

Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud

Diana Alejandra Sánchez-Torres^a

Accessibility to health services: theoretical debate on determinants and implications in the public health policy

This paper presents the theoretical development of accessibility as process and product. The process consists of the elements that converge to meet the objectives of providing medical care in a timely manner. As product is a component of effective care. Accessibility itself is subject to a combination of economic, cultural, social, geographic and contextual aspects. Beyond the right of persons to receive health care, availability of institutions and the means to achieve.

Keywords

Health services accessibility
Public policy
Health policy, planning and management
Indigenous population

Palabras clave

Accesibilidad a los servicios de salud
Política social
Políticas, planificación y administración en salud
Población indígena

El análisis que nos ocupa está compuesto por seis apartados. El primero de ellos presenta una breve introducción a la importancia de la salud en los seres humanos. El segundo apartado, propone un debate teórico sobre los elementos que interactúan en el proceso de atención a la salud, es decir, en particular, la accesibilidad. En la tercera parte se abordan los determinantes que interactúan en el proceso de accesibilidad. El cuarto apartado se refiere a las dimensiones de la accesibilidad, expresadas como las condiciones que impulsan o inhiben el acceso a los servicios de salud. En la quinta parte, se consideran de manera general, las implicaciones de la política pública en la accesibilidad a los servicios de salud. La sexta parte presenta algunas conclusiones.

Introducción

La salud y los elementos que confluyen para hacerla efectiva y manifiesta en la población son diversos y diferenciados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo enuncia como “el completo estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹ Esto no significa únicamente la expresión de un ideal al que se aspira; es, en esencia, un enunciado subjetivo y estático, por ello, resulta más adecuado considerar la salud como un proceso permanentemente dinámico, que no se refleja en el ser humano como ente aislado, sino también como sujeto social y, por lo tanto, relativo al funcionamiento de una sociedad, en el cual influye, en mayor o menor medida, el estado de salud de cada uno de sus integrantes.

De acuerdo con Alcántara Moreno,² la idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. De manera sintética, Briceño León la interpreta como “una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía”.³

El bienestar, por tanto, es producto de la adecuada combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, los cuales dan como resultado el

^aCandidata a Doctora en Política Pública de la Escuela de Gobierno y Transformación Pública, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey Campus Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México

Comunicación con: Diana Alejandra Sánchez Torres
Correo electrónico: diana.sanchez.torres@gmail.com

Recibido: 06/11/2015

Aceptado: 20/11/2015

El documento presenta el desarrollo teórico de la accesibilidad como proceso y producto. El proceso consiste en los elementos que convergen para cumplir con los objetivos de otorgar atención médica de manera oportuna. Como producto, es uno de los componentes de la atención efectiva.

La accesibilidad por sí misma está supeditada a la conjunción de aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto. Más allá del derecho de las personas para recibir atención a su salud, de la disponibilidad de las instituciones y de los medios para lograrla.

Resumen

estado de satisfacción de las necesidades de un individuo o de una sociedad. En este sentido, el papel del factor salud, adquiere mayor relevancia en el proceso social actual, así como en la interacción de los diversos elementos integrados en este proceso, como lo establece Frenk: “la salud es más que noción médica: es un concepto predominantemente social, porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, porque involucra a todos los agentes de la comunidad”.⁴ Por lo anterior, la salud se hace evidente en un entorno integral, cuando se cuenta con los recursos humanos y técnicos, la infraestructura física y los insumos necesarios.

El papel de la salud adquiere cada vez mayor relevancia en el proceso social actual y en la interacción de los diversos elementos que integran dicha dinámica. La salud ha estado presente a lo largo de la historia del hombre y se ha manifestado de diversas maneras en cada acción y decisión que esta realiza. Como cita Alcántara a Durkheim: “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”.² Es decir, la salud se ha ido transformando y adaptando a sus condiciones, valores, creencias, costumbres y normas. De hecho, fue reconocida como derecho social a través de la declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU como parte del artículo 25 donde enuncia: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure –así como a su familia– la salud y el bienestar...”.⁵

Lo que se debe señalar es que ante el carácter de derecho autónomo, los países tienen que incorporarlo en su legislación como parte de un derecho social que el estado garantizaría a través de sus diferentes instrumentos de provisión.

En México, a partir de esta declaración de Derechos Humanos y de la obligación de contar con derechos sociales, es que se incluye como parte de la

política pública, adquiriendo rango constitucional a través de la modificación del artículo 4° de la Constitución Mexicana que considera: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de Salubridad General, conforme a lo que dispone la fracción XVII del art. 73 de la Constitución Mexicana”.⁶

La salud manifiesta, en un concepto integral, incluye contar con los recursos humanos y técnicos, la infraestructura física, hospitalaria y los insumos adecuados; donde la salud pública es el reconocimiento de procesos y problemas colectivos. Esto implica que las organizaciones grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos.

En ese sentido, los sistemas de salud son un medio para establecer el contacto de la población y la satisfacción de la necesidad de atención médica. Si bien es cierto, una de las cualidades que debe prevalecer en la prestación de los servicios es ser equitativo y de calidad, de tal manera que más que afectar ayude de manera no excluyente ni desigual a las personas.

Debate teórico: accesibilidad al sistema de salud

La importancia que tiene la salud en las personas y en su estado de bienestar no puede ser cuestionable. Desde hace tiempo, en México se ha trabajado por colocar al sistema de salud en un status de universalidad. El modelo de atención abre la posibilidad para la atención y las condiciones para otorgar los servicios de salud a la población en general, dejando de lado la exclusión y/o inequidad.

En ese sentido, se habla de que exista la condición para que las personas, sin distinción, puedan satisfacer su necesidad de atención médica, lo que hace pensar, en que la preocupación por sí misma es la de cumplir con la disponibilidad, es decir, contar con centros

de atención médica, servicios de salud y personal que atiendan las necesidades de la población.

Si bien es cierto que la disponibilidad es importante, hay otros elementos que se deben considerar para que sea efectiva. Aunado a ello, se debe clarificar que el ofrecer un servicio no es sinónimo de que la persona realmente pueda hacer uso de él. En la accesibilidad a los servicios de atención médica interactúan condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios. Por ejemplo: son diferentes las necesidades de atención una persona que vive en la costa a la que vive en la sierra. La geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad. La geografía influye de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. La geografía ha limitado la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social continúan.⁷

Ahora bien, la propuesta de tener un servicio de salud universal va en función de satisfacer esa necesidad, pero también de cumplir con los derechos de las personas, además de cumplir con una política pública integral. Se considera que la salud se ve afectada por las políticas e instituciones imperantes, el nivel de capital humano (educación, principal promotor de la salud), el nivel de tecnología de la sociedad, especialmente en el sector salud, y el propio crecimiento de los ingresos y la reducción de la pobreza, lo cual genera una mejor salud.

Por su parte, Daniels⁸ plantea que la política de salud –como parte de la estructura básica de la sociedad– también se debe regir por principios de justicia, ya que genera condiciones que afectan la realización de los proyectos de vida de las personas.

La prestación de los servicios de salud es a través del sistema de salud, el cual según la OMS “debe ofrecer servicios equitativos y de calidad que protejan de modo no excluyente ni desigual a los ciudadanos de enfermar y de la desprotección financiera y las implicaciones que pueden generar, buscando que se logre a través de la eficiencia”.⁹

¿Qué elementos permiten hacer efectiva la atención a la salud? ¿Cómo se determina la capacidad de atención médica para la población? ¿Qué condiciones son necesarias para que las personas puedan recibir la atención que requieren?

Inicialmente, reconocer la concepción del concepto de salud, concebirlo de manera holística, donde se incluyan no solo síntomas y condiciones físicas, sino todo el contexto que da la opción de no solo satisfacer la necesidad de atención, también aquellos factores que en algún momento pueden ser inhibidores para el cumplimiento de la prestación del servicio. De

ahí la importancia de estudiar la accesibilidad, la cual identifica los elementos que intervienen en el proceso de atención.

Clasificación de la accesibilidad

La accesibilidad se puede abordar bajo tres vertientes:

a) Como parte del proceso de implementación de la política pública; b) Como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS, y c) Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda.

a) Como parte del proceso en la implementación de la política pública:

- En la búsqueda de una mejora en el bienestar de la sociedad, se enfrentan una serie de retos que en ocasiones frenan el éxito de un programa, tales como: problemas de contexto, seguridad, problemas culturales, usos y costumbres, problemas financieros, de inseguridad, de burocracia y accesibilidad.
- En los procesos de la política pública, un elemento importante para que se cumplan los objetivos planteados inicialmente es la accesibilidad. El no contar con la accesibilidad permite que se amplíe la brecha de implementación como lo señala Maerilee Grindle¹⁰ entre lo que se anuncia como política y lo que en realidad se ejecuta.
- En relación a la política de salud, la definición que se adecua es la de Bardach,¹¹ al establecer el proceso de implementación como un ensamblaje de elementos requeridos para producir un resultado programático particular y el agotamiento de un número de juegos vagamente interrelacionados en donde estos elementos son contenidos o entregados al proceso de ensamblaje en términos particulares.

b) Como un pilar de la política pública integral propuesto por la OMS

- De acuerdo con la OMS,¹² el derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales garantiza que la política pública sea integral y su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población. La accesibilidad es uno de los cuatro pilares que componen una política pública en salud:

1. Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.
2. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda

la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.

3. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
 4. Calidad. Deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto como el medio oportuno para que se haga realidad el cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere.
- c) También es posible considerarla como el eslabón que permite que la oferta se una con la demanda
- Es decir, no basta la existencia de clínicas o programas de salud si no existen las condiciones para que la persona pueda demandar el servicio. En ese sentido, el debate teórico es interesante, intenso y se ha profundizado sobre las causas que inhiben o detonan que las personas tengan o no acceso a los servicios de atención, en otras palabras, que cuenten con la accesibilidad.
 - Si se analiza el concepto de accesibilidad en otros ámbitos, es posible encontrarlo como el vínculo que hace posible que las personas puedan tener ese medio que requieren. Por ejemplo: para las mujeres trabajadoras que son madres de familia, el hecho que tengan un derecho a guardería para sus hijos, les permite hacer accesible poder trabajar.
 - En cuestión de educación, se puede hacer una analogía con la salud. También existe una política en educación, se cumple con la disponibilidad de planteles educativos, profesores y material didáctico (por el lado de la oferta). Por parte de la población (por el lado de la demanda), hay personas que cumplen con los requisitos para asistir a la escuela, pero por sí mismas, es posible que presenten condiciones no aptas para dedicar tiempo al estudio. Para ello, se han creado las becas, con ello, aparte de permitir que el joven dedique su tiempo al estudio, también le da la posibilidad de poder pagar el transporte o comprar sus libros. En síntesis, la beca es el canal o medio para hacer accesible.

Determinantes de la accesibilidad

Gould¹³ argumenta que aun con la importancia que tiene el concepto de accesibilidad para la planeación de los servicios de salud, solo en pocas ocasiones se le define explícitamente; quizá porque la idea de accesibilidad es aparentemente clara y sencilla, hasta que uno se enfrenta con el problema de definirla y medirla.

Los desarrollos teóricos señalan dos aspectos o líneas a considerar, una es el acceso de acuerdo a las características de la población, en donde se analiza el ingreso familiar, cobertura del seguro, actitud hacia la atención médica y, por otra parte, el desempeño del sistema, revisando la distribución y organización de la mano de obra e infraestructura. Para otros investigadores el acceso puede ser evaluado a través de indicadores de resultado del paso de los individuos en el sistema, como son las tasas de utilización o score de satisfacción, o bien los patrones de demanda de la población.

El acceso puede ser conceptualizado a partir del objetivo de la política pública de salud, considerando las características del sistema de atención y del riesgo de la población de enfermarse, también de la utilización actual de los servicios y la satisfacción del consumidor con estos servicios.¹⁴

Mientras Moseley¹⁵ da mayor énfasis a la accesibilidad física, la cual puede entenderse como un atributo del destino, pero relacionado directamente con la población, es decir, una clínica puede ser accesible a un individuo, pero inaccesible para otro. Ambos pueden vivir a la misma distancia del servicio pero sus atributos y condiciones personales marcan la diferencia en sus oportunidades de acceso, es decir, se relaciona con la distancia geográfica y, el social se refiere a la distancia social existente entre el usuario potencial y el servicio, en donde se incluye la clase social, educación, valores culturales, percepciones, creencias. Joseph y Phillips¹⁶ señalan el elemento social como la accesibilidad efectiva del destino.

Por otra parte, las barreras económicas también impiden la accesibilidad, ya sea por la falta de recursos para el transporte como para la compra de medicamentos. Las barreras administrativas expresan la dificultad de la organización misma de los servicios, como son los horarios de atención o turnos. La cuarta barrera es la cultural y está centrada en las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población, la cual se erige como una barrera de acceso.

Para la accesibilidad, señalan Arredondo y Meléndez,¹⁷ se conjuntan dos vertientes: por un lado la oferta (proveedores de servicio de salud) y, por otro, la demanda (población que requiere servicios de salud); las cuales convergen en el proceso de atención médica, determinado por una serie de variables y condicionantes, donde el proceso de atención médica se concibe como dos cadenas de actividades y sucesos en donde participan el otorgante de atención médica y el usuario. Las actividades del proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad percibida como una alteración de la salud, la cual está determinada por variables de carácter social y psicosocial, depen-

Cuadro I Desarrollos teóricos sobre accesibilidad

Geográfico	Económico	Cultural
Ingram (1971)	Parker	Suchman (1964-66)
Daly (1975)	Feldstein	Anderson (1968)
Michel y Town (1976)	Acton (1975)	Rosenstock
Moseley (1979)	Sach (2001)	Frederick y Greelick (1973)
Donabedian (1973)	Grossman (1972)	Suchman (1964-66)
Garrocho (1995)	Phelps Newhouse	Aday Andersen (1974)
Nájera (1996)	Becker (1965)	Joseph y Phillips (1984)
Laurell (1996)	Dor y Van Der Gaag (1987)	Mechanic
Heller (1982)	Frenk (1985)	Carracedo (2005)
Harvey (1973)	Comes (2006)	Restrepo (2006)
Smith (1977)	Dor y Van Der Gaag (1987)	
Gould (1965)	Mwabu (1989)	

Fuente: Elaboración propia a partir de Frenk,⁴ Moseley,¹⁵ Carracedo,¹⁸ Comes,²¹ Phillips,²³ Restrepo,²⁴ Ingram,²⁵

diendo del entorno del individuo. En tanto, la oferta de servicios de salud induce la demanda de un servicio a partir de una necesidad percibida, ya sea por la población o por el usuario.

Carracedo¹⁸ ofrece una mirada con enfoque social al analizar la accesibilidad y la adherencia, la cual constituye un factor determinante en la accesibilidad. Hacer uso de los servicios denota accesibilidad pero esta se interrumpe si no existe adherencia a los mismos por parte del usuario; es decir, si no identifica los servicios médicos como el medio para satisfacer la necesidad de atención y se establece un sentido de pertenencia.

Tanto la accesibilidad como la adherencia son conceptos provenientes del campo de la biomedicina y, generalmente, están articulados en la promoción de estrategias políticas sobre servicios de salud para una atención sustentada en la atención primaria de la salud, con el propósito cubrir las necesidades de la población, dividiendo la accesibilidad en económica y cultural; la primera considerada como la capacidad de los individuos o de la comunidad para costear la asistencia y, donde si el individuo o la comunidad no está en condiciones económicas para utilizarlo, ese servicio no puede ser considerado accesible. Por otro lado, la accesibilidad cultural se refiere a la concepción de los beneficiarios del sistema, a fin de establecer si pueden o no ser considerados como aceptables por su destinatarios, esto es, los servicios deben calificarse como

apropiados a las necesidades prioritarias y, por tanto, deben ofrecer asistencia de calidad.

Por otra parte, bajo un enfoque económico de la accesibilidad, Aday y Andersen,¹⁴ enunciados previamente, hacen una clasificación de barreras y estiman los determinantes del acceso en tres niveles: el primero, presentar un problema de salud; el segundo, utilizar el sistema formal, y el tercero, la percepción de la calidad del servicio. Con base en ello, marcan los determinantes que más influyen en la accesibilidad.

Donabedian¹⁹ señala la prueba de acceso de los servicios no simplemente por la presencia de una instalación, sino el acceso puede ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad. Frebom y Greelick²⁰ sugieren el involucramiento de las personas en poblaciones bajo riesgo, las cuales puedan usar servicios en tasas proporcionales y apropiadas para la necesidad existente, es decir, los patrones de uso.

A su vez, Comes²¹ considera a la accesibilidad como la forma de acercamiento de los servicios a la población, entendido como un problema de la oferta, por lo cual desde esta óptica es necesario eliminar las barreras existentes en esa materia a fin de concretarla. Su aportación es que incluye barreras administrativas, por la dificultad de la organización misma, esto es, por los horarios de atención o los turnos. Y la cultural, centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso, es decir, el entendimiento es dife-

renciado y puede ser una barrera si el personal médico es mestizo y la comunidad son indígenas, la cosmovisión de la enfermedad, de la muerte, las costumbres, sus normas, e incluso el lenguaje, son elementos que interactúan y pueden ser barreras limitantes.

La cobertura de servicios de salud se entiende como el grado de influencia y la capacidad de respuesta social y territorial de los servicios, según su distribución²² y la accesibilidad se refiere al grado de disponibilidad espacial de los servicios de salud.²³

Dimensiones de la accesibilidad en salud

Como se estudió en los determinantes para la accesibilidad, son tres elementos básicos bajo los cuales el debate teórico ha girado para comprender los elementos que interactúan al momento de que la persona tiene la necesidad de atención. En el cuadro I, se puede observar un listado de autores que han escrito sobre la accesibilidad en los diferentes enfoques de análisis, los cuales se han abordado desde la visión económica, geográfica o cultural.

Por un lado, las barreras económicas que miden el impacto que genera el gasto para una familia por tener que adquirir medicamentos, o bien cubrir el costo del traslado a la clínica. Una segunda manera de medirlo es a través del efecto del gasto en salud por un peso adicional que se realice en salud.

Las barreras geográficas y territoriales están vinculadas directamente con las condiciones espaciales y orográficas como son las distancias de los centros de salud, que exista infraestructura vial, transporte con horarios adecuados, etc. Por su parte, las cuestiones culturales, son las creencias respecto a la salud, las costumbres, y la visión que tienen respecto a la enfermedad y la muerte, lo que da la pauta para

la toma de decisiones ante una eventualidad o una enfermedad.

Al hablar de las dimensiones, se pueden enunciar las categorías que abren el debate, pero también que enriquecen la comprensión del problema de la accesibilidad. En este caso, se agrupan en cinco grupos o dimensiones: económicos (niveles de ingreso), socio-demográficos (sexo, edad, escolaridad), geográficos (distancia física y relieve), seguridad (acceso libre de riesgos) y organizacionales (administración y gestión de servicios) (cuadro II)

En el sentido estricto de una concepción integral de la accesibilidad, se puede señalar como la convergencia de los diferentes factores, todos como parte de un mismo contexto, donde, sí bien existe la disponibilidad de los servicios, no es suficiente contar con unidades de salud, sino con la posibilidad de las personas para ir a ese espacio; en donde se debe de considerar también el costo, no solo de acudir, sino de lo que se deja de percibir por recibir la atención, haciendo diferencia entre quienes se ven limitados al no contar con medios para hacer efectiva la accesibilidad, y quienes acudieron y dejaron de percibir ingresos, o bien, lo que tuvieron que hacer para poder llegar ahí.

Accesibilidad e implicaciones de política pública en salud

La política pública en salud tiene su sustento en los derechos a la salud decretados a partir de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se señala la disponibilidad a otorgar servicios necesarios para cumplir con el derecho a la salud, y la cual se amplía en la Ley General de Salud, donde se especifican los elementos involucrados en el concepto

Cuadro II Tipología del acceso a servicios de salud

Económicos	Físicos y territoriales	Administrativos	Geográficos	Culturales	Seguridad
Transporte	Distancia	Organización de los servicios de salud	Distribución de las unidades médicas y proximidad	Estructura social (tamaño familiar, ocupación, educación)	Facilidad de acceder, trasladarse y llegar sin contratiempos
Costo	Tiempo	Programas	Equidad	Etnicidad	
Medicamento			Igualdad locacional	Religión	
Traslado					
Movilidad					

Fuente: Elaboración propia a partir de Phillips,²³ Restrepo,²⁴ Nájera,²⁶ Chías,²⁷

y las condiciones para hacerlo efectivo, así como las instituciones encargadas de prestar los servicios y la fuente de financiamiento. En suma, operacionaliza el sistema de salud, da un marco regulatorio donde se adecuan los programas para hacer realidad los derechos a la salud.

Lo que sobresale de la política pública de salud es su generalización, es decir, se marca una línea donde se trabaja para el cumplimiento de los objetivos planteados en un plan nacional de desarrollo. El detalle resulta de la aplicación de dicha política y su adecuación a las diferentes necesidades de la población.

El país está diversificado, son diferentes las condiciones que presenta la población de la Ciudad de México respecto a la de Coahuila. Las condiciones individuales para demandar el servicio sugieren necesidades con un sentido diferenciado; incluso, si se hace referencia a una condición similar como el ser mestizo o indígena aun dentro de esa estratificación hay diferencias. Una de las grandes deficiencias es, precisamente, que la política sea global para todo el sistema.

En México, la política pública en salud está integrada por cuatro componentes, considerando los pilares de la política pública integral propuesta por la OMS. En relación a la accesibilidad como componente de la política pública, es el canal que une la oferta con la demanda; en otras palabras, es el mecanismo con el cual las personas pueden acceder a los servicios de salud, quedando en función del contexto en que se ubique. Clarificando que son diferentes las necesidades que presenta la población de la costa que de la de la sierra.

Por ejemplo, las condiciones de una comunidad indígena son muy diferentes a las de la población urbana, desde la cosmovisión sobre la enfermedad, las condiciones territoriales con una alta dispersión de la población, el idioma, las normas culturales y las costumbres bajo las cuales se rigen, así como su condición económica precaria y de subsistencia. Al sumar todo lo anterior, da como resultado diferencias considerables para demandar el servicio de salud; por lo que pensar en una política pública y la accesibilidad a los servicios de salud, hace necesario buscar los mecanismos que se adecuen y permitan que exista un acercamiento, comprensión y sensibilidad del personal que realiza la planeación y lo ubique de acuerdo a la realidad imperante.

La segregación que existe en las comunidades indígenas, la exposición al trato digno y la condición del indígena para pedir atención médica se conjugan al momento que enfrenta la enfermedad. Esto hace que la accesibilidad pueda ser inhibida por cuestiones culturales, condiciones físicas, por las distancias, los traslados que tienen que hacer para recibir la atención que requieren y por la disponibilidad de los servicios que se tengan.

En suma, la política pública en salud y la accesibilidad tendrá éxito en la medida que se generen esos mecanismos o estrategias que permitan a las personas acceder a los servicios de salud. Más allá de pensar en los elementos que la componen, se debe buscar la manera de adecuarla a la realidad que se quiere aplicar. Entre más enfocada, mayor énfasis tendrá y se podrá confirmar que existen los medios para que las personas tengan una accesibilidad efectiva.²⁴⁻²⁷

Conclusiones

La relevancia de la accesibilidad a los servicios de salud radica en la función que tienen como eslabón que conecta la oferta con la demanda. En México, en la aplicación de la política pública en salud (considerando los pilares de la Organización Mundial de la Salud), se piensa que existe la disponibilidad de servicios médicos, que son aceptables y cumplen con los niveles de calidad establecidos. Se da por hecho que las personas buscarán obtener el servicio cuando se les presente la enfermedad. Sin embargo, no siempre resulta exitosa esa búsqueda de atención médica.

La complejidad se va presentando en la medida en que sean diferentes las condiciones y necesidades que enfrenta la población. La importancia de la accesibilidad es que existan mecanismos que permitan la obtención del servicio y, con ello, la satisfacción de la necesidad de atención médica que pueden ser cosas tan sencillas pero vitales para lograr el éxito de la política pública, como el hecho de que exista información suficiente, clara, oportuna y al alcance de las personas que lo requieran. Que existan los medios para llegar a las unidades médicas, y que estas cuenten con los insumos necesarios para atender la demanda de la población.

La adecuación de las estrategias que se implementen en los programas para hacer accesible los servicios médicos es muy importante, porque como se mencionó, están diversificadas las necesidades y condiciones de la población. En las comunidades urbanas puede ser más importante que existan citas para la consulta y para las comunidades rurales, la importancia la pueden enfocar en que existan unidades médicas en la comunidad y en caso de no existir, si tienen que trasladarse, que en la unidad más cercana a la que vayan, logren la obtención del servicio, es decir, se haga efectiva la accesibilidad.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Preamble de la Constitución. Ginebra: OMS, 1948.
2. Alcantara-Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens* 2008;9(1):93-107.
3. Briceño-León, R. Las ciencias sociales de la salud. En Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance* (pp. 17-24). Caracas: Fundación Polar, 1999.
4. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud pública Méx.* 1985;27(5):127-148.
5. Organización de las Naciones Unidas. *Human Rights: a Basic Handbook for UN Staff*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Escuela Superior del Personal de las Naciones Unidas, 1999:3.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/>. Revisada el 12 de junio del 2014
7. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*, Ginebra 2013.
8. Daniels N. *Justice health care*. Cambridge (U.K.): Cambridge University;1985.
9. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud. El camino a la cobertura universal*. Ginebra, 2010.
10. Grindle M. La brecha de la Implementación en Freddy Mariñez Navarro "Política pública y democracia en América Latina". México: Porrúa; 2009.
11. Bardach E. *The implementation game: what happens after a Bill becomes a law*. Boston: Massachusetts Institute of Technology Press; 1981.
12. Organización Mundial de la Salud. *Políticas Públicas para la Salud Pública*. Ginebra: OMS; 2013.
13. Gould H. Modern medicine and folk cognition in rural India. *Human Organization*. 1965;24:201-208.
14. Aday L, Andersen R. A theoretical framework for the study of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 1974;9(3):208-222.
15. Moseley M. *Accessibility: the rural challenge*. Londres: Methuen and Co. Ltd; 1979.
16. Joseph Y, Phillips M. *Accessibility: the rural challenge*. Londres: Methuen and Co. Ltd; 1979.
17. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Méx.* 1992;34(1):36-49.
18. Carracedo E. Utilización de un servicio de salud. *Accesibilidad y adherencia*. Argentina: Universidad de Rosario; 2006.
19. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1973.
20. Freborn D, Greelick M. Evaluation of the performance of ambulatory care systems: Research requirements and opportunities. *Medical Care*. 1973;11(2):68-75.
21. Comes Y, Solitario R, Garmus P. Accesibilidad la perspectiva racional entre población y servicios de salud. *Revista científica de la AMBB*. 2006;16:97-102.
22. Garrocho C, Nájera P, Laurell C. Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México. *Colegio Mexiquense*. 1995;11:18-88.
23. Phillips D. *Health and health care in the Third World*. Nueva York, USA: Langman Scientific and Technical; 1990.
24. Restrepo J. *Health Insurance as a Strategy for Access: Streamlined Facts of the Colombian Health Care Reform*. Serie de documentos de trabajo. Argentina. Universidad del Rosario, 2006.
25. Ingram DR. The concept of accessibility: a search for an operational form. *Regional studies*. 1971;5(2):101-107.
26. Nájera P. Cobertura regional, patrones de utilización y accesibilidad geográfica a los servicios de atención a la salud de primer nivel en el Estado de México. Tesis de Maestría en Geografía, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México, 1996:10-80.
27. Chías L, P Iturbide, S. Reyna. Accesibilidad de las localidades del Estado de México en la red carretera pavimentada: un enfoque metodológico. *Investigaciones Geográficas, Boletín*, núm. 46, Instituto de Geografía, UNAM, México, 2001:117-130.