes. Las necesidades representan el determinante más próximo de la utilización de los servicios de salud. En su evolución, pasa a explicar la utilización como producto no exclusivo de los determinantes individuales, pero sí como fruto de los factores individuales, del sistema de salud y del contexto social, de la interacción entre esos factores y de la experiencia pasada de la utilización de los servicios. Vale la pena resaltar que hasta hace poco los determinantes contextuales (determinantes de la sociedad y del sistema de salud) se habían tenido en cuenta en los estudios empíricos.

Varios autores señalan que factores de la oferta pueden inducir demanda a los servicios de salud.²⁷⁻³⁰ Se tiene en cuenta la importancia de los factores relacionados con la oferta en el uso de los servicios, aún son pocos los modelos que incluyen las características individuales del prestador / profesional de salud como factor de explicación del uso; excepto el modelo propuesto por Dutton. En él la utilización de los servicios de salud es comprendida como producto de la interacción entre clientes, prestadores de cuidado de salud (profesionales) y sistema de salud. Las características de los pacientes son compuestas por los determinantes individuales definidos por Andersen. En las características de los médicos son considerados los siguientes elementos: demográficos, formación, experiencia y aptitudes. El sistema de salud es abordado en ese modelo por

intermedio de los obstáculos estructurales que influyen la utilización. Los principales son: obstáculos financieros; temporales (tiempo de espera y distancia), organizacionales y aquellos relacionados con la práctica médica.

Dutton diferencia, en el modelo, el uso de servicios cuyo control es preponderantemente determinado por el paciente (exámenes preventivos y primer contacto) de aquel servicio cuyo control es determinado por los médicos (consultas subsecuentes y tratamiento prescrito). La utilización de los servicios controlada por el paciente dependerá de sus características y de las barreras estructurales del sistema de salud. Ya el uso de los servicios controlado por los médicos dependerá de la necesidad de salud y de las características de tales profesionales. Por consiguiente, ese autor también destaca que los elementos determinantes de una consulta de primera vez son distintos de aquellos que influyen las consultas subsecuentes. Sin embargo, la necesidad de salud es un determinante importante tanto en el uso controlado por los pacientes como en el controlado por el médico.

Una tentativa más reciente de pensar la interrelación entre los elementos que explican el uso de los servicios de salud, sobre todo la relación entre salud y uso de servicios de salud, es el modelo propuesto por Evans & Stoddart, denominado "Modelo de Producción de Salud". Se destaca por describir la relación causal recíproca entre enfermedad y utilización, en que solamente la enfermedad, y no la salud, es responsable directa por el consumo de servicios de salud. La salud es tomada como fenómeno distinto de la enfermedad, que no se reduce a su simple ausencia. Ese abordaje viene al encuentro del concepto de salud presentado por Contandriopoulos, para el cual no existe un continuo entre la salud y la enfermedad, esto es, del estado más completo de salud y bienestar hasta la muerte, pasando por los diferentes estadios de las enfermedades y de las pérdidas de capacidad funcional. El modelo explicita que los determinantes de la salud difieren de los determinantes del uso de servicios de salud. La enfermedad – factor directamente asociado con el uso – es uno de los elementos, entre otros, como el grado de prosperidad y bienestar de una sociedad, que determinan la salud. La utilización de servicios impacta directamente la enfermedad, pero sólo indirectamente la salud.

Concebido teóricamente para dar cuenta de la complejidad de los factores y dimensiones que interfieren en el proceso salud-enfermedad y uso de los servicios, ese modelo no fue empíricamente evaluado, necesitando aún de mayor especificación de sus elementos. Su principal cualidad hasta el momento es su robustez teórica.

Consideraciones finales

Al término de esta revisión, se percibe que, a pesar de las discordias en la terminología y en la comprensión de los conceptos de utilización y acceso, pueden

ser trazadas algunas líneas de concordancia entre los autores. En cuanto a la terminología, la accesibilidad es preferida por los autores que la describen como una característica de la oferta de servicios de salud o del ajuste entre la oferta y la población, sea ésta una característica general, sea restringida a la accesibilidad geográfica. Ya los autores que optan por el término acceso, en general, se centran en la entrada inicial de los servicios de salud, pudiéndose citar, como ejemplo, el modelo de Andersen. De cualquier forma, prevalece la idea de que acceso es una dimensión del desempeño de los sistemas de salud asociada a la oferta. En cuanto a la comprensión del concepto, se observa una tendencia de ampliación del objetivo, con separación de su eje de la entrada en los servicios para los resultados de los cuidados recibidos. No obstante la tendencia reciente de utilizarse el concepto basado en resultados, se argumenta sobre la importancia de mantenerse las distinciones entre acceso y uso de servicios de salud; acceso y continuidad del cuidado; y acceso de efectividad de los cuidados prestados. La principal razón es que cada uno de estos procesos corresponde a un modelo explicativo distinto.

El uso de servicios puede ser una medida de acceso, pero no se explica sólo por él. A pesar del acceso ser un importante determinante del uso, el uso efectivo de los servicios de salud resulta de una multiplicidad de factores. Factores individuales predisponentes, factores contextuales y relativos a la calidad del cuidado influyen el uso y la efectividad del cuidado. La continuidad también depende de situaciones distintas de aquellas que definen la entrada en el sistema, lo que indica la importancia de que sea analizada en sus particularidades.

La actual tendencia de separar el concepto de acceso para los resultados de los cuidados de salud también presenta limitaciones para su evaluación, una vez que se requieren medidas multidimensionales de difícil comprensión, operatividad y, muchas veces, de baja validez.

Otro aspecto importante destacado por los modelos analizados es la distinción entre los modelos explicativos de salud y del uso de servicios de salud. Salud es entendida como un fenómeno más amplio que la enfermedad y no se explica únicamente por el uso de servicios de salud. De esta forma, la salud de la población no resulta directamente de la acción de los sistemas de salud.

Concluyendo, se considera que se debe priorizar la utilización de medidas que tomen cada una de las etapas en el proceso de utilización de servicios, de forma que se permita la verificación del efecto de los múltiples factores explicativos de las variaciones en el uso de servicios, como de éstas en las condiciones de salud de las personas y de esa forma orientar mejor el desempeño de los sistemas de salud. Para tal fin es fundamental la construcción de modelos teóricos que incorporen las particularidades de cada contexto a ser analizado.