

Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Ballesteros, Matías S. y Freidin, Betina.

Cita:

Ballesteros, Matías S. y Freidin, Betina (2015). *Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009*. e-ISSN: 1851-8265 - *Salud Colectiva*, 11, 523-535.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/matias.salvador.ballesteros/25>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pkrn/p7T>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009

Reflections on the conceptualization and measurement of access to health services in Argentina: The case of the National Survey of Risk Factors 2009

Ballesteros, Matías Salvador¹; **Freidin**, Betina²

¹Magíster en Investigación en Ciencias Sociales. Becario Doctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. matiballesteros@yahoo.com.ar

²Doctora en Sociología. Investigadora Independiente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. freidinbetina@gmail.com

RESUMEN En este artículo reflexionamos sobre la complejidad que presentan la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud. Presentamos los modelos teóricos que habitualmente se utilizan para abordar la temática y las diferentes formas de operacionalizarlos, dando cuenta de sus implicancias para el análisis de los datos y la información obtenida. Tomamos como ejemplo la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en Argentina en el año 2009. Mostramos que esta encuesta ofrece información importante para comprender las desigualdades en el acceso a los servicios de salud; sin embargo, observamos que la forma en que mide y analiza el acceso puede subregistrar la problemática de las barreras en la utilización de los servicios de salud, captando solamente las situaciones extremas.

PALABRAS CLAVES Accesibilidad a los Servicios de Salud; Inequidad Social; Encuestas de Atención de la Salud; Indicadores; Argentina.

ABSTRACT In this article we reflect on the complexity surrounding the conceptualization and measurement of access to health services. We present the theoretical models habitually used to approach the issue and different ways of operationalizing these models, taking into account the implications for the analysis of the data and the information obtained. As an example of this complexity, we analyze the National Survey of Risk Factors [*Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*] conducted in Argentina in 2009. We show that the survey provides important information for understanding inequalities in access to health services. However, the way in which the barriers to access to the health system are measured may underreport the problem by only capturing extreme situations.

KEY WORDS Health Services Accessibility; Social Inequity; Health Care Surveys; Indicators; Argentina.

INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud es una problemática que ha sido abordada en una gran cantidad de estudios y relevada por una gran variedad de encuestas de salud en diversos países. Sin embargo, varios autores coinciden en señalar que existen distintas formas de conceptualizar y operacionalizar el concepto de acceso o de accesibilidad (aquí tomaremos ambos términos como sinónimos). Se observa que estos términos son utilizados en forma imprecisa, y que al no ser siempre clara la definición que se emplea, tampoco lo es su vínculo con el concepto emparentado de utilización de los servicios de salud (1-6).

En el presente artículo reflexionamos sobre las potencialidades y limitaciones que presenta la forma en que esta temática fue abordada por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR) de Argentina. Para ello comenzamos presentando las principales conceptualizaciones teóricas sobre el acceso a los servicios de salud, así como sus respectivas formas de operacionalización. Luego, analizamos los datos de la encuesta y discutimos el alcance y las posibles interpretaciones de sus resultados.

Modelos teóricos para el análisis del acceso a los servicios de salud

Existen distintos modelos teóricos para analizar el acceso a los servicios de salud. Siguiendo a Frenk (1) es posible clasificarlos según el alcance del concepto de acceso. En el sentido más acotado, el acceso refiere al proceso que se extiende desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, y abarca los factores que obstaculizan o facilitan la obtención de la atención. En el sentido más amplio, el acceso también comprende las necesidades de salud, la percepción diferencial de necesidades, el deseo de la atención y el proceso de toma de decisiones, como antecedentes de la búsqueda de atención, así como la continuidad y los resultados de esa atención, luego del contacto inicial con los especialistas (1,4,6).

Acceso a los servicios de salud: alcance acotado del concepto

Entre los modelos teóricos que sostienen el alcance acotado del concepto de acceso, varios autores coinciden en señalar la propuesta de Donabedian y las posteriores elaboraciones de Frenk como algunas de las principales referencias (2,4-6). Donabedian (7) analiza el acceso como un atributo de la oferta de los servicios, pero no simplemente como su disponibilidad, sino como la capacidad de producir servicios en relación con las necesidades de la población. Si bien el acceso es una característica de los servicios, con aspectos que facilitan o limitan el uso potencial, asume un significado cuando entra en relación con las necesidades y capacidades de la población (7); es decir que el acceso es entendido a partir del “grado de ‘ajuste’ entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud” (1 p.439).

Retomando la definición de Donabedian, Frenk (1) plantea que la accesibilidad es producto de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y la obtención de atención generados por la organización de los servicios de salud y las capacidades de la población para superar esos obstáculos, sobre la base de los recursos disponibles en un ámbito geográfico. El autor menciona tres dimensiones a partir de las cuales se relacionan los obstáculos del sistema con las capacidades de la población: 1) la ecológica, que relaciona los problemas que surgen por la ubicación de los lugares de atención con los recursos de tiempo y transporte de los usuarios; 2) la financiera, que vincula los costos de la obtención de atención con la capacidad financiera de los usuarios; y 3) la organizacional, que en los obstáculos incluye las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera mientras que, en las capacidades, incorpora la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras (1). La distancia, los costos o los tiempos de demora que implican la atención no dan cuenta por sí mismos del acceso, sino que lo hacen al ponerlos en relación con el ingreso o el tiempo disponible de una población. Es por ello que son posibles distintas relaciones entre las capacidades de la población y los obstáculos generados por el sistema para un mismo nivel de acceso (1).

Asociado a esta acepción de alcance acotado del concepto de acceso a los servicios de salud, se

utiliza el término *barreras en el acceso*, que suele ser usado para dar cuenta de elementos que impiden o dificultan la obtención de atención, una vez detectada la necesidad. Se incluyen aquí los mecanismos a partir de los cuales el sistema dificulta la utilización de los servicios (disponibilidad del servicio, tiempos de espera, distancia y costos) teniendo en cuenta su relación con las capacidades de la población para superarlos (recursos financieros y de transporte, así como el tiempo libre y la flexibilidad para manejar los tiempos de trabajo).

Por su parte, existen distintas formas de relevar la problemática del acceso, en esta acepción de alcance acotado del concepto, a partir de encuestas poblacionales. Sin embargo, estas tienen en común que indagan sobre los distintos mecanismos mediante los cuales la población que ha sentido la necesidad de utilizar algún servicio de salud no ha podido acceder a él. En ocasiones se consulta sobre la existencia de impedimentos de una dimensión específica por la cual no se pudo acceder a un servicio. Por ejemplo, la encuesta *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (a) solo releva la dimensión financiera, mientras que en otras encuestas se indaga sobre diversas dimensiones de forma conjunta (primero se suele preguntar si hubo algún impedimento y luego cuál/es). Este último procedimiento fue el seguido por la versión española de la Encuesta Europea de Salud (b).

También existen diferencias respecto del universo al que se le realizan las preguntas. Mientras que en algunas encuestas se interroga al conjunto de la población encuestada (como es el caso de las dos encuestas citadas anteriormente), en otras, solo a un subuniverso (por ejemplo, a quienes no consultaron al menos a un profesional de la salud y han sentido un problema de salud en el último mes, como es el caso de la ENFR 2009). Sobre las implicancias que tienen las distintas formas de abordar esta problemática volveremos más adelante.

Acceso a los servicios de salud: alcance amplio del concepto

En los modelos teóricos que sostienen el alcance amplio del concepto de acceso, la perspectiva más utilizada ha sido la de Aday y Andersen (8), así como las posteriores revisiones y actualizaciones de Andersen (9), que incorporan, como parte del

acceso, los determinantes de las necesidades de salud y las percepciones diferenciales de los sujetos ante los cuidados (información, creencias y concepciones de salud, confianza en el sistema médico y tolerancia a los malestares), así como las experiencias previas y los circuitos de retroalimentación de estas con usos futuros de los servicios (2,4,6).

Aday y Andersen (8) sostienen que la utilización de los servicios de salud depende de tres factores. Un primer grupo es el de los predisponentes, que existen de forma previa al surgimiento del problema de salud y que disponen anticipadamente a la utilización de los servicios. Aquí se encuentran los factores demográficos (sexo y edad); los de la estructura social (el nivel educativo, la clase social y la etnia), que están asociados con el estatus social y con el acceso a recursos y habilidades diferenciales para afrontar problemas; y los de información, creencias y concepciones de salud (actitudes y conocimientos sobre la salud y los servicios de salud). Un segundo grupo de factores es el de los capacitantes, que dan cuenta de los medios disponibles para obtener atención de salud a nivel comunitario (disponibilidad de los servicios) e individual (los medios y el conocimiento para utilizar el servicio, como dinero, seguro de salud, los tiempos de espera, etc.). Por último, el tercer grupo de factores es el de las necesidades de salud, entendidas como las condiciones de salud percibidas por las personas. Por lo cual, tanto las condiciones de salud como las percepciones están fuertemente influenciadas por la estructura social y las creencias en salud (8,9).

A su vez, se definen dos dimensiones del acceso: el acceso potencial (la presencia de recursos que habilitan a utilizar los servicios) y el acceso realizado (la utilización de los servicios) (9). El acceso potencial está determinado por los factores capacitantes que, como mencionamos anteriormente, son un subconjunto de los factores que determinan el acceso realizado (utilización). A partir de ello, se plantea que hay equidad en el acceso a los servicios de salud cuando su utilización se explica por factores demográficos y de necesidades de salud. En cambio, hay inequidad cuando la utilización se explica por la estructura social, la información, las creencias y las concepciones de salud o distintos recursos habilitantes. Es decir, cuando alguno de estos factores determina quién recibe el cuidado de salud (9).

La forma de operacionalizar el concepto de acceso a partir del marco teórico de Aday y Andersen (8) es la utilización de los servicios en un período determinado teniendo en cuenta que esta no se explica solo por la accesibilidad, sino que también está mediada por otros factores como las necesidades de salud y los factores demográficos (2,3,6,8,10). A partir de un metaanálisis de estudios de acceso y utilización de servicios de salud, Mendoza Sassi y Beria (10) encontraron que la consulta con el médico durante el último año es el indicador más utilizado para medir el acceso a los servicios de salud.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ANÁLISIS DE LA ENFR 2009

Esta encuesta se llevó a cabo en la Argentina en los años 2005, 2009 y 2013. Fue realizada en forma conjunta por el Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud de la Nación como parte de una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria frente a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La encuesta es considerada un instrumento de vigilancia epidemiológica, en tanto permite realizar un diagnóstico y seguimiento de la evolución de la prevalencia de diversos factores de riesgo de las ECNT en la población (11). El cuestionario de la encuesta indaga sobre el acceso a los servicios de salud, pero también sobre otra gran variedad de temas como autopercepción del estado de salud, realización de actividad física, hábitos alimentarios, consumo de tabaco, consumo de alcohol, peso corporal, utilización de métodos anticonceptivos, realización de estudios médicos preventivos, hipertensión arterial, colesterol, diabetes y lesiones por causas externas (12).

Para diseñar el cuestionario de la primera ENFR, llevada a cabo en el año 2005, se realizó una adaptación transcultural y una validación del cuestionario para la vigilancia de las ECNT propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (11,13).

La ENFR 2009 se realizó sobre la base de un diseño probabilístico multietápico (por conglomerados y estratificado), a través de cuatro etapas. Las primeras tres (departamento, área y vivienda)

corresponden al *marco de muestreo nacional de viviendas*, que recortó el universo en localidades urbanas de 5.000 habitantes y más. En la cuarta etapa, se relevaron todos los hogares encontrados dentro de una vivienda y, para seleccionar a la persona a entrevistar entre los integrantes del hogar, se utilizó la tabla de Kish. En total se encuestaron 34.732 personas. Por las características y el tamaño de la muestra, la encuesta permite realizar estimaciones para cada una de las 24 jurisdicciones del país (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) para personas de 18 años y más, residentes en viviendas particulares de aglomerados de al menos 5.000 habitantes (12). Entendemos que este tipo de muestra puede ser de mucha utilidad para analizar el acceso a los servicios de salud en Argentina, ya que el país cuenta con un sistema de salud descentralizado, cuyas características varían fuertemente según las capacidades y recursos de cada jurisdicción (14,15). En este sentido, cabe destacar que no existen otros antecedentes de encuestas de salud que se realicen con este marco muestral y de forma periódica.

Para analizar la ENFR accedimos a su cuestionario, la base de datos, el manual de códigos y el apartado metodológico de la publicación de la encuesta (12). Esto nos permitió, utilizando el paquete estadístico SPSS 17.0, recodificar los sistemas de categorías originales de algunas variables, crear nuevas variables sobre la base de la combinatoria de otras, así como realizar cruces de variables diferentes a los publicados, siguiendo las problematizaciones teóricas y los cuestionamientos a las formas en que fueron procesados e interpretados los datos. Cabe destacar también que utilizamos los factores de ponderación desarrollados por los realizadores de la encuesta, pero sin expandir los resultados a toda la población.

Para realizar el análisis desarrollado en este artículo construimos la variable *uso potencial de los servicios de salud* con el objetivo de problematizar el peso distinto que tienen las barreras en el acceso al sistema sanitario en diferentes grupos sociales, teniendo en cuenta las posibilidades que brinda el cuestionario de la ENFR 2009. Como se analiza en la próxima sección, los informes de la ENFR 2009 solo captan situaciones "extremas" de las barreras en el acceso en un subuniverso restringido de la población, lo que desvirtúa el peso que tiene la problemática en los distintos grupos

sociales. Con esta nueva variable, nos propusimos dar mayor visibilidad a las diferencias sociales ante las barreras para acceder a una consulta con un profesional de la salud y, a la vez, problematizar teóricamente la existencia de otras barreras en el acceso que no pueden ser captadas por la forma en que está construido el cuestionario, teniendo en cuenta el modelo teórico sobre el acceso a los servicios desarrollado por Frenk (1). Construimos la nueva variable a partir de dos dimensiones: la consulta con un profesional de la salud en el último mes y haber sentido un malestar o problema de salud en el último mes. A partir de su combinatoria construimos tres categorías: 1) quienes consultaron con al menos un profesional de la salud, 2) quienes no consultaron y no sintieron malestares, y 3) quienes no consultaron y tuvieron un malestar o problema de salud. Luego, entre quienes tuvieron un malestar y no consultaron, diferenciamos los motivos de la no consulta.

Además, como en las publicaciones de la encuesta se trabaja con *ingreso total del hogar* sin tener en cuenta la cantidad de miembros, incorporamos la variable *ingreso per cápita del hogar*.

RESULTADOS

Medición del acceso a los servicios de salud: problematización de la construcción de los indicadores dentro del alcance acotado del concepto

La ENFR 2009 indaga sobre la utilización y el acceso a los servicios de salud. Específicamente tiene una sección del cuestionario en la que se le pregunta a la población si consultó con distintos profesionales de la salud (médico, dentista, psicólogo, psiquiatra, kinesiólogo, fonoaudiólogo o enfermero) durante el último mes. Dado que también incorpora indicadores de autopercepción de la salud (que puede ser considerada como un indicador de *necesidades de salud*), de factores *predisponentes* (sexo, edad y nivel educativo) y *capacitantes* (ingreso y cobertura de salud), la encuesta permite realizar un análisis del acceso a los servicios de salud desde el alcance amplio del concepto. En Argentina, a partir de distintas encuestas poblacionales, se han realizado diversos estudios utilizando este alcance del concepto de

acceso (16-19). Pero además, en la ENFR se le pregunta a la población que no consultó a ningún profesional de la salud si sintió un malestar o tuvo un problema de salud. Por último, entre quienes tuvieron algún padecimiento y no consultaron a ningún profesional durante el último mes, se les consulta si interrumpieron sus actividades habituales por ese malestar y por qué no consultaron.

A continuación nos centraremos en el análisis de esta última pregunta, que permite analizar el acceso a los servicios de salud desde el alcance acotado del concepto. En la Figura 1 se presenta esa sección del cuestionario.

A partir de la pregunta 4, “¿Por qué no consultó?”, en la publicación oficial de los resultados de la encuesta (12) se construyó la variable *barreras en el acceso a los servicios salud*. Se consideró que no consultaron por problemas en el acceso quienes respondieron la opción 2 (no tenía dinero), la opción 4 (pidió turno y todavía no lo atendieron), o quienes en la opción 5 (otra razón) especificaron “tiempo de espera, conflictos gremiales, distancia, falta de profesionales y/o turnos, y problemas con la cobertura” (12 p.26). No tener tiempo o que no le pareciera importante no fueron considerados en la encuesta como barreras en el acceso. Es importante destacar que en la publicación no se incluye una definición conceptual de la variable acceso. A partir de la definición operacional se plantea que el 22,7% de “las personas que tuvieron un malestar o problemas de salud no consultaron por problemas de acceso [...] sin observarse diferencias jurisdiccionales” (12 p.26).

Entendemos que esta construcción de la variable *barreras en el acceso* capta una situación específica y *extrema* de la problemática: la de aquellos que, en el transcurso de los últimos 30 días, sintieron un malestar y no consultaron con ningún profesional de la salud, y que el motivo de la no consulta haya estado entre algunas de las opciones que se consideraron barreras. En este sentido, cabe preguntarse por qué otras situaciones que pueden conceptualizarse como barreras a los servicios de salud (según el alcance acotado del concepto de acceso de Frenk) no están siendo consideradas como tales. Para comenzar, cabe destacar que el subuniverso de población captado con la clasificación seguida por la ENFR excluye varias situaciones hipotéticas, y que son relevantes para

evitar el subregistro de las barreras en el acceso: 1) la de quienes consultaron con un profesional de la salud (médico, por ejemplo), pero además necesitaron consultar con otro profesional (odontólogo, psicólogo o psiquiatra, por ejemplo) y no pudieron hacerlo; 2) la de aquellos que necesitaron consultar dos veces con un mismo profesional y pudieron hacerlo solo en una oportunidad, ya que si el encuestado consultó con al menos uno de los profesionales de la salud, el filtro de la pregunta indica que debe pasar a otra sección de la encuesta. En este sentido, en otros trabajos se ha registrado que las desigualdades en el acceso a los servicios de salud difieren según la especialidad del profesional del que se requiera atención (17,19,20). Por ejemplo, las desigualdades en el acceso a la consulta (tanto en el alcance amplio como en el acotado del concepto) con el psicólogo o psiquiatra y con el odontólogo son mayores que en la consulta con el médico. Tampoco se está considerando a la población que quiso consultar con un profesional de la salud para prevención primaria o secundaria; es decir, que no tuvo un malestar específico pero que quiso realizar la consulta para anticiparse a la aparición de un problema de salud, o bien controlar alguna condición crónica. Este último subregistro es particularmente relevante, teniendo en cuenta que la ENFR 2009 es parte de una política de promoción de la salud a través de la prevención primaria y secundaria.

Por otro lado, en el modelo teórico del que partimos, la falta de tiempo para consultar con un profesional es una barrera en el acceso a los servicios de salud. Recordemos que las barreras en el acceso surgen de las diferencias entre las capacidades de la población (en este caso, tiempo disponible) y los obstáculos generados por el sistema (en este caso, tiempos de espera y/o de traslado al servicio de salud). Aun si la persona no sabe exactamente cuánto tiempo deberá esperar, la consideración sobre si se tiene tiempo o no para consultar con un profesional de la salud está fuertemente vinculada con las experiencias anteriores que se han tenido con dichos servicios (c). En este sentido, distintos estudios han encontrado que, en Argentina, el tiempo del que una persona debe disponer (tanto por la espera como por el traslado) para utilizar un servicio de salud está asociado con la estructura social, el subsistema en el que la persona se atiende y su lugar de residencia, de forma tal que la población con menores niveles educativos, de estratos socioeconómicos más bajos, residente en zonas geográficas más pobres y que se atiende en el subsector público es la que más debe esperar al momento de utilizar distintos servicios de salud (21-23). Además, aun si los tiempos de espera en las consultas no estuvieran estratificados socialmente, la disponibilidad de tiempo para cuidar la propia salud también es diferente entre los distintos sectores sociales (24). En

7. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (AM)

1 En los últimos 30 días, ¿consultó al...

	Sí	No
1.1 ...médico (clínico o especialista)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.2 ...dentista?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.3 ...psicólogo/psicoanalista/psiquiatra?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.4 ...kinesiólogo/fonoaudiólogo/enfermero/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Si contestó Sí en alguna de las opciones, pase a tabaco

2 En los últimos 30 días, ¿sintió algún malestar o tuvo algún problema de salud?

Sí 1 No 2 → **Pase a tabaco**

3 ¿Interrumpió sus actividades habituales por ese malestar?

Sí 1 No 2

4 ¿Por qué no consultó?

No tenía tiempo	<input type="checkbox"/> 1
No tenía dinero	<input type="checkbox"/> 2
No le pareció importante	<input type="checkbox"/> 3
Pidió turno y todavía no lo atendieron	<input type="checkbox"/> 4
Otra razón (<i>especificar</i>)	<input type="checkbox"/> 5

Figura 1. Bloque de acceso a la atención médica del cuestionario de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Argentina, 2009.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (12 p.239).

ambos sentidos, la imposibilidad de realizar una consulta por falta de tiempo está asociada con una inequidad en el acceso al sistema. Aun si no existieran diferencias entre los distintos sectores sociales en los tiempos de espera y en la disponibilidad de tiempo para cuidar la salud, que exista población con necesidad de consultar y que no lo pueda hacer por falta de tiempo, está reflejando que hay una inadecuación entre las características del sistema y las posibilidades de la población.

De las observaciones precedentes se desprende cómo interpretar los resultados y sobre qué subuniverso de población. Como vimos, la variable *barreras en el acceso* construida por la ENFR 2009 se centra solo en la población que sintió malestares o tuvo problemas de salud y no consultó a ningún profesional durante el último mes y que, como vemos en la Figura 2, es solo el 10,6% del total de los encuestados. De este modo, se está dejando fuera del análisis a la población que consultó al menos una vez con un profesional de la salud –el formato del cuestionario no permite diferenciar si han tenido malestares o problemas de salud– (el 50,9% de la población), y a quienes no han consultado con un profesional de la salud y no han sentido malestares o tenido problemas de

salud (38,6%). Realizar el análisis sobre barreras en el acceso con la población que no consultó y sintió malestar implica considerar solo al 10,6% de la población total encuestada; desestimando el efecto de la utilización diferencial de los servicios de salud, así como las percepciones diferenciales sobre lo que es un malestar y las necesidades de salud entre distintos grupos sociales.

Estudios previos muestran que, en Argentina, existe una mayor utilización de los servicios entre los sectores socialmente más favorecidos (17-19), que además tienen menos problemas de salud aunque una mayor tendencia a reportar malestares menores (25). Esto explica que, entre aquellos que sintieron malestar y no consultaron con ningún profesional, tenga más peso la población más vulnerable (más adelante veremos que tiene un peso mayor la población sin cobertura de salud, perteneciente a los hogares con menores ingresos per cápita). Por lo tanto, si queremos ver la incidencia de algunos factores estructurales como el ingreso y la cobertura de salud sobre las barreras en el acceso, pero tomamos como subuniverso a una población que ya tiene una representación de esas variables distinta a la de la población total (como es el caso de la población que sintió malestar y no consultó), estamos desvirtuando la influencia de los factores estructurales sobre las barreras en el acceso.

Sobre la base del planteo anterior, armamos una nueva variable que denominamos *uso potencial del sistema de salud* (Figura 2), con tres categorías: *consultó*, *no "necesitó"*, y *tuvo malestar y no consultó*. La categoría *consultó* representa a la población que asistió al menos una vez a una consulta con un profesional durante el último mes (recordemos que nosotros entendemos que la consulta con un único profesional de la salud no garantiza que no haya barreras en el acceso con otro especialista). La categoría *no "necesitó"* representa a la población que no consultó durante el último mes y no sintió malestares (decidimos poner "necesitó" entre comillas para remarcar el hecho de que es posible que parte de esta población haya querido consultar con algún profesional de forma preventiva y no haya podido hacerlo). Por último, la tercera categoría es *tuvo malestar y no consultó*. Dentro de esta categoría, quienes no consultaron por falta de dinero, tiempo o por problemas con el turno es la población que no consultó por *barreras extremas en el acceso*.

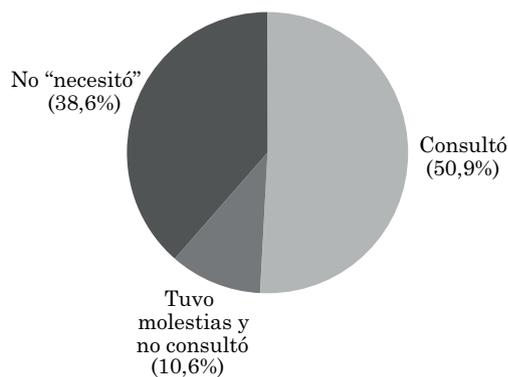


Figura 2. Distribución porcentual de la población de zonas urbanas, según uso potencial del sistema de salud durante el último mes. Argentina, 2009.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Nota: La variable *uso potencial del sistema de salud* fue elaborada a partir de dos dimensiones: la consulta con un profesional de la salud en el último mes y haber sentido un malestar o problema de salud en el último mes. A partir de su combinatoria construimos tres categorías: 1) quienes consultaron con al menos un profesional de la salud, 2) quienes no consultaron y no sintieron malestares y 3) quienes no consultaron y tuvieron un malestar o problema de salud. Luego, entre quienes tuvieron un malestar y no consultaron, diferenciamos los motivos de la no consulta.

Cuadro 1. Porcentaje de no consulta con algún profesional de la salud en los últimos treinta días entre la población con malestar de salud, según motivo y tipo de cobertura de salud. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas (N=3.670). Argentina, 2009.

Motivos de no consulta	Cobertura de salud									
	Prepaga (n=349)		Obra social (n=1.671)		Otra (n=88)		Solo pública (n=1.562)		Total (n= 3.670)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No tenía tiempo*	61	17,5	367	22,0	26	29,5	361	23,1	815	22,2
No tenía dinero*	26	7,4	183	11,0	10	11,4	285	18,2	504	13,7
Pidió turno y todavía no lo atendieron*	13	3,7	103	6,2	6	6,8	90	5,8	212	5,8
No le pareció importante	189	54,2	732	43,8	36	40,9	611	39,1	1.568	42,7
Otra razón	60	17,2	286	17,1	10	11,4	215	13,8	571	15,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

*Motivos considerados como barrera en el acceso.

Para clarificar cómo al realizar el análisis solo sobre la población que tuvo malestar y no consultó se está desestimando la forma diferencial en que las *barreras en el acceso* inciden en distintos grupos sociales, presentamos el Cuadro 1 y el Cuadro 2, en los que vemos el impacto del tipo de cobertura de salud en las *barreras en el acceso*, mientras que en el Cuadro 3 y el Cuadro 4 se

analiza lo que ocurre con la variable *ingreso per cápita del hogar*. En el Cuadro 1 y el Cuadro 3 nos centramos en la población que tuvo malestar y no consultó, siguiendo la construcción de la variable propuesta en la publicación de los resultados de la ENFR 2009. En el Cuadro 2 y el Cuadro 4 ampliamos el análisis a toda la población, y trabajamos con la variable *uso potencial del sistema*

Cuadro 2. Porcentaje del uso potencial del sistema de salud, según motivo y cobertura de salud. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas (N=34.729). Argentina, 2009.

Uso potencial del sistema de salud	Cobertura de salud									
	Prepaga (n=4.458)		Obra social (n=19.086)		Otra (n=761)		Solo pública (n=10.424)		Total (n= 34.729)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultó	2.643	59,3	10.649	55,8	406	53,4	3.968	38,1	17.666	50,9
No "necesitó"	1.466	32,9	6.766	35,5	267	35,1	4.894	46,9	13.393	38,6
Tuvo malestar y no consultó										
No tenía tiempo*	61	1,4	367	1,9	26	3,4	361	3,5	815	2,3
No tenía dinero*	26	0,6	183	1,0	10	1,3	285	2,7	504	1,5
Pidió turno y todavía no lo atendieron*	13	0,3	103	0,5	6	0,8	90	0,9	212	0,6
No le pareció importante	189	4,2	732	3,8	36	4,7	611	5,9	1.568	4,5
Otra razón	60	1,3	286	1,5	10	1,3	215	2,1	571	1,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Nota: La variable *uso potencial del sistema de salud* fue elaborada a partir de dos dimensiones: la consulta con un profesional de la salud en el último mes y haber sentido un malestar o problema de salud en el último mes. A partir de su combinatoria construimos tres categorías: 1) quienes consultaron con al menos un profesional de la salud, 2) quienes no consultaron y no sintieron malestares y 3) quienes no consultaron y tuvieron un malestar o problema de salud. Luego, entre quienes tuvieron un malestar y no consultaron, diferenciamos los motivos de la no consulta.

*Motivos considerados como barrera en el acceso.

Cuadro 3. Porcentaje de no consulta con algún profesional de la salud en los últimos treinta días entre la población con malestar de salud, según motivo y quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas (N=3.108). Argentina, 2009.

Motivos de no consulta	Quintiles de ingreso per cápita del hogar											
	Quintil 1 (n=942)		Quintil 2 (n=784)		Quintil 3 (n=610)		Quintil 4 (n=416)		Quintil 5 (n=356)		Total (n= 3.108)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No tenía tiempo*	202	21,4	203	25,9	145	23,8	89	21,4	73	20,5	712	22,9
No tenía dinero*	209	22,2	108	13,8	53	8,7	49	11,8	12	3,4	431	13,9
Pidió turno y todavía no lo atendieron*	68	7,2	54	6,9	35	5,7	18	4,3	14	3,9	189	6,1
No le pareció importante	337	35,8	318	40,6	287	47,0	179	43,0	203	57,0	1.324	42,6
Otra razón	126	13,4	101	12,9	90	14,8	81	19,5	54	15,2	452	14,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Nota: Como se observa en los subtotales, a medida que aumenta el quintil de ingreso per cápita del hogar desciende la cantidad de casos. Ello se debe a que entre quienes no consultaron a un profesional de la salud y han tenido malestares en el último mes tiene más peso la población perteneciente a los hogares de menores ingresos y tiene menos peso la población perteneciente a los hogares de mayores ingresos.

*Motivos considerados como barrera en el acceso.

de salud incorporando como categorías consultó y no "necesitó" (Figura 2). Cabe destacar que en el Cuadro 2 y el Cuadro 4 persiste la limitación de que se captan solo lo que denominamos anteriormente como casos de *barreras extremas en el acceso* a los servicios de salud: la población que no consultó con un profesional de la salud,

tuvo un problema de salud o sintió un malestar durante el último mes y el motivo de no consulta es dinero, tiempo o problemas con los turnos. No podemos saber si quienes consultaron con al menos un profesional o no tuvieron problemas de salud sintieron la necesidad de realizar una consulta y no lo hicieron. Sin embargo, lo que sí nos

Cuadro 4. Porcentaje del uso potencial del sistema de salud, según motivo y quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas (N=28.905). Argentina, 2009.

Uso potencial del sistema de salud	Quintiles de ingreso per cápita del hogar											
	Quintil 1 (n=6.244)		Quintil 2 (n=5.925)		Quintil 3 (n=5.574)		Quintil 4 (n=5.208)		Quintil 5 (n=5.954)		Total (n= 28.905)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultó	2.656	42,5	2.725	46,0	2.833	50,8	2.928	56,2	3.585	60,2	14.727	50,9
No "necesitó"	2.646	42,4	2.416	40,8	2.131	38,2	1.864	35,8	2.013	33,8	11.070	38,3
Tuvo malestar y no consultó												
No tenía tiempo*	202	3,2	203	3,4	145	2,6	89	1,7	73	1,2	712	2,5
No tenía dinero*	209	3,3	108	1,8	53	1,0	49	0,9	12	0,2	431	1,5
Pidió turno y todavía no lo atendieron*	68	1,1	54	0,9	35	0,6	18	0,3	14	0,2	189	0,7
No le pareció importante	337	5,4	318	5,4	287	5,1	179	3,4	203	3,4	1.324	4,6
Otra razón	126	2,0	101	1,7	90	1,6	81	1,6	54	0,9	452	1,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Nota: La variable *uso potencial del sistema de salud* fue elaborada a partir de dos dimensiones: la consulta con un profesional de la salud en el último mes y haber sentido un malestar o problema de salud en el último mes. A partir de su combinatoria construimos tres categorías: 1) quienes consultaron con al menos un profesional de la salud, 2) quienes no consultaron y no sintieron malestares y 3) quienes no consultaron y tuvieron un malestar o problema de salud. Luego, entre quienes tuvieron un malestar y no consultaron, diferenciamos los motivos de la no consulta.

*Motivos considerados como barrera en el acceso.

permiten ver estos cuadros es a qué porcentaje de un grupo poblacional determinado (en el Cuadro 2 según tipo de cobertura y en el Cuadro 4 según quintil de ingreso per cápita familiar) afecta estos casos extremos de *barreras en el acceso*.

En el Cuadro 1, que incluye solo a quienes tuvieron malestares y no consultaron, se ve que la falta de dinero afecta principalmente a la población que solo tiene cobertura pública (18,2%), casi el doble de lo que la afecta a la población con obra social (11%) y el triple que a la población con prepaga (7,4%). En cambio, no consultar por falta de tiempo tiene un peso similar en las personas con distintas coberturas. Por último, haber pedido turno y no haber sido atendido tiene un peso menor para toda la población independientemente del tipo de cobertura de salud, aunque es mayor para quienes cuentan únicamente con cobertura pública (5,8%) o tienen obra social (6,2%) y es menor entre quienes cuentan con una prepaga (3,7%).

Ahora bien, cuando en el Cuadro 2 incorporamos a toda la población, incluyendo también a quienes consultaron y a quienes no “necesitaron”, vemos que la no consulta por falta de tiempo tiene más peso entre la población que solo cuenta con cobertura pública (3,5%), y casi duplica el peso que tiene en la población con obra social (1,9%) y prepaga (1,4%). Además, vemos que no consultar por falta de dinero pasa a afectar tres veces más a la población que tiene solo cobertura pública (2,7%) con relación a la población con obra social (1,0%) y 4,5 veces más que a la población con medicina prepaga (0,6%). Por último, es interesante ver lo que sucede con los que tuvieron un malestar y no consultaron porque no les pareció importante. En el Cuadro 1, esa categoría tenía más peso entre quienes tienen prepaga (54,2%) y obra social (43,8%), que entre quienes solo tienen cobertura pública (39,1%). Sin embargo, cuando consideramos a toda la población en el Cuadro 2, pasa a tener más peso en la población con cobertura pública (5,9%) que entre quienes tienen obra social (3,8%) o prepaga (4,2%). Esto se explica porque la proporción de personas que consultaron en el último mes es mayor entre aquellos que tienen cobertura de medicina prepaga (59,3%) u obra social (55,8%), que entre quienes solo cuentan con la cobertura pública de salud (38,1%). Cabe recordar nuevamente que el Cuadro 2 tiene la limitación de que no nos permite saber si quienes consultaron

o no “necesitaron” tuvieron *barreras en el acceso* para realizar otra consulta. En cambio, lo que sí permite ver es, en toda la población según su cobertura de salud, el peso que tuvieron las *barreras en el acceso* que anteriormente denominamos *extremas* (quienes tuvieron malestares y no consultaron por no tener dinero, no tener tiempo o por pedir turno y todavía no ser atendido).

Algo similar ocurre con la variable *ingreso per cápita del hogar*. En el Cuadro 3, vemos que la no consulta por falta de dinero es casi 7 veces más importante entre las personas pertenecientes a hogares del primer quintil (22,2%) que entre las personas pertenecientes a hogares del quinto quintil (3,4%). En la no consulta por falta tiempo prácticamente no encontramos diferencias (considerando los grupos extremos, 21,4% del quintil más pobre frente al 20,5% del quintil de más dinero). En cambio, en el Cuadro 4, al considerar a toda la población, vemos que la no consulta por falta de tiempo es menos importante a medida que aumenta el quintil de ingreso, siendo casi tres veces más importante en el primero (3,2%), y en el segundo quintil (3,4%) que en el quinto (1,2%). Además, la no consulta por falta de dinero pasa a ser 15 veces más importante en el primer quintil (3,3%) que en el quinto quintil (0,2%). Nuevamente, el motivo que explica las diferencias en el peso de estas categorías en ambos cuadros es el porcentaje de población que en el último mes consultó con un profesional de la salud. A medida que aumenta el quintil de ingreso, aumenta el porcentaje de población que consultó con un profesional de la salud en el último mes (en los extremos, el primer quintil consultó en un 42,5% frente a un 60,2% del quinto quintil).

Cabe destacar que cuando se analizan otras variables socioeconómicas, como nivel educativo o pobreza a partir del indicador de necesidades básicas insatisfechas, vuelve a suceder algo similar a lo que ocurre con la cobertura de salud y que con el quintil de ingreso per cápita de hogar. Cuando consideramos a toda la población, y no solo a quienes tuvieron malestares y no consultaron, algunas *barreras en el acceso* como la falta de tiempo adquieren otro sentido, mientras que aumentan las diferencias con otras como la falta de dinero. En cambio, estas diferencias no aparecen al analizar los datos según sexo y son mínimas cuando se agrupa a la población en grupos etarios.

Para finalizar nos gustaría destacar que, a partir de una lectura de los porcentajes correspondientes a cada categoría de la variable *uso potencial del sistema de salud* –tal como se consignan en la última columna del Cuadro 2, levemente diferentes a los del Cuadro 4, ya que en este no se incluye a quienes no respondieron el ingreso del hogar–, podemos ver que la no consulta por falta de tiempo es la principal *barrera en el acceso* a los servicios de salud (2,3%), seguido de la falta de dinero (1,5%) y los problemas con los turnos (0,6%). Sumados estos tres motivos, lo que denominamos como *barreras extremas en el acceso* a los servicios de salud alcanzan al 4,4% de la población. Estas barreras afectaron durante el último mes al 7,7% de la población del quintil más pobre y al 7,4% de la población cuya única cobertura es pública, frente al 2,2% de los que tienen prepaga, el 3,8% de los que tienen obra social y el 1,7% de los que pertenecen a los hogares del quinto quintil de ingreso per cápita.

CONSIDERACIONES FINALES

En el artículo hemos planteado que existen distintas formas de abordar la problemática del acceso a los servicios de salud. Es por ello que hemos destacado la importancia de explicitar y de problematizar teóricamente la forma de conceptualizar y de analizar el acceso a los servicios de salud. Como hemos visto, la ENFR 2009 no solo permite analizar las desigualdades en el acceso a partir de la utilización (alcance amplio del concepto de acceso), sino que también indaga sobre los mecanismos mediante los cuales el sistema impide la utilización de los servicios a la población (*barreras en el acceso* o alcance acotado del concepto de acceso). Sin embargo, también vimos algunas limitaciones que consideramos importantes tener en cuenta al momento de realizar un análisis de los datos. En primer lugar, hemos visto que si se analizan las *barreras en el acceso* sin tener en cuenta la utilización de los servicios y las necesidades diferenciales de salud, se están subestimando las desigualdades en el acceso. Esto es así ya que los sectores estructuralmente favorecidos tienden a utilizar más la mayoría de los servicios y a tener menos problemas de salud.

Como vimos anteriormente, el indicador que se obtiene de esa forma puede estar ocultando o disminuyendo el impacto diferencial que tienen, en los distintos grupos sociales, los motivos de la no consulta. En segundo lugar, desde nuestro marco teórico entendemos que la no consulta por falta de tiempo debe ser considerada una *barrera en el acceso* a los servicios de salud. Que afecte más a los sectores sin cobertura de salud, de menores ingresos y sin estudios universitarios o terciarios completos revela que es un factor de inequidad en el acceso a los servicios. En este sentido, cabe destacar que la no consulta por falta de tiempo es la principal *barrera extrema en el acceso* a los servicios de salud.

La consideración de la falta de tiempo como una barrera es algo que podría corregirse mediante un agrupamiento distinto de los datos de la ENFR (como lo hemos hecho en los apartados anteriores). Sin embargo, la fuente no permite reconstruir las dificultades en el acceso que pudo haber tenido la población que consultó con un profesional pero necesitó consultar con otro/s, o los que no consultaron y no tuvieron ningún problema de salud pero quisieron consultar por motivos preventivos. De esta forma, solo se están captando los casos extremos de *barreras en el acceso*: se recorta el universo entre quienes en el último mes tuvieron algún malestar y no consultaron con ningún profesional de la salud. En este sentido, entendemos que una opción que captaría mejor la problemática sería que la consulta sobre las *barreras en el acceso* se le pueda realizar a todos los encuestados. Cabe destacar que existen antecedentes de encuestas que consultan sobre las barreras en el acceso a toda la población.

Para finalizar, es importante tener presente que la ENFR es una encuesta de salud de carácter excepcional en Argentina por el tipo y tamaño de su muestra, que permite obtener resultados desagregados para cada una de las 24 jurisdicciones del país, que se realiza de forma periódica cada cuatro años, y que brinda información sobre una gran variedad de temas vinculados con la salud y los estilos de vida de la población. En cuanto a la temática del acceso a los servicios de salud, la información que brinda permite realizar un análisis a partir del alcance amplio del concepto de acceso, y captar lo que nosotros denominamos *barreras extremas en el acceso* a partir del alcance

acotado del concepto de acceso. Sin embargo, entendemos que la propuesta de modificar levemente la forma en que es abordada la temática del acceso desde el alcance acotado podría brindar

una información muy valiosa debido a las características de la muestra y el abanico de temas abordados por la encuesta.

NOTAS FINALES

a. Esta encuesta es realizada de forma periódica por los *Centers for Disease Control and Prevention* de EE.UU. En el cuestionario de 2012 se les pregunta a todos los entrevistados si durante el último año han necesitado consultar a un médico pero no lo han hecho debido al costo. Independientemente de la respuesta, luego se les pregunta a todos los encuestados cuándo fue la última vez que consultaron a un médico por un chequeo de rutina.

b. Se indaga tanto por diversos problemas de salud como por la consulta con diferentes profesionales.

Independientemente de las respuestas anteriores, consulta a toda la población: “Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en la que considera que necesitó consultar a un especialista pero no lo hizo?”. Y, en caso de que respondan de forma afirmativa, pregunta por la principal razón.

c. Mendoza Sassi y Beria (10 p.55) sostienen que entre la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario existe una relación de causalidad reversa: la utilización “generaría una respuesta de satisfacción [o insatisfacción] y, [...] la satisfacción pasada determinaría la utilización presente o futura”.

AGRADECIMIENTOS

El estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) mediante una Beca Doctoral Tipo I y II (2011-2016) otorgada a Matías Ballesteros. Asimismo, contó con financiamiento de la Universidad de Buenos Aires a través del subsidio UBACyT No. 20020110200178 (2012-2014), para el proyecto titulado “¿En búsqueda de la salud holística? Discursos de cuidado de la salud, desigualdad social, y estilos de vida”, bajo la dirección de Betina Freidin. Este artículo fue elaborado a partir de las tesis de Maestría y Doctorado de Matías Ballesteros, en las que Betina Freidin fue la directora. Agradecemos las valiosas sugerencias realizadas por Ruth Sautu a las versiones preliminares, quien codirigió ambas tesis. También agradecemos el minucioso proceso de referato y edición realizado por la revista *Salud Colectiva* que permitió mejorar el artículo en sus aspectos formales y sustantivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México*. 1985;27(5): 438-453.
2. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. En: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
3. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*. 2001;53(9): 1149-1162.
4. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(2): 190-198.
5. Ricketts T, Goldsmith L. Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing*. 2005;53(6):274-280.
6. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12(1):18.
7. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1988.

8. Aday L, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. *Health Service Research*. 1974;9(3):208-220.
9. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Health and Social Behavior*. 1995;36(1):1-10.
10. Mendoza-Sassi R, Beria, JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática de los factores relacionados. *Cuadernos Médico Sociales*. 2001;81:43-60.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2006.
12. Ministerio Salud de la Nación. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2011.
13. Ferrante D, Virgolini M. Salud pública y factores de riesgo: vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Revista Argentina de Cardiología*. 2005;73(3):221-227.
14. Maceira D, Olaviaga S, Kremer P, Cejas C. Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en Argentina. Buenos Aires: CEDES; 2006.
15. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, aportes para el desarrollo humano en Argentina. Buenos Aires: PNUD; 2011.
16. Báscolo E, Yavich N, Urquía M. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2007;6(12):112-125.
17. Jorrat R, Fernández MM, Marconi E. Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005: Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud Colectiva*. 2008;4(1):57-96.
18. De Santis M, Herrero V. Desigualdad y utilización de los servicios de salud: Una aplicación al caso argentino en 2001. *Revista de Economía y Estadística*. 2009;47(1):125-162.
19. Ballesteros M. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios (Documentos de Jóvenes Investigadores N° 41). Buenos Aires: IIGG, UBA; 2014.
20. Ariovich A, Jiménez C. Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas. Buenos Aires: UNGS; 2014.
21. Ramos S, Pantelides EA. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo (Documentos CEDES N° 43). Buenos Aires: CEDES; 1990.
22. Stolkiner A, Comes Y, Parenti M, Solitario R, Unamuno P. Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense (Serie Seminarios en Salud y Política Pública). Buenos Aires: CEDES; 2003.
23. Musante B. Tiempo de espera en la consulta. En: Estado de situación del desarrollo humano y social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en el primer año del Bicentenario. Buenos Aires: Educa; 2011.
24. Llovet JJ. Servicios de salud y sectores populares: Los años del proceso. Buenos Aires: CEDES; 1984.
25. Prece G, Schufer de Paikin M. Diferente percepción de enfermedad y consulta médica según niveles socioeconómicos en las ciudades de Buenos Aires y San Salvador de Jujuy. *Medicina y Sociedad*. 1991;14(4):27-30.

FORMA DE CITAR

Ballesteros MS, Freidin B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. *Salud Colectiva*. 2015;11(4):523-535.

Recibido: 10 de febrero de 2015 | Aprobado: 8 de junio de 2015



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.793>