

Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013

A comprehensive and critical view of conceptual models for access to health services, 1970-2013

Uma análise crítica e abrangente dos modelos conceituais sobre o acesso aos serviços da saúde, 1970-2013

Marcela Arrivillaga ¹
Yadira Eugenia Borrero ²

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar críticamente los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, descritos en la literatura entre 1970 y 2013. Se realizó una revisión sistemática de publicaciones empíricas y teóricas que conceptualizaron el acceso a servicios de salud de manera explícita. Se revisaron 25 publicaciones que respondían a los objetivos del estudio. El análisis se realizó utilizando una matriz que contenía la lógica del modelo conceptual y su descripción. Los resultados se clasificaron en cinco categorías: (i) acceso a servicios de salud en la lógica de los "mínimos decentes", (ii) de mercado, (iii) de factores y multicausalidad, (iv) de necesidades y (v) de justicia social y derecho a la salud. El estudio concluye que ha sido dominante en la literatura el concepto de acceso desde la lógica de mercado de servicios de atención médica, articulada con la lógica de factores y multicausalidad. Por el contrario, no se encontró ningún modelo conceptual de acceso a servicios de salud, basado explícitamente en la justicia sanitaria y el derecho a la salud.

Derecho a la Salud; Equidad en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud

¹ Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
² Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Correspondencia
M. Arrivillaga
Pontificia Universidad Javeriana.
Calle 18, No. 118-250, Cali / Valle – 760031, Colombia.
marceq@javerianacali.edu.co

Introducción

Numerosos autores en la literatura científica sobre acceso a servicios de salud han señalado que es una noción compleja con gran variedad de interpretaciones. Si se comienza por la definición etimológica de la palabra “acceso”, se encuentra que es definido como una forma de acercarse, alcanzar o entrar a un lugar, usar o el derecho u oportunidad para alcanzar, usar o visitar¹. Desde esta definición se pueden apreciar ya las diferencias e implicaciones que tiene el concepto en términos de uso de los servicios, del derecho que se tiene a ellos y/o de la oportunidad en la atención.

En un sentido más formal, y producto del desarrollo conceptual en el tema, los diferentes planteamientos teóricos sobre el acceso a los servicios de salud han fundamentado gran parte de la investigación en este campo y han servido de marco para sustentar y discutir la evidencia generada. No obstante, al aproximarse a la literatura resulta difícil develar las lógicas que ordenan tanto la teoría, como los resultados de investigación que se le asocian; tampoco resulta fácil comprender los marcos analíticos desde los cuales se ha transferido la evidencia producida a la toma de decisiones en los sistemas de salud; todo ello con aparente lejanía de un sistema moral y ético sobre lo que es o no es justo en materia de acceso a los servicios. La literatura científica, en general, carece de este análisis, al menos de manera explícita, y con un efecto de bola de nieve ha aumentado de manera desproporcionada la investigación en el tema globalmente, cuando el tema de la cobertura universal en salud se ha hecho tan evidente.

Dado lo anterior, y ante la carencia de revisiones sistemáticas en el campo, este estudio se propuso sistematizar los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud que respaldan la investigación publicada que abarca desde 1970 hasta 2013, encontrando una clasificación sistemática de tales modelos y realizar una reflexión crítica de los resultados encontrados.

Método

Estrategia de búsqueda

Para este estudio se realizó una revisión sistemática de literatura, publicada entre los años 1970 y 2013, en las bases de datos ISI Web of Science, JSTOR, EBSCO y Proquest, que incluye MEDLINE. Las palabras clave (en español e inglés) que se definieron para la búsqueda de los artículos en las diferentes bases de datos fueron:

health services accessibility, health services accessibility and conceptual framework, health services accessibility and theory, health services accessibility and conceptual model. La búsqueda se amplió a libros publicados que habían sido citados en los artículos donde se encontraron modelos conceptuales explícitamente delimitados.

Criterios de inclusión

Para la revisión se tuvieron en cuenta los estudios empíricos, revisiones, metaanálisis, estudios multicéntricos, capítulos de libros y libros que definieran o conceptualizaran el asunto del acceso a servicios de salud de manera amplia. La literatura gris fue excluida de la revisión.

Extracción de datos y análisis

La búsqueda inicial arrojó un total de 275 referencias bibliográficas. Tras la revisión se filtraron y analizaron finalmente 25 artículos que respondían a los objetivos del estudio. El análisis de los estudios se realizó utilizando una matriz que contenía: la clasificación de la lógica del modelo conceptual y la descripción del modelo y sus respectivos autores, y el concepto de acceso utilizado.

Resultados

Este estudio encontró 25 publicaciones entre el año 1970 y 2013 que conceptualizan el acceso a servicios de salud de manera explícita. Tras el análisis se clasificaron los estudios en cinco categorías: (i) acceso a servicios de salud en la lógica de los “mínimos decentes”, (ii) en la lógica de mercado, (iii) en la lógica de factores y multicausalidad, (iv) en la lógica de necesidades y (v) en la lógica de la justicia social y el derecho a la salud. A continuación, se describen cada una de las categorías resultantes con sus respectivos modelos teórico-conceptuales, que a su vez se sintetizan en la Tabla 1, donde además se presenta la noción de equidad en el modelo y una observación crítica de las autoras.

Acceso a servicios de salud en la lógica de “mínimos decentes”

En la literatura sobre acceso a la asistencia sanitaria se encuentra en un extremo del espectro su noción, como un derecho negativo, que no requiere que los gobiernos garanticen la igualdad de atención para todos. En el otro extremo, se argumenta a favor de la igualdad de acceso para todos que debe ser garantizado por los

Tabla 1

Modelos teórico-conceptuales en acceso a servicios de salud, 1970-2013.

Lógica del modelo teórico-conceptual	Modelo (autores)	Concepto de acceso	Noción de equidad	Observación crítica al modelo
Acceso a servicios de salud en la lógica de "mínimos decentes"	Servicios básicos de salud (Enthoven 4, 1980); Asistencia sanitaria esencial (Gibbard 6, 1982); Atención mínimamente decente (Wlazer 3, 1983); Atención básica de la salud (Hiatt 5, 1987)	Acceso como la habilidad para asegurar un conjunto de servicios específicos, de un nivel específico de calidad, con un nivel específico y máximo de inconvenientes personales y costos, y en posesión de una cantidad específica de información	La noción de equidad está asociada a un mínimo que se considera "adecuado" de atención (paquetes de servicios) para todos. La equidad depende de los recursos financieros	Modelo que no atiende necesidades de la población y contrasta con atención óptima. Acceso determinado por decisiones políticas que pueden resultar arbitrarias y con serias implicaciones éticas y de garantía de la atención y el derecho a la salud
Acceso a servicios de salud en la lógica del mercado: oferta y demanda como ejes explicativos	El modelo de cobertura efectiva (Tanahashi 11, 1978)	Acceso como cobertura efectiva, entendida como la proporción de la población que recibe atención eficaz. Es eficaz cuando el servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico. Dimensiones del acceso: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad, Contacto con el servicio y Cobertura efectiva	No se discute en el modelo original. Modelo que vincula la equidad en el acceso con la cobertura efectiva. Facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno los grupos (Frenz & Vega 34, 2010)	Modelo que sigue la lógica de factores, incorpora el asunto de la cobertura efectiva, alcanzando una perspectiva poblacional, pero vinculándola finalmente con el factor individual de satisfacción con el servicio. Desconoce determinación social del acceso y su vinculación con condiciones de vida
	Modelo de Dimensiones y Satisfacción (Pechansky & Thomas 12, 1981)	Conjunto de dimensiones en términos del ajuste entre oferta y demanda: Disponibilidad, Accesibilidad, Acomodación, Asequibilidad y Aceptabilidad. Ajuste entre el "cliente" y el sistema de salud. Énfasis en la satisfacción del "cliente"	No se encuentra un planteamiento explícito sobre la equidad en el acceso porque todo depende del acceso a un seguro de salud y de la elección de un prestador de servicios de atención médica	Modelo acorde con la estructura del sistema de salud en Estados Unidos, basado en relaciones contractuales médico-cliente e intermediadas por el mercado de seguros de salud. Las preguntas que utilizaron los autores para medir las dimensiones del acceso reflejan esta lógica contractual de oferta y demanda, enfocándose en la respuesta individual de satisfacción con la atención médica

(continua)

Tabla 1 (continuación)

Lógica del modelo teórico-conceptual	Modelo (autores)	Concepto de acceso	Noción de equidad	Observación crítica al modelo
	Modelo de Accesibilidad de Julio Frenk ¹³ (1985)	Diferencia accesibilidad de disponibilidad y acceso, que para el autor es un dominio más amplio que reúne características de los recursos y de la población. Define accesibilidad como el proceso de buscar y recibir atención. Se trata de un continuo entre la <i>disponibilidad</i> de recursos y la capacidad para producir servicios, y la <i>utilización de los servicios</i> que representa el consumo real. Entre ellos existen como fenómenos intermediarios: Resistencia (conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención) y el Poder de Utilización (poder de compra). "Así como el precio de un servicio (resistencia) constituye un obstáculo para el usuario, los ingresos de la persona (poder de utilización) representan un poder específico para superar dicho obstáculo"	Efecto de compensación donde cuando aumenta un obstáculo, aumenta el poder correspondiente (curvas de isoaccesibilidad). Así se mantiene constante la accesibilidad. Por el contrario, si descendiera un poder específico de la población (p.ej. el ingreso) sólo se lograría un nivel constante de accesibilidad, reduciendo el obstáculo (p.ej. precio)	La noción de compensación entre resistencia a los obstáculos y el poder de utilización de la población para mantener accesibilidad es comparable a la noción de auto-regulación en la lógica del mercado

(continúa)

gobiernos respectivos. En el medio de este continuum se encuentra el "derecho" a un mínimo decente, que se considera "adecuado" para la atención. De hecho, muchos líderes académicos han definido el acceso como la habilidad para asegurar un conjunto de servicios específicos, de un nivel específico de calidad, con un nivel específico y máximo de inconvenientes personales y costos para los pacientes, y en posesión de una cantidad específica de información que la población debe tener para alcanzar los servicios ². Al "mínimo decente" de la atención en contraste con una atención óptima y de alta calidad se le ha llamado "atención mínimamente decente" ³, "servicios básicos de salud" ⁴, "atención básica de la salud" ⁵ o "asistencia sanitaria esencial" ⁶.

Con esta lógica de mínimos o específicos de atención los tomadores de decisiones políticas

configuran el acceso en diferentes sistemas de salud, definiendo un particular rango de servicios que se deben priorizar de acuerdo con los recursos financieros disponibles. A manera de ejemplo, Oliver & Mossialos ² en 2004 revelaron los resultados de una reunión de Ministros de Salud de diferentes países de Europa y Chile, por parte de América Latina, donde se concluyó que el principio de la equidad, como organizador del acceso, termina restringiendo su definición a la lógica de mínimos razonables de servicios, por los cuales los tomadores de decisiones deben responder. Asimismo, esta perspectiva orientó las recomendaciones del Banco Mundial en 1993, planteadas en "Invertir en Salud" ⁷, en ellas se orientaba a los países a definir una canasta básica de servicios de salud que priorizará la atención de aquellos eventos con altas externalidades positivas.

Tabla 1 (continuación)

Lógica del modelo teórico-conceptual	Modelo (autores)	Concepto de acceso	Noción de equidad	Observación crítica al modelo
Acceso a servicios de salud en la lógica de la multicausalidad: factores y niveles como ejes explicativos	Modelo de Factores de Aday y colegas (1968, 1974, 1994, 1995) 14,15,16,17	Acceso como proceso multicausal hasta alcanzar el uso de los servicios de salud. Factores Ambientales: Sistema de salud y Ambiente externo. Características de la Población: Factores de predisposición (demográficos, estructura social, creencias en salud), Recursos necesarios (comunitarios, personales y familiares) y Necesidades. Comportamiento en Salud: Prácticas y Uso de servicios. Resultados: Estado de salud percibido, Estado de salud evaluado y Satisfacción del consumidor. Perspectiva más sistémica en el modelo de 1995	Acceso equitativo: cuando las variables demográficas y de necesidad representan la mayor parte de la varianza en la utilización. Acceso inequitativo: cuando la estructura social (p.ej. etnia), las creencias en salud y los recursos necesarios (p.ej. ingreso) determinan quien logra la atención médica. Acceso efectivo: cuando los estudios muestran que el uso de servicios mejora el estado de salud o la satisfacción el consumidor. Acceso eficiente: cuando el nivel del estado de salud o la satisfacción aumentan, en relación con la cantidad de servicios de atención médica que se consumen	Noción de equidad en el acceso en función de edad, género y necesidades, comprendidas como: estado de salud percibido, estado funcional percibido y experiencia con los síntomas de enfermedad, dolor y preocupaciones por la salud. Equidad en el acceso según mutabilidad (cambio por efecto de política) de una variable. Visión restrictiva de mutabilidad de variables de estructura social (etnia, educación y ocupación) para lograr acceso equitativo y sobredimensionamiento de alta mutabilidad de factores individuales (conductas y creencias), con subsecuentes riesgos de atribución individual de falta de acceso

(continúa)

Acceso a servicios de salud en la lógica del mercado: oferta y demanda como ejes explicativos

Si bien el termino acceso es frecuentemente utilizado para describir factores que influyen en el contacto inicial o uso de servicios, existen posturas diferentes sobre si el énfasis debe ser en este contacto, en las características de los proveedores de servicios, es decir, en la oferta; en el proceso mismo de la atención en salud, o en las características de los usuarios, es decir, del lado de la demanda. Lo cierto es que la lógica de oferta y demanda ha dominado los modelos conceptuales sobre acceso en salud y se ha afianzado con la incorporación de la lógica epidemiológica multicausal, propia del modelo de factores, que se detalla más adelante.

Hacia la década de los 1970 aparecen las definiciones de acceso a servicios de salud, en relación con la dinámica propia del mercado de servicios, orientado por balances, características

y ajustes entre la oferta y la demanda. En 1971, Bashshur et al. 8 propusieron el acceso como una relación funcional entre la población, los servicios médicos y los recursos; Donabedian 9 en 1973 enfatizó en el concepto de acceso el grado de ajuste entre los recursos disponibles y la población, destacando que las características de los recursos para la atención en salud son un factor mediador entre la habilidad para producir servicios y su consumo final; tres años más tarde, Salkever 10 ve el acceso más como un atributo de los servicios de salud, no tanto como el hecho de que estos servicios puedan ser utilizados por aquellos que los necesitan. Ya hacia 1978, Tanahashi 11 plantea que en el proceso de acceso existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del sistema de salud, como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención.

Tabla 1 (continuación)

Lógica del modelo teórico-conceptual	Modelo (autores)	Concepto de acceso	Noción de equidad	Observación crítica al modelo
	Modelo de Dimensiones y Habilidades de Levesque, Harris & Russell ²² (2013)	Acceso en cinco dimensiones: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y acomodación; asequibilidad y oportunidad. Para tener acceso: cinco habilidades relacionadas: Habilidad para percibir, Capacidad de búsqueda, Capacidad para el logro, Capacidad de pago y Capacidad de compromiso	No se encuentra un planteamiento explícito sobre la equidad en el acceso	Este modelo profundiza los factores de índole individual, concentrándose en las habilidades que deben poseer las personas para lograr el acceso a los servicios de salud
Acceso a servicios de salud en la lógica de las necesidades	Goddard & Smith ²⁵ (2001)	Proponen que el concepto operacional de necesidad se derive del análisis de un representante o persona de cada uno de los grupos de población de interés, que presente algún nivel específico de necesidad clínica y sus circunstancias sociales. Solo así se podrá conocer la medida en que el acceso, la utilización, la calidad y los resultados de salud varían de acuerdo con el grupo de población en el que se encuentra una persona	Equidad en el acceso en términos de: Igual acceso a la atención en salud para aquellos en igualdad de necesidad de atención, Igual utilización en salud para aquellos en igualdad de necesidad de atención y Iguales resultados de salud (medidos, por ejemplo, en años de vida)	En este modelo se utiliza el principio de igual acceso para igual necesidad e igual utilización para igual necesidad, como expresión de equidad en el acceso, pero corre el riesgo de ser asumido por los gobiernos en la lógica de los mínimos de atención

(continúa)

En la década de los 1980, Pechansky & Thomas ¹² proponen un modelo orientado por dimensiones y satisfacción, donde el acceso es visto como un concepto que resume un conjunto de dimensiones específicas de ajuste entre el paciente y el sistema de salud; estas son: disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad y aceptabilidad. Al definir cada dimensión, los autores utilizan la palabra “clientes”, marcando un acento hacia la relación de mercado que se establece. Para ellos, los problemas de acceso influyen en los clientes y en el sistema en tres maneras medibles: (a) utilización de servicios, particularmente en servicios de entrada, (b) insatisfacción de los “clientes” con los servicios que reciben y (c) afectación de la práctica de los proveedores de servicios. En particular, los autores se concentraron en la satisfacción de los pacien-

tes y diseñaron una encuesta tipo Likert que va de muy satisfecho a muy insatisfecho para medirla en función de las dimensiones que habían formulado ¹².

En 1985, Julio Frenk ¹³ presenta el concepto y medición de accesibilidad, distinguiendo este término de los conceptos de disponibilidad y acceso. El autor propone que el dominio de la accesibilidad se restrinja al proceso de buscar y recibir atención. Se trata de un continuo, donde en un extremo se encuentra la disponibilidad, que es la existencia de los recursos para la salud, teniendo en cuenta la capacidad para producir servicios, y en el otro extremo se encuentra la utilización de los servicios que representa el consumo real. La disponibilidad no implica utilización y entre ellos existen un conjunto de fenómenos intermediarios. Para comprender la

Tabla 1 (continuación)

Lógica del modelo teórico-conceptual	Modelo (autores)	Concepto de acceso	Noción de equidad	Observación crítica al modelo
Acceso a servicios de salud en la lógica de justicia social y el derecho a la salud	Aproximaciones de Braveman & Gruskin ²⁶ (2003)	El derecho a la salud es el marco para la institucionalización y organización de los sistemas de salud, lo que necesariamente incluye la prestación de servicios de salud		Modelos que rescatan y priorizan las condiciones estructurales, que en su conjunto determinan el acceso, e incorporando a su vez las nociones de necesidades, agenciamiento individual, disposición de recursos y atención diferencial. Conservan los principios de equidad horizontal, asociada a igualdad de oportunidades para acceder a la atención en salud; y equidad vertical que supone proveer acceso para diferentes niveles de necesidad, es decir, acceso desigual para necesidades desiguales
	Modelo de agenciamiento, calidad y normas (Ruger ²⁸ , 2007)	Los principios de agenciamiento, calidad y normas, proveen elementos principales para una visión alternativa de equidad en el acceso. Esta perspectiva puede ser comparada con la visión de igualdad de oportunidades, pero va más allá de ella porque incluye el rol de la sociedad en su conjunto. Esta perspectiva requiere examinar: La calidad de esos recursos y su capacidad para permitir el funcionamiento eficaz de la salud, El grado en que la sociedad apoya el agenciamiento de la salud de manera que los individuos pueden convertir los recursos sanitarios en funcionamiento de la salud y La naturaleza de las normas de salud, que afecta los esfuerzos de los individuos para lograr su funcionamiento	La equidad en el acceso significa asegurar las condiciones sociales en las cuales todos los individuos tengan la capacidad de ser saludables	

naturaleza de esta zona intermedia, Frenk introdujo el concepto de resistencia, como el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención. Según el autor, disponibilidad, resistencia y disponibilidad efectiva son conceptos que se refieren a las características de los recursos de la atención en salud, y propone que se reserve el término acceso a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de

los servicios. También plantea que el acceso es equiparable con un término alternativo que es el de “poder de utilización”, equiparable a “poder de compra”, que se usa para designar la capacidad de una persona o un grupo de personas para adquirir algún bien o servicio. Para Frenk, resistencia y poder de utilización son complementarios, por ejemplo, así como el precio de un servicio (resistencia) constituye un obstáculo

para el usuario, los ingresos de la persona (poder de utilización) representan un poder específico para superar dicho obstáculo. Frenk propone entonces que la accesibilidad es una relación funcional entre la resistencia (conjunto de obstáculos relacionados con los recursos) y el poder de utilización (capacidades de la población para superar tales obstáculos). Esta formulación general se lleva a un conjunto de curvas de isoaccesibilidad en las cuales se muestra un efecto de compensación donde, cuando aumenta un obstáculo, aumenta el poder correspondiente. Así, se mantiene constante la accesibilidad (permanece en una curva dada). Por el contrario, si descendiera un poder específico de la población (p.ej. el ingreso), sólo se lograría un nivel constante de accesibilidad reduciendo el obstáculo (p.ej. precio).

Acceso a servicios de salud en la lógica de la multicausalidad: factores y niveles como ejes explicativos

Afianzando la lógica del consumo de servicios, se incorporan de manera paralela a los modelos de oferta y demanda, los modelos multicausales de factores asociados al acceso a servicios de salud organizados por niveles, que van desde el individuo hasta el nivel político. Así, el acceso a la asistencia sanitaria es resultante de factores de oferta, como ubicación, disponibilidad, costo y conveniencia de los servicios, así como de los factores de demanda, tales como carga de enfermedad, conocimiento, actitudes, habilidades y autocuidado. El modelo conceptual más representativo y citado en la literatura disponible sobre acceso a servicios de salud es el modelo de Andersen, Aday y colegas, el cual ha tenido variaciones que se describen a continuación^{14,15,16,17}.

El modelo fue desarrollado inicialmente en 1968 en el contexto de una disertación doctoral, para entender por qué las familias usaban los servicios de salud, para definir y medir el acceso equitativo y para contribuir al desarrollo de políticas que promovieran tal acceso. El modelo inicial se enfocó en el individuo, y no en las interacciones que tienen lugar cuando las personas reciben atención en salud. Así, el enfoque fue de corte comportamental, concentrándose en las características predisponentes, facilitadoras y necesidades de los individuos¹⁴. En un segundo momento, durante la década de los 1970, Andersen y colegas replantearon el modelo inicial, incluyendo explícitamente el sistema de salud y concediéndole especial importancia a la política nacional de salud, a los recursos y su organización en el sistema, como determinantes del uso de los servicios. Los autores también incluyeron

la satisfacción del consumidor que comprendía factores como la conveniencia, disponibilidad, financiación, características del proveedor y calidad^{15,18}. Diez años después, en la tercera fase del modelo de Andersen y colegas, los autores reconocieron que los servicios de salud están diseñados para mantener y mejorar el estado de salud. Así pues, parten de unos determinantes primarios, como las características de la población, el sistema de salud y el ambiente externo, que conllevan a prácticas individuales en salud y uso de servicios, y generan unos resultados como estado de salud percibido, estado de salud evaluado por profesionales y satisfacción del consumidor. En esta fase, los autores aplicaron las medidas de acceso, refiriéndose a acceso efectivo y acceso eficiente^{16,19}. Finalmente, Andersen propuso un modelo emergente luego de su trayectoria conceptual previa, el cual representa una dinámica de retroalimentación entre factores del modelo, con una perspectiva más sistémica¹⁷.

Por su parte, en el año 2003, Shengelia et al.²⁰ también ordenaron en la lógica de factores y multicausalidad el asunto del acceso a los servicios de salud. Los autores propusieron como factores de predisposición del acceso la percepción individual de enfermedad y los factores poblacionales de tipo cultural, social y epidemiológico; como factores decisivos los medios a disposición de las personas para el uso de los servicios de salud, y como factores del sistema de salud los recursos, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones, a través de los cuales los servicios son prestados. Diez años después sobresale en la literatura el modelo de Levesque y colegas, quienes proponen dimensiones del acceso, ordenadas también como factores. Estas son accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y acomodación, asequibilidad y oportunidad. La accesibilidad hace referencia a que las personas con necesidades en salud puedan identificar los servicios que existen. La aceptabilidad se relaciona con aspectos culturales y sociales que influyen en la aceptación del servicio como son el sexo, grupo social y las creencias asociadas al sistema de salud. La disponibilidad y acomodación tienen en cuenta que la persona pueda llegar física y oportunamente a los servicios e incluye factores como: espacio físico y rol de los trabajadores de la salud. La disponibilidad hace referencia a los recursos físicos con capacidad suficiente para producir servicios. La asequibilidad se relaciona con la capacidad económica de las personas para gastar recursos y tiempo en el uso de servicios. Finalmente, la oportunidad da cuenta de la adaptación entre los servicios y las necesidades del cliente en términos de puntualidad, cantidad

y calidad de la atención recibida para la evaluación de los problemas de salud y para determinar el tratamiento adecuado y la calidad técnica de los servicios prestados²¹. Además de lo anterior, los autores señalan que hay cinco factores individuales (habilidades) que afectan el acceso. Estas son: habilidad para percibir, capacidad de búsqueda, capacidad para el logro, capacidad de pago, y capacidad de compromiso²².

Acceso a servicios de salud en la lógica de las necesidades

El concepto de necesidad se encuentra originalmente en el trabajo de Bradshaw²³ en 1972 que definió la necesidad social en cuatro dimensiones: necesidad normativa, en la cual un experto, administrador profesional o científico define la necesidad al establecer el deseo estándar y compararlo con el estándar que ya existe; necesidad sentida, en la que se equipara a la necesidad de desear y, se evalúa, preguntando simplemente a una persona o población si sienten que necesitan un servicio; necesidad expresada, cuando la necesidad sentida se convierte en acción; y necesidad comparativa, cuando las características de una población que reciben un servicio están determinadas y se comparan con personas con características similares que no reciben ese servicio pero pasa a ser una necesidad.

Tras este trabajo han existido numerosos debates sobre el concepto de necesidad, siendo claro que entender, definir, medir y comparar necesidades relacionadas con problemas de salud y enfermedad es una tarea muy compleja. Sin embargo, en gran cantidad de países se han desarrollado fórmulas que se usan como proxis de las necesidades para disponer recursos, y que se basan en características poblacionales como mortalidad, morbilidad y circunstancias socioeconómicas. La necesidad en estos casos es estimada con base en estos indicadores y se define con patrones históricos de utilización de servicios de salud.

Dos autores que han estudiado el asunto del acceso a los servicios de salud de manera amplia, Culyer & Wagstaff en 1993, respecto al principio de distribución de acuerdo con la necesidad, muestran como en la literatura se presentan en dos versiones cuando se trata el tema: una postura horizontal, refiriendo que todas las personas con necesidades iguales deberían ser tratadas por igual; y una vertical, que sugiere que las personas con necesidades mayores sean tratadas de manera más favorable que personas con necesidades menores. En particular, los autores adoptan la versión Aristotélica donde se considera que las personas con necesidades desiguales de-

ben ser tratadas en proporción a la desigualdad en su necesidad²⁴.

Por su parte, en 2001, Goddard & Smith²⁵ reconocen que el concepto de necesidad sigue siendo equívoco en relación con el acceso a los servicios de salud, dado que muchos estudios se basan en el autoreporte de la enfermedad, y la predisposición para reportar puede variar sistemáticamente entre grupos socioeconómicos. De acuerdo con los autores, existen muchos estudios sobre desigualdad en el acceso que no han prestado suficiente atención al concepto de necesidad, y que se basan en supuestos como que los niveles de necesidad son los mismos en cada grupo estudiado, lo que significa que no hay una consideración explícita sobre necesidades específicas por grupo socioeconómico o por características de la zona en la que viven las personas.

Además, plantean que la necesidad de servicios tiene toda una serie de cuestionamientos, en relación con la elección individual y el estado de salud inherente. De acuerdo con los autores, estos modelos y la investigación derivada de ellos se basan en supuestos generales como que (a) los niveles de necesidad son los mismos en cada grupo estudiado; (b) los niveles de necesidad son evaluados sobre la base de medidas crudas como la morbilidad y el auto-reporte; (c) los niveles de necesidad son evaluados sobre la base de medidas biomédicas del estado de salud y no sobre determinantes sociales; y (d) los niveles de necesidad se indican a través de las características de la zona en la que viven los individuos. Para Goddard & Smith²⁵, cada una de las alternativas señaladas son deficientes y dan lugar a la posibilidad de interpretaciones erróneas sobre el acceso real basado en necesidades. Proponen entonces que el concepto operacional de necesidad se derive del análisis de un representante o persona de cada uno de los grupos de población de interés, que presente algún nivel específico de necesidad clínica y sus circunstancias sociales. Solo así se podrá conocer la medida en que el acceso, la utilización, la calidad y los resultados de salud varían de acuerdo con el grupo de población en el que se encuentra una persona.

Acceso a servicios de salud en la lógica de justicia social y el derecho a la salud

Los planteamientos en esta lógica conceptual, superan el concepto mismo de acceso y lo enmarcan en principios éticos de justicia social redistributiva, de equidad en salud, y de derecho a la salud. Sin embargo, es necesario llamar la atención que esta perspectiva solo se empieza a debatir explícitamente en las publicaciones académicas, a finales de la década de los noventa,

seguramente vinculada a los efectos de las políticas de apertura económica y de las reformas a los sistemas de salud iniciados en la década de los ochenta, y que han generado movimientos sociales por los derechos humanos. En esta perspectiva es especialmente significativo el trabajo de Paula Braveman en el campo. En 2003, la autora junto con Gruskin, plantearon que el derecho a la salud es el marco para la institucionalización y organización de los sistemas de salud, lo que necesariamente incluye la prestación de servicios de salud. Si bien las autoras no proponen una definición explícita de acceso, su pensamiento, propuestas conceptuales e investigación se deriva de esta postura. En particular, proponen que la equidad y los derechos humanos constituyen el marco para que las instituciones de salud lidien con la pobreza y la salud de sus poblaciones, por medio de estrategias entre las que se encuentran la institucionalización de esta perspectiva en las rutinas y acciones de todo el sector salud; el fortalecimiento y expansión de las funciones de la salud pública, más allá del acceso mismo, creando las condiciones necesarias para la salud; y la implementación de un financiamiento equitativo del acceso a los servicios²⁶. Braveman et al.²⁷ ratifican este enfoque de manera contundente en 2011, cuando plantean que la equidad en salud es un asunto de derechos humanos, que involucra no sólo las diferencias en los resultados en salud, en los servicios de salud, sino también en los determinantes de la salud entre grupos históricamente discriminados.

Por su parte, en el año 2007, Ruger²⁸ publica una postura cercana al argumentar la necesidad de re-pensar la equidad en el acceso en términos de un propósito ético alternativo, luego del establecimiento del Foro Internacional en Acceso Común a Servicios de Salud en 2003, y de que en 2005 el Consejo de Salud Global conviniera discutir los sistemas de salud desde una perspectiva sistémica, lo que se expresó en el documento *Health Systems: Putting Pieces Together*. Para Ruger²⁸, una visión alternativa de equidad y justicia en el acceso a servicios de salud incluye un propósito ético de asegurar las condiciones sociales en las cuales todos los individuos tengan la capacidad de ser saludables, examinar las injusticias en el nivel de los recursos sanitarios, la calidad de esos recursos y su capacidad para permitir el funcionamiento eficaz.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivos sistematizar los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, que respaldan la investigación publi-

cada entre 1970 y 2013, encontrando una clasificación que ubica a tales modelos en diferentes lógicas ordenadoras, como son la lógica de los “mínimos decentes”, la lógica del mercado, la lógica de los factores y la multicausalidad, la lógica de las necesidades y la lógica de la justicia social y el derecho a la salud.

En primer lugar, la conceptualización del acceso a los servicios de salud en la lógica de los mínimos decentes, tiene serios problemas éticos, dado que las listas o paquetes de servicios siempre serán arbitrarios, por eso mismo limitados, y no garantizan principios básicos de los derechos humanos como la integralidad, la universalidad y la interdependencia. Este modelo sustenta servicios que no necesariamente atienden las necesidades de la población y que contrastan con la atención que se requiere para garantizar el derecho a la salud. A lo anterior, es necesario sumar la pregunta de ¿quién define los “paquetes de servicios” o de “mínimos decentes”?; la orientación de la política pública depende de la capacidad de incidencia política que tienen distintos actores y/o grupos de poder; usualmente los grupos con mayores necesidades y mayor exclusión histórica tienen menor posibilidad de incidir en las políticas públicas, haciendo aún más difícil el avance en la garantía del derecho a la salud, en su componente de acceso a los servicios de salud.

Sobre esta perspectiva, Goddard & Smith²⁵ plantearon que en Europa, donde casi todos los ciudadanos están en principio asegurados, el acceso puede ser un concepto muy sutil y en su nivel más general, referirse a la capacidad de asegurar un rango específico de servicios con un nivel específico de calidad y un nivel máximo de personal, inconvenientes y costos. Ruger²⁸ sostuvo, además, que incluso las garantías limitadas de equidad en el acceso que fundamentan esta postura, se ven afectadas por los incentivos financieros, tales como copagos y deducibles que pueden acompañar estas listas para limitar el cuidado. Aquí, la noción de equidad está asociada a un mínimo que se considera “adecuado”, sujeto a circunstancias específicas y a un rango particular de servicios que dependen de los recursos financieros. En este marco se puede afirmar que las perspectivas de mínimos decentes reconocen ciudadanía en salud diferenciales, vinculadas a la pertenencia a una clase social.

Por su parte, los modelos basados en la lógica de mercado representan sofisticaciones conceptuales, basadas en la idea del acceso a servicios, no de salud, sino de atención médica. Servicios que de acuerdo con la perspectiva neoclásica, se constituyen en bienes privados por los que las personas deben pagar y están dispuestos a ello, dado que se benefician directamente de tales

servicios. El modelo de Pechansky & Thomas¹² corresponde con la estructura del sistema de salud en Estados Unidos, basado en relaciones contractuales “médico-cliente” e intermediadas por el mercado de seguros de salud. Las preguntas que utilizaron los autores para medir las dimensiones del acceso reflejan esta lógica contractual de oferta y demanda, enfocándose en la respuesta individual de satisfacción con la atención médica. Por su lado, la propuesta de Frenk¹³ sobre accesibilidad, entendido este concepto desde la oferta y disponibilidad de servicios, en relación con una demanda determinada por las capacidades de los individuos para superar los obstáculos que les permitan llegar a ellos, denota una noción de equidad restrictiva al vincular el concepto de accesibilidad con el poder de utilización de la población, equiparable al poder de compra. Nuevamente se evidencia, al igual que en la perspectiva de mínimos decentes, implicaciones en torno a la aceptación de ciudadanía diferencial en salud, vinculadas claramente con la pertenencia a una clase social, y no el acceso a los servicios de salud como un derecho de ciudadanía universal. De manera adicional, resulta útil una convergencia instrumental entre las perspectivas de “mínimos decentes” y aquellas que ven el acceso en la lógica de mercado. Esto dado que la primera aboga por priorizar los servicios de salud con altas externalidades positivas y la lógica de mercado asume que las personas están dispuestas a pagar por aquellos servicios que les benefician directamente. Como ejemplo, en el caso de la reforma colombiana al sistema de salud de 1993, los paquetes básicos de servicios quedaron reglamentados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y la lógica de mercado se concretó en la organización del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En la lógica de factores y multicausalidad se ubica el modelo de Aday y colegas, tan ampliamente utilizado en la investigación científica sobre acceso, tiene una noción de equidad en el acceso en función de la edad, el género y las necesidades, comprendidas éstas como: estado de salud percibido, estado funcional percibido y experiencia con los síntomas de enfermedad, dolor y preocupaciones por la salud. En este modelo, la equidad en el acceso se asocia al concepto de mutabilidad de un factor; no obstante, tiene una visión restrictiva de mutabilidad de factores asociados a la estructura social como son: etnia, educación y ocupación, para lograr acceso equitativo y por ende sobredimensiona la alta mutabilidad de factores individuales como conductas y creencias, con subsecuentes riesgos de atribución individual de falta de acceso. El modelo de

Levesque et al.²² refuerza lo anterior y resalta los factores de índole individual, concentrándose en las habilidades que deben poseer las personas para lograr el acceso a los servicios de salud y, en última instancia, siendo responsables de la falta de acceso.

Por su parte, la lógica del acceso a servicios de salud basada en necesidades es quizá la más cercana a la garantía del derecho a la salud. No obstante, corre el riesgo de caer en la lógica de los mínimos decentes, organizando los servicios únicamente bajo el principio de equidad horizontal, y desconociendo que el acceso debe ser el mismo para los individuos con iguales necesidades, pero también diferente para grupos sociales con diferentes necesidades, lo que también se denomina equidad vertical.

Si bien son muchas las interpretaciones conceptuales de las necesidades, en asociación con el acceso a los servicios de salud y su abordaje metodológico, autores como Asada & Kephart en 2007²⁹ resaltaron que los sistemas de salud públicos tienen como principal objetivo proveer servicios de salud basados en las necesidades de la población. Tal es el caso de países como Canadá, Cuba, Brasil, Suecia, Gran Bretaña, España y Portugal, entre otros, donde no es necesario un pago a la entrada del servicio y se atiende en función de las necesidades; esto rompe con la lógica del mercado de servicios de atención médica por los cuales se debe pagar y amplía las fronteras de la promoción y la prevención en salud más allá de hospitales y clínicas. Estos sistemas se orientan por principios de administración pública, integridad, universalidad, portabilidad y accesibilidad, y han hecho esfuerzos significativos para remover cualquier barrera financiera o de cualquier otra índole para acceder a la atención²⁹.

Por último, llama la atención que en la literatura revisada no existe un modelo conceptual de acceso a servicios de salud basado explícitamente en el derecho a la salud. Si bien, las aproximaciones de Braveman & Gruskin en 2003²⁶ y de Ruger en 2007²⁸ van más allá del concepto de acceso para referirse a las condiciones sociales como garantes del mismo, no desarrollan un modelo que sustente el concepto. Se trata entonces de perspectivas más políticas que conceptuales, que integran la teoría política de Aristóteles, la lógica de las necesidades en salud y el enfoque de las capacidades de Amartya Sen^{30,31,32}; todo ello para enfatizar el rol conjunto de la sociedad y el Estado en la garantía del derecho a la salud y del acceso real como puerta de entrada a los servicios de salud.

Pese a los vacíos teóricos encontrados en el análisis de la literatura revisada sobre acceso a servicios de salud en clave de derechos huma-

nos, hay algunos desarrollos, especialmente provenientes del campo jurídico, que pueden convertirse en punto de partida para repensar teóricamente este asunto en el campo de la salud pública. En este sentido, la *Observación General Nº 14* de las Naciones Unidas³³ reconoce que la garantía del derecho a la salud es más que la garantía de acceder a servicios de salud y que está íntimamente vinculado con lo que denomina “determinantes básicos de la salud”, tales como alimentación y nutrición, vivienda, acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo y medio ambiente sano. Además, define que el derecho a la salud involucra los siguientes elementos esenciales: disponibilidad, entendida como la presencia de suficientes bienes y servicios -infraestructura, recursos humanos, tecnología y programas de salud- para la atención de la población; accesibilidad, es decir, que los servicios de salud puedan ser usados por todos e involucra la no discriminación, accesibilidad física, económica y en información; aceptabilidad, entendiendo que los servicios de salud deben ser respetuosos de la ética y apropiados culturalmente y; calidad, es decir, apropiados desde el punto de vista técnico-científico³³. A estos cuatro elementos, inherentes al derecho a la salud, se puede adicionar el monitoreo del uso de medidas de protección jurídica frente a la vulneración del derecho a la salud como lo que sucede con las acciones de tutela en Colombia, las acciones de amparo en Argentina y Brasil, entre otros ejemplos de judicialización del derecho a la salud. Las autoras ilustran y complementan esta propuesta en la Figura 1.

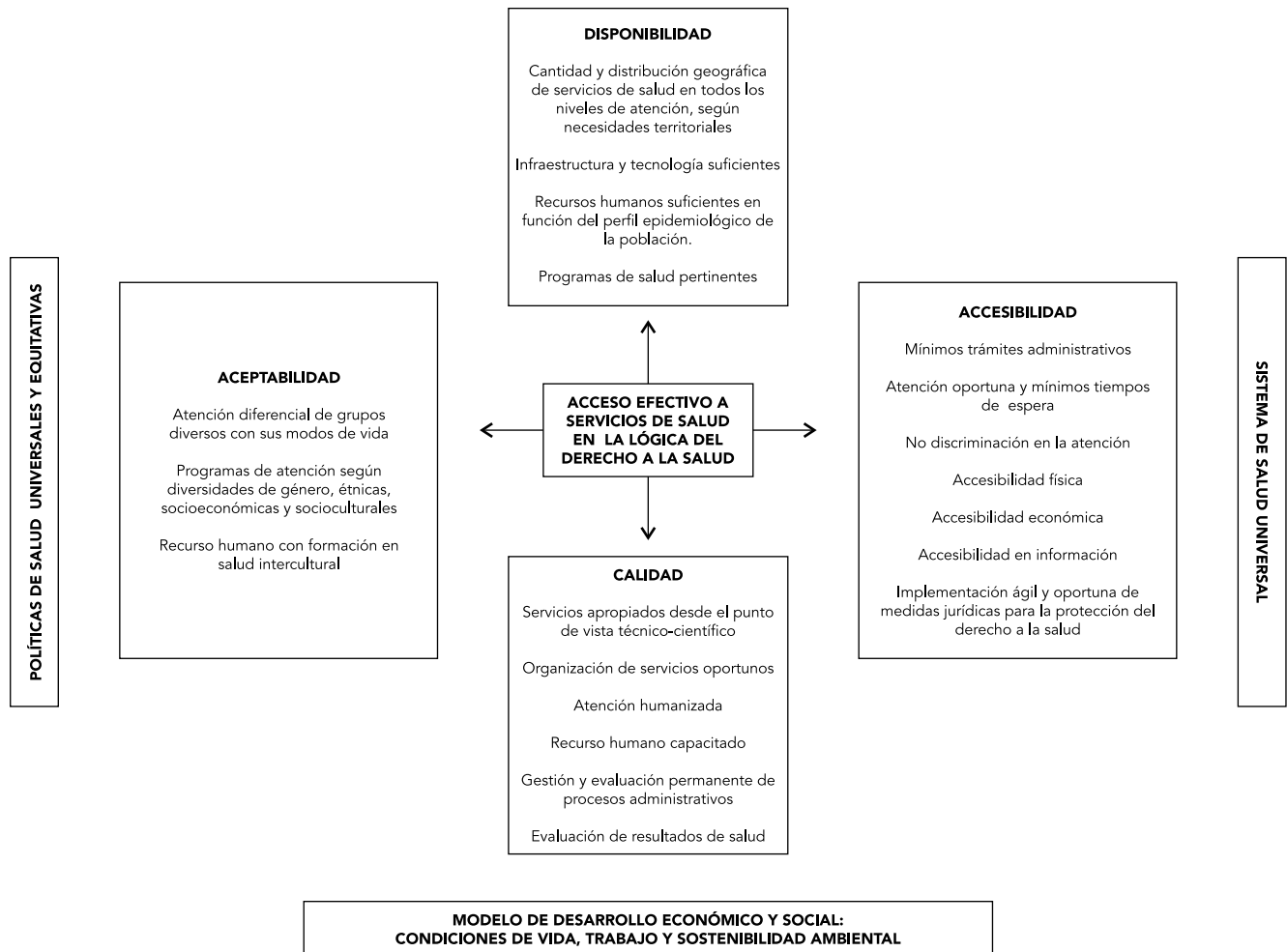
Finalmente, este estudio ha mostrado por un lado, los distintos enfoques en el concepto de acceso a servicios de salud entre 1970 y 2013, con lo cual se recomienda a los investigadores en el tema, contextualizar teórica y políticamente los abordajes que se hacen de este fenómeno de estudio; y por otro lado, intenta plantear algu-

nas pistas iniciales para repensar teóricamente en clave de derecho el acceso a los servicios de salud. Para una futura revisión se recomienda incluir la producción de América Latina y el Caribe con artículos de las bases de datos LILACS y SciELO y otros textos de referencia. Esto teniendo en cuenta que el tema del acceso a servicios de salud ha estado más vinculado al desarrollo de políticas relacionadas con los procesos de reformas a los sistemas de salud en esta región, y que han sido debatidos principalmente a partir de la década de los 1990. Para tener una visión aún más comprensiva y crítica del tema, el problema del acceso a los servicios de salud no puede desvincularse de los modelos de Estado y de la configuración de los sistemas de salud acordes con tales modelos. Así, el problema de la inequidad en el acceso podrá manifestarse con diferente intensidad y alcance, dentro de una misma comunidad, entre distintas regiones de un país y diversos países o regiones del globo. En todo caso, los debates conceptuales sobre el acceso a servicios de salud y la investigación derivada de las posturas teóricas que se asuman, no pueden estar desprovistos de un planteamiento explícito en torno a lo que es justo en esta materia.

A juicio de las autoras, en contextos de justicia social y derecho a la salud se activa el principio de responsabilidad moral en todos los niveles y se justifica éticamente el principio de equidad en el acceso a los servicios de salud. El principio de equidad establece igual acceso real y efectivo a los cuidados de salud, preventivos y curativos, a través de su redistribución diferenciada. Conceptualizar el acceso con principio de equidad vertical, esto es, atribuyendo más a quien menos tiene y viceversa, pero también aplicando el principio de equidad horizontal, es decir, atribuyendo lo mismo a los que se encuentran en iguales condiciones, constituye un reto conceptual mayor, y en la práctica, una acción de los sistemas de salud en contra de las inequidades en el acceso.

Figura 1

Modelo teórico-conceptual en acceso efectivo a servicios de salud en la lógica del derecho a la salud.



Colaboradores

M. Arrivillaga contribuyó con la concepción del artículo, diseño de análisis e interpretación de datos, redacción del artículo y aprobación de la versión final. Y. E. Borrero contribuyó con la revisión crítica, redacción del artículo y aprobación de la versión final.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia, la financiación del proyecto de investigación con registro 020100409, del cual se deriva este artículo.

Referencias

1. Canadian Oxford Dictionary. Toronto: Oxford University Press; 1998.
2. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:655-8.
3. Wlazer M. Spheres of Justice. New York: Basic Books; 1983.
4. Enthoven A. Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care reading. Washington DC: Addison-Wesley Publishing Co.; 1980.
5. Hiatt H. America's health in the balance: choice or chance? New York: Harper & Row Publishers; 1987.
6. Gibbard A. The prospective Pareto principle and equity of access to health care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1982; 60:399-428.
7. Banco Mundial. Invertir en salud. Informe del desarrollo mundial. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/11/04/000011823_20051104145818/Rendered/PDF/341290spanish.pdf (accedido el 29/Jun/2015).
8. Bashshur RL, Shannon GW, Metzner CA. Some ecological differentials in the use of medical services. *Health Serv Res* 1971; 6:61-75.
9. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
10. Salkever DS. Accessibility and the demand for preventive care. *Soc Sci Med* 1976; 10:469-75.
11. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ* 1978; 56:295-303.
12. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.
13. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Pública Méx* 1995; 27:438-53.
14. Andersen RM. Behavioral model of families' use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968.
15. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-20.
16. Andersen RM, Davidson PL, Ganz PA. Symbiotic relationships of quality of life, health services research and other health research. *Qual Life Res* 1994; 3:365-71.
17. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
18. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973; 51:95-124.
19. Aday LA. Access to what and why? Toward a new generation of access indicators. In: Proceedings of the Public Health Conference on Records and Statistics. Washington DC: Government Printing Office; 1993. p. 410-5.
20. Shengelia B, Murray C, Adams O. Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In: Murray CJL, Evans DB, editors. Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 221-34.
21. Krishnan TN. Access to health and the burden of treatment in India: an inter-state comparison. In: Mohan R, editor. Disinvesting in health. New Delhi: Sage Publications; 1999. p. 208-32.
22. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013; 12:18.
23. Bradshaw J. Taxonomy of social need. In: McLachlan G, editor. Problems and progress in medical care. London: Oxford University Press; 1972.
24. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ* 1993; 12:431-57.
25. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med* 2001; 53:1149-62.
26. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. *Bull World Health Organ* 2003; 81:539-45.
27. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, Laveist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. *Am J Public Health* 2011; 101 Suppl 1:S149-55.
28. Ruger JP. Rethinking equal access: agency, quality, and norms. *Glob Public Health* 2007; 2:78-96.
29. Asada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:41.
30. Sen A. Commodities and capabilities. Amsterdam: North-Holland; 1985.
31. Sen A. Inequality reexamined. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
32. Sen A. Development as freedom. London: Oxford University Press; 1999.
33. Naciones Unidas. Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). <http://es.scribd.com/doc/13076820/Observaciones-Generales-Onu> (accedido el 30/Abr/2012).
34. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know, and need to know. Background paper for the Global Symposium on Health Systems Research; 2010. <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Universal+health+coverage+with+equity:+what+we+know,+don%27t+know,+and+need+to+know> (accedido el 23/Ene/2013).

Abstract

The aim of this study was to critically analyze various conceptual models on access to health services described in the literature from 1970 to 2013. A systematic review was conducted on applied and theoretical research publications that explicitly conceptualized access to health services. The review included 25 articles that met the study's objectives. The analysis used a matrix containing the conceptual model's logic and its description. Access to health services was classified in five categories: (i) decent minimums, (ii) market-driven, (iii) factors and multicausality, (iv) needs-based, and (v) social justice and the right to health. The study concludes that the predominant concept of access in the literature has been the market logic of medical care services, linked to the logic of factors and multicausality. Meanwhile, no conceptual model was found for access to health services based explicitly on social justice and the right to health.

Right to Health; Health Equity; Health Services Accessibility

Resumo

O presente estudo tinha como objetivo analisar criticamente os modelos conceituais sobre o acesso a serviços de saúde descritos na literatura, entre 1970 e 2013. Foi feita uma revisão sistemática de publicações empíricas e teóricas que conceitualizaram o acesso a serviços de saúde de maneira explícita. Foram revistas 25 publicações que correspondiam aos objetivos do estudo. A análise lançou mão de uma matriz que contemplava a lógica do modelo conceitual e a sua descrição. Os resultados foram classificados em cinco categorias: (i) acesso a serviços de saúde pela lógica dos "mínimos decentes", (ii) de mercado, (iii) de fatores e multicausalidade, (iv) de necessidades e (v) de justiça social e de direito à saúde. O estudo conclui que na literatura predominou o conceito de acesso pela lógica de mercado de serviços de atenção médica, atrelado à lógica de fatores e multicausalidade. Em contraponto, não foi encontrado nenhum modelo conceitual de acesso a serviços de saúde explicitamente baseado na justiça sanitária e no direito à saúde.

Direito à Saúde; Equidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde

Recibido el 13/Jul/2015

Versión final presentada el 04/Mar/2016

Aprobado el 11/Mar/2016