

Accesibilidad a los servicios de salud en Concepción del Uruguay. Perfil socioeconómico de los usuarios

Accessibility to health services in Concepción del Uruguay. A users' socioeconomic profile

Francisco Savoy, Soledad Retamar, Laura de Gracia y Francisco Chesini

Recibido 26 mayo 2020 / Enviado para modificación 20 diciembre 2020 / Aceptado 27 diciembre 2020

RESUMEN

Objetivos Describir la accesibilidad a los servicios públicos de salud en la ciudad de Concepción del Uruguay, Provincia de Entre Ríos, y analizar la asociación existente entre las condiciones socioeconómicas de los usuarios y los servicios de salud elegidos para la atención habitual.

Materiales y Métodos Estudio observacional de corte transversal, con datos obtenidos de fuentes primarias a partir de la aplicación de una encuesta diseñada *ad hoc* a partir de un muestreo probabilístico de dos etapas. Los datos fueron analizados a través de la confección de tablas de contingencia. La asociación entre las variables se midió a partir de pruebas de χ^2 y del análisis de correspondencias.

Resultados Evidencia de asociación significativa entre el tipo de servicio de salud al que acude la población y el máximo nivel de instrucción alcanzado para $\alpha=0,05$ ($p<0,01$). Existe una correspondencia entre las categorías "secundario incompleto" y "primaria completa" y la elección de los servicios de salud públicos, con una mayor fuerza para el caso del hospital provincial y los referentes de salud del hogar con secundario incompleto. También se halló una fuerte evidencia respecto a la asociación entre la condición de ocupación referida por los referentes de salud de los hogares y el servicio de atención elegido por estos, para $\alpha=0,05$ ($p<0,01$).

Conclusión Se observa una brecha en la accesibilidad en la que, a medida que mejora la posición social de los usuarios, disminuye la elección de la atención primaria y aumenta la elección de servicios privados.

Palabras Clave: Accesibilidad a los servicios de salud; factores socioeconómicos; clasificación internacional de la atención primaria (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Describe accessibility to public health services in the city of Concepción del Uruguay, Entre Ríos, and analyze the association between socioeconomic conditions of users and the health services chosen for routine care.

Materials and Methods Observational cross-sectional study, with data obtained from primary sources from the application of a survey designed *ad hoc* from a two-stage probabilistic sampling. The data was analyzed through the preparation of contingency tables. The association between variables was measured using χ^2 tests and correspondence analysis.

Results Evidence of a significant association between the type of health service the population attends and the highest level of education attained for $\alpha=0,05$ ($p<0,01$). There is a correspondence between the categories "Incomplete Secondary" and "Complete Primary" and the choice of public Health Services, with greater force in the case of the Provincial Hospital and the Home health Referents with "Incomplete Secondary". Strong evidence was also found regarding the association between the occupation con-

FS: Lic. Salud Ambiental. Ph.D. Geografía. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos, Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina.

savoyf@fcs.uner.edu.ar

SR: Ing. Sistemas de Información. Esp. Ciencias de la Computación. Facultad Reg. Concepción del Uruguay, Universidad Tecnológica Nacional. Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina.

retamars@frcu.utm.edu.ar

L de G: Lic. Bromatología. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos. Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina.

degracial@fcs.uner.edu.ar

FC: Lic. Salud Ambiental. Esp. Ingeniería Sanitaria. Facultad de Políticas Públicas y Gestión Ambiental, Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

fran.chesini@gmail.com

dition reported by the household health referents and the care service chosen by these households, for $\alpha=0,05$ ($p<0,01$). **Conclusion** There is a gap in accessibility, where as the social position of users improves, the choice of primary care decreases and the choice of private services increases.

Key Words: Health services accessibility; socioeconomic factors; primary health care (source: MeSH, NLM).

Según un Informe de la Red pública de Atención Primaria de la Salud de Argentina (1), entre 1997 y 2002 los distintos niveles de atención en los servicios públicos de salud experimentaron un fuerte incremento en la demanda y una sobrecarga del uso de las instalaciones y los recursos humanos, debidos a los problemas dentro del mercado de trabajo y al fuerte deterioro de los ingresos de gran parte de la población. Esto provocó que a los “tradicionales” concurrentes del subsistema público de salud (sectores de bajos ingresos) se incorporaran los sectores medios empobrecidos. La capacidad del hospital público para dar respuesta a este incremento en la demanda se vio colmada, lo que provocó que el Estado optara por fortalecer los centros de atención primaria de la salud (CAPS) para intentar descomprimir al segundo y tercer nivel de atención de la salud.

La utilización de los servicios de salud ha sido estudiada por numerosos autores con diferentes enfoques. El concepto de accesibilidad es el más frecuentemente usado en los marcos teóricos de las investigaciones que abordan la utilización de los servicios de salud.

Investigaciones previas hallaron que las clases sociales más bajas son las que más utilizan los servicios públicos, debido a una necesidad en salud más acentuada (2-4). Yuen (5) demostró en Inglaterra que existía una fuerte asociación entre el uso de los servicios de atención primaria y la situación laboral, descubriendo que los hombres que estaban desempleados y buscaban trabajo realizaron consultas médicas una cantidad de veces significativamente mayor que aquellos con empleo. A su vez, la tasa de consulta más alta se encontraba entre quienes habían estado sin trabajo durante cinco años o más.

En un análisis sobre los factores que predisponen la utilización de servicios de salud en Costa Rica hallaron asociaciones entre la región de residencia y el nivel de ingreso con las consultas ambulatorias y de urgencia. Por otro lado, se observó también una asociación entre el nivel educativo y el uso de servicios de hospitalización (6).

Respecto al nivel de instrucción y la utilización de servicios de salud, un estudio realizado en Estados Unidos (8) confirmó que, cuanto mayor es el nivel de instrucción, mayor es el número de consultas realizadas. Asimismo, un estudio realizado en Colombia (9) halló que, tanto el nivel educativo como las condiciones de afiliación a la seguridad social en salud de las mujeres influían en el acceso a mamografías para la detección temprana de cáncer de seno. De este modo, situación laboral, nivel educativo

y tenencia de seguridad social parecen influir en el uso de los sistemas de salud.

Otro estudio (7) sobre los determinantes en el uso de los servicios de salud para la población infantil argentina entre 1997 y 2001 encontró que la tenencia de algún tipo de cobertura y la disponibilidad de esta afecta la frecuencia de las consultas médicas.

No obstante, resulta escasa la cantidad de trabajos sobre el uso de servicios de salud y sus determinantes, así como también el impacto de la desigualdad socioeconómica sobre la desigualdad en el uso de los servicios de salud en Argentina.

Las diferencias en la utilización por parte de diferentes grupos reflejan el rol que juegan las políticas y sistemas de salud en la equidad y la accesibilidad.

El concepto de *accesibilidad* ha sido muy utilizado para referirse a diversas cuestiones relativas al proceso de atención de las personas en los diferentes servicios de salud. Según Stolkiner (10), la accesibilidad a un servicio de salud podría definirse como el vínculo que se construye a partir de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”. Comes (11) sostiene que la accesibilidad simbólica es una de las dimensiones de la accesibilidad y que es aquella que se ocupa de las subjetividades, en tanto “son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios” como “producto de una multiplicidad de situaciones” que operan en el campo de lo subjetivo y que están relacionadas con saberes construidos, sentires, percepciones y representaciones. En la posibilidad de acceso a los servicios de salud, los sujetos y los mismos servicios reproducirían saberes construidos, sentires, percepciones y representaciones.

Para Regan y Wong (12) existen barreras socioeconómicas que condicionan la accesibilidad, las cuales tienen que ver con factores socioeconómicos como los ingresos familiares, el sexo de los referentes de salud del hogar, la posibilidad de contar con un vehículo, el nivel educativo y especialmente dos factores simbólicos que actúan como condicionantes de la accesibilidad, tanto a nivel individual como a nivel comunitario.

En Concepción del Uruguay, la accesibilidad al sistema público de salud ha sido estudiada desde el punto de vista geográfico. Se encontró que la media de la distancia recorrida por los usuarios desde su domicilio hasta los

CAPS era de 506 metros; así como que la percepción predominante en los usuarios de los CAPS es la de cercanía al lugar de atención y hallando una correlación positiva de moderada a fuerte entre las distancias recorridas y la percepción de los usuarios (13). Sin embargo, otro estudio concluyó que alrededor del 40% de los usuarios de los CAPS se movilizan desde lugares no cercanos al CAPS y próximos a otros Centros de Salud, sugiriendo un proceso de elección por fuera del de la cercanía espacial (14).

En el presente artículo se describe la accesibilidad a los servicios públicos de salud en la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, a partir de análisis de la asociación existente entre las condiciones socioeconómicas de los usuarios y los servicios de salud elegidos para la atención habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio realizado fue de tipo observacional, de corte transversal, siendo el área de estudio el tejido urbano de la Ciudad de Concepción del Uruguay (100 000 habitantes, 22 515 hogares) y el período analizado, el comprendido entre julio y octubre de 2017.

Recolección de datos

La información fue obtenida de fuentes primarias a partir de la aplicación de una encuesta diseñada *ad hoc* a una muestra de la población comprendida por personas de 18 años o más. Para ello, se realizó un muestreo probabilístico en dos etapas y otro estratificado de dos, con afijación proporcional en la segunda. En la primera etapa del muestreo probabilístico, la unidad de análisis fueron los radios censales de la ciudad de Concepción del Uruguay, mientras que en la segunda etapa las unidades fueron los hogares.

El tamaño de la muestra se seleccionó a partir de las unidades de la segunda etapa (hogares) aplicando el criterio de afijación proporcional (dentro de cada entidad de manera proporcional a la cantidad de hogares del nivel seleccionado). Para la determinación del tamaño, muestral se consideró un nivel de confianza o seguridad (1-alfa) del 95%, la precisión deseada para el estudio (4%) y, dado que para la ciudad de Concepción del Uruguay el valor de la proporción del fenómeno a estudiar no se conoce, se fijó un valor de $p=0,5$ (50%), lo que maximiza el tamaño de la muestra. De esta forma, el tamaño de la muestra quedó establecido en 609 hogares.

Categorías de análisis

Las preguntas de la encuesta indagaron acerca de los servicios elegidos habitualmente en el hogar para resolver los problemas de salud, la condición de ocupación de la persona que decide sobre las estrategias de cuidado de la salud y tiene conocimientos sobre los problemas de

salud en el seno de cada hogar (referente de salud del hogar), su nivel de instrucción formal y la existencia de cobertura social (obra social).

Para el análisis de la accesibilidad según condición de ocupación, se utilizaron las siguientes categorías:

1. Empleo estable: personas con contratos por tiempo indeterminado (estable), teniendo protección de la legislación laboral y de seguridad social, así como de las medidas de los Convenios Colectivos de Trabajo de la respectiva rama de actividad económica.

2. Empleo inestable: personas con contratos de trabajo a término y/o respaldo de leyes sociales de cobertura de salud o previsión.

3. Desempleados y amas de casa: esta categoría se construyó con el objetivo de agrupar en una sola categoría a aquellas personas que no perciben ninguna remuneración y, así, facilitar el análisis de asociación entre “trabajos remunerados” y “no remunerados” y “tipo de Servicio de salud” al que concurre.

4. Jubilados y pensionados: incluye a las personas que se encuentran dentro del sistema previsional argentino. La inclusión de esta categoría tuvo por objetivo separar del resto de los usuarios a aquellos que poseen cobertura social sin ser trabajadores activos y que tienen médicos de cabecera.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través de la confección de tablas de contingencia. La asociación entre las variables se midió a partir de pruebas de Chi2 y del análisis de correspondencias (AC). Solo se tuvieron en cuenta para estas pruebas las respuestas de aquellos hogares que respondieron la encuesta el Referente de salud hogar ($n=511$).

Para el análisis de los datos y elaboración de gráficos se utilizó el *software* libre R versión, 3.3.0 y RStudio Versión 0.99.896

Área de estudio

La ciudad de Concepción del Uruguay tiene una población de 77 600 habitantes. Se encuentra a 298 km al norte de la capital del país y cuenta con seis CAPS municipales, donde se desarrollan tareas tanto de atención médica como de prevención de las enfermedades, así como un hospital provincial (segundo nivel de atención).

RESULTADOS

Se encontró que la mayoría de los usuarios eligen los servicios de salud privados como lugar de atención habitual (52,7%, 321 hogares). En segundo lugar, se encuentra el hospital provincial (31,7%) y finalmente los CAPS (14,5%), como puede verse detalladamente en la Tabla 1.

Tabla 1. Lugar de atención habitual de los problemas de salud de los hogares de Concepción del Uruguay

Lugar de atención habitual de los problemas de salud	Totales de hogares encuestados	Frecuencias relativas (%)
Hospital provincial	193	31,7
Consultorio particular	169	27,8
Clínica o sanatorio privado	152	25,0
Centros de atención primaria de la salud (CAPS)	88	14,5
No concurre a ningún lado	6	1,0
No sabe no contesta	1	0,2
Total general	609	100

Respecto a la asociación entre el nivel de instrucción formal de los referentes de salud de los hogares y el servicio de atención elegido por estos, la prueba de contraste de χ^2 de Pearson indicó una fuerte asociación significativa entre el tipo de servicio de salud al que acude la población y el máximo nivel de instrucción alcanzado para

$\alpha=0,05$ ($p<0,01$). El coeficiente de correlación canónica (raíz cuadrada de la inercia total) presentó un valor de 0,35. Si se tiene en cuenta como límite umbral un valor del 0,2, la correlación puede ser considerada como importante, tal cual sostiene Alberti (15).

A continuación, en la Tabla 2, se presenta la contingencia por tipo de servicio de salud y nivel de instrucción del referente de salud del hogar en valores absolutos y relativos; los residuos de Pearson se muestran en la Figura 1.

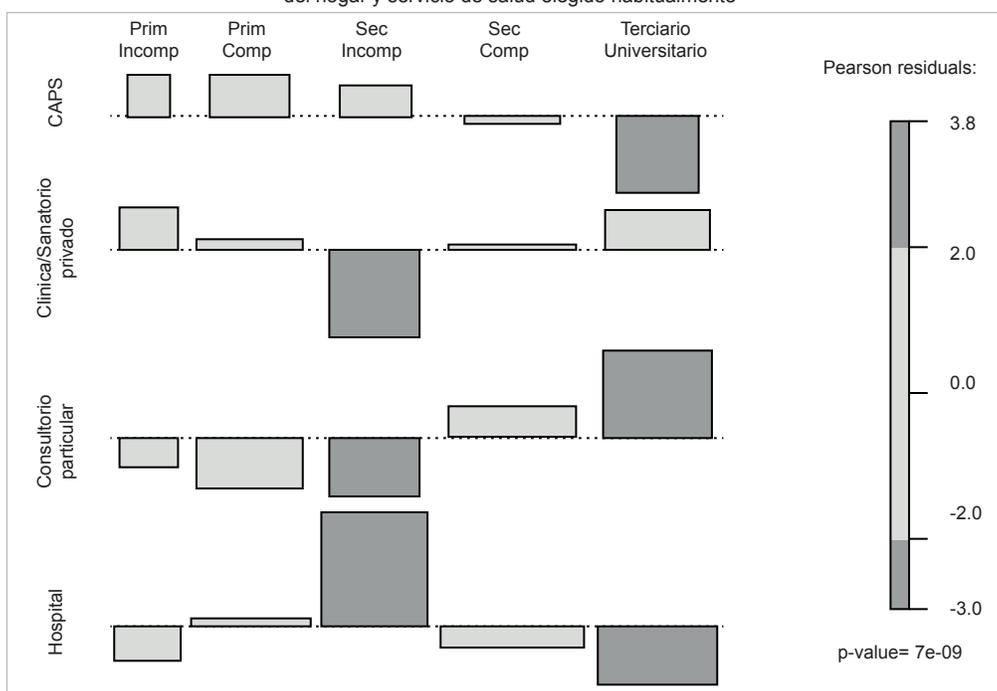
Más de la mitad (54,2%) de los referentes de salud encuestados tienen al menos estudios secundarios completos, mientras que aquellos que solo han accedido a la educación primaria, ya sea completa o incompleta, representan el 28,6% (146 personas).

Tabla 2. Servicio de salud elegido habitualmente según el nivel de instrucción formal del referente de salud del hogar

Servicio de Salud	Nivel de instrucción formal del referente de salud del hogar					Total (%)
	PI (%)	PC (%)	SI (%)	SC (%)	T/U (%)	
CAPS	8	22	17	22	6	75
	(1,6)	(4,3)	(3,3)	(4,3)	(1,2)	(14,7)
Hospital	7	38	50	47	25	167
	(1,4)	(7,4)	(9,8)	(9,2)	(4,9)	(32,7)
Clínica y sanatorio privado	13	31	9	42	37	132
	(2,5)	(6,1)	(1,8)	(8,2)	(7,2)	(25,8)
Consultorio particular	6	21	14	49	47	137
	(1,2)	(4,1)	(2,7)	(9,6)	(9,2)	(26,8)
Total	34	112	109	194	132	511
	(6,7)	(21,9)	(18,1)	(32,2)	(21,9)	(100)

PI: primaria incompleta, PC: primaria completa, SI: secundaria incompleta, SC: secundaria completa, T/U: terciario/universitario (completo e incompleto).

Figura 1. Residuos de Pearson según nivel de instrucción formal del referente de salud del hogar y servicio de salud elegido habitualmente



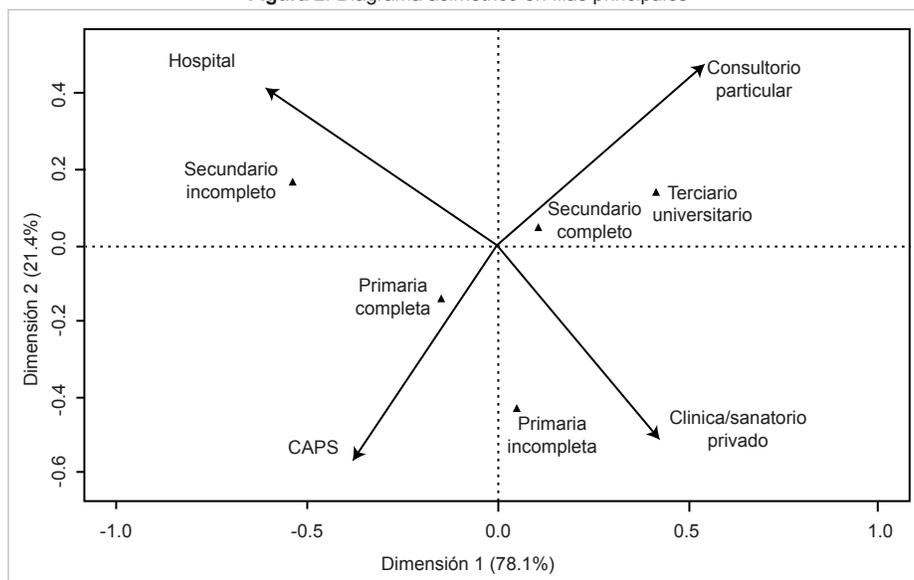
Las categorías “secundario incompleto” y “terciario/universitario” (completo e incompleto) son las que muestran residuos mayores que 2 (en valor absoluto), siendo el más elevado el correspondiente a la casilla “secundario incompleto-hospital”, lo cual indica que al hospital provincial concurren más referentes de salud del hogar con secundario incompleto que lo esperado si las variables fuesen independientes. Algo similar ocurre con la casilla “Terciario/universitario-consultorio privado”, en la cual se muestra que referentes de salud del hogar con terciario o universitario (completo o incompleto) concurren menos de lo esperado a los CAPS si las variables

fuesen independientes. Esto soporta la hipótesis de la existencia de una asociación entre las variables “lugar de atención seleccionado” y “nivel de instrucción del referente de salud del hogar”, expresada por la prueba de Chi². El análisis de correspondencias arrojó los resultados expuestos en la Tabla 3 y la Figura 2.

Tabla 3. Inercias principales (autovectores) según tres dimensiones

Dimensión	Valor (inercial)	(%)	Porcentaje acumulado
1	0,0958	78,1	78,1
2	0,0263	21,4	99,5
3	0,0006	0,5	100,0
Total	0,1227	100,0	-

Figura 2. Diagrama asimétrico en filas principales



El análisis de correspondencia evidencia que hay dos grupos de usuarios diferentes, los usuarios de servicios públicos, por un lado, y los de servicios privados, por otro. Existe una correspondencia entre las categorías “secundario incompleto” y “primaria completa” y la elección de los servicios de salud públicos, con una mayor fuerza para el caso del hospital provincial y los referentes de salud del hogar con secundario incompleto. Una correspondencia similar se observa entre los referentes de salud del hogar y el nivel de instrucción terciario o universitario (ya sea completo e incompleto) y los consultorios particulares.

Respecto a la asociación entre la condición de ocupación referida por los referentes de salud de los hogares y el servicio de atención elegido por estos hogares, el contraste de Chi² indicó una fuerte asociación significativa entre ambas variables para $\alpha=0,05$ ($p<0,01$). El coeficiente de correlación canónica mostró una correlación importante, ya que presentó un valor de 0,4.

A continuación, en la Tabla 4, se presenta la contingencia y, en la Figura 3, los residuos de Pearson.

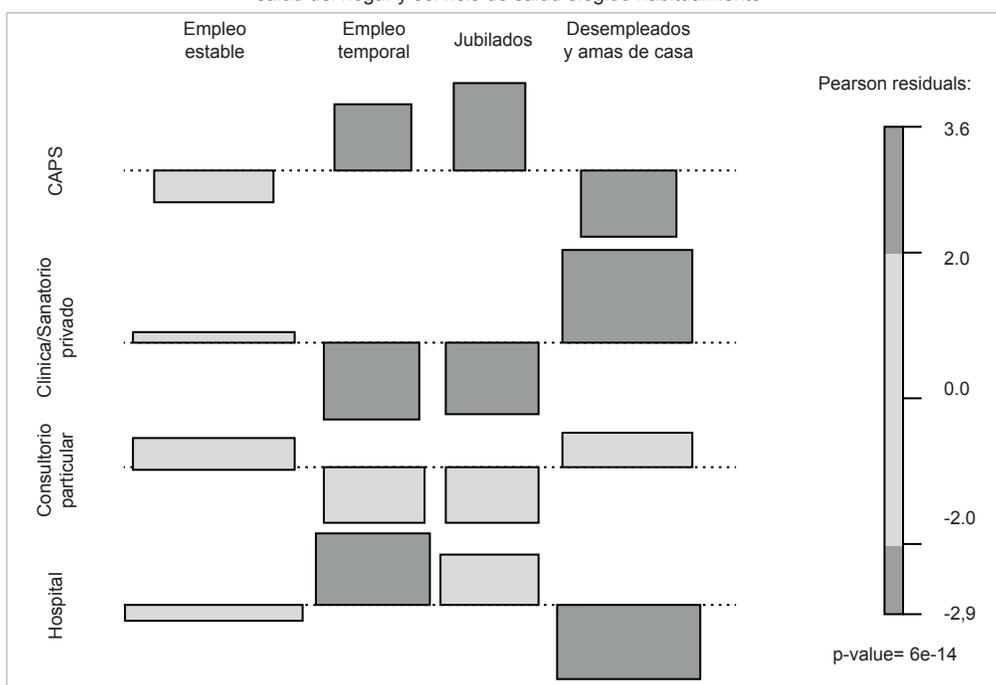
Siete de cada diez referentes de salud entrevistados cuentan con una condición de ocupación estable (empleo estable y jubilados), mientras que el resto se reparte casi en partes iguales entre empleo inestable y aquellos con una condición de ocupación sin remuneración.

Las categorías de la variable “Condición de ocupación referida del referente de salud del hogar” (‘empleo inestable’, ‘jubilados’ y ‘desempleados y amas de casa’) son las que muestran residuos mayores que 2 (en valor absoluto) respecto de la variable “lugar de atención seleccionado”, siendo el más elevado el correspondiente a la casilla “jubilados-clínicas/sanatorios privados”. Esto indica que a las clínicas/sanatorios privados concurren más referentes de salud del hogar jubilados que lo esperado, si las variables fuesen independientes. Algo similar ocurre con las casillas desempleados y amas de

Tabla 4. Servicio de salud elegido habitualmente según condición de ocupación referida del referente de salud del hogar

Servicio de salud	Condición de ocupación del referente de salud del hogar				Totales (%)
	Empleo estable (%)	Empleo inestable (%)	Jubilados (%)	Desempleados y amas de casa (%)	
CAPS	25 (4,9)	20 (3,9)	9 (1,8)	21 (4,1)	75 (14,7)
Hospital	66 (12,9)	41 (8,0)	27 (5,3)	33 (6,5)	167 (32,7)
Clínica y sanatorio privado	59 (11,6)	8 (1,6)	58 (11,4)	7 (1,4)	132 (25,8)
Consultorio particular	67 (13,1)	13 (2,5)	46 (9,0)	11 (2,2)	137 (26,8)
Total	217 (42,5)	82 (16,1)	140 (27,4)	72 (14,1)	511 (100,0)

Figura 3. Residuos de Pearson según condición de ocupación referida del referente de salud del hogar y servicio de salud elegido habitualmente



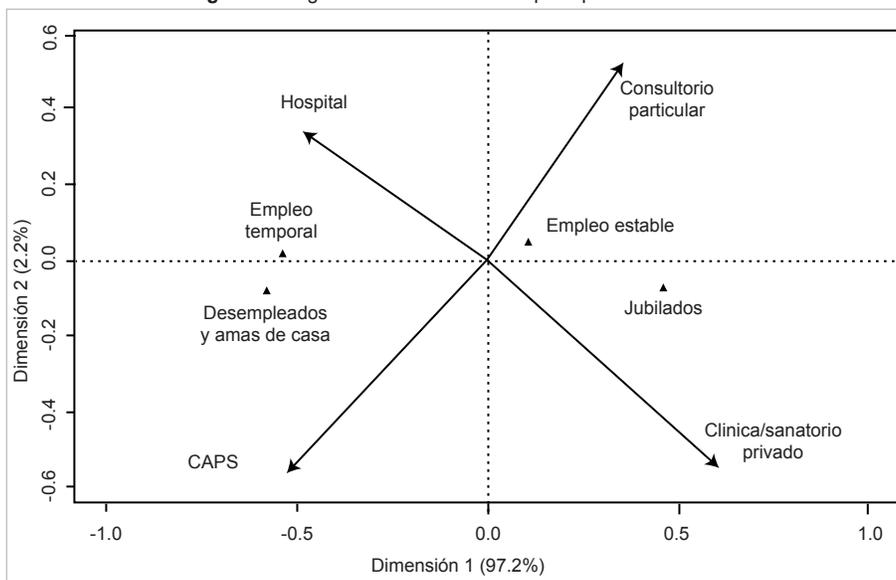
casa-CAPS, empleo inestable-CAPS y empleo inestable-hospital. lo contrario ocurre con las casillas jubilados-CAPS y jubilados-hospital, en las cuales se muestra que los referentes de salud del hogar jubilados concurren menos de lo esperado a los CAPS y al hospital, si es que las variables fuesen independientes. Este análisis soporta la hipótesis de la existencia de una asociación entre las variables “lugar de atención seleccionado” y “condición de ocupación referida del referente de salud del hogar” expresada por la prueba de Chi². El análisis de correspondencias arrojó los siguientes resultados expuestos en la Tabla 5 y Figura 4.

Tabla 5. Inercias principales (autovectores) según tres dimensiones

Dimensión	Valor (inercial)	(%)	Porcentaje acumulado
1	0,1563	97,2	97,2
2	0,0036	2,2	99,4
3	0,0009	0,6	100,0
Total	0,1608	100,0	-

Los grupos que se hallan más separados son, por un lado, los referentes de salud del hogar que concurren a algún CAPS y los que concurren al hospital provincial (situados a la izquierda del eje “y”) y, por el otro, los

Figura 4. Diagrama asimétrico en filas principales de la tabla



referentes de salud del hogar que concurren a consultorios privados y a clínicas/sanatorios privados (ubicados a la derecha del eje y). Las categorías “desempleado y amas de casa” y “empleo inestable”, que corresponden a referentes de salud del hogar con una situación laboral “precaria” se hallan a la izquierda.

DISCUSIÓN

Las familias con un referente de salud del hogar que percibe un ingreso económico o una remuneración de tipo fija (jubilados o referentes con empleos estables) son las que eligen con más frecuencia consultorios particulares y clínicas/sanatorios privados. En contraposición, a los CAPS como al hospital provincial, concurren hogares cuyo referente de salud posee una condición de ocupación más “precaria” (con empleos inestables, desempleados o con trabajos no remunerados, como es el caso de las amas de casa). Esto último está en concordancia con lo observado por otros autores (2-5).

A su vez, la elección del consultorio privado aumenta según aumente el nivel de instrucción. Mientras que el 30,8 % de los referentes de salud del hogar que concurren al hospital provincial han alcanzado como máximo nivel de instrucción el secundario. El porcentaje desciende a la mitad (15%) para el caso de aquellos referentes que eligen un servicio de salud privado (ya sea clínica, sanatorio o consultorio particular). Asimismo, los niveles más altos de instrucción alcanzada se presentan mayoritariamente en los servicios de salud privados (16,4%). La influencia del nivel educativo en el acceso a la salud también fue documentada en estudios previos (8,9), pero desde otros abordajes.

Lo que se observa es una brecha en la accesibilidad: a medida que mejora la posición social de los usuarios disminuye la elección de los CAPS y aumenta la elección de servicios privados. Los hogares cuyo referente tiene un nivel de educación medio alto y empleo estable concurren menos a los CAPS y más a servicios privados, en comparación con aquellos hogares cuyo referente posee un menor nivel de educación y empleo precario.

En este trabajo se puso de manifiesto que, en Concepción del Uruguay, el nivel educativo y el tipo de ocupación son algunas de las múltiples dimensiones que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud (11,12) ♦

REFERENCIAS

1. Tobar F, Montiel L, Falbo R, Drake I. La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina: Diagnóstico y desafíos; Documento de difusión; 2006.
2. Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the US: realized and potential. *Medical Care*. 1978; 16(7): 533-46. <http://www.jstor.org/stable/3763653>.
3. Wan TH, Soifer SJ. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *J Health Soc Behav*. 1974 Jun; 15(2):100-8.
4. De la Hoz KF, León DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *International Journal of Epidemiology*. 1996; 25(3):593-603. DOI:10.1093/ije/25.3.593.
5. Yuen P, Balarajan R. Unemployment and patterns of consultation with the general practitioner. *BMJ*. 1989; 298(6682):1212-4. DOI:10.1136/bmj.298.6682.1212.
6. Llanos AA, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga JR. Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica. 2009; *Rev. Salud Pública*. (Bogotá) (11):323-35. DOI:10.1590/S0124-00642009000300002.
7. Trias J. Determinantes de la Utilización de los Servicios de Salud: El Caso de los Niños en la Argentina. Documentos de Trabajo del CED-LAS; 2004. <https://bit.ly/2ZrILBI>.

8. Freeborn DK, Pope CR, Davis MA, Mullooly JP. Health status, socioeconomic status, and utilization of outpatient services for members of a prepaid group practice. *Medical Care*. 1977; 115-28.
9. Charry LC, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. *Rev. Salud Pública. (Bogotá)*. 2008; (10):571-82.
10. Stolkner A. Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso del libro "La Salud en Crisis-Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales". Buenos Aires: Dunken; 2000.
11. Comes Y. La accesibilidad: una revisión conceptual. Documento laboris del Proyecto de investigación P077-UBACyT; 2004.
12. Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health*. 2009; (1):1142.
13. Savoy F, De Gracia L, Retamar MS. Percepción por parte de los usuarios de los centros de salud acerca de las distancias recorridas, Concepción del Uruguay. *Contribuciones Científicas G/EA [Internet]*. 2016 [cited 2020 Dic 28]; 28:157-68. <https://bit.ly/3i1t5tM>.
14. Savoy F, Retamar S, Curto S. Área de influencia geográfica del centro de atención primaria de la salud Bartolomé Giacomotti, Concepción del Uruguay, Entre Ríos. *Contribuciones Científicas G/EA [Internet]*. 2014 [cited 2020 Dic 5]; 26:235-42. <https://bit.ly/3kBR7xm>.
15. Alberti G. An R script to facilitate correspondence analysis. A guide to the use and interpretation of results from an archeological perspective. *Archeologia e Calcolatori*. 2013; (24):24-53.