

**Título:** Análisis de los factores asociados a la utilización de servicios de salud entre trabajadores públicos de la provincia de Mendoza.

**Autoras:** Lic. Cecilia Ruth Silva y Lic. María Virginia Cecchini

**Pertenencia institucional:** OSEP. Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza.

**Mail:** [virginia.cecchini@osep.mendoza.gov.ar](mailto:virginia.cecchini@osep.mendoza.gov.ar) [cecilia.silva@osep.mendoza.gov.ar](mailto:cecilia.silva@osep.mendoza.gov.ar)

**Mesa temática:** mesa N° 43. “Los mercaderes del templo. La salud en tiempos de capitalismo global.”

**Disciplinas:** Sociología, Medicina, Estadística, Trabajo Social.

**Palabras clave:** seguridad social, atención médica, necesidades, demanda, utilización..

### **1. Resumen**

Los motivos por los cuales una persona consulta al médico van más allá de los eventos de salud/enfermedad que tienen lugar en su vida o la de su familia, ya que existen múltiples factores asociados a la utilización de servicios de salud. Al medir la utilización de servicios se mide también la accesibilidad y la equidad del sistema de salud, ya que algunos factores actúan como facilitadores y otros como barreras de acceso. Entre los factores asociados a la utilización de servicios sanitarios la literatura destaca los demográficos (edad, sexo, tamaño y estructura del grupo familiar); los socioeconómicos (nivel de ingresos, ocupación, nivel educativo, raza); factores relacionados con las características del sistema de salud (turnos diferidos, cantidad de médicos por habitante, existencia de un médico de cabecera, distancia entre el domicilio y el efector de salud, recursos materiales, infraestructura) y las necesidades en salud (salud auto percibida, cantidad de síntomas, enfermedades diagnosticadas).

En este caso desarrollamos el análisis inverso a la utilización de servicios de salud, buscando los factores relacionados con la no utilización de estos servicios por parte de los trabajadores públicos afiliados a la obra social provincial y sus grupos familiares. Para ello, partimos del registro de consumo del padrón general de afiliados con el fin de detectar a la población que no ha utilizado la obra social durante un año (o al menos no hay registro de consultas, prácticas ni recetas de medicamentos entre junio-2015/mayo-2016) y relacionamos esta población con ciertas características: sexo, grupo étnico, departamento de residencia, existencia de otra cobertura de salud y lugar de trabajo e ingresos del afiliado titular.

Entendemos que adentrarse en el estudio de la no utilización y de los factores que se asocian a ella es una perspectiva novedosa en tanto que históricamente las organizaciones de la seguridad social abordan a sus poblaciones desde su perfil consumidor de servicios (demanda), desatendiendo sus necesidades reales de salud.

## **2. Introducción.**

Hablar de utilización de servicios de salud implica hablar del acceso a los mismos, o más bien de la accesibilidad, término que según algunos autores da cuenta de la capacidad de los usuarios para obtener atención médica, y según otros refiere a atributos del sistema de atención que debe responder a las características y necesidades de esa población. Una tercera postura (que es a la que adherimos) implica reconocer que la accesibilidad es *“la función de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y obtención de atención generados por la organización de servicios de salud y las capacidades o recursos de la población para superar esos obstáculos”* (Frenk, 1985).

Así definida entonces, la accesibilidad a una consulta médica puede estar mediada por factores habilitantes o, por el contrario, por barreras que capacitan o impiden la cobertura de las necesidades en salud que llevaron a esa persona/familia a consultar al médico, lo que llevaría a delinear un sistema de salud equitativo o su inversa, un sistema en donde quienes no logran acceder a los servicios son los grupos socioeconómicamente desfavorecidos.

Abordaje poblacional, el proyecto que se está implementando en OSEP desde hace un año y medio viene a traer una mirada distinta a la que plantea el análisis recurrente de la población como “consumidora” o “usuaria” de servicios, y pone el acento no tanto en las demandas espontáneas (necesidades manifiestas) sino en las necesidades reales de la población (generalmente no manifiestas). El propósito final de esta propuesta es, de esta manera, contribuir cada vez más a la equidad de este sistema.

En este sentido, surgió la inquietud de descubrir a esa población que no accede a los servicios, la que no los demanda pero que seguramente sí los necesita. Por un lado se crea la figura del “facilitador”, como una suerte de agente sanitario que, entre otras acciones, visita el domicilio de nuestros afiliados con la intención de aplicar una encuesta de salud buscando relevar precisamente esas necesidades y percepciones, así como también datos demográficos, ocupacionales y educacionales de las familias visitadas, las cuales quedarán a su cargo en un futuro para su seguimiento.

Por otro lado, se llevan a cabo estudios estadísticos, cruces de variables disponibles en los sistemas de información de la obra social, armado de padrones barriales que proporcionan un apoyo técnico al facilitador al momento de abordar el domicilio de la familia. A partir de esta información obtenida de los sistemas se pueden analizar estos grupos de población no usuaria.

Ambas fuentes de datos se sirven una de la otra y aportan al desarrollo de esta nueva lógica de “llegar a los que no llegan”.

La literatura existente sostiene que la utilización de servicios de salud es función, en general, de tres tipos de factores.

El primero de ellos habla de los factores predisponentes: aquellos cuya existencia es previa a la necesidad de búsqueda de atención, la mayoría de ellos inmodificables. Estos son los factores demográficos como el sexo, la edad y la estructura familiar y los socioeconómicos como la clase social (ingreso y ocupación), el nivel educativo y la etnia o raza.

El segundo grupo de factores es el de los capacitantes o habilitantes: refieren a las circunstancias que garantizan la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud. Aquí encontramos al propio sistema de salud y todas sus dimensiones (tiempos de espera, burocracia del sistema, demora en los turnos, distancia centro de atención-domicilio del paciente, disponibilidad de recursos, número de médicos por habitante, médico definido, relación médico- paciente, etc.); que a veces funcionan como habilitantes y otras como barreras para llegar a la atención. Hay autores que ubican aquí al tipo de cobertura de salud, factor que, si bien está relacionado con las características del sistema de salud en cuestión, depende también de la clase social y el nivel de ingresos de la familia.

El tercer grupo de factores que permiten o dificultan el acceso a un servicio de salud tiene que ver con las necesidades en salud, en tanto autopercepción del estado de salud, número de síntomas, cantidad de enfermedades crónicas diagnosticadas y días perdidos por las limitaciones que ocasionan estas enfermedades.

Este último grupo de factores es, para la literatura consultada, el más importante ya que es ubicado como mediador entre los demás factores –por un lado- y la utilización de servicios de salud –por otro-. Al analizar la utilización (o la no utilización) de un servicio por parte de diferentes grupos sociales según el nivel de necesidad pueden surgir diferencias que, a la luz de los demás factores tal vez no se percibirían.

Tan importante es este elemento que Mendoza Sassi (2001) lo ubica en el centro del análisis cuando desarrolla su *“relación jerárquica de las diferentes categorías analíticas relacionadas a la utilización de servicios de salud.”* Con esto explica que las categorías ubicadas en un nivel superior (factores demográficos y socioeconómicos) influyen en la utilización de los servicios solo a través de categorías inferiores (necesidad en salud). De esta manera, si bien es sabido a todas voces que las edades extremas y el sexo femenino se relacionan con una mayor utilización, esta está mediada por una mayor necesidad en salud de estos grupos sociales. Diversos trabajos demuestran que los sectores más estructuralmente desfavorecidos (pobres) utilizan menos los servicios de salud.

Y esto se explica porque, aunque presentan peores estados de salud, provocados por el uso intensivo del cuerpo en lo laboral (mucho más que los grupos más altos en la escala social) son capaces de soportar una dolencia física mucho más tiempo para no perder el fruto de su jornada laboral (viven el día a día) y relegan para después la búsqueda de atención *“sólo me atiendo si es algo serio, que me pare, que tenga que estar en cama “ ... “nos tenemos que estar muriendo para ir al médico.”* (Frasas textuales de entrevistas a mujeres salteñas. Sacchi, 2007).

### **3. Objetivos y metodología.**

El propósito de este estudio es determinar el comportamiento de los afiliados a la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza en la utilización de servicios de salud que la misma brinda, ya sea en efectores propios o en privados convenidos.

Una vez detectada la población no usuaria de servicios el objetivo es descubrir asociaciones existentes entre la no utilización y algunas características demográficas, socioeconómicas y sanitarias de los afiliados. Es decir, detectar si influye en el uso de algún servicio de salud el hecho de ser hombre o mujer, niño o adulto joven, empleado del Poder Judicial o de la Dirección General de Escuelas, gozar de otra cobertura de salud o no, etc.

Para ello partimos del registro de consumo de servicios por parte de los afiliados durante un año (consultas, prácticas y recetas de medicamentos registradas desde el 1 de mayo de 2015 al 31 de mayo de 2016). Esta base de consumo fue provista por el Sistema de Salud de OSEP (SISAO) a través de la Gerencia de TIC's (Tecnologías de la Información) y cruzada con variables como: el sexo, la edad, posesión de otra cobertura de salud, lugar de trabajo,

departamento de residencia e ingreso bruto percibido por el titular en el mes de julio de 2016, datos existentes en el padrón de Afiliaciones y Registros de la obra social.

#### 4. Resultados

La consulta con el médico durante el último año es el indicador más frecuentemente utilizado para medir la utilización de servicios de salud de una población. En este análisis hemos tomado la consulta médica -según la disponibilidad de los datos-, no durante un año calendario sino durante doce meses, de junio de 2015 a mayo de 2016. Sin embargo, además de la consulta tuvimos en cuenta otros servicios como las prácticas, las internaciones y las recetas de medicamentos.

##### 4.1. Género y edad

En el cuadro 1 y 2 se ve que, como era de esperar y coincidiendo con toda la literatura revisada, la consulta médica durante el último año está relacionada con el género y la edad. En cuanto al género, las mujeres afiliadas a OSEP presentan más altos niveles de utilización que los hombres, no solo de consultas sino de servicios en general. Y como estamos haciendo el análisis inverso decimos que el nivel de no utilización en el sexo femenino oscila entre 25% (consultas y consumo de medicamentos) y 38% (en prácticas). En total el 13% de las afiliadas a OSEP no ha tenido contacto con el sistema de salud durante un año.

Por el lado de nuestros afiliados hombres observamos una diferencia de, al menos 10 puntos porcentuales con respecto a las mujeres en todos los indicadores de consumo: en consultas el nivel de no utilización es de 33%, 37% para consumo de medicamentos y 52% para prácticas de distinto tipo. En total, el 22% de los afiliados de sexo masculino no ha tenido contacto con nuestros servicios durante el año en estudio.

*Cuadro 1. Nivel de no utilización de servicios de OSEP según género. Afiliados a OSEP. 2015-2016.*

	<b>Población total</b>	<b>No utilización de consultas</b>		<b>No utilización de prácticas</b>		<b>No utilización de recetas</b>		<b>Sin consumo total</b>	
<b>Mujeres</b>	206467	46681	23%	78930	38%	52441	25%	26418	13%
<b>Hombres</b>	180367	59067	33%	94034	52%	67486	37%	38917	22%
<b>Total</b>	386834	105748	27%	172964	45%	119927	31%	65335	17%

*Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por SISAO- OSEP*

Con relación a la edad, se observa que los grupos de los extremos de la vida son quienes más utilizan todos los servicios. Los niños de 0 y 1 año, por ejemplo, son los mayores utilizadores de consultas médicas (sólo el 16% no ha utilizado); y los adultos mayores de 64 son los mayores consumidores de medicamentos (solo el 16% no ha utilizado).

Los grupos de edades medios (“15 a 24” y “25 a 64” años) figuran con los menores niveles de utilización. Es decir, los mayores no utilizadores se encuentran en estos grupos (24% de utilización).

*Cuadro 2. Nivel de no utilización de servicios de OSEP según grupos de edad. Afiliados a OSEP. 2015-2016.*

	<b>Población total</b>	<b>No utilización de consultas</b>		<b>No utilización de prácticas</b>		<b>No utilización de recetas</b>		<b>Sin consumo total</b>	
<b>0 a 1 años</b>	8957	1444	16%	3875	43%	1959	22%	790	9%
<b>2 a 14 años</b>	77224	20625	27%	49651	64%	28938	37%	14437	19%
<b>15 a 24 años</b>	56014	18343	32%	28419	50%	25116	45%	13363	24%
<b>25 a 64 años</b>	195307	54702	28%	77489	40%	55965	29%	31662	16%
<b>65 y más</b>	49332	10634	22%	12530	25%	7949	16%	5083	10%
<b>Total</b>	386834	105748	27%	172964	45%	119927	31%	65335	17%

*Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por SISAO- OSEP*

#### **4.2. Lugar de residencia**

Desglosando el padrón de afiliados por zona podemos observar que no hay prácticamente diferencias en el nivel de utilización entre los afiliados residentes en el Gran Mendoza y quienes viven en el resto de la Provincia (Cuadro 3). Ambos grupos siguen el promedio de utilización general: entre un 25% y un 30% no se acercaron a hacer una consulta con un médico, un 45% no utilizaron ninguna práctica y un 30% no consumieron medicamentos durante ese año.

*Cuadro 3. Nivel de utilización de servicios de salud según zona de residencia. Afiliados a OSEP. 2015- 2016.*

	<b>Población total</b>	<b>No utilización de consultas</b>		<b>No utilización de prácticas</b>		<b>No utilización de recetas</b>		<b>Sin consumo total</b>	
<b>Gran Mendoza</b>	231628	66449	29%	102183	44%	70605	30%	40055	17%
<b>Otras zonas</b>	155206	39299	25%	70781	46%	49322	32%	25280	16%
<b>Total</b>	386834	105748	27%	172964	45%	119927	31%	65335	17%

*Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por SISAO- OSEP*

A un nivel mayor de desagregación, por departamento, encontramos algunas diferencias, aunque no muy significativas: los departamentos con menos utilización de consultas son Capital y Tupungato (35% y 34% de afiliados residentes en estos lugares no ha consultado);

aquellos con menor uso de prácticas son Malargüe, San Rafael y Lavalle (la mitad de los residentes en estos departamentos no ha usado servicios de prácticas), aunque en cuarto lugar está General Alvear (48% no utilizaron prácticas), es decir que podemos afirmar que los residentes de toda la zona Sur son los que acceden a las prácticas con menor frecuencia. En cuanto al consumo de recetas de medicamentos, aquí sí hay uno que se destaca: La Paz, donde el 43% de sus residentes no ha comprado medicamentos recetados durante el año en estudio.

*Cuadro 4. Nivel de utilización de servicios de salud según departamento de residencia.*

*Afiliados a OSEP. 2015-2016.*

	Población total	No utilización de consultas		No utilización de prácticas		No utilización de recetas		Sin consumo total	
Capital	33244	11729	35%	14547	44%	10699	32%	6532	20%
Godoy Cruz	47304	14259	30%	19949	42%	14353	30%	8205	17%
Guaymallén	58189	15782	27%	25193	43%	17220	30%	9605	17%
Las Heras	42040	11290	27%	18839	45%	13292	32%	7078	17%
Lavalle	7642	2191	29%	3762	49%	2443	32%	1396	18%
Luján	22418	6652	30%	10465	47%	7113	32%	4316	19%
Maipú	28433	6737	24%	13190	46%	7928	28%	4319	15%
San Carlos	8208	2235	27%	3414	42%	2700	33%	1325	16%
Tunuyán	10915	3134	29%	4790	44%	3926	36%	1889	17%
Tupungato	5599	1909	34%	2475	44%	1951	35%	1052	19%
Junín	8637	1874	22%	3611	42%	2301	27%	1138	13%
La Paz	4271	1128	26%	1892	44%	1825	43%	864	20%
Rivadavia	14329	3624	25%	6156	43%	4316	30%	2029	14%
San Martín	26952	6045	22%	10880	40%	7374	27%	3588	13%
Santa Rosa	5116	1075	21%	2458	48%	1737	34%	807	16%
Alvear	11999	3230	27%	5742	48%	3882	32%	2077	17%
Malargüe	8822	2761	31%	4466	51%	3089	35%	1832	21%
San Rafael	42716	10093	24%	21145	49%	13778	32%	7283	17%

*Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por SISAO- OSEP*

### 4.3. Ingreso del titular

Debido a la limitada disponibilidad de datos respecto del ingreso económico familiar de los afiliados a OSEP, nos vemos obligados a acotar el análisis al ingreso del titular (único dato disponible en nuestros sistemas de información).

De todas las jurisdicciones donde se desempeñan nuestros afiliados tomamos para el análisis solo 5, en virtud de distintos criterios:

- Municipios, porque son los de menores ingresos relativos,
- OSEP y Poder Judicial por sus mayores ingresos relativos,

- Dirección General de Escuelas porque agrupa un colectivo muy heterogéneo y porque los titulares de esta jurisdicción representan casi la mitad del total de titulares activos de la OSEP,
- Ministerio de Seguridad porque ocupa un lugar intermedio en los ingresos relativos.

La población de cada jurisdicción se dividió en deciles del ingreso bruto correspondiente al mes de julio de 2016. Se calculó el peso porcentual de los no utilizadores de consultas médicas (del año estudiado) dentro de cada decil para hacer una comparación entre deciles al interior de cada jurisdicción.

El primer dato a destacar es que, con la excepción de la DGE, hay más no utilizadores de consultas en los deciles más altos de ingresos que en los más bajos (la población “pobre” consulta más que la “rica” hacia adentro de cada jurisdicción/repartición estatal analizada), lo que aparentemente entraría en concordancia con parte de la literatura que afirma que la población más desfavorecida en términos económicos consulta más al médico porque tiene mayores necesidades en salud. Mendoza Sassi (2001) luego de una revisión exhaustiva sobre estudios de diversos países, afirma que esto estaría hablando de un sistema más equitativo.

Una explicación posible de la menor utilización por parte de los grupos más favorecidos económicamente es que, en este caso, partimos de una población que ya tiene seguro de salud, por lo cual consideramos que una variable que puede estar interviniendo no sería la posesión o no de seguro de salud, sino de una cobertura adicional, como hemos comprobado más arriba que sucede para la población general.

Los datos confirman esta hipótesis ya que en los deciles más altos de cada jurisdicción hay un mayor porcentaje de afiliados con doble cobertura; por lo cual, en principio quedaría planteada la correlación entre las tres variables: a mayor decil de ingresos, mayor porcentaje de población con doble cobertura y mayor porcentaje de no utilización.

Esta relación puede observarse claramente en el caso del último decil de ingresos del Poder Judicial, si se lo compara con cualquier decil de otra jurisdicción, sobre todo si se trata de los deciles más bajos.

En el único caso en que no se verifica la correlación mencionada es la DGE, que es la población más heterogénea de todas las analizadas. Según los datos, consumen más los

docentes que más ganan, y es, a su vez, el grupo donde hay menor porcentaje de doble cobertura.

Una hipótesis que surge a partir de esto y, que debería dar lugar a una nueva línea de investigación es la existencia, sobre todo en el colectivo docente, de ciertas características socioculturales que estarían relacionadas y que implicarían por ejemplo una menor incidencia de la doble cobertura por una mayor probabilidad de doble afiliación al mismo seguro de salud (en OSEP: docente casado con docente, docente casado con jerarquías medias administrativas del Estado, etc.).

*Cuadro 5. No utilización y doble cobertura según jurisdicción y decil de ingresos del titular.  
Afiliados a OSEP. 2015-2016.*

		Decil 1	Decil 10	Ingreso promedio
<b>Poder Judicial</b>	% No utilizadores	22	57	
	% Otra cobertura	17	42	\$ 36.600
<b>OSEP</b>	% No utilizadores	26	42	
	% Otra cobertura	15	28	\$ 26.700
<b>Seguridad</b>	% No utilizadores	19	28	
	% Otra cobertura	8	9	\$ 22.000
<b>DGE</b>	% No utilizadores	30	19	
	% Otra cobertura	42	22	\$ 15.000
<b>Municipales</b>	% No utilizadores	30	32	
	% Otra cobertura	16	11	\$ 13.100

*Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por SISAO- OSEP*

#### **4.4. Cobertura de salud**

La literatura afirma que la relación entre la posesión de seguro de salud y el nivel de utilización es fuerte. Esto indicaría que aquellas personas que poseen cobertura de salud consultan al médico con mayor frecuencia. En nuestro análisis las personas ya están cubiertas por un seguro de salud (la OSEP) y lo que buscamos es conocer si consultan más aquellas personas que tienen una doble cobertura, es decir, aquellos que además de ser afiliados a OSEP disponen de otra obra social o prepaga.

Según datos obtenidos del Sistema de Afiliaciones de esta Obra Social, el 22% de nuestros afiliados posee otra cobertura de salud. Estamos hablando de más de 86.000 personas (titulares y familia). De este grupo, el 37% no ha consultado a un médico de OSEP en el

año en estudio, mientras que entre los afiliados que tienen OSEP como única cobertura, este porcentaje llega al 24%.

Es válido concluir, por esto, que el efecto que tiene el factor “doble cobertura” en nuestro caso hace que los afiliados utilicen menos servicios de su seguro de salud propio/obligatorio (OSEP), favoreciendo la hipótesis de que atienden sus necesidades de salud por medio de la otra cobertura.

#### **4.5. Factores de necesidad en salud.**

La bibliografía consultada cita al factor necesidad en salud como fundamental en el análisis de la utilización de salud. Para varios autores -a los cuales adherimos-, los indicadores de necesidad en salud están fuertemente asociados con la posibilidad que tiene una persona de acudir a una consulta médica, estos tienen que ver con la autopercepción del estado de salud, la cantidad de síntomas presentados, la presencia de un enfermedad crónica que limite las actividades diarias de la persona entre otros.

En nuestro análisis, adaptamos los datos disponibles para mostrar una de las variables como indicador de necesidad en salud y relacionarla con la utilización. La variable que analizaremos en este apartado es la discapacidad. En OSEP hay más de 9000 afiliados empadronados con discapacidad, los cuales presentan, en el año estudiado, un nivel de utilización de servicios mucho más alto que el resto de la población afiliada.

Los afiliados con discapacidad, cualquiera sea su edad y género, realizaron consultas o prácticas en el año en estudio, dos veces más que aquellos que no tienen una discapacidad y consumieron tres veces más medicamentos. En el caso de lo que llamamos no utilización absoluta, (valor que muestra que una población no tuvo ningún consumo de salud registrado) observamos que 1 de cada 20 afiliados con discapacidad (el 5%) no registró ningún consumo (295 personas), cuando en la población general de afiliados este valor asciende al 17%, es decir, 2 de cada 10 personas.

#### **5. Conclusiones**

Existe un porcentaje de afiliados a este seguro de salud de cuya situación sanitaria no podemos dar cuenta. Casi 2 de cada 10 afiliados no registra utilización de nuestros servicios de salud durante un año (junio/2015 a mayo/2016): no han accedido a consultas, prácticas ni recetas de medicamentos.

La utilización de servicios de salud está relacionada con diversos factores que caracterizan a una determinada población; relación de la cual podemos dar cuenta a partir de los resultados obtenidos en este estudio.

Se demostró que factores demográficos y socioeconómicos como la edad, el género, la posesión de doble cobertura de salud y el nivel de ingresos influyen en el nivel de utilización de los servicios de salud.

Entre la población afiliada a OSEP los niños de 0 y 1 año, , son los mayores utilizadores de consultas médicas y los adultos mayores de 64 son los mayores consumidores de medicamentos. En cuanto al género, se observó que las mujeres utilizan más los servicios que los hombres. El hecho de poseer, en el caso de los afiliados a OSEP, una cobertura de salud adicional indica una mayor probabilidad de consultar al médico, comprar un medicamento o realizar cierta práctica. El lugar de residencia (desagregado, en este caso, por zona y departamento) no tiene mayor incidencia en la utilización de un servicio de salud.

Factores socioeconómicos y demográficos inciden en la utilización principalmente a través de la categoría necesidad en salud, lo que comprobamos al cruzar población con discapacidad de cualquier edad y género y afirmamos que, al ser grupos más necesitados de atención utilizan en mayor medida los servicios.

Podemos observar que, atendiendo a la gran heterogeneidad de la población objeto de este estudio (todos los afiliados al seguro de salud de los empleados públicos de la provincia de Mendoza) no existe un comportamiento uniforme frente a la atención en salud, sino que, dependiendo de variables que hacen precisamente a esa heterogeneidad se observarán distintos niveles de consumo (y en algunos casos, nulo) de los servicios de salud.

## **6. Bibliografía**

- Andersen, R. y Aday, L.A., 1978, *Access to medical care in the U.S.: realized and potential*. Medical Care. Estados Unidos.
- Ballesteros, Matías. 2014. *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos*

*secundarios*. Documentos de jóvenes investigadores N° 41. Instituto Gino Germani. Buenos Aires.

- Frenk, J. 1985. *El concepto y medición de la accesibilidad*. Salud Pública. Méjico.
- Mendoza-Sassi, Raul y Béria, Jorge Umberto. 2001. *Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados*. Cadernos de Saúde Pública. Brasil.
- Sacchi, Mónica; Hausberger, Margarita y Pereyra, Adriana. 2007. *Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta*. Salud Colectiva. Buenos Aires.