

El acceso a la salud: una revisión conceptual interdisciplinaria

Access to health: an interdisciplinary conceptual review

Silvina Mariel Aveni¹

Universidad Nacional de Mar del Plata – Argentina

Resumen

En general, los estudios relacionados con la Salud han sido elaborados principalmente por médicos, epidemiólogos, historiadores higienistas, antropólogos y sociólogos, quienes consideraron el comportamiento de indicadores de mortalidad y morbilidad. En las últimas décadas del siglo XX, cobraron fuerza el conjunto de condicionantes que influyen sobre la Salud, es decir los factores demográficos, socioeconómicos, culturales y la distribución de los servicios sanitarios. En esta línea, la contribución científica de disciplinas como la Historia sociocultural y la Geografía, merecen ser incorporadas y puestas en discusión. Un hilo conductor que permite hacer dialogar a esos aportes es el “acceso a la salud”. El objetivo de este escrito es analizar los antecedentes en su estudio en tanto construcción social y desigual. Se utiliza una metodología cualitativa centrada en la recopilación y revisión crítica de las investigaciones referidas al acceso a la salud para detectar puntos de encuentro y ejes diferenciadores.

Los resultados demuestran puntos de encuentro entre los abordajes del tema en cuestión. Por una parte, cuestionan el carácter puramente biológico de la enfermedad valorizando el proceso de salud- enfermedad- atención como construcción social. Por otra parte, aseveran que las disparidades en la salud son consecuencia de las diferencias sociales.

Asimismo, existen diferencias en los ejes de análisis del acceso a la salud siguiendo una trayectoria teórica que va desde un concepto restrictivo hasta su consideración como categoría integral que explica la desigualdad a partir de factores externos e internos, ambos atravesados por la perspectiva de género.

Palabras clave:

ACCESO A LA SALUD; DESIGUALDAD; INTERDISCIPLINA

Abstract

In general, the studies related to Health have been elaborated mainly by doctors, epidemiologists, hygienist historians, anthropologists and sociologists, who considered mortality and morbidity indicators. In the last decades of the twentieth century, the set of conditions that influence health, that is, demographic, socio-economic, cultural factors and the distribution of health services, gained strength. Along these lines, the scientific contribution of disciplines such as Sociocultural History and Geography, deserve to be incorporated and put into discussion. A common thread that allows these

¹ Correo electrónico: avenisilvina@gmail.com

contributions to be discussed is “access to health”. The objective of this paper is to analyze the background studies as a social and unequal construction. A qualitative methodology focused on the collection and critical review of research related to access to health is used to detect meeting points and differentiating axes.

The results show meeting points between the approaches of the subject in question. On the one hand, they question the purely biological nature of the disease, valuing the health-disease-care process as a social construction. On the other hand, they assert that health disparities are a consequence of social differences.

Likewise, there are differences in the perspectives for the analysis of access to health following a theoretical trajectory that goes from a restrictive concept to its consideration as an integral category that explains the inequality based on external and internal factors, both of which are crossed by the gender perspective

Keywords:

ACCESS TO HEALTH; INEQUALITY; INTERDISCIPLINARY

Fecha de recepción: 13 de septiembre de 2019

Fecha de aprobación: 25 de noviembre de 2019

El acceso a la salud: una revisión conceptual interdisciplinaria

Introducción

Tal como enuncia Jori (2013), la salud siempre está mediatizada por factores físicos y sociales, lo cual exige plantear aproximaciones a este concepto que aglutinen aportaciones provenientes de diferentes campos del saber. En general, los estudios relacionados con la dimensión Salud han sido elaborados principalmente por médicos, epidemiólogos, historiadores higienistas, antropólogos y sociólogos, quienes consideraron los indicadores de mortalidad y morbilidad sobre afecciones infecciosas transmisibles tales como la fiebre amarilla, la malaria, el cólera, la tuberculosis y más recientemente el SIDA. Sin embargo, en las últimas décadas del siglo XX, cobraron fuerza los condicionantes que influyen sobre la Salud. Es decir, los factores demográficos, socioeconómicos, culturales y la distribución de los servicios sanitarios. En esta línea, la contribución científica de disciplinas sociales como la Historia sociocultural y la Geografía, merecen ser incorporadas y puestas en discusión.

El objetivo de este escrito es analizar los antecedentes en la investigación del “acceso a la salud” en tanto construcción social y desigual. Un primer acercamiento permite plantear que las investigaciones coinciden en dos puntos centrales. Por una parte, cuestionan el carácter puramente biológico de la enfermedad valorizando el proceso de salud- enfermedad- atención como construcción social. Por otra parte, aseveran que las disparidades en la salud son consecuencia de las diferencias sociales.

Asimismo, existen diferencias en los ejes de análisis del acceso a la salud siguiendo una trayectoria teórica que va desde un concepto restrictivo hasta su consideración como categoría integral que explica la desigualdad a partir de factores externos e internos, ambos atravesados por la perspectiva de género. A modo de balance se evalúan los alcances de cada eje como forma de dejar abierto el debate.

1. Encuadre metodológico

Se utiliza una metodología cualitativa centrada primero, en la recopilación y revisión crítica de investigaciones referidas al acceso a la salud de diversas disciplinas. El criterio de selección de las aportaciones se basa en la alusión explícita a la “Salud”, tanto en publicaciones de carácter teórico como empírico. Segundo, se sistematiza el conjunto de producciones según sus puntos de encuentro

respecto al concepto acceso a la salud que utilizan y a los factores que lo condicionan.

2. Proceso salud- enfermedad- atención, puntos de encuentro

Primero, las contribuciones científicas concuerdan en cuestionar el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante, con el objeto de valorizar el repertorio de prácticas y construcciones discursivas en torno al *proceso de salud-enfermedad- atención como construcción social*. La segunda coincidencia detectada plantea que las *disparidades en la salud* son consecuencia de las diferencias sociales.

Con respecto al primer punto de encuentro, se ha cuestionado lo restringido que resulta considerar a la salud como asunto meramente biológico, para entenderla como *construcción social*. Esa trayectoria conceptual puede rastrearse en base a los aportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el organismo de las Naciones Unidas encargado del fomento de políticas de prevención, promoción y cuidado de la salud a nivel mundial. Esta entidad elaboró la Declaración de Principios en 1946 por la cual se establece el pasaje del concepto de *Salud* “como ausencia de enfermedad” al de “estado completo de bienestar físico, mental y social” por el que se reconoce a la salud como un derecho individual y social. Esta enunciación constituye un punto de partida de varios estudios que intentan complejizarla y cuestionarla.

López- Moreno (citado por Moreno- Altamirano, 2007) sintetiza las inexactitudes de esa definición. Por ejemplo, el considerar a la salud como un “estado” la concibe como estática y no permite explicar el dinámico trayecto salud- enfermedad. Otra debilidad que prevalece es asociar la salud al “bienestar”, el cual es dependiente y relativo a cada contexto socioterritorial e histórico. Por su parte, Terris (1980) cuestiona el sentido absoluto de “bienestar completo” que la OMS otorga a la salud y propone eliminar la palabra “completo”. Postula que tanto en la salud como en la enfermedad existen distintos grados. Es decir, se puede estar “enfermo” o “muy enfermo” y se puede estar “sano”, “muy sano” o “sanísimo”. Además de esta diferencia de “grado”, Susser (1973) plantea dos aspectos de la enfermedad, uno objetivo y otro subjetivo. El aspecto objetivo es la enfermedad como proceso fisiopatológico, mientras que el aspecto subjetivo es la sensación de malestar (padecimiento).

Posteriormente, para complejizar la definición promovida desde la OMS, se incorpora a la atención como parte de la idea de salud, revalorizando el rol de las estrategias institucionales en la resolución de las problemáticas sanitarias.

El derrotero conceptual comentado sigue un camino que va desde lo restringido, biologicista y ahistórico de considerar a la salud como ausencia de enfermedad, hasta la noción ampliada, social e histórica del proceso de salud- enfermedad- atención, acuñado por referentes de la Medicina Social Latinoamericana. Paolino y Thouyaret (2006) lo entienden como un proceso social que “incluye a la enfermedad dentro de un marco más amplio, en donde intervienen elementos sociales, políticos, culturales, económicos y subjetivos” (p. 50), todos ellos interactuando en un contexto histórico- territorial determinado. La Salud es por tanto, una construcción social que habilita un análisis individual enmarcado en un entramado social que lo contiene y le otorga sentido.

En segundo lugar, hablar de *desigualdades en salud* también es recurrente en estudios previos sobre el tema. Las disparidades en salud en América Latina y el Caribe fueron objeto de atención en los años setenta y ochenta del siglo XX por parte de los organismos internacionales, preocupados por su reducción. El “*Acceso a la salud para todos*” fue el lema recurrente tras la Conferencia Internacional de Alma-Ata (ex URSS) en 1978. A partir de ese momento, el interés se orientó hacia la gente en general por lo que los gobiernos alentaron el desarrollo de servicios de atención sanitaria gratuitos para la población en su conjunto.

Sin embargo, señala Gwatkin (2000) que hacia fines de los años ochenta y principios de los noventa del siglo XX, la agudización de la crisis económica mundial y latinoamericana junto a las medidas neoliberales de devaluación monetaria y de reducción del gasto público coartaron las posibilidades de garantizar la salud para “todos”. Asimismo, los cambios trascendentales que experimentaron los países socialistas de Europa Oriental y China debilitaron la fe en los modelos de desarrollo dirigidos por el Estado. Este escenario repercutió en las prestaciones sanitarias y se comenzó a cuestionar la idea de depositar solamente en los gobiernos su gestión. Por ello, las ideas expresadas en las publicaciones del Banco Mundial, de la Fundación Rockefeller, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS desplazaron la preocupación hacia la eficiencia de los sistemas sanitarios y hacia los esfuerzos por realizar reformas en salud en un contexto de ajustes y de reducción de servicios ofrecidos por los gobiernos.

En parte de la bibliografía revisada, la “Salud” se concibe como algo “dado” y por ende no se la enuncia. En otros casos, se toma explícita o implícitamente como punto de partida a las definiciones provistas por las organizaciones internacionales mencionadas, sin adecuarlas a las sociedades y espacios investigados. A su vez, la

sucesión de reuniones y cumbres internacionales que discuten sobre temáticas de salud y sus disparidades inherentes no llegan a producir mejoras sustanciales. Esto quizás se deba a que sus propuestas muchas veces son pensadas como soluciones a corto plazo y se encuentran alejadas de las realidades sociales, históricas, económicas y culturales de las áreas en donde se aplican.

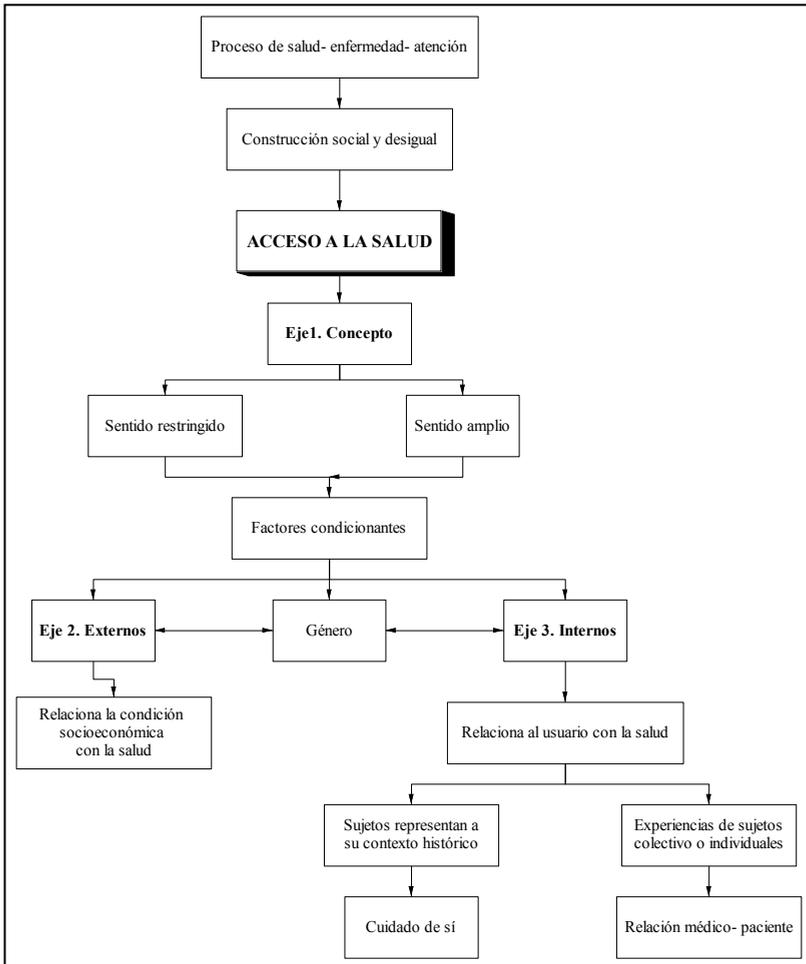
Minujín, Davidziuk y Delamónica (2007), Ávila Vázquez (2007) y, Linares- Pérez y López Arellano (2008) enuncian dos desaciertos de las intervenciones aludidas: A) el hecho de otorgar dinero fortalece a la lógica de mercado y debilita al Estado, responsable de asegurar que la organización económica no obstaculice la salud de los ciudadanos. De esta forma, se configura una paradoja: la mayoría de los gobiernos del Continente Americano, de los cuales Argentina no fue la excepción, desarrollaron estrategias para favorecer la eficiencia financiera de los servicios de salud, aunque ello impactara negativamente sobre el logro de la equidad. Esto sucedió de esa manera puesto que la recepción de esas medidas direccionadas desde las entidades transnacionales no fue acompañada por la pertinente acción política de cada gobierno (Ugalde y Homedes (2007) y Krmpotic (2011). B) a quienes reciben esas contribuciones monetarias se le imponen condiciones como la asistencia de los hijos menores a la escuela y de la familia a los centros de salud. Esos requerimientos evidencian una postura “paternalista” que inhibe el fortalecimiento de los lazos sociales internos así como la ciudadanía, la participación, la autonomía y la inclusión social.

Lograr la equidad en el acceso a la salud en tanto derecho ha constituido la finalidad central más proclamada de los sistemas de salud pública en todas las políticas de reforma sanitaria. La noción de “acceso” ha sido analizada desde diversos enfoques, pero, ¿qué significa “acceder”? ¿Es llegar a un centro de atención? ¿Es otorgar facilidades para curarse? ¿Implica que el Sistema de Salud de cada país tenga capacidad para velar por la salud de todos?

3. Ejes temáticos para abordar el Acceso a la Salud

Las líneas de investigación sobre el acceso a la salud podrían agruparse en tres ejes (Figura 1).

Figura 1. Ejes temáticos del Acceso a la salud



Fuente: Elaboración personal en base a autores varios, 2019

Las contribuciones académicas que forman el *Eje 1* evidencian el itinerario conceptual del término “acceso” desde su noción restringida hasta una más amplia, atravesadas por las desigualdades como problemática central. El *Eje 2* compila aportaciones que vinculan las desigualdades en el acceso a la salud con las condiciones socioeconómicas y materiales (o Factores externos). En el *Eje 3* se engloban investigaciones que valorizan la desigualdad en el acceso efectivo a la salud desde la perspectiva de los sujetos (o Factores internos).

Un primer acercamiento a la sistematización de los autores consultados en función de su disciplina de procedencia indica que en el Eje 1 los aportes provienen fundamentalmente del campo de la Medicina, la Salud Pública y la Epidemiología. Mientras que los Ejes 2 y 3 representan la impronta de otras ciencias, especialmente las Sociales (Figura 2).

Figura 2. Aportes Interdisciplinarios al estudio del acceso a la salud por Ejes temáticos

	Autores	Disciplina de procedencia	Año	Eje del Acceso a la Salud
1	Jori, Gerard	Geografía	2013	Puntos de encuentro
2	Moreno- Altamirano, L.aura	Medicina- Salud Pública- Antropología	2007	Puntos de encuentro
3	Terris, Milton	Medicina- Salud Pública	1980	Puntos de encuentro
4	Susser, Mevyn	Medicina- Epidemiología	1973	Puntos de encuentro
5	Paolino, Melisa	Sociología	2006	Puntos de encuentro y Eje 3
	Thouyaret, Laura	Ciencias de la Educación- Epidemiología		
6	Gwatkin, Davidson	Salud Pública- Banco Mundial	2000	Puntos de encuentro
7	Minujín, Alberto	Matemática- Estadística Aplicada- UNICEF	2007	Puntos de encuentro y Eje 2
	Davidziuk, Alejandra	Comunicación Social- Recursos Humanos- Desarrollo Social		
	Delamónica, Enrique	Economía- Ciencias Políticas- UNICEF		
8	Ávila Vázquez, Medardo	Medicina	2007	Puntos de encuentro
9	Linares- Pérez, Nivaldo y López Arellano, Olivia	Medicina- Epidemiología- Salud Colectiva	2008	Puntos de encuentro
10	Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria	Medicina- Salud Pública	2007	Puntos de encuentro y Eje 2
11	Krmpotic, Claudia	Servicio Social- Ciencia Política	2011	Puntos de encuentro
12	Olivera Poll, Ana	Geografía	1993	1
13	Buzai, Gustavo; Baxendale, Claudia	Geografía	2006 y 2007	1
14	Bosque Sendra, Joaquín y Moreno Jiménez, Alberto	Geografía	2007	1
15	Ramírez, Liliana	Geografía	2002	1

16	Celemín, Juan Pablo; Ares, Sofía; Aveni, Silvina	Geografía	2009	1
17	Garrocho, Carlos	Geografía	2007	1
18	Gutiérrez, Andrea	Geografía	2011	1
19	Sen, Amartya	Economía	2002	1
20	Amadeo, Eduardo	Economía- Ciencias Políticas- UNICEF	2007	1 y 2
21	Laurell, Asa	Medicina	1982	2
22	Curto, Susana	Geografía	2001	2
	Verhasselt, Yola	Geografía		
	Boffi, Rolando	Medicina- Salud Pública		
23	Carbonetti, Adrián y Celton, Dora	Historia- Demografía	2007	2
24	Escuela, Mónica	Geografía	2009	2
25	Lucero, Patricia; Sagua, Marisa; Aveni, Silvina	Geografía	2009	2
26	Seguinot Barbosa, J	Geografía- Salud Ambiental	2007	2
27	Sabaté Martínez, Ana	Geografía	1995	2
28	Rojas, María del Carmen	Arquitectura- Demografía	2008	2
	Meichtry, Norma	Biología		
	Ciuffolini, María Beatriz	Medicina		
	Vázquez, Juan Carlos	Ingeniería en Informática		
	Castillo, Julio	Ingeniería en Informática		
29	Aveni, Silvina; Bruno, Mariana	Geografía	2008	2
30	Pita Fernández, Salvador	Medicina	1995- 2001	2
31	Belmartino, Susana	Historia	2008 y 2010	2 y 3
32	Coira Fernández, Gema y Bailón Muñoz, Emilia	Medicina- Medicina Familiar	2014	3
33	Armus, Diego	Historia	2002 y 2007	3
34	Galeano, Diego	Sociología- Historia Social	2007	3
35	Álvarez, Adriana y Adrián Carbonetti	Historia	2008	3
36	Celsini, Gabriela; Guerrini, María Eugenia; Novoa, Patricia	Servicio Social	2007	3
37	Mosquera Tenreiro, Carmen	Medicina- Epidemiología- Promoción de la Salud	2004	3
	Uría Urraza, Marian	Sociología de la Salud - Promoción de la Salud		

	García Ruíz, Mercedes	Psicología- Sexología		
38	Saizar, María Mercedes	Servicio Social	2008	3
39	Muñoz Franco, Nora	Servicio Social- Salud Pública	2009	3
40	Quevedo, Emilio	Medicina	2008	3
41	Barbieri, María Cristina	Sociología	2008	3
42	Guerrero, Gabriela	Comercio Internacional- Física y Matemática- Economía	2019	3
	Ramaciotti, Karina	Historia		
	Marcela Zangaro (filosofía)	Filosofía		
43	Krmpotic, Claudia	Servicio Social- Ciencia Política	2010	3
	De Ieso, Lía	Trabajo Social		
44	López, Elsa; Findling, Liliana; Abramzón, Mónica	Sociología-Demografía- Planificación en Salud- Recursos Humanos en Salud	2006	3
45	Pantelides, Edith y Gaudio, Magalí	Sociología - Demografía	2009	3
46	Esteban, Mari Luz	Antropología	2006	3
47	Rodríguez Enríquez, Corina	Economía	2015	3
48	Domínguez Mon, Ana y Lozano, Claudia	Sociología- Antropología	2019	3

Fuente: Elaboración personal en base a autores varios, 2019

3.1 Acceso a la salud: un recorrido conceptual desde lo restringido a lo amplio

El **primer eje** considera las *disparidades en el acceso a la salud*, es decir las disímiles oportunidades de alcanzar un centro de salud desde otros puntos en el territorio. Los problemas parten de la existencia de una distancia física entre la residencia del usuario y el servicio de salud que utiliza. Satisfacer a la demanda constituye un desafío ya que la distribución espacial de los recursos sanitarios no siempre se corresponde con el patrón de localización de la población. Debido a la fuerte connotación geográfica que posee el término “acceso”, los aportes de esa disciplina son primordiales en este eje.

Las dimensiones centrales que articulan a las investigaciones de este rubro son: por un lado, el *sentido restringido* del acceso a la salud basado en la localización geográfica de los puntos de oferta y demanda, con la incorporación en algunos casos, de la predicción de futuros emplazamientos de equipamiento sanitario. Y, por otro lado, el *sentido amplio* que complejiza la noción de acceso al considerar a la movilidad territorial como nexo entre la oferta y la demanda de salud.

Las publicaciones académicas que abonan el *sentido restringido* del acceso a la salud, sostienen que cuanto mayor sea la cantidad y cercanía a los mismos, mejor será el acceso a la salud (Olivera, 1993). Estos trabajos diseñan y justifican parámetros de distancias mínimas y máximas deseables para posibilitar un “adecuado” acceso a los centros de asistencia médica. Para ello, es muy útil la confección de modelizaciones de distancias. Siguiendo a Buzai y Baxendale (2006), la distancia lineal (ideal) es definida como la menor distancia existente entre dos puntos (en este caso, entre oferta y demanda de los servicios sanitarios) y es representada a través de una línea recta. En base a la localización geográfica de cada nodo sanitario se evalúan disímiles distancias y niveles de cobertura de los servicios de salud. Esto implica omitir ciertas barreras al desplazamiento de la población, tales como: las económicas (costos de transporte en tiempo y dinero, velocidad) y las físicas naturales y construidas (estructura del plano de las ciudades que determina la forma de la circulación). De esta manera, se consigue una aproximación a la situación real de localización de unidades de atención médica (Buzai y Baxendale, 2007). Tal como afirman Bosque Sendra y Moreno Jiménez (2007), empíricamente se evidencia que la cantidad consumida y la asiduidad en la utilización de los equipamientos se reducen al aumentar la distancia.

Otras indagaciones, luego de conocer la distribución actual y desigual de servicios, observan ciertas zonas adecuadamente provistas de centros de salud mientras que otras áreas se encuentran despojadas de ese equipamiento. Estos trabajos proponen un emplazamiento futuro deseable de centros sanitarios con la meta de lograr un acceso equitativo a la salud (Ramírez, 2002). Además, sugieren un reordenamiento y planificación territorial que requieren de la intervención estatal pertinente (Ramírez, 2002; Buzai y Baxendale, 2007; Bosque Sendra y Moreno Jiménez, 2007; Celemín, Ares y Aveni, 2009).

Los estudios reunidos hasta el momento en este eje cuentan con el apoyo de la Geografía Automatizada y el uso de los Sistemas de Información Geográfica (SIG), un software que permite a los investigadores obtener y procesar datos georreferenciados con el objeto de confeccionar cartografía temática. Se destaca la aplicación de métodos cuantitativos en el estudio de la Salud y en la planificación espacial de los servicios médicos. Éste no es un asunto puramente técnico, si no de carácter filosófico vinculado a la justicia distributiva y, por tanto, a la esfera del quehacer político (Garrocho, 2007). La espacialización de información sanitaria posibilita el diagnóstico, la organización, el seguimiento y la proyección de actividades e intervenciones en la gestión de la salud.

El grado de facilidad con que se “llega” a un lugar recorriendo una distancia más o menos cuantiosa ofrece una visión simplificada de un problema complejo, por eso varias indagaciones abonan el *sentido amplio* del “acceso a la salud”. Ellas se nutren de los aportes de la Geografía del Acceso, la cual “concibe al acceso conforme a la calidad de la prestación de los servicios, y no conforme a la llegada a los lugares donde se ofrecen” (Gutiérrez, 2011, 156). Para evaluar el tipo de prestación se utiliza una variable que conecta puntos de oferta y demanda de salud: la movilidad cotidiana. Ella es entendida como “una práctica social de viaje que conjuga deseos y necesidades de desplazamiento y capacidades para satisfacerlos” (Gutiérrez, 2011, 155). De este modo, se mide la accesibilidad diferencial y desigual a partir de la secuencia de viajes “oculta” involucrada en la utilización de un servicio de salud (sacar turno, obtener la orden médica, realizar el examen, retirar los resultados y entregarlos al médico, por ejemplo). La demanda no solamente la genera el paciente- consumidor, sino que también existe una demanda inducida por el médico que ordena otros servicios (diagnósticos, especialistas, rehabilitación) o que prescribe consultas para el seguimiento y vigilancia del enfermo. De esto se desprende que la noción de “movilidad” es la que viabiliza la atención de la salud y condiciona el acceso efectivo a la misma.

3.2 Condiciones materiales: Factores Externos del Acceso a la Salud

El **segundo eje** evalúa el peso relativo de la dimensión económica en tanto factor externo que puede favorecer u obstaculizar el acceso a la salud. Estas producciones académicas son multiescalares y muchas de ellas se dedican a comprender la evolución de ciertas variables y/o indicadores. Se hace alusión al “mercado de la salud”, o en otras palabras, a la aplicación de conocimientos e inversiones en el ámbito sanitario. Parte de la bibliografía versa sobre la evolución de los gastos públicos en salud (Ugalde y Homedes, 2007; Minujín, Davidziuk y Delamónica, 2007). Una mayor inversión en este rubro mejoraría el panorama sanitario de la población. Esta arista se reconoce prioritaria en tanto insumo básico para direccionar políticas públicas. Como ya se ha mencionado, no puede omitirse el rol fundamental que poseen los organismos internacionales en la financiación, generación de información estadística y fomento de reformas sanitarias. Entre ellos sobresalen: la OMS y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ambos dependientes de la ONU; la OPS encabezada por la Organización de los Estados Americanos (OEA), entre otros. Sumado a éso, se desarrolla la intervención mediante el apoyo económico de otras entidades tales como el Fondo Monetario

Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

Las disparidades en el acceso a la salud desde la óptica económica son interpeladas, por un lado, a partir de la distribución de los gastos (inversiones) entre los diferentes municipios y, por otro lado, a partir de la definición de una canasta de prestaciones.

Por un lado, la instauración del modelo neoliberal en los países latinoamericanos en general y en Argentina desde 1976 en particular, ha habilitado la recepción cada vez más predominante de recomendaciones fomentadas desde las entidades internacionales enunciadas. Una de ellas ha sido el requerimiento de descentralizar los servicios de salud desde los niveles nacionales hacia los provinciales y municipales. Se evidencia que esa transferencia no se puede imponer “desde afuera”, sino que debe estar basada en el contexto histórico, cultural y político de cada país (Ugalde y Homedes, 2007). Además, el traspaso no fue acompañado de los recursos monetarios necesarios para su mantenimiento y no se efectuó la articulación ineludible entre dichos niveles (Amadeo, 2007). Como consecuencia, la distribución de los gastos (inversiones) en salud es disímil.

Por otro lado, la canasta de prestaciones explicita los servicios que cubre a los ciudadanos, incluyendo tasas de uso o necesidad de asistencia, clasificación de grupos de similar riesgo epidemiológico y cobertura y, utilización de los servicios de salud. Esto permite estimar un costo aproximado, fijar prioridades y establecer criterios de asignación de recursos en función de las demandas (Amadeo, 2007). Las inequidades surgen sobre la base de las diferencias existentes entre las canastas ofrecidas a la población.

Hasta aquí, los escritos revisados manifiestan una fuerte crítica a la interposición de las organizaciones y de las empresas transnacionales que los respaldan: la dependencia económica que generan sin producir una real mejora de la salud de las personas (Ugalde y Homedes, 2007).

Siguiendo en el mismo Eje, otras contribuciones justifican el cambio en los patrones de salud y enfermedad en base a la condición socioeconómica. Por una parte, desde el Materialismo Histórico se estudian las relaciones de producción y el desarrollo relativo de las fuerzas productivas para comprender su repercusión en la condición sanitaria de las personas. Cuanto mayor sea el desarrollo de las fuerzas productivas (progreso tecnológico, mejoras en la salubridad y avances en la medicina), mejor será la salud de la población y su acceso a la misma (Laurell, 1982). Siguiendo a la misma autora, la historicidad del proceso salud-enfermedad puede reconocerse al estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos

sociales (variable clase). Y también, se puede pensar en la capacidad técnica de la sociedad para eliminar ciertas enfermedades, por ejemplo, mejorando la nutrición de la población (variable trabajo).

Por otra parte, desde Demografía y la Geografía, se destacan los estudios inspirados en la teoría de la Transición Epidemiológica que Abdel Omran diseñó en 1971. De acuerdo a ello, se confecciona un modelo para explicar las etapas que fueron cumpliendo los países de Europa Occidental antes de llegar a una instancia final en que la mortalidad decreciente se estabiliza. Se rastrean los cambios en las patologías causantes de muertes, marcando una trayectoria que va desde la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta el aumento de las enfermedades crónicas, degenerativas y por causas externas (Curto, Veerhselt y Boffi, 2001).

Podría decirse que es cuestionable generalizar modelos con etapas prefijadas que han sido confeccionadas para determinado contexto socioterritorial e histórico. Por ello, el modelo antes descrito se relativizó al adaptar estos patrones a la realidad latinoamericana tomando en cuenta la dinámica específica de las enfermedades (causas de muerte y morbilidad), en relación a la disponibilidad de avances médicos, tecnología, infraestructura y profesionales (Curto, Veerhselt y Boffi, 2001; Carbonetti y Celton, 2007; Escuela, 2009; Lucero, Sagua y Aveni, 2009). Entonces, existirían ciertas enfermedades según el nivel de desarrollo socioeconómico. Cuanto más elevado es este último, mayor será la probabilidad de sanar a las personas y garantizar su acceso a la salud.

Asimismo, la Geografía de la Salud estudia “la relación entre los sistemas de salud, las condiciones de salud de la población y el territorio en el cual ella se ubica” (Seguinot Barbosa, 2007, 104). La configuración territorial resultante es producto de una multiplicidad de factores histórica y socialmente construidos que ponen en evidencia las desigualdades socioespaciales. Por tanto, desde esta subdisciplina se concibe un “territorio diferenciado”, donde conviven zonas dotadas de oportunidades, integración y óptima accesibilidad a la salud, con otras en condiciones desfavorables. Los aportes que se agrupan en los dos párrafos subsiguientes parten de este pensamiento.

Afirman Sabaté Martínez (1995), Rojas, Meichtry, Ciuffolini, Vázquez y Castillo (2008) y Lucero, Sagua y Aveni (2009) que la condición socioeconómica posibilita reconocer limitaciones en el acceso a la atención de la salud en cantidad y calidad. Entonces,

la disponibilidad de una vivienda construida con materiales defectuosos en techos, pisos y paredes, la provisión de agua deficiente y las irregularidades en la

provisión de servicios básicos tales como la conexión a la red cloacal o la recolección de residuos, predispondrían a un mayor riesgo de insalubridad, de contaminación con sustancias tóxicas (nitritos, nitratos, arsénico y bacterias) y de presencia de humedad, agentes transmisores de enfermedades infecciosas y gastrointestinales (Lucero et al, 2009, 12 y 13).

Algunos abordajes geográficos incorporan a la perspectiva de género para evaluar la relación entre condiciones socioeconómicas y acceso a la salud. Las estructuras sociales y familiares tradicionales así como los valores culturales a los que ellas adscriben ejercen cierta presión social sobre las mujeres. Aún existen ciertas áreas con altos valores de fecundidad, lo que disminuye las posibilidades de la mujer de permanecer y avanzar en el sistema educativo y de ingresar/mantenerse en los circuitos de trabajo productivo formal. Estas restricciones laborales, coartan las posibilidades de obtener bienes y servicios esenciales (Aveni y Bruno, 2008).

Los cambios sociodemográficos exhiben una participación creciente de las mujeres en el mercado laboral. No obstante, ellas se posicionan en desventaja debido a su creciente inserción en la economía informal, es decir en ocupaciones de limitada legalidad, carentes de cobertura social y aportes jubilatorios, con reducidos ingresos en relación a las horas trabajadas, con extensa jornada laboral o débil estabilidad, entre otras (Lacabana, citado por Aveni y Bruno, 2008). Esta situación precaria y/o las restricciones económicas concomitantes, repercuten en el acceso a la salud de las mujeres puesto que muchas de ellas no disponen de cobertura social privada. Por tanto, se ven obligadas a depender exclusivamente de los servicios públicos de salud, los cuales en repetidas ocasiones, no logran satisfacer sus necesidades limitando de esa manera su acceso efectivo a la salud.

Los derroteros bosquejados en este eje serían los *factores externos* que influyen en el acceso efectivo a la salud de las personas. Constituyen datos de contexto indiscutiblemente necesarios para conocer la sanidad en cada territorio. Aportan una perspectiva amplia, centrados en generalizaciones correspondientes a variables mayormente cuantitativas y a nivel agregado.

3.3 La Salud vista por los usuarios: Factores Internos del Acceso a la Salud

Los materiales conglomerados en este eje observan la desigualdad en el acceso a la salud desde la óptica de los sujetos. El usuario es quien usa el servicio, es protagonista, es un sujeto con sus derechos que reclama justicia, equidad, eficiencia, trato amable, respeto, solidaridad a la hora de atender su salud. Sus experiencias, sus vivencias y el sentido que le otorga cada individuo a la salud son factores que también condicionan los grados de acceso efectivo a la salud. En última instancia, la elección de las formas y criterios del cuidado sanitario constituyen decisiones de cada persona.

Las dimensiones en esta sección son las culturales, sociológicas, de género y subjetivas, enfocadas desde una escala individual representativa en mayor o en menor grado de su grupo social de pertenencia. El hombre constituye un ser social, con lo cual obtiene ayuda emocional, afectiva, instrumental, o económica de la red social en que se encuentra inmerso. En este sentido, el apoyo social repercute en los procesos relacionados con la salud, la enfermedad y la mortalidad (Coira Fernández y Bailon Muñoz, 2014: 1). Asimismo, existen inequidades de género en el reparto de tareas de cuidado sanitario a nivel individual y/o colectivo.

Los estudios de este eje pueden subdividirse en dos grupos. Primero, los que analizan a sujetos para reconstruir el proceso histórico, económico y sanitario (Armus, 2002; Armus, 2007; Galeano, 2007; Álvarez y Carbonetti, 2008; Celsini, Guerrini y Novoa, 2007; Belmartino, 2010). Segundo, los que focalizan en los aspectos internos de cada individuo en relación a la salud (Mosquera Tenreiro, Uría Urraza y García Ruiz, 2004; Paolino y Thouyaret, 2006; Saizar, 2008; Muñoz Franco, 2009).

En el primer subgrupo, la mayoría de los planteos seleccionan a profesionales de la salud como referentes del estado de salud de la población en general. El saber médico se entiende articulado con fenómenos sociales, tales como la organización urbana, las políticas de salud o las estrategias de control y prevención de endemias y epidemias. Al respecto, asevera Quevedo que “si aceptamos que la Salud pública puede considerarse y estudiarse como un campo, parodiando a Bourdieu, un sanitarista es la salud pública hecha hombre” (Quevedo, 2008, 45). Esta visión ofrece una perspectiva compleja, en la que intervienen varias dimensiones a la hora de entender la salud.

El segundo subgrupo de aportes revaloriza la perspectiva cultural y la carga valorativa que las personas adjudican al proceso salud- enfermedad- atención y al acceso a la salud. Este enfoque

“jerarquizó el estudio de las percepciones sobre la enfermedad, la salud, el cuerpo y la muerte entre distintos grupos étnicos, raciales o sociales” (Armstrong, 2007, 58 y 59). Se exaltan las representaciones sociales del proceso de salud- enfermedad- atención (saberes, valores, creencias y la calidad de la atención) y sus prácticas asociadas. Este enfoque está atento al “consumo” por parte de la gente común de ofertas de atención médica y cómo ello genera dispares situaciones de acceso a la salud.

Dentro de este ámbito, el enfoque subjetivo sobre el acceso a la salud puede desplegarse en dos aristas. Por un lado, la que considera conjuntos de individuos aglutinados en torno a instituciones como la familia y por otro lado, la que se concentra en individuos particulares. En ambos casos la cuestión de género aparece emparentada con la salud.

La familia constituye un ámbito donde se definen barreras subjetivas que generan cierta percepción de los síntomas de enfermedad y los cuidados de la salud (Barbieri, 2008). Ese legado sociocultural que cada persona recibe de sus pares, se reproduce y se va forjando colectivamente. “Pero, cada sujeto toma para sí lo que considera pertinente y reconfigura elementos recibidos de los otros” (Muñoz Franco, 2009, 395). De aquí que cada persona posee un rol activo en la conformación de ciertos parámetros con que valoriza a su salud y por ende, a su acceso a la misma.

La familia en general y las mujeres en particular, se encargan del cuidado físico, psicológico o emocional de grupos dependientes tales como los niños, los adultos mayores o las personas con capacidades diferentes.

Esta función ha recaído y recae, casi en exclusiva, en las mujeres del núcleo familiar, en las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes y, entre éstas, en las mujeres de mediana edad, sobre todo en el grupo comprendido entre los 45 y los 69 años (Coira Fernández y Bailon Muñoz, 2014, 2).

De lo expuesto se deduce que son las mujeres quienes recurren más frecuentemente a los centros de salud tanto para su núcleo familiar y como para sí mismas. Socialmente reciben el mote de “cuidadoras de los suyos”, invistiéndolas de un rol fundamental. Sin embargo al mismo tiempo, ello supone un desgaste y repercute en su salud física y mental.

La “sobrecarga” en el sector femenino, podría ser consecuencia de dos situaciones. Una, la falta de tiempo y capacitación de los profesionales para la escucha, la educación y la promoción de la salud (Mosquera Tenreiro, Uría Urraza y García Ruiz, 2004). Y otra, el hecho

de concebir el cuidado como parte exclusiva del plano doméstico. Esta idea acota las responsabilidades estatales y las de la sociedad en general en este campo (Krmptic y De Ieso, 2010). El cuidado, considerado como problema social ocupa a profesionales de la Historia, Economía, Sociología, Derecho, Filosofía y Antropología (Guerrero, Ramacciotti y Zangaro, 2019), con lo que resulta un terrero potente de indagación.

A nivel de la percepción individual, la visión del sujeto se puede rastrear desde dos puntos de partida. Primero, desde el valor del “cuidado de sí” que cada individuo desarrolla en vinculación con la salud (Muñoz Franco, 2009); segundo, desde la visión del sujeto a través de la relación social que involucra al médico y al paciente quien evalúa la calidad de atención recibida (Mosquera Tenreiro, Uría Urraza y García Ruiz, 2004; Paolino y Thouyaret, 2006; Saizar, 2008).

Primero, el término “cuidado de sí” exhibe la subjetividad a la hora de seleccionar las prácticas de salud en función de las experiencias y expectativas personales. El cuidado de sí involucra

la relación dialógica de los seres humanos consigo mismos, con sus cuerpos y con el entorno en el cual realizan sus actividades diarias (...) [posibilitando] la emergencia de conocimiento socialmente construido con respecto al mantenimiento y al cuidado de la salud (Muñoz Franco, 2009: 395).

La percepción general del estado de salud es más positiva en los sujetos varones (López, Findling y Abramzón, 2006). Esto ocurre posiblemente debido a los impactos que la maternidad puede generar en ellas o a las mayores incapacidades que padecen por ser más longevas (López, Findling, y Abramzón, 2006).

Segundo, en cuanto a la relación médico- paciente (tratada por Mosquera Tenreiro, Uría Urraza y García Ruiz, 2004; Paolino y Thouyaret, 2006; Saizar, 2008), los usuarios analizados valoran positivamente la cercanía, la dedicación en tiempo y escucha, la capacidad de explicación y el conocimiento de cada persona que realiza el profesional. Asimismo, señalan el maltrato recibido, el discurso incomprensible, la ausencia de una visión integral de la persona (más allá de la enfermedad), la censura hacia el uso de otros tipos de medicina, la complejidad y demora que conllevan los métodos diagnósticos, la escasa efectividad del tratamiento y la continua derivación, entre otros. “Las pequeñas escenas que manifiestan la incomprensión entre usuarios y profesionales de la salud, son la base más importante de las quejas de los usuarios y el sustento para que prefieran y seleccionen otro tipo de medicina” (Saizar, 2008, 38). Las

relaciones médico- paciente, estrechamente vinculadas al sistema de representaciones, son complejas y no están exentas de conflictos cotidianos que condicionan el acceso efectivo a la salud de cada persona.

Hasta aquí la relación médico- paciente se manifestó de manera general, sin la distinción de género en el uso social de los sistemas de salud. Aunque en reducido número, algunas publicaciones incursionan en ese rubro.

Las disparidades observadas entre hombres y mujeres con respecto a la consulta y a los controles podrían explicarse debido a un logro de la medicalización que acerca a las mujeres a los servicios de salud. Ellas presentan una “actitud más anclada en las relaciones médico-paciente-institución que se establece durante el control del embarazo, la atención del parto, la atención de la salud de los hijos y del resto del grupo familiar incluyendo a las personas mayores” (López, Findling, y Abramzón, 2006, 71). En cambio, ellos manifiestan escasa concurrencia a las consultas a causa de la “definición del rol del varón como proveedor y (...) su imagen de invulnerabilidad, lo que elevaría el umbral a partir del cual se reconocen como enfermos y recurren a los servicios médicos” (Pantelides y Gaudio, 2009, 200).

En suma, los aportes esbozados manifiestan cuán importante es la salud en la escala de valores personales, factores internos que condicionan el acceso efectivo a la salud. Cabe preguntarse finalmente, ¿cómo es posible conocer la noción de acceso que han construido *todos* y *cada uno* de los usuarios de servicios de salud? Naturalmente, se debe realizar una selección para poder concretarlo. Pero, ¿cuáles son los criterios para “escuchar la voz” de algunos usuarios y no la de otros? De esto se desprende la necesidad de elaborar justificaciones metodológicamente sólidas que le den valor a los testimonios de esas personas.

Transversalmente a los tres enfoques mencionados se hace presente en la bibliografía relevada la relación entre *Género y Salud*. Algunas de las publicaciones compendiadas sobrevuelan tanto implícita como explícitamente la perspectiva de género. En general, se subraya la supervisibilización de los roles reproductivos/privados de las mujeres y la invisibilización/desvalorización de su papel en el ámbito productivo/ público: la economía, la política o la religión, considerados patrimonio únicamente de los hombres (Esteban, 2006). La economía del cuidado, desde el feminismo, revaloriza el cuidado en el sistema capitalista dadas sus implicancias en la vida económica de las mujeres y la necesidad de políticas públicas que gestionen en ese ámbito en pos de una sociedad más igualitaria (Rodríguez Enriquez, 2015).

En este sentido, es propicio ponderar factores socioculturales, demográficos y económicos tales como los cambios en la nupcialidad y la llegada del primer hijo y, la mayor incidencia de las separaciones y divorcios. Ellos revelan modificaciones en los roles tradicionales como por ejemplo, el aumento de mujeres a cargo de los hogares, su ingreso al mercado laboral por su propia decisión y no sólo como alternativa de emergencia económica, sus logros en la formación académica particularmente en educación y salud pública (Dominguez Mon y Lozano, 2019), entre otros.

En relación a la salud individual, ciertos estudios conciben a las mujeres solamente en su rol de madres, aunque habría que sumar otras afecciones que son inherentes a su condición de individuo. El desafío constituye en comprender al grupo masculino *en relación* a las mujeres.

Finalmente, el uso de indicadores muchas veces no manifiesta inequidades de género, sobre todo cuando la información es agregada a nivel del hogar o la vivienda. La contemplación de técnicas cualitativas que desentrañen las relaciones de poder entre hombres y mujeres, acercaría la mirada hacia las dimensiones culturales y subjetivas del acceso a la salud.

Reflexiones a modo de balance

Los ejes desarrollados precedentemente organizaron parte de la producción existente en materia del acceso a la salud y sus condicionantes internos y externos. No constituyen un producto acabado, sino una diagramación que posibilita abordar las vetas que ya se han indagado y cuáles restarían emprender, así como qué enfoques metodológicos pueden combinarse de otras maneras y brindar otros resultados.

El concepto de *Acceso a la salud* es el núcleo temático del *Primer Eje*. Dada la necesidad de asegurar la “buena salud para todos”, es recurrente juzgarla como un derecho enlazado a la equidad. No obstante, las disparidades socioespaciales la atraviesan. Una distribución equitativa del equipamiento sanitario ha sido comprendida muchas veces como la única vía para asegurar el acceso a la salud. Aunque, la cercanía a un centro médico, ¿es el único criterio para asegurar el acceso?, ¿garantiza calidad del servicio? Evidentemente, no. ¿Cuán dificultoso sería para un usuario realizar numerosos desplazamientos si goza de un alto nivel de satisfacción con la atención recibida? Seguramente, no advertiría dificultades en los trayectos entre su residencia y el centro sanitario al que desean concurrir.

Por tanto, acceder efectivamente a la salud implica considerar otras razones que pueden favorecerlo/obstaculizarlo, a saber: la

idoneidad de los profesionales, el buen estado de la infraestructura, la capacidad de atender afecciones complejas o la recomendación, todos aspectos que pueden influir en la elección de un centro de salud u otro. También es importante la incorporación de la variable temporal (cuánto se tarda en arribar al centro de asistencia), de los factores económicos (costos) que ello reviste, la evaluación del estado de las vías de transporte, su frecuencia y su infraestructura, entre otros.

Las modelizaciones no siempre llegan a contemplar estas variables, con lo cual su valor reside en mostrar escenarios posibles que se ajustan más o menos a lo que ocurre en el cotidiano de las personas. El uso de otras fuentes de información y técnicas de procesamiento de datos, puede otorgar un panorama más próximo a la realidad.

En el *Segundo Eje* se alude a las *Condiciones materiales y su vinculación intrínseca con la salud*. Analizar las inversiones en salud no atestigua sobre la calidad ni el acceso efectivo. Habría que profundizar en la distribución regional del financiamiento y las prioridades marcadas desde el sistema económico en aspectos de salud. No debe olvidarse que al pensar en la delimitación de grupos de riesgo epidemiológico puede ocurrir que personas con edades similares estén en grupos diferentes, y por tanto se les asignen consumos y canastas de salud distintas, aunque ellas sean compartidas.

En este sentido, el rol del Estado atento a estas cuestiones se convierte en un aspecto crucial. Si bien se esgrimen críticas sobre el accionar “pasivo, condescendiente e inadecuado” del Estado con respecto a la influencia de los organismos internacionales en materia de salud, tal vez esos análisis necesitarían comprender también las diferentes racionalidades al interior del aparato estatal. Muchas veces se toma al Estado como una “caja negra, cuyo contenido no se devela” (Belmartino, 2008, 128). Entonces, es primordial ahondar en los análisis institucionales para interpretar, desde adentro, la formulación de políticas de salud.

Por su parte, la visión materialista histórica junto a la Demografía y a la Epidemiológica construyen modelos y generalizaciones. Contar con fuentes de datos oficiales permite “estudios de tipo ecológicos, es decir que no utilizan la información del individuo de forma aislada sino que se valen de datos agregados de toda la población” (Pita Fernández, 1995, 2). Su gran ventaja reside en que se ejecutan muy rápidamente. Pero su principal desafío consiste en la disponibilidad y fiabilidad de esos datos a lo largo del tiempo, dadas las variaciones en los mecanismos de registro, tabulado y sistematización de la información, situación que se torna compleja en momentos históricos en los que el desarrollo de la Estadística era incipiente. Además, cuando se manejan fuentes estadísticas para luego efectuar

comparaciones entre diferentes áreas geográficas, surge una encrucijada: si bien hay parámetros internacionales sobre la forma de rastrear dicha información, pueden efectuarse disímiles mediciones de acuerdo a la zona considerada y de diverso grado de desagregación espacial.

En Argentina, la Salud siempre es estudiada desde variables indirectas como los materiales, obtenidas vía registro censal, que no reconocen las vivencias y experiencias en salud. El uso de métodos cualitativos ofrece múltiples posibilidades de extender el abanico de temáticas no exploradas hondamente en ese campo tan significativo, tal como lo expresa el Eje 3.

Una observación que no puede evitarse dentro de este eje, es que es necesario “sacar los rótulos a los sujetos que demandan intervención y dejar de nombrarlos como ‘pacientes’, como ‘pacientes que esperan’ y comenzar a nombrarlos como ciudadanos, como sujetos plenos de derechos y subjetividades” (Celsini, Guerrini y Novoa, 2007, 22). Ese cambio en la denominación los convierte agentes activos capaces de demandar, según sus necesidades y capacidades, lo que considera primordial para acceder a la salud.

Los usuarios solicitan respaldo de instituciones y una de ellas es el Centro de Salud de referencia. Cada uno de ellos asume una forma social porque funciona como núcleo articulador de relaciones y experiencias sociales, económicas y culturales. Las condiciones sociodemográficas que los rodean son las que definen sus usos sociales y su significado. Este aspecto se nutriría con trabajos que examinen a las instituciones de salud.

Finalmente, varias producciones científicas plantean relaciones de poder en base a la posesión diferencial de recursos materiales y simbólicos por parte de los hombres y las mujeres a la hora de acceder efectivamente a la salud. En esta línea, la perspectiva e identidades de género se podría interpretar como una cuestión permeable tanto a los factores externos como a los internos delineados y que requiere ser profundizada.

Cada contribución teórica y empírica examinada en la presente investigación fue entendida como un recorte conceptual, una mirada cuya perspectiva iluminó arista(s) de un proceso complejo como es el acceso a la salud. En acuerdo con Sen (2002) y Amadeo (2007), alcanzar la meta de “acceso a la salud” implica otorgar las facilidades para que cada usuario, según sus necesidades y posibilidades, logre cuidar su salud. Conseguir esa finalidad requiere de un concepto de acceso a la salud que sea a la vez integral e interdisciplinario.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, A. y Carbonetti, A. (eds.). (2008): *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por Historias de Vida*. Mar del Plata: EUDEM. 314 páginas
- Amadeo, E. (2007): *Equidad en la salud: cuidados y desarrollo de la salud en el ámbito nacional*. Buenos Aires : Ministerio de Salud. Comisión Nacional Salud Investiga, 87 páginas. ISBN: 9789872394028.
- Armus, D. (2002): La Enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Revista Electrónica de Historia de la Medicina Asclepio*, Vol. (LIV-2). Pp. 41- 60. Recuperado de <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/Article/140>
- Armus, D. (2007): Un médico higienista buscando ordenar el mundo urbano argentino de comienzos del siglo XX. *Revista de Salud Colectiva*. Vol. 3 (1). Pp. 71-80. Enero – Abril. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/121>
- Aveni, S. y Bruno, M. (2008): Segregación territorial según género en el mundo del trabajo, su impacto diferencial en la calidad de vida de la población argentina, 2001, mediante el uso de SIG. *VII Jornadas Patagónicas de Geografía. Prácticas, problemas y desafíos de la Geografía actual. Una mirada integradora*. Neuquén. Publicado en CD: Boletín Geográfico N° 31. Edición especial. ISBN: 0326-1735
- Ávila Vázquez, M. (2007): Globalización e identidades médicas en los ensayos clínicos. *Revista de Salud Colectiva*. Vol. 3(3). Pp. 235-245. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/144>
- Barbieri, M.C. (2008): *Pobreza y Salud. Condiciones de acceso a la salud de los hogares pobres marplatenses*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. Inédito. UNMDP. Mar del Plata.
- Belmartino S. (2008): Contribuciones al debate metodológico en salud. *Revista de Salud Colectiva*. Vol. 4 (2). pp.125-131. Mayo a Agosto. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/333>
- Belmartino S. (2010): Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. *Revista de Salud Colectiva*. Volumen 6 (3). Pp. 329- 356, Enero – Abril. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/288>
- Bosque Sendra, J. y Moreno Jiménez, A. (2007): Localización- asignación y justicia/equidad espacial con Sistema de Información Geográfica. En Buzai, G., *Memorias XI Conferencia Iberoamericana de Sistemas de Información Geográfica (CONFIBSIG)* (pp. 95- 115). Luján: Universidad Nacional de Luján.
- Buzai, G y Baxendale, C. (2006): *Análisis socioespacial con Sistemas de Información Geográfica*. Buenos Aires: Lugar.

- Buzai, G. y Baxendale, C. (2007): Accesibilidad espacial a los centros de atención primaria de salud (CAPS) en la ciudad de Luján, Bs. As, Argentina. En: Buzai, G., *Memorias XI CONFIBSIG*. Luján: Universidad Nacional de Luján. Publicado en CD. Luján.
- Carbonetti, A. y Celton, D. (2007): La transición epidemiológica. En Torrado, S. (comp), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario* (pp. 369-398). Buenos Aires: Edhasa.
- Celemín, J, Ares, S. y Aveni, S. (2009): En busca de un mejor acceso a los servicios sanitarios públicos: una aproximación a la localización de nuevos centros de salud. *12do Encuentro de Geógrafos de América Latina. "Caminando en una América Latina en transformación"*. Montevideo.
- Celsini, G., Guerrini, M. y Novoa, P. (2007): *La Nueva Pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de la ciudadanía social*. Buenos Aires: Espacio Editorial
- Coira Fernández, G. y Bailon Muñoz, E. (2014): La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. *Revista de Atención Primaria*. Vol. 46 (06). Junio - Julio. Recuperado de <https://medes.com/publication/90687>
- Curto, S., Veerhselt, Y. y Boffi, R. (2001): La Transición epidemiológica en la Argentina. *Contribuciones Científicas GAEA*, Sociedad Argentina de Estudios Geográficos. Vol.13. Pp. 239-248
- Domínguez Mon, A. y Lozano, C. (Eds). (2019): *La profesionalización de las mujeres en la Educación y Salud Pública en Alemania y Argentina*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial FILO UBA. 300 páginas. ISBN 978-987-4923-20-2
- Escuela, M. (2009): Pobreza y Salud. En Pickenhayn, J. (comp.), *Salud y enfermedad en Geografía* (pp. 67- 100). Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Esteban, M. (2006): El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Revista de Salud Colectiva*. Vol. 2 (1). Pp. 9-20. Enero-abril. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120102>
- Galeano, D. (2007): Mens sana in corpore sano: José M. Ramos Mejía y la medicalización de la sociedad argentina. *Revista de Salud Colectiva*. Vol. 3(2). Pp. 133-146. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/133>
- Garrocho, C. (2007): Métodos Cuantitativos en Geografía de la Salud: Modelos de localización espacial. En Buzai, G. (comp.), *Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud* (pp. 41- 47). Luján: Ed. Serie Publicaciones del PROEG n°2.
- Guerrero, G., Ramacciotti, K. y Zangaro, Marcela (comp). (2019): *Los derroteros del cuidado*. 1ra ed. Bernal: UNQUI. ISBN 978-987-558-550-8. 164 páginas. Recuperado de https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/1025/los_derroteros_del_cuidado.pdf

- Gutiérrez, A. (2011): Insumos para una gestión intersectorial de políticas públicas: movilidad y acceso. *Revista Territorios*. S. 1(25). Bogotá. Pp. 151-171. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/territorios/article/view/1850>
- Gwatkin, D. (2000): Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿qué sabemos al respecto?, ¿qué podemos hacer? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud recopilación de artículos*. Vol.3. Pp. 3-17. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57992>
- Jori, G. (2013): El estudio de la salud y la enfermedad desde una perspectiva geográfica: Temas, enfoques y métodos. *Revista Biblio 3W*. Vol. XVIII (1029). Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9796. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1029.htm>
- Krmpotic, C. (2011): De la transición democrática a la regulación postfordista. Efectos en los servicios sociales y en las profesiones de cuidado. En Lorente Molina, B. (Ed.), *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la Intervención Social en Iberoamérica* (pp.53-78). Buenos Aires: Ed. Miño y Dávila.
- Krmpotic, C. y De Ieso, L. (2010): Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. *Revista Katálysis*. Vol. 1 (1). Universidad Federal de Santa Catarina. Pp. 95-101. Enero-Junio. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179615654011>
- Laurell, A. (1982): La salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales* (19). Recuperado de <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Linares- Pérez, N. y López Arellano, O. (2008): La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Revista Medicina Social*. Vol. 3(3). Recuperado de <http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/Article/226>
- López, E, Findling, L. y Abramzón, M. (2006): Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *Revista de Salud Colectiva*. Vol. 2(1). Pp. 61-74. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. Enero – Abril. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120106>
- Lucero, P., Sagua, M. y Aveni, S. (2009): Mortalidad Infantil, Precariedad en las Condiciones de Vida y Territorio. Aportes desde el Programa de Vigilancia Epidemiológica de la Región Sanitaria VIII, Provincia de Buenos Aires. *X Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEP)*. San Fernando del Valle de Catamarca. ISBN 978-987-661-027-8.
- Minujín, A., Davidziuk, A. y Delamónica, E. (2007): El boom de las transferencias de dinero sujetas a condiciones. ¿De qué manera estos programas sociales benefician a los niños y niñas latinoamericanos? *Revista de Salud Colectiva*. Vol. 3(2). Pp. 121-131. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/132>
- Moreno-Altamirano, L. (2007): Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica.

- Revista de Salud pública de México*. Vol. 49 (1). Enero-febrero.
Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>
- Mosquera Tenreiro, C., Uría Urraza, M. y García Ruiz, M. (2004): *La salud de las mujeres en Asturias. Investigación cualitativa con grupos de discusión*. Asturias, España: Ed. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Recuperado de:
https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/salud_mujeres_grupos_focales.pdf
- Muñoz Franco, N. (2009): Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Revista de Salud Colectiva*. Volumen 5(3). Pp. 391-401. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265.
Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/242>
- Olivera, A. (1993): Geografía de los equipamientos y servicios de salud. En Olivera, A., *Geografía de la salud* (pp. 93 -122). Madrid: Ed. Síntesis
- Pantelides E. y Gaudio, M. (2009): Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas. *Revista de Salud Colectiva*. Volumen 5(2). Pp. 195-209. Enero- Abril. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/260>
- Paolino, M. y Thouyaret, L. (2007): Abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención: una reflexión desde las ciencias sociales. *Gaceta Urbana: Proyecto urbano de salud* N°4. Pp. 52-53 México. Universidad Autónoma Metropolitana. ISSN: 1870-3968. Recuperado de
http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_fasciculo.php
- Pita Fernández, S. (1995, actualización 2001): Epidemiología. Conceptos básicos. En: *Tratado de Epidemiología Clínica* (pp. 25-47). Madrid: DuPont Pharma, S.A., Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: p. 25-47. Actualización 28/02/2001. Recuperado de:
https://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios2.pdf
- Quevedo, E. (2008): ¿La salud de los sujetos o los sujetos de la salud? Hacia el rescate del papel de los individuos en la historia de la salud pública. En Álvarez, A. y Carbonetti, A. (eds.), *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por Historias de Vida* (pp. 19-45). Mar del Plata: EUDEM. pp. 19-45.
- Ramírez, L. (2002): ¿Dónde localizar hospitales públicos? Las nuevas tecnologías -SIG- como herramientas de apoyo a la planificación territorial. Un caso de estudio aplicado a la Provincia del Chaco – Argentina. *Serie Geográfica* N°. 10 pp.121 – 130.
- Rodríguez, Enríquez, C. (2015): Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*. N°256. Pp. 30 a 44. Marzo a Abril. ISSN 0251-3552.
Recuperado de www.nuso.org
- Rojas, M. C.; Meichtry N., Ciuffolini, M., Vázquez, J. y Castillo, J. (2008): Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica. *Revista de Salud Colectiva*. Volumen 4(2). Pp. 187-

201. Enero- Abril. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/341>
- Sabaté Martínez, A. (1995): Género y estructura urbana en países periféricos. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*. N° 15. Pp. 639-650. Madrid. Servicio de Publicaciones Universidad Complutense. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=236217>
- Saizar, M. (2008): Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente. En Krmpotic, C., *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud* (pp. 35-53). Espacio. ISBN 9789508022981
- Seguinot Barbosa, J. (2007): Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud: experiencia personal. En Buzai, G. (comp.), *Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud* (pp. 103-110). Luján. Ed. Serie Publicaciones del PROEG N°2.
- Sen, A. (2002): ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana Salud Pública*. Vol. 11(5/6). Pp. 302-309. Mayo- Junio. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/>
- Susser, M. (1973). *Causal thinking in the health science*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2007): América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Revista de Salud Colectiva*. Volumen 3(1). Pp. 33-48. Enero- Abril. Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1851-8265. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/118>