



**ID del documento:** SHS-Vol.1.N.1.004.2023

**Tipo de artículo:** Investigación

## **Acceso a Atención Médica y Preferencias por Prácticas Alternativas a la Biomedicina en Poblaciones Internacionales**

### ***Access to Health Care and Preferences for Alternative Practices to Biomedicine in International Populations***

**Autores:**

**Génesis Milena Delgado Saltos**

<sup>1</sup>Universidad del Pacífico, Ecuador, [genchi\\_240594@hotmail.com](mailto:genchi_240594@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0007-2606-0924>

**Corresponding Author:** Génesis Milena Delgado Saltos,  
[genchi\\_240594@hotmail.com](mailto:genchi_240594@hotmail.com)

**Reception:** 08-Mayo-2023 **Acceptance:** 27- Mayo-2023 **Publication:** 2- Junio-2023

#### **How to cite this article:**

Delgado Saltos, G. M. D. S. (2023). Acceso a Atención Médica y Preferencias por Prácticas Alternativas a la Biomedicina en Poblaciones Internacionales. *Sapiens in Health Sciences International Journal*, 1(1), e-11004. [https://sapiensdiscoveries.com/index.php/sapiens\\_in\\_health\\_science/article/view/17](https://sapiensdiscoveries.com/index.php/sapiens_in_health_science/article/view/17)

## **Resumen**

En la formulación de políticas públicas en salud y la gestión sanitaria continúan evidenciando una marcada fragmentación entre la práctica clínica, la epidemiología y la salud pública. Esta separación, frecuentemente internalizada como un modelo lógico por parte de instituciones como hospitales y organismos ministeriales, contrasta con la realidad vivida en los territorios, donde los problemas de salud emergen de forma interrelacionada y responden a la complejidad de las condiciones sociales, culturales y económicas de las comunidades. Esta dicotomía institucional limita la efectividad de las intervenciones sanitarias, al no considerar de manera integral las dinámicas territoriales y las verdaderas necesidades de la población. En Ecuador, donde las brechas en el acceso y la calidad de la atención persisten, especialmente en zonas rurales y vulnerables, resulta pertinente revisar modelos integradores que superen dicha fragmentación. El presente estudio toma como base las investigaciones sobre la ecología de la atención médica desarrolladas entre 1928 y 2018, tomando como punto de partida el enfoque seminal de White, Williams y Greenberg en "The Ecology of Medical Care". Esta revisión se articula en torno a tres ejes fundamentales: las regularidades que persisten en distintos contextos y épocas dentro de la ecología de la atención; la relevancia de los sistemas de información y



las encuestas de salud para comprender el uso real de los servicios sanitarios; y el papel dominante del hospital como centro hegemónico del sistema, muchas veces en detrimento de un enfoque territorial, comunitario y preventivo que fortalezca la atención primaria en el país.

**Palabras clave:** Atención médica, Prácticas biomédicas, Prácticas alternativas, Hospitalización, Consultas especializadas

## Abstract

In the formulation of public health policies and health management, a marked fragmentation continues to exist between clinical practice, epidemiology, and public health. This separation, frequently internalized as a logical model by institutions such as hospitals and ministerial agencies, contrasts with the reality experienced in the territories, where health problems emerge in an interrelated manner and respond to the complexity of the social, cultural, and economic conditions of communities. This institutional dichotomy limits the effectiveness of health interventions by failing to comprehensively consider territorial dynamics and the true needs of the population. In Ecuador, where gaps in access to and quality of care persist, especially in rural and vulnerable areas, it is pertinent to review integrative models that overcome this fragmentation. This study is based on research on the ecology of medical care developed between 1928 and 2018, taking as its starting point the seminal approach of White, Williams, and Greenberg in "The Ecology of Medical Care." This review is structured around three fundamental axes: the regularities that persist in different contexts and periods within the ecology of care; the importance of information systems and health surveys in understanding the actual use of health services; and the dominant role of the hospital as the hegemonic center of the system, often to the detriment of a territorial, community-based, and preventive approach that strengthens primary care in the country.

**Keywords:** Medical care, Biomedical practices, Alternative practices, Hospitalization, Specialized consultations

## 1. INTRODUCCIÓN

En 1961, el *New England Journal of Medicine* publicó el artículo titulado "The Ecology of Medical Care", en el cual Kerr White, Franklin Williams y Bernard Greenberg(1) plantearon tres interrogantes fundamentales: ¿Los nuevos conocimientos derivados de la sustancial inversión pública en investigación médica alcanzan de manera efectiva a los consumidores?; ¿Son óptimos en cantidad, calidad y distribución los servicios de atención médica?; y ¿Quién tiene la responsabilidad de investigar estos aspectos y proporcionar datos que sustenten juicios precisos y programas eficientes? Estas cuestiones siguen siendo relevantes en cualquier sistema de salud. Los autores(1) partieron de la premisa de que existe un conocimiento limitado sobre las razones por las cuales las personas, al experimentar una alteración en su bienestar, deciden buscar ayuda y el lugar donde lo hacen. Además, reconocieron que la aceptación y uso de la atención médica dependen en gran medida de las decisiones individuales.

En su investigación, se analizaron las decisiones adoptadas por personas mayores de 16 años ante la aparición de síntomas, enfermedades o lesiones



que afectaban su bienestar. Para ello, se establecieron seis categorías: población adulta en riesgo (1.000 personas), adultos que informan una o más enfermedades o lesiones mensualmente, adultos que consultan a un médico al menos una vez al mes, pacientes hospitalizados mensualmente, pacientes derivados a otro especialista y pacientes remitidos a un centro médico universitario(1). Las dos primeras categorías hacen referencia a la población en general, la tercera al acceso a la atención médica y las tres últimas a la provisión de atención especializada(1). Los resultados finales indicaron que, de cada 1.000 personas, 750 reportaron alguna enfermedad o lesión, 250 acudieron a un médico, 5 fueron derivadas a otro profesional, 9 fueron hospitalizadas y solo 1 fue remitida a un centro médico universitario(1).

Algunos aspectos metodológicos a destacar incluyen el uso del mes como unidad de tiempo, el enfoque en la acción de la persona ante sus dolencias y la decisión médica, en lugar del diagnóstico de la enfermedad. Esta aproximación desafiaba la tradición de registrar eventos en los sistemas de información en salud. Además, el estudio excluyó los embarazos no complicados y a menores de 16 años, debido a que las decisiones médicas en estos casos suelen ser tomadas por los padres(1).

La investigación de White et al.(1) se fundamentó en publicaciones de la década de 1950 y principios de los años 60(2-5), utilizando dos fuentes de datos de distintos países: los informes del *Committee on the Costs of Medical Care*, basados en una muestra representativa de la población blanca de Estados Unidos entre 1928 y 1931, y la encuesta *The Survey of Sickness*, representativa de la población de Inglaterra y Gales entre 1946 y 1950.

White et al.(1) destacaron que solo una fracción de los malestares y enfermedades percibidos por las personas se traduce en atención médica. Para ilustrar estos hallazgos, emplearon una figura de cuadrados anidados (Figura 1), influenciada por el trabajo de Horder y Horder(2), quienes en 1954 analizaron el patrón de enfermedades tratadas por un médico general en Londres, basado en 2.000 consultas divididas en trimestres de verano e invierno. Este estudio permitió caracterizar los padecimientos reportados en la consulta médica, priorizando la frecuencia relativa de condiciones mórbidas en la primera consulta, en lugar de contabilizar la totalidad de las consultas por cada enfermedad(2). Dicho enfoque tuvo un impacto significativo en el trabajo de White et al.(1).

El contexto de publicación del artículo de White et al. coincide con lo que Starr denominó "los años liberales de la salud" en Estados Unidos, caracterizados por una cultura hospitalocéntrica reflejada en la política del Congreso, que impulsó el programa federal Hill-Burton para la construcción de 140.000 nuevas camas hospitalarias, incrementando en un 40% la capacidad hospitalaria del país(6-8). En 1996, 35 años después de la publicación



original, White recordó que su artículo generó controversia entre sus colegas, lo que le hizo pensar que sería pronto olvidado(9). Sin embargo, en 1973, al revisar sus conclusiones con datos del *National Center for Health Statistics*, observó que los resultados se mantenían consistentes. White también enfatizó la necesidad de fortalecer el rol del médico general y lamentó no haber conocido previamente el *Dawson Report* de 1920 en Inglaterra, que proponía la atención primaria de salud como base del sistema sanitario(10).

En cuanto al uso del término "ecología", White mencionó que el editor del *New England Journal of Medicine*, Joe Garland, inicialmente se opuso a su inclusión en el título del artículo(9). Aunque White et al.(1) no explicitan detalladamente su elección, se pueden identificar influencias conceptuales. La palabra "ecología" proviene del término alemán *Ökologie*, acuñado en 1866 por Ernst Haeckel, derivado de las palabras griegas *oîkos* (casa) y *lógos* (tratado). Su aplicación al estudio del entorno humano cobró relevancia con Ellen Swallow Richards en Estados Unidos, quien integró la ecología con la higiene y la nutrición(11-12). Swallow Richards fue pionera en la ciencia ecológica, la nutrición y la higiene ambiental(13-17).

Otra influencia provino de la Escuela de Sociología de Chicago, particularmente de Robert Ezra Park, quien desarrolló la noción de ecología en términos de interacción y competencia en el espacio social, en una línea similar a la biológica(18-21). Este concepto podría haber sido clave en la perspectiva adoptada por White en su estudio.

Las investigaciones de White et al.(1) fueron replicadas en diversos países a lo largo de las décadas siguientes. En este trabajo se busca realizar un análisis comparativo entre los resultados de su estudio y las investigaciones posteriores sobre ecología de la atención médica, centrándose en tres aspectos clave: 1) regularidades en los estudios sobre ecología de la atención médica; 2) sistemas de información en salud y encuestas sanitarias; y 3) la preponderancia del hospital en la estructura de los sistemas de salud.

## 2. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos que siguieran el modelo propuesto por White et al. en *The Ecology of Medical Care* (1), con el objetivo de conformar un corpus bibliográfico representativo de la literatura disponible.

La búsqueda de artículos se efectuó en las bases de datos Scopus, PubMed, SciELO y la Biblioteca Virtual en Salud. Para ello, se emplearon las siguientes combinaciones de términos y operadores lógicos en cada una de las bases de datos mencionadas: a) "ecology of medical care" AND "health services"; b)



“ecology of medical care” AND “health services research”; y c) “ecology of medical care” AND “health services utilization”.

El proceso de búsqueda se realizó en julio de 2023, incluyendo aquellos artículos cuyo análisis se hubiera desarrollado a nivel nacional y que emplearan el modelo de cuadrados anidados de White et al. (1) como representación gráfica. Se excluyeron los estudios con un nivel de agregación menor, como provincia, municipio o equivalentes, así como aquellos realizados en contextos de litigios territoriales, tales como Taiwán y Hong Kong.

El corpus final estuvo compuesto por nueve artículos provenientes de ocho países (22–30). De Japón y Corea del Sur se identificaron dos estudios por país. Para el análisis de estos trabajos, los resultados se organizaron en categorías alineadas con las establecidas por White et al. en 1961 (1):

- a) Población estudiada,
- b) Personas que percibieron problemas de salud,
- c) Individuos que buscaron atención,
- d) Pacientes que consultaron a un especialista o acudieron a una guardia,
- e) Sujetos hospitalizados,
- f) Casos derivados a mayor complejidad.

Cabe destacar que no se incluyó la categoría “son derivados a otro médico”, ya que no fue replicada en ninguno de los estudios analizados. Además, dentro de la categoría “buscan atención”, se estableció una subdivisión en dos subcategorías: “buscan atención: prácticas biomédicas” y “buscan atención: prácticas alternativas a la biomedicina”. Esta diferenciación se incorporó debido a que cuatro de los artículos analizados la consideraban relevante (22,23,26,28) (Tabla 1).

A partir de los datos extraídos de los artículos seleccionados, se generaron figuras siguiendo el modelo de White et al. (1), respetando las proporciones de la población en cada categoría. Para facilitar la interpretación, dichas figuras no reflejan la subdivisión de la categoría “buscaron atención”, aunque esta puede consultarse en la Tabla 1. Las representaciones gráficas se elaboraron utilizando el software libre R, versión 4.2.1.

Finalmente, los artículos fueron organizados cronológicamente según el año de estudio, salvo aquellos pertenecientes a un mismo país, con el propósito de permitir comparaciones y evaluar su correspondencia con los hallazgos del estudio de White et al. (1).

### 3. RESULTADOS



Las Figuras 2a y 2b presentan los hallazgos obtenidos en los nueve estudios seleccionados, los cuales emplearon el mismo tipo de gráfico utilizado por White et al.(1).

Green et al.(22) publicaron en 1996 una actualización del estudio "The Ecology of Medical Care", realizado cuatro décadas antes en Estados Unidos(1). Para ello, emplearon una encuesta nacional de salud representativa de la población estadounidense, complementada con otra encuesta adicional también representativa a nivel nacional, en la que se contactó a los participantes por vía telefónica para determinar la proporción de individuos que consideraron la posibilidad de buscar atención médica y aquellos que recurrieron a proveedores de medicina complementaria o alternativa, categorías no incluidas en el estudio original. Los investigadores resaltaron la similitud de sus resultados con los obtenidos en el estudio de White et al.(1).

En Japón, se realizaron dos estudios siguiendo la misma metodología en los años 2003 y 2013(23,24). Las muestras fueron diseñadas específicamente para estos trabajos y representaban a la población nacional de todas las edades, siendo los adultos los responsables de responder por los menores de 13 años. Las encuestas se implementaron en octubre de cada año en ambos estudios y registraron reportes diarios sobre síntomas, eventos de salud y decisiones tomadas. Según los autores, los hallazgos fueron comparables a los del estudio de White et al.(1) (Tabla 1). No obstante, al analizar los resultados en ambos periodos, se observó una reducción en la frecuencia de personas con síntomas, consultas a atención primaria y consultas externas hospitalarias, así como un incremento significativo en el uso de medicina complementaria o alternativa (Tabla 1).

El estudio realizado en Austria en 2011(25) empleó encuestas telefónicas dirigidas a individuos de 16 años o más. Tras obtener una muestra representativa de la población, se encontró que 460 de cada 1.000 personas buscaron atención médica y 35 requirieron hospitalización, cifras superiores a las reportadas en el estudio de White et al.(1) (Tabla 1). Los autores atribuyeron esta diferencia a la predominancia del sector privado en la prestación de servicios de salud en Austria. En su análisis de los resultados, los autores señalaron que:

La interpretación política de la libre elección de proveedores en Austria implica un acceso no regulado de los pacientes a todos los niveles de atención, incluso a través de la derivación, por ejemplo. Esto ha creado un sistema con una alta utilización en general, especialmente destacada en los sectores de atención secundaria y terciaria, con tasas de utilización cuatro veces mayores que las encontradas en Estados Unidos. El exceso de pacientes que acuden a hospitales universitarios para atención de rutina ha generado una carga en



las estructuras de atención y el personal en las instituciones de atención terciaria, que deberían centrarse en brindar atención especializada para enfermedades raras y complejas.(25)

En Corea del Sur, se llevaron a cabo dos estudios en 2012 y 2018 siguiendo la misma metodología(26,27). Se emplearon datos secundarios de encuestas nacionales de salud, complementados con cuestionarios ampliados a partir de muestras basadas en datos censales. En el estudio de 2012, la población encuestada incluyó a personas de 18 años o más, mientras que en 2018 se amplió a individuos de 19 años en adelante. Los hallazgos indicaron un aumento en la prevalencia de problemas de salud y hospitalizaciones en comparación con los datos de White et al.(1). Asimismo, se identificó una disminución en la cantidad de personas que reportaron problemas de salud entre ambos periodos, mientras que el número de personas que consultaron a médicos en clínicas y hospitales se mantuvo estable (Tabla 1).

En el estudio de Canadá realizado en 2015(28), la muestra incluyó a personas de 15 años o más y se recolectaron datos a través de encuestas telefónicas que abarcaban tanto telefonía fija como móvil. Se identificaron diferencias en la consulta médica por especialidad, con una mayor demanda de médicos generalistas sobre otras especialidades (Tabla 1). Sin embargo, los datos sobre el total de consultas médicas y hospitalizaciones fueron similares a los reportados en el estudio original de White et al.(1).

El estudio de Israel, realizado en dos momentos durante julio de 2015 y agosto de 2016(29), consistió en encuestas telefónicas dirigidas a individuos de 15 años o más que residían en hogares seleccionados de manera representativa. Debido a la baja representación de personas menores de 44 años, se complementó la muestra con encuestas por correo electrónico, lo que, según los autores, afectó la representatividad de la población total. Los hallazgos indicaron que 495 de cada 1.000 personas reportaron síntomas, una cifra considerablemente menor a la observada en el estudio de White et al.(1). Sin embargo, la proporción de personas que buscaron atención médica y que fueron hospitalizadas fue mayor.

Finalmente, en Suiza, en 2018(30), se realizaron encuestas telefónicas a personas de 18 años o más, incluyendo llamadas tanto a teléfonos fijos como móviles. Se observó una menor proporción de personas que reportaron síntomas en comparación con el estudio de White et al.(1). No obstante, el número de hospitalizaciones fue elevado respecto al estudio de referencia (Tabla 1). A pesar de ello, al igual que en los demás estudios, la cantidad total de hospitalizaciones se mantuvo baja.



| País y Referencia                 | Período del Estudio | Población Estudiada | n (Total) | n (Percibieron Problemas de Salud) | n (Buscaron Atención) | n (Consultaron Especialista/Guardia) | n (Fueron Hospitalizados) | n (Fueron Derivados a Mayor Complejidad) | Prácticas Alternativas a la Biomedicina  | Prácticas Biomédicas                   |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|-----------|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| Estados Unidos y Gran Bretaña (1) | 1928-1957           | ≥16 años            | 1,000     | 750                                | 250                   | 5                                    | 9                         | 1  | -  | -                                      |
| Estados Unidos (22)               | 1996                | Población General   | 1,000     | 800                                | 327                   | 217                                  | 8                         | 1  | 65 (Atención Complementaria/Alternativa) | 113 (Atención Primaria)                |
| Japón (23)                        | 2003                | Población General   | 1,000     | 862                                | 862                   | 307                                  | 7                         | -  | 49 (Atención Complementaria/Alternativa) | 232 (Atención Primaria)                |
| Japón (24)                        | 2013                | Población General   | 1,000     | 794                                | 265                   | 10                                   | 6                         | -  | -  | 206 (Atención Primaria)                |
| Canadá (25)                       | 2007                | ≥15 años            | 1,000     | 561                                | 238                   | -                                    | 8                         | -  | 50 (Atención No Medicina Familiar)       | 32 (Atención de Enfermería)            |
| Austria (26)                      | 2011                | ≥16 años            | 1,000     | 646                                | 460                   | 206                                  | 35                        | 3  | -  | 336 (Atención Medicina General)        |
| Corea del Sur (27)                | 2012                | ≥18 años            | 1,000     | 939                                | 333                   | 38                                   | 3                         | 3  | -  | 35 (Atención Ambulatoria Hospital)     |
| Corea del Sur (28)                | 2018                | ≥19 años            | 1,000     | 763                                | 344                   | 56                                   | 4                         | 7  | -  | 96 (Atención Ambulatoria Tercer Nivel) |
| Israel (29)                       | 2015-2016           | ≥15 años            | 1,000     | 495                                | 352                   | -                                    | 15                        | -  | -  | -                                      |
| Suiza (30)                        | 2018                | ≥18 años            | 1,000     | 546                                | 7                     | 243                                  | 21                        | 3  | 16 (Atención Emergencias)                | 164 (Atención Medicina General)        |

## 4. DISCUSIÓN

En términos generales, se ha identificado una notable congruencia entre los resultados de los estudios sobre la ecología de la atención médica a nivel nacional y los presentados en el artículo original de Kerr White et al. (1), especialmente en lo que respecta a la baja cantidad de hospitalizaciones y derivaciones hacia centros de mayor complejidad. Además, en los países donde se replicaron los estudios, los hallazgos fueron consistentes. Es relevante señalar que los estudios sobre la ecología de la atención médica trascienden el ámbito biomédico, abarcando dimensiones poblacionales, biológicas, sociales y culturales.

Los resultados obtenidos de los estudios revisados se discuten a través de tres perspectivas: las regularidades encontradas en los estudios de ecología





de la atención médica; los sistemas de información en salud y las encuestas de salud; y el hospital, y su papel dominante en el campo de la salud.

## 5. CONCLUSIÓN

Los estudios sobre la ecología de la atención médica revisados abarcan un período de 90 años y se han realizado en diversos países y continentes. A lo largo de este tiempo, se han producido transformaciones significativas en los métodos de diagnóstico y tratamiento, impulsadas por la incorporación de nuevos medicamentos y tecnologías, que en ocasiones no han sido estrictamente necesarios (70,71). A pesar de estos cambios, las regularidades observadas en los resultados son destacables y deberían ser tomadas en cuenta en las discusiones sobre la atención a las personas y el gasto en salud. Es necesario cuestionarse sobre dónde y en qué invertir, qué tipo de institucionalidad es requerida para abordar las demandas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en las poblaciones, y qué importancia tienen los procesos de autoatención y el acceso a otras formas de medicina, no contempladas en la medicina científica, como la homeopatía, la medicina ayurvédica, la acupuntura y la medicina de los pueblos originarios.

White critica la naturalización de la separación entre clínica, epidemiología y salud pública (65), una división aceptada en los hospitales y ministerios, pero artificial en los territorios, donde los problemas no se organizan según la fragmentación del conocimiento, sino que se presentan en función de las necesidades de las personas y las comunidades (69). En este contexto, es esencial destacar la relevancia de los estudios sobre ecología de la atención médica y la necesidad de difundir sus resultados para que se conviertan en un problema público (40). Como señaló Mario Testa, los cambios en el ámbito de la salud no provendrán del propio sector, sino de fuerzas organizadas fuera de este que ejerzan presión sobre el Estado y construyan ciudadanía social (72).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alazraqui, M., Motta, E., & Spinelli, H. (2006). Sistemas de información en salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social: Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2693–2702.
2. Angell, M. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica: cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Bogotá: Norma.
3. Becker, H. (1996). A escola de Chicago. *Mana*, 2(2), 177–188.
4. Berkowitz, E. (2023). Proyecto de investigación sobre historia de los servicios de salud: entrevista a Kerr White. *Salud Colectiva*, 19, e4702. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4702>
5. Berkowitz, E. (n.d.). History of Health Services Research Project: Interview with Kerr White. U.S. National Library of Medicine.



6. Bourdieu, P. (2007). *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
7. Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
8. Bourdieu, P. (2016). *Cuestiones de sociología*. Madrid: Akal.
9. Bourdieu, P. (2019). *Curso de sociología general 1: Conceptos fundamentales, Collège de France, 1981–1983*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
10. Bourdieu, P. (2021). *Curso de sociología general 2: El concepto de capital*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
11. Bourdieu, P., Chamboredon, J. C., & Passeron, J. C. (2005). *El oficio de sociólogo: presupuestos epistemológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
12. Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
13. Cefai, D. (2014). Investigar los problemas públicos: con y más allá de Joseph Gusfield. En *La cultura de los problemas públicos: el mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
14. Dawson, B. (1920). *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services*. London: His Majesty's Stationery Office.
15. Dewey, J. (1991). *The public and its problems*. Athens: Swallow Press.
16. Durkheim, E. (1997). *Las reglas del método sociológico*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
17. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
18. Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
19. Freidson, E. (1961). The organization of medical practice and patient behavior. *American Journal of Public Health*, 51(1), 43–52. <https://doi.org/10.2105/ajph.51.1.43>
20. Fukui, T., Rahman, M., Takahashi, O., Saito, M., Shimbo, T., & Endo, H., et al. (2005). The ecology of medical care in Japan. *Japan Medical Association Journal*, 48(4), 163–167.
21. Fukui, T., Rahman, M., Ohde, S., Hoshino, E., Kimura, T., Urayama, K. Y., et al. (2017). Reassessing the ecology of medical care in Japan. *Journal of Community Health*, 42(5), 935–941.
22. Giezendanner, S., Bretschneider, W., Fischer, R., Díaz Hernández, L., & Zeller, A. (2020). The ecology of medical care in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 150(1920), w20221. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20221>
23. Gilbertson, W. E., & Kahn, H. A. (1952). Construction of hospitals, health centers, and other health facilities, 1951–52. *Public Health Reports*, 67(12), 1168–1175. <https://doi.org/10.2307/4588318>
24. Green, L. A., Fryer, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D., & Dovey, S. M. (2001). The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*, 344(26), 2021–2025.



25. Hayden, D. (1981). *The grand domestic revolution: A history of feminist designs for American homes, neighborhoods, and cities*. Cambridge: MIT Press.
26. Hoffmann, K., Ristl, R., George, A., Maier, M., & Pichlhöfer, O. (2019). The ecology of medical care: access points to the health care system in Austria and other developed countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(4), 409–417.
27. Horder, J., & Horder, E. (1954). Illness in general practice. *Practitioner*, 173(1034), 177–187.
28. Hoge, V. M. (1948). Health Centers and the Hospital Survey and Construction Act. *American Journal of Public Health*, 38, 1653–1656.
29. Hunt, C. (1912). *Ellen H. Richards*. Boston: Whitcomb & Barrows.
30. Johansen, M. E. (2017). Comparing medical ecology, utilization, and expenditures between 1996–1997 and 2011–2012. *Annals of Family Medicine*, 15(4), 313–321. <https://doi.org/10.1370/afm.2084>
31. Jorrat, J. R., Fernández, M. M., & Marconi, E. H. (2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. *Salud Colectiva*, 4(1), 57–76. <https://doi.org/10.18294/sc.2008.316>
32. Kim, Y. S., & Choi, Y. J. (2016). The ecology of medical care in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 31(11), 1684–1688.
33. Kohn, R., & White, K. (1976). *Health care: An international study*. Oxford University Press.
34. Koos, E. L. (1954). *The health of Regionville: What the people thought and did about it*. Columbia University Press.
35. Lee, J., Choi, Y. J., & Ryu, D. H. (2022). The ecology of medical care in Korea. *BMC Health Services Research*, 22, 1423. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08821-6>
36. Menéndez, E. L. (1982). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. *Cuadernos Médico Sociales*, 59, 3–18.
37. Menéndez, E. L. (1990). *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México DF: Casa Chata-CIESAS.
38. Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9–32. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
39. Menéndez, E. L. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos? *Salud Colectiva*, 11(3), 301–330. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.719>
40. Menéndez, E. L. (2018). *De saberes médicos tradicionales, populares y científicos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
41. Menéndez, E. L. (2022). De los usos pragmáticos de la medicina tradicional... *Salud Colectiva*, 18, e4051. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4051>
42. Menéndez, E. L. (2022). Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional. *Salud Colectiva*, 18, e4225. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225>
43. OPS (Organización Panamericana de la Salud). (1984). Usos y perspectivas de la epidemiología. *Boletín Epidemiológico*, 5(1), 1–4.
44. OPS (Organización Panamericana de la Salud). (1987). *La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud*. OPS.



45. Park, R. E. (1915). The city: Suggestions for the investigation of human behavior in the city environment. *American Journal of Sociology*, 20(5), 577–612.
46. Park, R. E., & Burgess, E. W. (1925). *The city*. University of Chicago Press.
47. Picó, J., & Serra, I. (2010). *La escuela de Chicago de sociología*. Madrid: Siglo XXI.
48. Purola, T. (1972). A systems approach to health and health policy. *Medical Care*, 10(5), 373–379.
49. Relman, A. (1980). The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*, 303(17), 963–970. <https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703>
50. Reiser, S. (1990). *La medicina y el imperio de la tecnología*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
51. Rosen, G. (1994). *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, ABRASCO, UNESP.
52. Rosanvallon, P. (1995). *La nueva cuestión social*. Buenos Aires: Manantial.
53. Richards, E. H. (1899). University laboratories in relation to public health problems. *Public Health Papers and Reports*, 25, 73–80.
54. Richards, E. H., & Woodman, A. G. (1900). *Air, water, and food from a sanitary standpoint*. New York: John Wiley & Sons.
55. Richards, H. M., Farmer, J., & Selvaraj, S. (2004). Sustaining the rural primary healthcare workforce. *Rural and Remote Health*, 5(365), 15.
56. Spinelli, H. (2014). Una experiencia de gestión en el campo social. En *Salud Colectiva: Cultura, instituciones, subjetividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
57. Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud. *Salud Colectiva*, 12(2), 149–171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
58. Spinelli, H. (2022). Abraham Flexner: trayectoria de vida de un educador. *Salud Colectiva*, 18, e4053.
59. Spinelli, H. (2022). Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
60. Spinelli, H. (2023). El interés del desinterés en la epidemiología de servicios y sistemas de salud. *Salud Colectiva*, 19, e4365. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4365>
61. Starr, P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: FCE.
62. Stewart, M., & Ryan, B. (2015). Ecology of health care in Canada. *Canadian Family Physician*, 61(5), 449–453.
63. Secretaría de Salud Pública de la Argentina. (2016). *Fondo Estudio sobre Salud y Educación Médica (ESSEM)*.
64. White, K. L. (1961). The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 265(18), 885–892.
65. White, K. L. (1991). *Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health*. Springer.
66. White, K. L. (1996). Comments 35 years after the "Ecology". *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 73(1), 206–208.
67. White, K. L. (2003). Two cheers for ecology. *Annals of Family Medicine*, 1(2), 67–69.



68. White, K. L., Andrews, L. P., Diamond, E., Greenberg, B. G., Hamrick, A. A., et al. (1960). Patient referral to a university clinic. *American Journal of Public Health*, 50(10), 1493–1507.
69. White, K. L., Anderson, D. O., Kalimo, E., Kleczkowski, B. M., Purola, T., Vukmanovic, C., et al. (1977). *Health services: Concepts and information for national planning and management*. World Health Organization.
70. Williams, T. F., White, K. L., & Greenberg, B. G. (1961). The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 265(18), 885–892.
71. Williams, T. F., White, K. L., Andrews, L. P., Diamond, E., Greenberg, B. G., Hamrick, A. A., et al. (1960). Patient referral to a university clinic. *American Journal of Public Health*, 50(10), 1493–1507.
72. Yosef, Y., Kiderman, A., Chinitz, D., & Lahad, A. (2022). The landscape of medical care consumption in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00542-9>.

**Conflicto de Intereses:** Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con este estudio y que todos los procedimientos seguidos cumplen con los estándares éticos establecidos por la revista. Asimismo, confirman que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra publicación.

**Financiación:** Los autores declaran que este estudio no recibió ningún tipo de financiación externa por parte de agencias públicas, privadas, ni de organizaciones sin ánimo de lucro. Todas las actividades de investigación, análisis y desarrollo fueron realizadas con recursos propios.

#### **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA:**

**Nombres de autores e iniciales:** Génesis Milena Delgado Saltos (GMDS)

1. Conceptualización: (GMDS)
2. Curación de datos: (GMDS)
3. Análisis formal: (GMDS)
4. Adquisición de fondos: (GMDS)
5. Investigación: (GMDS)
6. Metodología: (GMDS)
7. Administración del proyecto: (GMDS)
8. Recursos: (GMDS)
9. Software: (GMDS)
10. Supervisión: (GMDS)
11. Validación: (GMDS)
12. Visualización: (GMDS)
13. Redacción – borrador original: (GMDS)
14. Redacción – revisión y edición: (GMDS)