

# El acceso a la atención en el Gran Buenos Aires. Un análisis de la problemática en el marco del derecho a la salud\*

Fecha de recepción: 1 de septiembre de 2018

Fecha de evaluación: 22 de abril de 2019

Fecha de aprobación: 27 de junio de 2019

*Ana Ariovich\*\**

## Para citar este artículo

Ariovich, A. (2019). El acceso a la atención en el Gran Buenos Aires: un análisis de la problemática en el marco del derecho a la salud. *Via Iuris*, (27), 117-138.

## RESUMEN

El trabajo desarrolla algunos lineamientos teóricos que ubican el acceso a los servicios como una dimensión relevante en la problemática de la equidad en el ejercicio del derecho a la salud. En ese marco, y desde una perspectiva que busca articular las dinámicas desplegadas en las instituciones de salud y los comportamientos de las familias que forman parte del área de referencia de tales establecimientos, el objetivo es analizar el acceso efectivo a la atención. Con este propósito se indaga sobre la periodicidad de las consultas y el lugar que ocupan las prestaciones del primer nivel en la utilización del sistema sanitario en dos municipios del Gran Buenos Aires\*\*\*: Malvinas Argentinas y San Fernando. El diseño del estudio es descriptivo y analítico. Triangula datos secundarios cuantitativos (resultantes de una encuesta probabilística a hogares de ambos municipios) con información primaria cualitativa. Esta última es producto de entrevistas en profundidad realizadas a los profesionales de los centros que integran el primer nivel y a la población que los utiliza. Se concluye que la frecuencia con que las familias asisten a estos establecimientos es —en general— adecuada; se destaca el rol desempeñado por las trabajadoras sociales. No obstante, la atención por demanda espontánea ocupa un lugar desestimable en estas instituciones de puerta de entrada al sistema sanitario, lo que ocasiona importantes barreras en el acceso a la salud.

\* Este artículo es resultado del proyecto de investigación titulado “Accesibilidad a los sistemas de salud: entre la gestión de la política sanitaria local y la experiencia de los actores”, adscripto al Grupo de Trabajo Diseño y Gestión de las Políticas del Salud, del Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento. Juan María Gutiérrez 1150, Los Polvorines, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

\*\* Doctoranda en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Maestra en sociología económica del Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad San Martín (Argentina). Licenciada en Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Investigadora Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6142-4841>. Correo electrónico de contacto: [anarovich@yahoo.com](mailto:anarovich@yahoo.com)

\*\*\* En este trabajo denominamos “Gran Buenos Aires” solo al conjunto integrado por los veinticuatro partidos de la Provincia de Buenos Aires más cercanos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

DOI: <https://doi.org/10.37511/viaiuris.n27a6>

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

## Palabras clave

Atención de la salud, acceso a la atención, acceso a los servicios de salud, derecho a la salud, equidad en la atención, primer nivel de atención, barreras de acceso a la atención.

# Access to care in Greater Buenos Aires. An analysis of the problem in the framework of the right to health

*Ana Ariovich*

## ABSTRACT

This work develops some theoretical guidelines that place accessibility to health care as a relevant dimension in the problem of equity in the exercise of the right to health care. In this framework, and from a perspective that seeks to articulate the dynamics deployed in health institutions and the behavior of families that are part of the reference area of such facilities, the objective is to analyze effective access to care. With this purpose, it is inquired about the periodicity of the consultations and the place occupied by the services of the first level in the use of the health system in two municipalities of Greater Buenos Aires\*\*\*\*: Malvinas Argentinas and San Fernando. The design of the study is descriptive and analytical, besides triangulates quantitative secondary data (resulting from a probabilistic survey of households in both municipalities) with qualitative primary information. The latter is the result of in-depth interviews with the professionals of the centers that make up the first level and with the population that uses them. It is concluded that the frequency with which families attend these establishments is—in general—adequate; the role played by social workers is highlighted. However, attention by spontaneous demand occupies an undesirable place in these institutions as a gateway to the health system, causing important barriers in access to health.

---

\*\*\*\* In this paper, we refer to Gran Buenos Aires as the only group formed by the twenty-four parties of the Province of Buenos Aires, closer to the Autonomous City of Buenos Aires.

## Keywords

Health care, access to care, access to health services, right to health, equity in care, first level of care, barriers to access to care.

# Acesso para cuidar na Grande Buenos Aires. Uma análise do problema no marco do direito à saúde

*Ana Ariovich*

## RESUMO

O trabalho desenvolve algumas diretrizes teóricas que colocam o acesso aos serviços como uma dimensão relevante no problema da equidade no exercício do direito à saúde. Nesse contexto, e a partir de uma perspectiva que busca articular as dinâmicas apresentadas nas instituições de saúde e os comportamentos das famílias que fazem parte da área de referência desses estabelecimentos, objetiva-se analisar o efetivo acesso ao cuidado. Com este propósito, questiona-se sobre a periodicidade das consultas e o lugar que os benefícios de primeiro nível ocupam no uso do sistema sanitário em dois municípios da Grande Buenos Aires: Malvinas Argentinas e San Fernando. O desenho do estudo é descritivo e analítico. Triangular dados secundários quantitativos (resultantes de um levantamento probabilístico de domicílios em ambos os municípios) com informações primárias qualitativas. Este último é o produto de entrevistas em profundidade com os profissionais dos centros que compõem o primeiro nível e a população que os utiliza. Conclui-se que a frequência com que as famílias frequentam esses estabelecimentos é —em geral— adequada; o papel desempenhado pelos assistentes sociais se destaca. No entanto, o cuidado com a demanda espontânea ocupa um lugar inestimável nessas instituições de entrada no sistema de saúde, causando barreiras significativas ao acesso à saúde.

## Palavras-chave

Atenção à saúde, acesso aos cuidados, acesso aos serviços de saúde, direito à saúde, equidade no atendimento, primeiro nível de atenção, barreiras ao acesso aos cuidados.

# Accès aux soins dans le Grand Buenos Aires. Analyse du problème dans le cadre du droit à la santé

*Ana Ariovich*

## RÉSUMÉ

Le travail développe des lignes directrices théoriques qui placent l'accès aux services comme une dimension pertinente du problème de l'équité dans l'exercice du droit à la santé. Dans ce cadre, et dans une perspective qui cherche à articuler les dynamiques affichées dans les établissements de santé et les comportements des familles faisant partie de la zone de référence de ces établissements, l'objectif est d'analyser l'accès effectif aux soins. À cette fin, il est demandé quelle est la périodicité des consultations et quelle place occupent les avantages de premier niveau dans l'utilisation du système sanitaire dans deux municipalités du Grand Buenos Aires: les Malvinas Argentinas et San Fernando. Le plan de l'étude est descriptif et analytique. Trianguler des données secondaires quantitatives (résultant d'une enquête probabiliste sur les ménages des deux municipalités) avec des informations primaires qualitatives. Ce dernier est le produit d'entretiens approfondis avec les professionnels des centres du premier niveau et de la population qui les utilise. Il est conclu que la fréquence à laquelle les familles fréquentent ces établissements est —en général— adéquate; le rôle joué par les travailleurs sociaux se démarque. Cependant, la prise en charge de la demande spontanée occupe une place inestimable dans ces institutions d'entrée dans le système de santé, ce qui entrave considérablement l'accès à la santé.

### Mots-clés

Soins de santé, accès aux soins, accès aux services de santé, droit à la santé, équité dans les soins, premier niveau de soins, obstacles à l'accès aux soins.

## INTRODUCCIÓN

Acorde a los avances del conocimiento sanitario y jurídico, según Crojethovic (2016), la relación entre salud y derecho ha variado y dado lugar a diferentes paradigmas o modelos sucedidos a lo largo de la historia. Como sostienen Castaño (1999) y Sen (1999), en la actualidad la salud se considera, en la mayoría de las sociedades, un bien meritorio (a diferencia de lo que sucede con otros bienes cuya demanda varía en función de las necesidades y de la capacidad de compra de las personas). Esta condición origina derechos fundamentales en las personas y deberes por parte de la sociedad consagrados en constituciones<sup>1</sup> y legislaciones internas de los Estados, así como también en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos<sup>2</sup>; en conformidad con Céspedes Lodoño, Jaramillo Pérez y Castaño Yepes (2002), Balardini et al. (2013), y Bergallo (2013), estas herramientas del derecho se han orientado a garantizar el acceso y la utilización de los servicios y las prestaciones sanitarias, de manera que amplíen de forma paulatina alcances y contenidos en materia de salud.

El acceso a la atención es una de las dimensiones en la que se expresan grandes inequidades en el ejercicio del derecho a la salud, debido a que persisten inaceptables desigualdades entre muchos grupos de población en el acceso a los sistemas sanitarios, tal como lo señala la Organización Mundial de la salud (2011); esta problemática está presente de manera frecuente en las discusiones de salud pública.

Frente a otras temáticas, el acceso a los servicios de salud ha recibido un tratamiento privilegiado por parte de los organismos internacionales de salud. Bajo el lema “salud para todos”, la Organización

Mundial de la Salud (2008) ha venido promoviendo desde la Conferencia Internacional de Alma Ata<sup>3</sup> el desarrollo de la atención primaria de la salud (APS) como la herramienta para incrementar la accesibilidad a la atención y lograr la equidad y la extensión de la cobertura de salud para todas las poblaciones con costos razonables. Algunos años más tarde, otras propuestas como, por ejemplo, la de los Sistemas Locales de Salud (Silos) y la de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) han restablecido en los debates internacionales la preocupación por los problemas de accesibilidad a los sistemas de salud. Con los Silos, la Organización Panamericana de la Salud (1992) ha enfatizado la jerarquía de la gestión local como instancia para lograr la adecuación de la atención a las demandas y necesidades de la población local y mejorar así el acceso y la utilización de los recursos de sanitarios; más recientemente, en el 2010, este mismo organismo ha fomentado el desarrollo de las RISS como un instrumento estratégico para contrarrestar la fragmentación que expresan los sistemas de salud en la región<sup>4</sup> y que condiciona el acceso a la atención. También en la esfera académica el análisis del acceso a los servicios de salud ha sido interpretado como relevante para estudiar los problemas de inequidad y desigualdad en el derecho a la salud por autores como Culyer y Wagstaff (1993). De acuerdo con Andersen (1995), cuando el acceso y la utilización de sus servicios se explica por factores demográficos y vinculados con las necesidades de salud hay equidad; no la hay en los casos en los que las personas consiguen atención sanitaria gracias a recursos que se vinculan con la estructura social a la que pertenecen. En la misma línea, Céspedes Lodoño et al. (2002) han planteado que un sistema de salud es equitativo cuando toda la población tiene igual oportunidad de obtener y usar prestaciones de salud cuando así lo requieran o necesitan, sin importar su capacidad de pago<sup>5</sup>. Esa inequidad remite a un conjunto de

1 En Argentina, la reforma constitucional de 1994 establece que la protección constitucional del derecho a la salud sea la proveniente de los tratados internacionales de derechos humanos (art. 75, inc. 22); no obstante, la salud no llega a ser objeto de un tratamiento explícito como sí lo es la educación o el medio ambiente. Por otra parte, si bien el derecho consagrado por la adhesión a estos tratados supone organizar las garantías instrumentales para su ejercicio efectivo, para Damsky (2006) no está definida a nivel constitucional la distribución de responsabilidades entre los distintos niveles gubernamentales.

2 Como bien señala Bergallo (2013), el derecho a la salud ha sido considerado por las Naciones Unidas en el 2006 como aquel que garantiza la atención en un sistema de salud eficaz e integrado. Balardini et al. (2013) y Bergallo (2013) lo plantean accesible para todos y dan respuesta a las prioridades nacionales y locales de los países.

3 La OMS definió originalmente los lineamientos de la estrategia de la atención primaria de la salud en la Conferencia Internacional de Alma Ata, desarrollada en 1978 en la URSS (OMS, 2008).

4 La OPS ha atribuido esta segmentación/fragmentación de los sistemas sanitarios de la región al predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, a la separación de los niveles de atención como producto de la descentralización de los servicios y a los déficits en la cantidad, calidad y distribución de los recursos (OPS, 2010).

5 Whitehead (1992) ha sostenido que las inequidades deben entenderse como desigualdades innecesarias, evitables e injustas, y no el resultado de la libre elección en relación con la salud; estas inequidades descansan sobre la existencia

problemáticas argumentadas por Lareo (2008) como, por ejemplo, la injusticia social, la ciudadanía diferencial, la exclusión y la marginación. Es decir, asegurar el acceso equitativo a la atención sanitaria abarca desde el reconocimiento constitucional y legal de la salud como un derecho, hasta el diseño y el desarrollo de políticas sociales que afecten a los determinantes sociales de la salud<sup>6</sup>, tal como señala Torres Tovar (2009).

El sistema de salud argentino está asentado sobre la base del que el subsector público asume la provisión pública de servicios y prestaciones a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que estos dispongan de algún tipo de aseguramiento provisto por el subsector de la seguridad social o por el privado<sup>7</sup>. Si bien esta diagramación brinda un alto grado de cobertura en comparación con otros países de la región, existe, según Cetrángolo (2014), una importante desarticulación entre los tres subsistemas que ha llevado a que los logros alcanzados al respecto parezcan exiguos comparados con los recursos asignados al sector<sup>8</sup>. Adicionalmente, el régimen de gobierno federal del país genera intervenciones que Acuña y Chudnosky (2002), así como Maceira (2005), han denominado “segmentadas”, tanto entre la nación y las provincias como entre las provincias y los municipios.

Al igual que en la Provincia de Buenos Aires, en el Gran Buenos Aires (GBA) la fragmentación general

---

de barreras que impiden a las personas obtener condiciones favorables y lograr su pleno potencial de salud. Ante la polisemia de significados que han sido otorgados en los debates teóricos a ambos conceptos, y al recuperar las observaciones de Whitehead (1992), la OPS propone el término *desigualdad* para mencionar las diferencias en salud entre individuos y grupos sociales. Por el contrario, propone la palabra *inequidad* para dar cuenta de aquellas diferencias que se califican como “injustas” (OPS, 2003).

- 6 Los determinantes sociales de la salud refieren a las condiciones sociales y económicas en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos, y dependen de las políticas adoptadas tanto a nivel local como mundial; explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud-OMS, 2008).
- 7 Mientras que los trabajadores formales —tanto estatales como privados— utilizan las instituciones de la seguridad social, los principales beneficiarios del sector público son aquellas personas que no cuentan con obras sociales ni cobertura privada.
- 8 Los recursos que Argentina invierte en servicios de atención de la salud superan el 8% del PIB, uno de los niveles más elevados de América Latina según Cetrángolo (2014).

del sistema sanitario fue profundizada, para Maceira (2005) y Cetrángolo (2014), tras el agudo proceso de descentralización ocurrido en los años noventa, el cual supuso un traspaso de los centros de salud provinciales a la órbita de los municipios. Lejos de ser virtuosa, la transferencia otorgó —como señalan Chiara, Di Virgilio y Ariovich (2010)— una mayor autonomía a los actores subnacionales sin la definición de las responsabilidades a cumplir por cada nivel gubernamental y, de forma paralela, operó sobre municipios con capacidades institucionales y recursos heterogéneos, con lo cual abrió brechas de desigualdad considerables entre estos en el acceso a los servicios y en las modalidades de atención. Actualmente, el GBA cuenta con ochocientos ochenta y cuatro establecimientos públicos sin internación municipales —casi en su totalidad— que conforman el primer nivel de atención; además, dispone de setenta y cuatro establecimientos de mediana o alta complejidad (hospitales) que son mayoritariamente provinciales<sup>9</sup>. Este complejo mapa del subsector público se completa con trece nuevas unidades de pronta atención (UPAS) exclusivamente provinciales<sup>10</sup>, y con programas de salud que coordinan recursos humanos e insumos desde fuentes de financiamiento distintas (nacionales, provinciales y municipales).

Así, entonces, la gestión y la prestación de servicios sanitarios transcurre en el Gran Buenos Aires dentro de un escenario fuertemente segmentado y fragmentado, en el que el análisis del acceso a los servicios brindados por el subsector público cobra particular relevancia y es, precisamente, en ese acceso en el que se ponen en juego las principales problemáticas vinculadas con las desigualdades e inequidades en el derecho a la salud. En este marco, y desde una perspectiva que busca articular las dinámicas desplegadas en las instituciones de salud y los comportamientos de las familias que forman parte del área de referencia de tales establecimientos, el trabajo analiza el acceso efectivo a la atención. Con este propósito indaga sobre la periodicidad de las consultas y el lugar que ocupa el primer nivel en la utilización del sistema sanitario en dos municipios del GBA: Malvinas Argentinas y San Fernando.

- 9 Véase la “Guía de establecimientos con y sin internación y promedio de camas disponibles según dependencia por región sanitaria y partido”, de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, del 2016. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/estadistica/recursos-y-servicios-de-salud/>
- 10 Véase al respecto el artículo de Jiménez (2019).

Luego de desarrollar brevemente la estrategia metodológica que utilizó la investigación, el artículo aborda algunos lineamientos teóricos que ubican el acceso a los servicios como una dimensión relevante en la problemática de la equidad en el ejercicio del derecho a la salud. Posteriormente, se presentan los hallazgos del estudio a través de dos grandes ejes que guiaron el análisis y la discusión de los resultados: a) el uso del primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud; y b) la periodicidad de las consultas en los centros de salud y en las unidades de atención. Finalmente, se exponen las principales conclusiones del trabajo.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio con un diseño descriptivo y analítico que contempló una estrategia metodológica en la que se combinaron datos secundarios cuantitativos con información primaria cualitativa. La intención de esta triangulación fue abordar, a través de distintas técnicas, las diferentes facetas del objeto de estudio, al reunir las miradas de un grupo de profesionales involucrados en los procesos de atención y los puntos de vista de los propios beneficiarios de los servicios. De acuerdo con De Souza y Cruz (1999), este tipo de procedimientos configura una modalidad de validación de los hallazgos y las conclusiones en estudios desarrollados dentro del ámbito de las ciencias sociales.

Con el propósito de analizar el acceso al primer nivel de atención en el municipio de Malvinas Argentinas<sup>11</sup> y de San Fernando<sup>12</sup>, la investigación apeló a la perspectiva de la población destinataria de la política sanitaria local revisitando los resultados de una encuesta probabilística efectuada a cuatrocientos hogares en cada uno de los dos partidos<sup>13</sup>. Poste-

riormente, estos resultados se pusieron en diálogo con un conjunto de sesenta entrevistas realizadas en el marco de esta investigación<sup>14</sup>. Estas buscaron indagar en profundidad sobre la utilización de los servicios, recuperando tanto la voz de los directores, coordinadores y profesionales (médicos, trabajadoras sociales y enfermeras) de los centros de salud que integran ese primer nivel como la de la población que efectivamente los utiliza.

Finalmente, con el objetivo de reconstruir algunos lineamientos muy generales de la política sanitaria en cada contexto municipal, se relevó información secundaria proveniente de documentos de políticas y/o programas municipales y nacionales que se implementan en los centros de salud que integran ese primer nivel de atención.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### La noción de acceso a la salud: debates y perspectivas

Desde la esfera académica, la noción de accesibilidad a la atención de la salud ha sido ampliamente discutida. Una gran cantidad de investigaciones —realizadas en contextos diversos— han considerado el acceso como un problema vinculado, básicamente, a la oferta del sistema, y su análisis se ha centrado en una serie de barreras que actúan como determinantes. Las barreras fueron caracterizadas por Garrocho Rangel y Campos Alanís (2006), así como por Garza Elizondo, Martínez, Núñez-Rocha,

UNGS), efectuada entre finales del 2008 y del 2009 por el Grupo Diseño y Gestión de la Política Sanitaria del Instituto del Conurbano (UNGS), del cual la autora forma parte. La encuesta se realizó sobre una base muestral representativa (construida a partir de fracciones y radios censales), sobre la cual se seleccionaron aleatoriamente los cuatrocientos casos. La unidad de análisis fue “hogares”, y —dentro de estos— se tomó como “respondente” al adulto autoidentificado como el responsable de la atención de las cuestiones vinculadas a la salud de los miembros de la familia. El estudio se focalizó en las especialidades características del primer nivel tales como ginecología/obstetricia, pediatría, adolescencia, clínica y atención de la tercera edad. Asimismo, se consideraron atributos del hogar como la variable “clima educativo”, pobreza estructural y cobertura médica, a fin de analizar condiciones diferenciales desde las que se construye la relación entre la población y los servicios en los procesos de atención.

14 Estas entrevistas se realizaron entre el 2014 y el 2016. Exploraron cuestiones como, por ejemplo, el efector habitual, la frecuencia y los motivos de consulta en la atención de las especialidades básicas, principales obstáculos para obtener atención, el vínculo con los equipos de salud, el tránsito a través del sistema en la atención y algunas prácticas en torno al cuidado de la salud.

11 Malvinas Argentinas es un municipio muy joven, resultado de la división de un partido mayor realizada en el año 1994. Se encuentra ubicada en el segundo cordón del Gran Buenos Aires, al noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En Malvinas Argentinas tanto los establecimientos del primer como los once que conforman su segundo nivel se encuentran bajo la órbita del gobierno local. Véase <http://www.malvinasargentinas.gob.ar/web/>

12 Al igual que Malvinas Argentinas, San Fernando pertenece al segundo cordón del Gran Buenos Aires y también se ubica al noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este municipio, el Gobierno local se encuentra solo a cargo de los efectores que integran el primer nivel de atención (y su único hospital se encuentra bajo jurisdicción provincial). Véase: <http://www.sanfernando.gov.ar/>.

13 Se trata de la “Encuesta a hogares sobre el acceso a la atención de la salud, Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/

Villarreal Ríos y Moreno Monsiváis (2008), como geográficas; por ejemplo, en los casos en los que la localización de los establecimientos es distante (en términos de espacio territorial o trayectos temporales de viaje) respecto al domicilio de las familias pertenecientes al área de referencia; asimismo, cuando un accidente geográfico o una barrera construida por el hombre dificultan el acceso hasta los centros de salud. Los problemas derivados de las características organizacionales de los propios efectores de salud han sido definidos, en cambio, como barreras institucionales-administrativas. Los procedimientos administrativos, la capacidad de respuesta institucional en términos de cobertura, oferta e infraestructura y la coordinación interinstitucional en la prestación delimitan y definen el acceso de la comunidad a la atención según las investigaciones realizadas por Mogollón Pérez y Vázquez (2008), y por Rodríguez y Roldán (2008).

En esta línea teórica que considera la problemática del acceso como un atributo de la oferta, Donabedian (2003) analiza la accesibilidad en términos de la capacidad del sistema de producir prestaciones y servicios acordes a las características y las necesidades de salud de una población determinada. Esta capacidad involucra dos dimensiones: una geográfica y otra sociorganizativa. Mientras que la primera se refiere a la distancia entre los servicios y los usuarios, la segunda apunta a todas las características de la oferta que pueden facilitar o limitar el uso potencial de las personas de los servicios (como, por ejemplo, los equipos profesionales, los recursos sanitarios y los tecnológicos).

En trabajos como el de Comes y Stolkiner (2005), o como el de Epele (2007), el énfasis está puesto en el abordaje de aquellas barreras culturales y/o simbólicas que se expresan entre el personal profesional o administrativo de los servicios y las familias de la comunidad; estas barreras muchas veces terminan condicionando el acceso a la atención. De acuerdo con Almeida et al. (2006), las prestaciones deben guardar cierta aceptabilidad respecto a las expectativas y los valores culturales de los usuarios, así como deben contemplar integralmente los distintos aspectos involucrados en la vida de las personas a fin de no quedar restringidas a la atención y el tratamiento de la enfermedad.

El revés de esta aproximación, que se focaliza en las condiciones del sistema, es entender la accesibilidad desde la esfera de la población. Desde

esta otra óptica los problemas del acceso fueron referidos, principalmente, a las condiciones de vida que experimentan las familias, y las investigaciones han estado orientadas a conocer el impacto de las barreras económicas en el acceso a la atención (aun en contextos en los que los sistemas sanitarios públicos garantizan cierto nivel de cobertura); así, factores como, por ejemplo, el pago de servicios y la falta de ingresos para trasladarse hasta el centro de salud o para comprar insumos y/o medicamentos, previstos en los tratamientos, han sido los más resaltados en los estudios de Restrepo et al. (2006), de Mejía Mejía, Sánchez Gandur y Tamayo Ramírez (2007) y de Adasko (2011).

Por el contrario, algunos otros autores —entre los que se destacan Stolkiner y Gómez (2012), y Wallace y Enriquez Haass (2001)— plantean perspectivas complementarias y entienden que el acceso se define en la compleja relación que se establece entre los servicios y la población; desde esta mirada, los sujetos también construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios. En esta línea, Frenk (1985) considera la accesibilidad como un proceso de búsqueda y obtención de atención que depende de las condiciones que presentan la organización del sistema y los obstáculos que este define, así como de las *capacidades o recursos* de la población para superar esos obstáculos. Este autor plantea tres dimensiones en las cuales esas capacidades o recursos de la población interaccionan con los obstáculos del sistema, de manera que dan lugar a niveles diferenciales de acceso a la atención: i) una dimensión *ecológica* que relaciona los problemas ligados a la ubicación de los lugares de atención con los recursos de tiempo disponible y la posibilidad de transporte; ii) otra *financiera*, que vincula los costos en la obtención de la atención con la capacidad financiera de los usuarios; y iii) una tercera asociada con aspectos organizacionales en la que ciertos obstáculos *administrativos* de los efectores (como, por ejemplo, las demoras para otorgar turnos y los tiempos de espera para la atención) interaccionan con las disponibilidades de tiempo por parte de los destinatarios.

Las diferencias más relevantes entre las propuestas que atienden de forma paralela a la esfera de los servicios y a la comunidad las encontramos a la hora de definir las variables que forman parte del proceso en el que se define el acceso a los servicios. Mientras algunos investigadores como Frenk (1985) circunscriben la accesibilidad a la trayectoria que



va desde la búsqueda hasta el inicio de la atención (e incluyen en su análisis los elementos que obstaculizan o facilitan la obtención de dicha atención), otros enfoques como, por ejemplo, los que sostienen Andersen (1995), Travassos y Martins (2004), o Levesque, Harris y Russell (2013), otorgan a la problemática un alcance mayor. Para estos, el acceso abarca además factores tales como las necesidades de salud que dan origen a la demanda de atención, el proceso de toma de decisiones que antecede a la búsqueda de la atención, la continuidad en la utilización de las prestaciones y los resultados luego del contacto inicial con los servicios.

La aproximación que asume este trabajo es aquella que contempla un enfoque relacional. Supone pensar la accesibilidad como un problema complejo que requiere analizar las interacciones que se producen entre la oferta y la modalidad de los servicios (atendiendo a los recursos físicos, tecnológicos y humanos, a cuestiones organizacionales y a las acciones de los actores comprometidos en las prestaciones) así como a las decisiones, las necesidades, las expectativas y las prácticas de las personas destinatarias en torno a su salud (referidas en los modelos teóricos más amplios). Asimismo, y en línea con una orientación integral de la salud como la que propone el enfoque de la atención primaria en salud (APS), considera que la accesibilidad no se limita a la obtención de atención (al controlar determinados factores que puedan estar actuando de barreras tanto desde la esfera de la población como desde el sistema). El acceso a la atención también contempla, como enfatiza la Organización Mundial de la Salud (2008), la utilización oportuna y continuada por parte de las personas y sus familias de servicios de tratamiento, de prevención y de promoción, de manera coordinada entre los distintos niveles del sistema y acorde a las necesidades de la comunidad.

En suma, podemos sostener que el acceso al sistema sanitario se refiere a la posibilidad de que una persona pueda obtener atención y utilizar servicios integrales de salud que consideren sus expectativas y necesidades, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable, a lo largo del tiempo y coordinadamente entre los diferentes niveles de complejidad del sistema. Esto implica garantizar desde el sistema cuestiones como una adecuada localización del efector de salud respecto de la población a la cual atiende, equipamientos e infraestructura apropiados, una oferta de especialidades (no limitadas al tratamiento

de la enfermedad) y acorde a las necesidades y valores de la comunidad de referencia, una amplia franja horaria de atención, un pertinente sistema de turnos, equipos de salud que trabajen de manera articulada (tanto dentro del mismo efector como con otros niveles de complejidad) y canales apropiados de interacción con la comunidad. Sin embargo, desde la esfera de la población, el acceso a la atención supone poner en juego una serie de saberes, decisiones, comportamientos y prácticas para el cuidado de la salud de sus integrantes (muy influenciados por las condiciones de vida que estas experimentan).

### ***El uso del primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud***

El análisis de los efectores de salud que se utilizan para ingresar al sistema sanitario aporta a la comprensión, por una parte, de los modos en los que las familias obtienen atención y, por otra, de la capacidad del primer nivel para captar de manera temprana los problemas y las necesidades vinculadas con la salud de la población para garantizar un acceso oportuno a la atención.

En los municipios de San Fernando y Malvinas Argentinas los efectores pertenecientes al primer nivel de atención —en el que se desarrollan las estrategias de APS— reciben el nombre de “centros de salud” y “unidades de atención, respectivamente, y se encuentran bajo la órbita jurisdiccional del Gobierno municipal. En ambos casos de estudio, los resultados de la encuesta revisitada muestran que la población local privilegia la utilización de este tipo de instituciones en las consultas habituales a los especialistas de la atención primaria; en San Fernando, esta tendencia se muestra más favorable. Sin embargo, el ingreso al sistema de salud a través de establecimientos de mayor complejidad (tanto hospitales públicos como clínicas privadas) es aún muy significativo<sup>15</sup> (tabla 1).

La cercanía geográfica con este tipo de establecimientos es el factor más destacado entre las familias para utilizar el primer nivel de atención y evitar los tiempos de desplazamiento o los costos

15 Los resultados de la Encuesta ENES-Pisac (2014/15) muestran una tendencia más marcada aún en la utilización de instituciones de alta complejidad (privadas o públicas) por parte de los argentinos, frente al uso de establecimientos del primer nivel de atención (Mario, 2018).

**Tabla 1. Lugar de consulta habitual, San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009**

Lugar de consulta habitual	San Fernando	Malvinas Argentinas
Centro de salud/unidad de atención	62,4%	55%
Efectores de mediana y alta complejidad (hospitales y clínicas privadas)	37,6%	45%
Total	100% (436)	100% (400)

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta a hogares sobre la atención de la salud, Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS)

que implica el traslado con transporte público, en especial entre quienes disponen de menores recursos económicos, son cuestiones muy tenidas en cuenta en el proceso de búsqueda de atención médica dentro del sistema de salud. Para Olga, quien trabaja como empleada doméstica y cuya rutina diaria comienza muy temprano, el centro de salud resulta el lugar más cómodo para atender a sus seis hijos, dos de los cuales son muy pequeños y demandan bastantes controles de salud (tres años y tres meses, respectivamente).

La dificultad y para nosotros es el tiempo, el tema de trabajo, a veces los horarios de uno. [...] No, acá, más cerca. Lo que pasa es que ir a otro lado ya tenés que trasladarte, los horarios no te dan. Y por comodidad. (ENT n.º 6: Olga, usuaria del Centro de Salud Bertres, Municipio de San Fernando, p. 3)

La proximidad del hogar con el centro de salud o con la unidad de atención facilita de alguna manera el uso de las prestaciones a lo largo del tiempo y la atención del conjunto de los integrantes del grupo familiar. Al igual que en los hallazgos de otras investigaciones sobre la utilización de los servicios de salud, esta cercanía parece conducir a relaciones de familiaridad con las instituciones y a una valoración positiva de sus equipos profesionales (Di Virgilio, 2003; Pozzio, 2009).

Y porque yo conozco, estoy cerca del centro, porque tienen muy buenos doctores, doctoras y bueno es buena la atención. Te atienden bien, si no me gusta como atienden no los traería, a pesar de que no hay pediatra, no hay pediatra acá. Te toman la presión, todo de arriba a abajo

[...] estoy cerca, y acá como diez años que vengo. (ENT n.º 8: Sonia, usuaria Centro de Salud Bertres, Municipio de San Fernando, p. 2).

Es más cerca, me gusta más, el trato de las doctoras, la gente bueno. La pediatra, la clínica también me gusta el trato que tiene, porque no es de esas que por ahí te apuran o te tratan todo mal o vos venís con algo urgente o no tenés turno y le hablás y te dicen bueno valla al hospital, ella si te puede atender te atiende la clínica [...] desde que vine la primera vez, hace un montón, que ella no sé nos hizo una encuesta para el barrio y yo hacía poco tiempo que me había mudado y me gustó el trato que tenía y me gustó como era tranquila (...) yo con todos mis hijos que tuve de los doce la única que me trató mal es la enfermera, pero de los médicos no tengo nada que hablar viste. (ENT n.º 12: Cristina, usuaria Centro de Salud Piaggj, municipio de San Fernando, p. 2)

Desde la perspectiva de los directores a cargo de los centros que integran el primer nivel en San Fernando, las dificultades para que este se convierta verdaderamente en puerta de entrada al sistema sanitario y garantice la atención se vinculan con una serie de factores: la reducida franja horaria que ofrecen los establecimientos, la ausencia de determinados especialistas dentro sus equipos de salud y la cantidad inadecuada de recursos humanos disponibles para cubrir la demanda de la población que asiste sin turnos planificados. Estas cuestiones integran el conjunto de las barreras de accesibilidad a la salud que han sido definidas en la literatura como organizacionales o institucionales-administrativas (Mogollón Pérez y Vázquez, 2008; Rodríguez y Roldán, 2008),

El centro de salud tiene que tener más recurso humano, para mí con dedicación exclusiva, con una buena cobertura de tiempo, porque tiene que haber accesibilidad del vecino al centro de salud, hay que poder atender a esa persona, sino se va al hospital o a otro lado o se pierde, hay que poder abordar a la comunidad, a la demanda espontánea (ENT n.º 41: director de un Centro de Salud, municipio de San Fernando, p. 4).

Lo manejamos a través de los médicos generalistas haciendo control del niño sano, pero hay muchos que se escapan, porque no tenemos suficiente oferta de turnos para cubrir a todos [...] la estrategia que yo impuse es que un generalista

como yo puede atender chicos sanos, estamos cubriendo la demanda a través de los médicos generalistas, pero necesito un pediatra. (ent n.º 44: director de un Centro de Salud, municipio de San Fernando, p. 6)

Entre las familias que concurren a los centros de salud de este municipio también se encuentran relatos que refieren a problemáticas tales como la ausencia de ciertos perfiles profesionales claves para la atención primaria o la dificultad de satisfacer la demanda no programada en estos establecimientos, especialmente en torno a la atención pediátrica: “No, antes había otros pediatras, ahora no hay pediatra, antes lo atendía con Forti, estaba ahí, después si no hay pediatra acá hay que ir a otro lado” (ENT n.º 4: Jélica, usuaria Centro de Salud Piaggi, municipio de San Fernando, p. 6). Asimismo:

El otro día que vine con él, se brotó todo, vine a las seis y media de la mañana para sacar un turno y vino la doctora y dijo hoy no voy a dar sobretornos (...) a veces ellos tienen muchos chicos para control y no tienen muchos lugares para un chico enfermo (...) Acá podes estar a las seis de la mañana y no te los atienden, en el

hospital por ahí tardas pero atender te lo atienden seguro. (ENT n.º 18: Paola, usuaria Centro de Salud Piaggi, Municipio San Fernando, p. 5)

En ambos partidos, la utilización de efectores de salud privados o públicos está fuertemente marcada por la disponibilidad (o no) de los miembros del hogar de otra cobertura social diferente a la que brinda el Estado. A pesar de esto, una proporción apreciable de población con obra social concurre habitualmente a los establecimientos públicos pertenecientes al primer nivel para atenderse en las especialidades básicas (un 20% o más, dependiendo de la especialidad) (tabla 2).

Gladis y Laura, quienes están embarazadas y tienen hijos pequeños, prefieren, por ejemplo, realizar los controles obstétricos y las consultas pediátricas en la “salita” del barrio en lugar de asistir a efectores pertenecientes a la seguridad social; además de estar cerca, la salita les permite evitar los tiempos de espera y los procedimientos que les demanda obtener atención médica a través de su obra social:

Como ellos tienen muchas vueltas para ver si llaman por teléfono y te habilitan para hacerte esto,

**Tabla 2. Lugar de consulta habitual en las especialidades básicas según tipo de cobertura en salud del jefe del hogar, San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009**

Lugar de consulta	San Fernando						Malvinas Argentinas					
	Obstetricia O.Soc /prep. / Ginecología		Pediatria		Medico Clínico		Obstetricia/ Ginecología		Pediatria		Medico Clínico	
	O.Soc / Prep.	Cober públ.	O.Soc / prep.	Cober públ.	O.Soc / prep.	Cober públ.	O.Soc / prep.	Cober públ.	O.Soc / prep.	Cober públ.	O.Soc / prep.	Cober públ.
Centro de salud	26,8%	79,1%	22,4%	73,3%	24,6%	75,2%	19,7%	47,6%	23,9%	55,5%	23,9%	56,1%
Hospital público del municipio	3,9%	4,9%	2,2%	2,4%	6,1%	9,2%	7,7%	19,5%	3,4%	7,9%	10,3%	13,4%
Otro hospital público	2,2%	4,4%	0,4%	1,9%	3,1%	6,3%	6%	7,9%	4,3%	4,9%	7,7%	3%
Clínica o sanatorio privado	39,0%	4,9%	22,8%	0,5%	40,8%	4,9%	46,6%	9,1%	30,3%	6,7%	43,6%	7,9%
Consult. particular	20,2%	2,9%	10,5%	2,4%	17,5%	1,9%	9,4%	7,9%	6,4%	9,8%	8,5%	7,9%
En su domicilio	0%	0,5%	0%	0,5%	0,9%	0%	0,4	0,6%	0%	0%	0,9%	0%
Ns/Nc	4,4%	0%	7,0%	4,4%	0,9%	0,5%	2,6%	2,4%	0,4%	1,2%	0%	1,2%
No consultó	3,5%	3,4%	34,6%	14,6%	6,1%	1,9%	7,7%	4,9%	31,4%	14%	5,1%	10,4%
Total	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (235)	100% (165)	100% (235)	100% (165)	100% (235)	100% (165)

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta a hogares sobre la atención de la salud. Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS)

para hacerte lo otro, entonces como yo siempre tengo la salita cerquita, siempre uso la salita [...] lo que quiero decirte es que allá también tengo laboratorio gratis, ecografías gratis, todo gratis, sin embargo a veces cuando lo quiero usar es como que tengo que esperar no se cuánto tiempo porque ellos tienen que llamar para ver si se hace cargo la obra social, si lo autorizan. (ENT n.º 23: Gladis, usuaria Unidad de Atención Santa María, municipio Malvinas Argentinas, p. 7)

Me queda bien, a mí me gusta como atienden acá. Yo te digo, vos vas a la obra social tenés que ir un día, sacar un turno, te mandan a la capital, tenés que esperar quince días porque no te lo dan rápidamente, no te lo dan en el día como acá ni a la semana, venís a la obra social te atiende la doctora, si no faltó ese día, si faltó vos tenés que hacer todo de nuevo, la autorización del turno anterior no te sirve y bueno todo eso se me complica porque tengo dos bebés, es mucho, no tengo con quien dejarlos. (ENT n.º 26: Laura, usuaria Unidad de Atención Santa María, Municipio Malvinas Argentinas, p. 9)

En el caso de Gladis, la elección del centro de salud de Tortuguitas para atender a sus tres hijos que sufren frecuentemente de asma y alergias se relaciona, en cambio, con una desconfianza en la calidad de la atención brindada en los servicios de salud de su obra social:

Yo tengo obra social, pero no me sirve de nada porque tengo que pagar bono pero vos te estás muriendo y no te hacen nada [...] En cambio acá yo vengo, digo tiene esto, esto y esto, y ella me dice bueno hacele una placa, hacele esto, hacele lo otro y yo voy al Polo y me los hacen. Porque yo presento los papeles de la obra social y me los hacen enseguida. En cambio, en mi otra social, cero a la izquierda, no te atienden, no te hacen ningún estudio. (ENT n.º 34: Gladis, usuaria Unidad de Atención Tortuguitas, municipio Malvinas Argentinas, p. 7)

Mientras que en San Fernando, el centro de salud concentra aproximadamente el 70 % de las consultas de los hogares en situación de pobreza estructural en las tres especialidades básicas. En Malvinas Argentinas, estas instituciones de proximidad con el territorio parecen ser menos receptivas en la atención de las familias más vulnerables: las unidades de atención convocan a menos de la mitad de estas

familias. Una excepción parece ser el servicio de pediatría, el cual registra casi un 55% de consultas.

A pesar de las dificultades experimentadas en las condiciones de vida, los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI)<sup>16</sup> también concurren a establecimientos privados (en especial clínicas y sanatorios). En Malvinas Argentinas los porcentajes son bastante más elevados que en San Fernando, y alcanzan valores cercanos al 30% (tanto en las consultas ginecológicas/obstétricas como en las clínicas). La utilización de un policonsultorio por parte de Mónica ilustra claramente esta situación, que parece presentarse más desfavorablemente en Malvinas Argentinas. Actualmente desocupada, Mónica habita una vivienda muy precaria<sup>17</sup> junto con sus tres hijos, su yerno y sus tres nietos; si bien los únicos ingresos disponibles en su hogar son aquellos que percibe irregularmente su hijo en una panadería, ella decide pagar consultas periódicas con un especialista clínico y con un traumatólogo en un centro privado cercano a su casa para evitar los largos tiempos de espera<sup>18</sup>.

Cerca de mi casa hay un traumatólogo y desde el 29 de octubre me atiendo con él [...] En un consultorio particular que hay en la esquina de mi casa, porque no encuentro respuesta, porque no entro más al centro, espero mucho, demasiado, la otra vuelta estuve con mi hija que se esguinzó el pié y estuve desde las seis de la tarde hasta las doce de la noche [...] Yo ya fui

16 El concepto de necesidades básicas insatisfechas (NBI) permite la delimitación de grupos de pobreza estructural que experimentan un cúmulo de privaciones materiales esenciales. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la Argentina (1996), se consideran hogares con NBI aquellos que presentan al menos una de las siguientes características: a) vivienda inconveniente (tales como habitaciones de inquilinato, viviendas no destinadas a fines habitacionales o viviendas precarias); b) carencias sanitarias (que no poseen retrete); c) condiciones de hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto); d) inasistencia a la escuela de al menos un niño en edad escolar; e) capacidad de subsistencia (hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria).

17 La vivienda de Mónica carece de agua corriente, instalación de gas y de descarga en el baño. Los ocho integrantes del grupo familiar comparten dos piezas y un comedor cocina (ENT 36: Mónica, Unidad de Atención Tortuguitas, Malvinas Argentinas).

18 Importantes tiempos de espera en la atención con un especialista en los efectores públicos del Gran Buenos Aires (llamado también "Conurbano Bonaerense") también han sido observados en la investigación de Ballesteros (2016).

a otras consultas al otro médico clínico que me deriva a este traumatólogo, ya estuve yendo yo. Lo que pasa es que me manda cócteles, remedios, calmantes fuertes para poder andar, para hacer las cosas. (ENT n.º 36: Mónica, usuaria Unidad de Atención Tortuguitas, municipio Malvinas Argentinas, p. 8) (tabla 3)

Es destacable que en los dos municipios, tanto médicos como coordinadores y directores de centros o unidades de atención han valorado significativamente las acciones que despliegan las trabajadoras sociales para mejorar el acceso de las familias del área programática a estas instituciones de atención primaria. En especial, ha sido señalado el rol de estas profesionales en torno a la captación y el seguimiento de embarazadas y niños.

Y con el boca a boca si hay una embarazada que no venga controlarse la busca la trabajadora social, si faltan la trabajadora social va a buscar a las chicas que abandonan [...] la búsqueda de pacientitos que no vienen [...] va a los juzgados de menores. (ENT n.º 53, pediatra de un Centro de Salud, municipio de San Fernando, p. 6)

La trabajadora social realiza el relevamiento sobre historias clínicas y los niños que no han venido al control pediátrico o las embarazadas que no han venido al control obstétrico les programa la atención, el turno, y se los envía a ese domicilio, ese turno para la atención [...] o cuando sale a hacer las visitas si es un caso que implica mayor atención lo visita para ver que está pasando con la familia o le llama la atención a la mamá, y se le hace la asistencia médica, social. (ENT n.º 48, coordinadora de una unidad de atención, municipio Malvinas Argentinas, p. 11)

Correlato de la importancia del desempeño de estas trabajadoras sociales en torno al acceso a la atención en los servicios del primer nivel es el vínculo de proximidad que muchas de ellas logran establecer con la población que presenta mayores necesidades. Así, con familias muy numerosas y con escasos ingresos provenientes del trabajo informal de sus parejas, Sonia y Ester enfrentan una situación socioeconómica muy crítica; asimismo Ana, quién cuenta únicamente con una jubilación para mantener un hogar con varios miembros. En este contexto, las tres expresan un agradecimiento a la “ayuda” recibida por la “asistente social” para acceder a

**Tabla 3. Lugar de consulta habitual en las especialidades básicas según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009**

Lugar de consulta	San Fernando						Malvinas Argentinas					
	Obstetricia/ ginecología		Pediatria		Medico clínico		Obstetricia/ ginecología		Pediatria		Medico clínico	
	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.
Centro de salud	40,5%	70,5%	23,9%	69,3%	36,8%	68,7%	23,9%	41,6%	24,4%	54,8%	30,3%	46,4%
Hospital público del municipio	4,5%	3,6%	2,6%	1,8%	7,4%	7,2%	14,1%	10,2%	6,4%	3,6%	14,1%	7,8%
Otro hospital público	3,3%	3,0%	1,5%	0,6%	4,8%	4,2%	6%	8,4%	4,7%	4,8%	7,7%	3,6%
Clínica o sanatorio privado	27,9%	14,5%	14,5%	8,4%	29,4%	14,2%	36,3%	23,5%	25,2%	13,9%	32,9%	22,9%
Consult. particular	18,6%	1,2%	10,4%	0,6%	14,9%	2,4%	11,1%	5,4%	9,8%	4,8%	9%	7,2%
En su domicilio	0,4%	0%	0,4%	0%	0,4%	0,6%	0,9%	0%	0,4%	1,2%	0%	1,2%
Ns/Nc	1,9%	3%	7,4%	3%	1,1%	0%	1,7%	3,6%	0%	0%	0,4%	0,6%
No consultó	3%	4,2%	30,5%	16,3%	5,2%	2,4%	6%	7,2%	29,1%	16,9%	5,6%	10,2%
Total	100% (270)	100% (166)	100% (270)	100% (166)	100% (270)	100% (166)	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta a hogares sobre la atención de la salud. Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS)

planes sociales que les permiten cubrir parte de las demandas alimentarias de sus grupos familiares:

La asistente social me ha atendido también muy bien y por ella tengo el Plan Gurí. [...] Tenemos una tarjeta de alimentos que me dan cien pesos. (ENT n.º 8: Sonia, usuaria Centro de Salud Bertes, Municipio San Fernando, p. 10)

Quise en su momento ir a ver a Anita (se refiere a la trabajadora social del centro) para que me dé una ayuda. Yo nunca pedí una ayuda, pero hace un par de años le pedí a ver si me podían dar aunque sea la caja de la mercadería y ella me la dio [...] (ENT n.º 16: Ester, usuaria Centro de Salud Piaggi, municipio San Fernando, p. 8)

Y además a mí acá la asistente social me dió el Promunif para el chiquitito, así que gracias a ella ya tengo una ayuda más [...] El Promunif, para chicos con problema de bajo peso, con problemas de páncreas, gastritis todo eso [...] con eso compro mercadería para ellos. (ENT n.º 31: Ana, usuaria Unidad de Atención Tortuguillas, municipio Malvinas Argentinas, p. 8)

### La periodicidad de las consultas en los centros de salud y en las unidades de atención

Con las dificultades que supone captar —desde la mirada de las familias que se reconocen como usuarias de los de servicios del primer nivel— las interacciones que se establecen entre estos y la población local, este apartado busca delinear ciertos patrones en la utilización de las prestaciones que allí se brindan. ¿Cuál es la periodicidad con que las familias realizan sus consultas en los centros de salud y en las unidades de atención?, ¿la regularidad en la atención es similar para las distintas especialidades ofrecidas?, ¿está condicionada la frecuencia en las consultas por las características que presentan estas familias?, ¿cuáles son las principales dificultades que experimenta la población que utiliza estos establecimientos para obtener atención?

Entre las familias que concurren a las instituciones dedicadas a la atención primaria de la salud, la frecuencia de visita a sus especialistas es —en general— alta. En ambos partidos del Gran Buenos Aires, las consultas que tuvieron lugar en estos efectores se hicieron en más de un 80% de los casos en un lapso temporal menor a los dos años; las que se

realizaron dentro del primer año superan el 70%, con excepción de lo que sucede con las consultas ginecológicas/obstétricas en Malvinas Argentinas. Este último porcentaje, referido a las consultas efectuadas en un periodo inferior al año, es coincidente con el valor promedio de consultas registradas dentro del año en el Conurbano Bonaerense por la Encuesta ENES-Pisac (2014/15)<sup>19</sup>.

Interesa resaltar que la menor periodicidad de consulta registrada (más de dos años) recae en los dos municipios sobre la atención ginecológica/obstétrica, y que en Malvinas Argentinas casi un 10% de las familias que forman parte de la población de referencia de estos establecimientos nunca visitó a un especialista en medicina general<sup>20</sup> (tabla 4).

Determinados factores de orden demográfico facilitan el contacto de las mujeres con los servicios de salud, como, por ejemplo, el desarrollo de las distintas etapas del ciclo femenino (pubertad, menopausia, posmenopausia) o de las actividades vinculadas con las funciones reproductivas (anticoncepción, embarazo, parto, puerperio, lactancia) (López y Mario, 2009); no obstante, muchas veces la sobrecarga de tareas en mujeres que son madres y trabajan fuera del hogar (Ariza y De Oliveira, 2004; Jelín, 2010; Martínez Franzoni y Camacho, 2007; Wainerman, 2009)<sup>21</sup> parece obstaculizar la obtención de atención e incluso ocasionar discontinuidades en los tratamientos de acuerdo con varias de las entrevistadas. Pese a haber recibido un diagnóstico ginecológico adverso, Estela —con cuarenta y tres años de edad— no se realiza los controles pertinentes. Ella trabaja varias horas en una casa de familia y solo encuentra

19 Estos datos han sido recientemente publicados por Mario (2018).

20 Los porcentajes de población que nunca realizó consultas en pediatría que aparecen en los distintos cuadros del capítulo pueden estar fuertemente influenciados por aquellas familias que —si bien entraron en la muestra probabilística del estudio— no poseen niños. Al respecto, vale aclarar aquí que la “Encuesta a hogares sobre la atención de la salud, Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS)” incluyó hogares con presencia de un niño menor de seis años, y/o un discapacitado y/o un enfermo crónico; requisitos que apuntaron a capturar en la muestra a aquellos hogares que potencialmente hacen más uso de los servicios de salud.

21 Debido a que la creciente incursión de las mujeres en el trabajo remunerado no ha estado acompañada de apoyo por parte de las instituciones públicas en actividades ligadas al cuidado y/o de una participación equivalente de los varones en la esfera doméstica, se ha multiplicado la carga de trabajo que pesa sobre ellas (Ariza y De Oliveira, 2004; Martínez Franzoni y Camacho, 2007; López et al., 2012).

**Tabla 4. Oportunidad de consulta en el primer nivel en las especialidades básicas, San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009**

Última consulta	San Fernando			Malvinas Argentinas		
	Obstetricia Gineco	Pediatría	Medico clínico	Obstetricia Gineco	Pediatría	Medico clínico
Menos de un año	70,2%	79,4%	75%	60%	80,5%	75,5%
Más de un un y menos de dos	11,8%	2,6%	12,5%	14,1%	1,8%	7,3%
Más de dos años	13,2%	0,7%	7%	16,4%	0%	5%
No recuerda	3,3%	4,8%	2,9%	4,5%	0,9%	2,7%
Nunca consultó	1,5%	12,5%	2,6%	5%	16,8%	9,5%
Total	100% (272)	100% (272)	100% (272)	100% (220)	100% (220)	100% (220)

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta a hogares sobre la atención de la salud. Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS)

tiempo suficiente para ocuparse de la salud de su hijo de siete años y de su nieto de cuatro, a quienes sí lleva regularmente al Centro Piaggi.

Yo tengo que hacerme muchos estudios y no voy por el trabajo, porque uno a veces necesita trabajar porque si no, no comés tampoco [...] yo tengo un tumor muy chiquitito en el útero y hace mucho que no me voy a hacer ver viste, va en los ovarios porque yo no tengo útero, y no me voy a hacerme ver, yo tenía chiquitito como un arroz, no sé si creció o no creció [...] cuando yo puedo vengo a sacarle todos los turnos a mi hijo y a mi nieto, soy así [...]. (ENT n.º 15: Estela, usuaria Centro de Salud Piaggi, municipio San Fernando, p. 5)

Al igual que Estela, Mariana trabaja todo el día y desde hace tiempo que no se hace controles de salud. Ella se levanta a las cuatro y media de la mañana y viaja más de una hora hasta llegar el centro de diálisis en donde trabaja; de regreso por la tarde, recoge a dos de sus hijos en el colegio y al más pequeño en la casa de sus suegros. En la extensa rutina que diariamente lleva Mariana, resulta muy difícil encontrar una oportunidad de obtener atención (al menos en la unidad de salud próxima a su domicilio).

Y el último tiene cuatro años, no en los embarazos todo lo que vos quieras, pero después ya no [...] nada de nada [...]. Y trabajar todo el día me complica, si no trabajo no tengo nada en sí, porque con el padre no, nada [...] si los tengo que traer a ellos sí los traigo [...] porque ponele la mayoría te pide a la mañana venir y yo no puedo venir a la mañana, trabajo de mañana,

entonces yo llego como a las tres y pico de la tarde, cuatro, la mayoría te dan los turnos para la mañana. (ENT n.º 28: Mariana, usuaria Unidad de Atención Santa María, municipio Malvinas Argentinas, p. 7)

En línea con los resultados obtenidos por López et al. (2012), las entrevistadas que están dedicadas enteramente al trabajo dentro del hogar también relegan sus consultas y la realización de estudios de salud ante la falta de tiempo. En estos casos, las obligaciones que impiden realizar oportunamente visitas a los especialistas para atender la propia salud se relacionan con el cuidado de los hijos o con las con las responsabilidades domésticas.

Yo estoy con ellos o me pongo a hacer algo en casa y la verdad que por mí, no soy de ir al médico, salvo los controles cuando estoy embarazada, que si estoy superatenta, después no. El otro día vine a la doctora que hacía años que no venía y me mandó a hacerme un electro y no pude hacerme y ya pasó como un mes y no me hice nada. Y bueno, ya me siento bien, ya está, no vengo nunca porque no me da el tiempo, porque tengo que atenderlos a ellos y no los puedo dejar [...] (ENT n.º 18: Paola, usuaria Centro de Salud Piaggi, municipio San Fernando, p. 8)

Nada, trato de tomar remedios y calmantes y hacer las cosas yo, porque si no se me viene todo encima. No quiero dejar mi casa sola y no quiero dejar las nenas solas tampoco, eso es lo que me pasa. (ENT n.º 36: Mónica, usuaria Unidad de Atención Tortuguitas, municipio Malvinas Argentinas, p. 10)

La oportunidad de consultar a los profesionales del primer nivel es bastante homogénea entre las familias que tienen cobertura pública y las que cuentan con otro tipo de seguro. Si dividimos a la población entre los hogares que disponen de un sistema de seguridad social o medicina prepaga y aquellos que no, observamos que más del 70% de las visitas a las especialidades básicas se hicieron, en ambos casos, durante los dos últimos años (y mayoritariamente en el transcurso del primero). Además, para los dos grupos, de nuevo las consultas más espaciadas se registran en ginecología y obstetricia.

En la atención pediátrica, sin embargo, tanto en Malvinas Argentinas como en San Fernando, las mejores frecuencias de consulta corresponden a las familias que carecen de cobertura privada: en más de un 82% de los casos la última visita al pediatra por parte de estas familias ha sido realizada en el último año, mientras que en las restantes los porcentajes se ubican cercanos al 70% (tabla 5).

Se observan contrastes más relevantes en la regularidad con la que han sido efectuadas las consultas cuando analizamos la presencia de pobreza estructural en los hogares. Las variaciones más significativas se presentan en torno a las citas pediátricas, las cuales exhiben mayores porcentajes en el último año entre la población que presentan NBI: 84% versus 74,5% en San Fernando, y 88,8% versus 71,2% en Malvinas Argentinas. En este partido, las consultas en ginecología/obstetricia son también más usuales entre las mujeres más pobres; en ambos casos, las diferencias pueden deberse a un efecto positivo de las intervenciones focalizadas en la población materno infantil realizadas desde la política sanitaria local<sup>22</sup> (tabla 6).

Asimismo, otras prestaciones brindadas desde los centros y unidades de salud como, por ejemplo, la entrega gratuita de leche en los controles pediátricos y en los obstétricos a través del "Programa Plan Nacer"<sup>23</sup>, traccionan favorablemente la periodicidad

de la atención entre los niños, las embarazadas y las puérperas de familias que experimentan condiciones de vida adversas. Para Carina, quién vive junto con sus siete hijos con los ingresos de su pareja que hace changas de albañilería, asistir regularmente a las consultas en el centro tiene un valor agregado: le permite obtener la leche que necesitan tanto sus dos hijos más pequeños como ella que está amamantando.

Porque cada control de peso de él y la chiquita me dan la leche [...] la de polvo por mes me la dan, cuando vengo, me dan dos kilos, dos cajitas, cuando hay más me dan más por él, para que tome yo, y por la nena [...] Ahora me están dando cuatro, o cinco cajitas, según, si hay mucho acá te dan [...]. Porque está flaca, tuvo paracitos, de los chiquititos. Así que ahora los voy a controlar a los dos juntos. (ENT n.º 11: Carina, usuaria Centro de Salud Piaggí, municipio de San Fernando, p. 10)

## CONCLUSIONES

En sistemas sanitarios que expresan altos niveles de fragmentación y segmentación como el del Gran Buenos Aires, las heterogéneas trayectorias que construyen las familias que han participado del estudio para ingresar al sistema, obtener atención y utilizar los servicios —considerando sus propias condiciones de vida— aportan algunas pistas para comprender los modos en que se van configurando condiciones muy diferentes en el acceso al derecho a la salud en los distintos territorios. Sus recorridos dan cuenta, simultáneamente, de la dotación de recursos y prestaciones de cada municipio, así como de particulares modelos de gestión de la política sanitaria local. Asimismo, refieren a las complejas interacciones que se establecen —en el plano de la atención— entre los equipos de trabajo, las familias y la comunidad en los servicios de salud.

Los resultados muestran que la población residente en ambos municipios privilegia los efectores del

22 Por ejemplo, intervenciones de origen municipal que centran su atención exclusivamente en la población materno-infantil. Las más relevantes son el programa de pediatría "Pibe", por el cual se atiende a niños de entre treinta días y catorce años (Ordenanza Municipal Número 0737/04) y el Programa de Salud Materno Infantil "Mamá Mía" orientado a la salud de las embarazadas y del recién nacido (Ordenanza Municipal Número 0732/04).

23 El programa "Plan Nacer" fue creado en el 2005 por el Ministerio de Salud la Nación con el propósito de reducir las

tasas de mortalidad materna e infantil, brindando cobertura a embarazadas y a niños hasta los seis años de edad sin obra social. Bajo una modalidad de financiamiento por resultados buscó privilegiar el desarrollo de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) en los centros de salud pertenecientes al primer nivel. En el 2012 recibió un nuevo nombre, "Programa Sumar", y amplió su cobertura incorporando a niños de seis a diecinueve años, a adolescentes de hasta diecinueve años y a mujeres hasta los sesenta y cuatro años. Véase <http://www.msal.gov.ar/sumar/>



**Tabla 5. Oportunidad de consulta en el primer nivel en las especialidades básicas según tipo de cobertura en salud del jefe del hogar, San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009**

Última consulta	San Fernando						Malvinas Argentinas					
	Obstetricia/ ginecología		Pediatria		Medico clínico		Obstetricia/ ginecología		Pediatria		Medico clínico	
	O.Soc / prep.	Cobert públ.	O.Soc/ prep.	Cobert. públ.	O.Soc./ prep.	Cobert. públ.	O.Soc./ prep.	Cobert públ.	O.Soc./ prep.	Cobert. públ.	O.Soc./ prep.	Cobert públ.
Menos de un año	64,3%	72,6%	71,4%	82,8%	78,6%	73,1%	60,4%	60,2%	72,9%	86,2%	77,1%	74,8%
Más de uno y menos de dos años	13,1%	11,3%	1,2%	3,2%	9,5%	14%	13,5%	13,8%	2,1%	1,6%	9,4%	5,7%
Más de dos años	11,9%	14,0%	1,2%	0,5%	4,8%	8,1%	17,7%	15,4%	0%	0%	7,3%	3,3%
No recuerda	9,5%	0,5%	2,4%	5,9%	2,4%	3,2%	3,1%	5,7%	0%	1,6%	0%	4,9%
Nunca consultó	1,2%	1,6%	23,8%	7,5%	4,8%	1,6%	5,2%	4,9%	25,0%	10,6%	6,3%	11,4%
Total	100% (84)	100% (188)	100% (84)	100% (188)	100% (84)	100% (188)	100% (96)	100% (124)	100% (96)	100% (124)	100% (96)	100% (124)

Fuente: elaboración propia con base a datos de la encuesta a hogares sobre la atención de la salud. Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS)

**Tabla 6. Oportunidad de consulta en el primer nivel en las especialidades básicas según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009**

Última cónsul.	San Fernando						Malvinas Argentinas					
	Obstetricia/ ginecología		Pediatria		Medico clínico		Obstetricia/ ginecología		Pediatria		Medico clínico	
	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.	Sin NBI.	Con NBI.
Menos de un año	73,1%	67,9%	74,5%	84%	78,4%	71,5%	53,8%	65,5%	71,2%	88,8%	78,8%	72,4%
Más de un año y menos de dos	10,4%	12,4%	2,3%	2,8%	10,4%	14,6%	15,4%	12,9%	2,9%	0,9%	6,7%	7,8%
Más de dos años	13,4%	13,1%	0,7%	0,7%	6%	8%	19,2%	13,8%	0%	0%	3,8%	6,0%
No recuerda	3%	3,6%	7,5%	2,2%	3%	2,9%	4,8%	4,3%	1%	0,9%	2,9%	2,6%
Nunca consultó	0%	2,9%	14,9%	10,2%	2,2%	2,9%	6,7%	3,4%	25%	9,5%	7,7%	11,2%
Total	100% (134)	100% (138)	100% (134)	100% (138)	100% (134)	100% (138)	100% (104)	100% (116)	100% (104)	100% (116)	100% (104)	100% (116)

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta a hogares sobre la atención de la salud. Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS)

primer nivel en las consultas a especialistas de la atención primaria (en San Fernando esta tendencia es más acentuada); incluso algunas familias que cuentan con cobertura social escogen estos servicios de salud frente a otras opciones disponibles a través de sus seguros sociales. Entre quienes concurren habitualmente, la cercanía física y el vínculo de proximidad con sus profesionales constituyen factores determinantes para su utilización.

El ingreso al sistema de salud a través del segundo nivel de atención es aún, no obstante, muy significativo, especialmente en ginecología y obstetricia, así como en las situaciones vinculadas con las urgencias médicas. Los relatos de quienes asisten a los centros de salud en San Fernando y de quienes conforman los equipos de trabajo dejan entrever una problemática bastante concreta para garantizar a la población del área programática la obtención de atención en estos

efectores: la ausencia de ciertos perfiles profesionales claves para la atención primaria. Paralelamente, las consultas en clínicas y sanatorios privados para este tipo de especialidades son bastante relevantes (en ambos partidos), aún entre poblaciones que presentan realidades socioeconómicas muy precarias.

Este uso inadecuado de los niveles de complejidad y la utilización del subsector privado persiste en los itinerarios de las familias para la obtención de atención, a pesar de los esfuerzos de las gestiones locales orientados a consolidar el primer nivel y a coordinar desde allí la atención sanitaria de la población residente. Tanto los objetivos programáticos de aquellas intervenciones focalizadas en la salud materno infantil en Malvinas Argentinas (que buscan convertir a las unidades de atención en “puertas de entrada” al sistema) como las iniciativas del “Fonoturno” y de la “Oficina 5 de referencia y contrarreferencia” en San Fernando (orientados a organizar la demanda, incrementar la accesibilidad y mejorar la articulación entre los servicios) son indicadores de estos esfuerzos.

Al colocar el eje de análisis en los ámbitos institucionales que integran el primer nivel, en los que se encuentran la población local y los responsables de la microimplementación<sup>24</sup> de la política sanitaria, vemos que la oportunidad de consulta entre los hogares que se reconocen como usuarios habituales es alta y se muestra homogénea entre el sector con seguridad social y el que dispone únicamente de cobertura pública. Las variaciones más significativas se presentan en torno a las citas pediátricas y las ginecológicas para los dos partidos, las cuales exhiben mejores frecuencias entre los hogares que presentan NBI; estas diferencias pueden deberse a un efecto positivo tanto de las intervenciones municipales focalizadas en los grupos materno-infantiles como de la provisión de otras prestaciones (por ejemplo, la entrega gratuita de leche). Al igual que en otros estudios desarrollados en el ámbito nacional, quienes experimentan mayores dificultades para cumplir con los controles, estudios y/o tratamientos son las mujeres que trabajan por fuera del hogar.

24 Siguiendo a Berman (1996), se define a la *micro-implementación* de las políticas como el proceso concreto de prestación de servicios para una población determinada, llevado a cabo por organizaciones y agentes locales con sus propios patrones particulares de gestión y rendimiento.

Si bien la frecuencia con la que las familias asisten a estos establecimientos es —en términos generales— buena, la atención por demanda espontánea ocupa un lugar desestimable en estas instituciones de puerta de entrada al sistema sanitario: la reducida concurrencia a los servicios sin turnos previamente otorgados da cuenta de esta situación en los dos departamentos; también es poco usual la posibilidad de elegir día y horario para visitar al especialista (ocurre en menos de la mitad de los casos en San Fernando y en casi una cuarta parte de estos en Malvinas Argentinas). Desde los equipos sanitarios, garantizar la atención de esa demanda espontánea y brindar prestaciones tanto oportunas como acordes a las necesidades y requerimientos de los hogares aparece como un desafío primordial para fortalecer el acceso la población local a la red de centros y unidades de atención. En San Fernando, los profesionales plantean, además, que en estas instituciones la disponibilidad horaria y de recursos humanos es bastante crítica y dificulta desarrollar de forma adecuada estrategias de atención primaria.

Finalmente, el rol de las trabajadoras sociales parece ser clave en el funcionamiento y en las dinámicas que asume la atención en los servicios del primer nivel. Desde los equipos de salud ha sido destacado su desempeño en torno a la captación y seguimiento oportuno de las madres y los niños que forman parte del área de referencia. Además, en el caso particular de Malvinas Argentinas, se ha resaltado su papel en la articulación con otros efectores de mayor complejidad ante la falta de dispositivos formalmente instituidos. A través de la mirada de las entrevistadas que utilizan los centros y las unidades de atención puede jerarquizarse —en cambio— el vínculo que estas profesionales logran construir con las familias más necesitadas. En este marco, recuperamos los aportes de Lipsky (1976) para señalar la crucial posición de los *burócratas del nivel de la calle* (en este caso las trabajadoras sociales) para desarrollar procedimientos y actividades que, transformados en rutinas, modifican objetivos y determinan prioridades en la microimplementación de la política sanitaria que pueden estar distantes de las visiones de las cuales fueron enunciadas las normas de atención. En la misma línea, y de acuerdo con Badaró (2002), la compresión de las instituciones estatales (en este caso sanitarias) debe hacerse entonces al considerar su dinámica cotidiana, plano en el que se sitúan las transformaciones de las reglas “frías” de la política en prácticas modeladas según los criterios de trabajo de propios agentes de dichas instituciones.

## REFERENCIAS

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina. Documento 60*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional de la Fundación Gobierno y Sociedad.
- Adasko, D. (2011). La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende. En *Estado de situación del desarrollo humano y social: barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del bicentenario*. Buenos Aires: Educa.
- Almeida, C. y Macinko, J. (2006). *Validação de metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*. Brasília DF: Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.
- Andersen, R. A. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Ariza, M. y De Oliveira, O. (2004). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo. Universo familiar y procesos demográficos contemporáneos*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Badaró, M. (2002). "Una ventana al país". *Etnografía de un paso de frontera entre la Argentina y Uruguay*. Buenos Aires: IDES.
- Balardini, L., Pautassi, L. y Royo, L. (2013). Derechos en la mira: indicadores de medición en salud y vivienda. En L. Crico, L. Ronconi y M. Aldao (eds.), *Tratado de derecho a la salud* (Vol. 1, pp. 845-868). Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Ballesteros, MS. (2016). Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Revista de Gerencia, Política y Salud*, 15(30), 234-250.
- Bergallo, P. (2013). Argentina: los tribunales y el derecho a la salud. En A. E. Yamin y S. Gloppen (eds.), *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* Argentina: Siglo XX.
- Berman, P. (1996). El estudio de la macro y la micro implementación. En L. Aguilar Villanueva, (ed.), *La implementación de las políticas*. México: Miguel A. Porrúa.
- Castaño, R. A. (1999). *Medicina, ética y reformas a la salud*. Bogotá: Fundación Crecer.
- Céspedes Lodoño, J. E., Jaramillo Pérez, I. y Castaño Yepes, R. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad de los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1003-1024.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 8(13), 145-183.
- Chiara, M., Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010). La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005). *Salud Colectiva*, 6(1), 47-64.
- Comes, Y. y Stolkner, A. (2005). Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137-143.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Ginebra, Organización Mundial de la Salud).
- Culyer, A. J. y Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12, 431-457.
- Crojethovic, M. (Julio-diciembre de 2016). Universalismo en salud. La reconstrucción de un debate sobre los derechos. *Via Iuris*, (21). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273950435002>
- Damsky, I. A. (2006). La construcción del derecho a la salud en Argentina a partir de la



- internacionalización de los ordenamientos jurídicos. En D. Cienfuegos Salgado y M. C. Macías Vázquez (coord.) *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Bioderecho, tecnología, salud y derecho genómico* (pp. 161-206). México: UNAM.
- Dirección de Información Sistematizada. (2016). *Guía establecimientos con y sin internación y promedio de camas disponibles según dependencia por región sanitaria y partido*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/estadistica/recursos-y-servicios-de-salud/>
- De Souza, M. C. y Cruz, O. (1999). Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud. En M. Bronfman y R. Castro (coords.), *Salud, cambio social y políticas*. México: Edamex.
- Di Virgilio, M. (2003). Las estrategias desplegadas en relación a la salud y a la enfermedad. En *Hábitat y Salud. Estrategias de las familias pobres* (pp. 95-118). Buenos Aires: Ediciones Lumiere.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Nueva York: Oxford University.
- Epele, M. (2007). Sobre barreras invisibles y fracturas sociales: criminalización del uso de drogas y atención primaria de la salud. En D. Maceira (ed.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 147-169). Buenos Aires: Paidós.
- Frenk, J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*, 27(5), 438-453.
- Garrocho Rangel, C. y Campos Alanís, J. (2006). Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación. *Revista Economía, Sociedad y Territorio*, VI(22), 347-397.
- Garza Elizondo, M. E., Martínez, A. M., Núñez-Rocha, G., Villarreal Ríos, E. y Moreno Monsiváis, M. G. (2008). Necesidades de accesibilidad para acciones preventivas. Una perspectiva de la población en Monterrey, México en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82(5), 547-557.
- Jiménez, C. A. (2018). Unidades de pronta atención de la provincia de Buenos Aires establecidos en los municipios del Gran Buenos Aires, en los años 2010-2015. Objetivos, contexto y trama sanitaria. *RIEM*, 18(IX), 121-151.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1996). *Perfil de los hogares y de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI)*. Buenos Aires.
- Jelín, E. (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias* (2ª ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Lareo, M. (2008). Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud. En F. Barte, W. Flores y A. Hardoy (eds.), *La inequidad en salud. Hacia un abordaje integral* (pp. 105-127). Argentina: IIED América Latina Publicaciones.
- Levesque, J. F., Harris, M. F. y Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 12-18.
- Lipsky, M. (1980). Part I Introduction. En M. Lipsky, *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services* (pp. 3-23). Nueva York: Russel Sage Foundation.
- López, E. y Mario, S. (2009). La fecundidad en la Argentina 1996-2006: convergencias y divergencias. *Población*, 2(4), 41-57
- López, E., Findling, L., Ponce, M., Lehner, M. P., Venturiello, M. P., Mario, S. y Champalbert, L. (2012). Introducción. Argumentos, conceptos y propósitos. En E. López y L. Findling (coords.), *Maternidades, paternidades, trabajo y salud. ¿Transformaciones o retoques?* (pp. 9-26). Buenos Aires: Editorial Biblos, Sociedad.
- Maceira, D. (2005). *Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino*. Documento Cedes, Buenos Aires: Cedes. Recuperado de: <http://>

- www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Argentina2005final.pdf
- Mario, S. (2018). Servicios de salud: cobertura, acceso y utilización. En J. Piovani y A. Salvia. A. (coords.). *La Argentina en el siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Martínez Franzoni, J. y Camacho, R. (2007). Equilibristas o malabaristas, pero ¿con red? La actual infraestructura de cuidados en América Latina. En M. Carbonero Gamundi y S. Levín (comps.), *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 117-146.
- Mejía-Mejía, A., Sánchez Gandur, A. F. y Tamayo Ramírez, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38.
- Mogollón Pérez, A. S. y Vázquez, M. L. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saude Pública*, 24(4), 745-754.
- Ordenanza Municipal Número 0732-04 [Dirección General de Administración, Secretaría de Gobierno y Monitoreo Institucional]. Municipio de Malvinas Argentinas. Julio 24 de 2004. Recuperado de <http://www.malvinasargentinas.gob.ar/apps/legislacion/seccion-norma.php>
- Ordenanza Municipal Número 0732-04 [Dirección General de Administración, Secretaría de Gobierno y Monitoreo Institucional]. Municipio de Malvinas Argentinas. Agosto 26 de 2004. Recuperado de <http://www.malvinasargentinas.gob.ar/apps/legislacion/seccion-norma.php>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2008). *La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro (Brasil): Organización Mundial de la Salud.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (1992). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, Silos-2, Administración estratégica*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2010). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, Opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Pozzio, M. (2009). *Madres, mujeres y amantes... Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud* (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional de San Martín, Instituto de Altos Estudios Sociales-Instituto de Desarrollo Económico y Social Res, Facultad de Ciencias Sociales, Argentina.
- Restrepo, J., Echeverri, E., Vásquez, J. y Rodríguez, S. (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.
- Rodríguez, S. y Roldán, P. (2008). Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. *Revista Economía del Caribe*, 2, 110-12.
- Sen, A. (1999). *La salud en el desarrollo*. Discurso inaugural pronunciado ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/infwha52/to\\_our\\_health/amar-tya.html](http://www.who.int/infwha52/to_our_health/amar-tya.html)
- Stolkiner, A. y Gómez, S. A. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social-salud colectiva latinoamericana. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 57-67.
- Torres Tovar, M. (2009). Determinantes sociales de la salud, derecho a la salud y APS: vínculo para enfrentar las causas de fondo de la salud. En A.

- Hardoy (coord.), *Salud para todos. Una meta posible* (pp. 189-198). Buenos Aires: Alcueh.
- Travassos, C. y Martins, M. (2004). Acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 190-198.
- Wainerman, C. (2009). De hachas vs. bisturíes en la investigación social. Cómo se hizo la vida cotidiana en las nuevas familias. *Política y Sociedad*, 46(3), 57-75.
- Wallace, S. P. y Enriquez-Haass, V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(1), 18-28.
- Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.