

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3590

La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud

Mg. Enzo Bazualdo Fiorini

<https://orcid.org/0000-0003-3694-4567>

ebazualdof@ucvvirtual.edu.pe

Doctorando de la Universidad César Vallejo,
Lima Perú. Código

Dr. Robert Julio Contreras Rivera

<https://orcid.org/0000-0003-3188-3662>

rcontreras@ucvvirtual.edu.pe

Universidad César Vallejo, Lima Perú.

RESUMEN

Objetivo: Explicar cómo las “barreras de accesibilidad” a los servicios médicos influye sobre el estado de la salud poblacional en las diferentes realidades. Material y métodos: Investigación con método deductivo, estudio básico, de diseño no experimental y transversal, mediante la realización de una revisión bibliográfica con énfasis descriptivo y retrospectivo; categorizando las variables de interés, bajo el método deductivo desde investigaciones afines. La revisión fue realizada durante los meses de junio a Julio del año 2022. Resultados: El Acceso a servicios de atención presenta múltiples barreras como las financieras, sociales, culturales, entre otras; las cuales deben ser identificados precozmente y no siempre son las mismas ni tienen la misma magnitud en las diferentes realidades; pero es frecuente hallar que esta limitación en el acceso es usual en los lugares alejados a las grandes urbes por falta de infraestructura y profesionales especializados en salud, asimismo afecta a poblaciones vulnerables y a los más pobres. Conclusiones: Se evidenció que la disminución de las “barreras de acceso”, mejoran la equidad en los servicios médicos y el estado de salud poblacional, existen múltiples “barreras de acceso” como los geográficos, los financieros, sociales, culturales, étnicos, sexuales, entre otros; existen múltiples modelos públicos de gestión, todos implantados de acuerdo a sus políticas públicas para disminuir las brechas con respeto a la salud que existen en las diferentes realidades.

Palabras clave: *barrera de acceso; equidad; calidad de atención; estado de salud.*

Correspondencia: ebazualdof@ucvvirtual.edu.pe

Artículo recibido 15 setiembre 2022 Aceptado para publicación: 15 octubre 2022

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar: Contreras Rivera, D. R. J., & Bazualdo Fiorini, M. E. (2022). La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 973-998. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3590

The importance of barriers to access and equity in the health services care

ABSTRACT

Objective: To explain how "access barriers" in medical services influence the state of population health in different realities. Material and methods: Research with a deductive method, a basic study, with a non-experimental and cross-sectional design, through a bibliographic review with a descriptive and retrospective emphasis; categorizing the variables of interest, under the deductive method from related research. The review was carried out during the months of June to July of the year 2022. Results: Access to care services presents multiple barriers such as financial, social, cultural, among others; which must be identified early and are not always the same or have the same magnitude in the different realities; but it is common to find that this limitation in access is usual in places far from large cities due to lack of infrastructure and specialized health professionals, it also affects vulnerable populations and the poorest. Conclusions: It was evidenced that the reduction of "access barriers" improves equity in medical services and the population's health status, there are multiple "access barriers" such as geographic, financial, social, cultural, ethnic, sexual, among others; There are multiple public management models, all implemented in accordance with their public policies in order to reduce the gaps with respect to health that exist in the different realities.

Keywords: *access barrier; equity; quality of care; health status*

I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los sistemas de salud mundialmente se han transformado y la función inicial de sus ministerios de salud cambiaron progresivamente, desde la función de proveer servicios de salud hasta llegar a la administración general de todo el sector incluyendo la financiación y la supervisión de los proveedores. Volviéndose incluso en las políticas nacionales, adoptando un enfoque centrado en las personas; con relevancia en los derechos humanos con equidad y los valores éticos (Bigdeli et al., 2020).

Para el 2022, los líderes mundiales asumieron hace 44 años la Declaración de Alma Ata, que reconoció la necesidad de invertir en la atención primaria, como elemento clave para alcanzar la "Salud para todos". Si bien, desde entonces existió una mejora global sin precedentes en los indicadores de salud, el 50% de la población mundial sigue sin tener acceso a los servicios de salud esenciales (Ihantamalala et al., 2020). El bajo acceso a la atención médica en entornos rurales mundialmente, mayormente en países en desarrollo se debe a una combinación de barreras financieras, geográficas y del sistema de salud (Núñez & Manzano, 2022). Para reducir el impacto de los sistemas de salud débiles y los costos de los usuarios en el acceso a la atención médica, existe un consenso sobre la importancia central del fortalecimiento del sistema de salud y la cobertura universal de salud (Garnelo et al., 2020).

El término "Acceso" relacionado a los servicios médicos, se refiere al accionar del individuo que busca obtener los servicios de una atención médica o de salud, sin que implique concretar la atención ofertada por las entidades prestadoras. A la actualidad, el gran objetivo para los diversos sistemas de salud es obtener la Cobertura Universal, principalmente para aquellos países de medianos y bajos ingresos. Si la finalidad es lograr la "cobertura universal", para lograrlo no puede excluirse los conceptos de "accesibilidad y equidad". Siendo indivisible la relación existente entre ambos (Robinson et al., 2022). Asimismo, dentro de la perspectiva de la equidad, es necesario la inexistencia de barreras de acceso libre y universal a todos los servicios, con libertad de acceder sin restricciones a cualquier institución de salud de libre elección; alcanzando la mayor satisfacción y su bienestar, si tuvieran acceso con equidad. Los aspectos que repercuten en la ausencia de equidad, son los factores financieros, geográficos, étnicos, socioculturales, es por este motivo, que el principal reto de los sistemas sanitarios es revertir la desigualdad en temas de salud, garantizando la prestación de servicios sanitarios con igualdad de acceso y

calidad en la atención para sus ciudadanos. Entonces dentro de la problemática a nivel mundial, podemos encontrar que existen barreras de acceso, que son motivadas por desigualdades y que se manifiestan en servicios de mala calidad; estas cualidades difieren entre naciones de altos y bajos recursos económicos, es decir es circunstancial y acorde a cada política nacional de salud que se pretende implantar. Se cree importante que la eliminación de barreras de acceso económicas, forma parte de los objetivos fundamentales de cualquier gobierno, para que todos sus ciudadanos accedan a servicios justos y oportunos. Sin embargo, la oferta constante no es “acceso efectivo” pues puede haber dinero, pero los centros de salud son alejados y de mínima capacidad de respuesta. Todo lo antes descrito, a raíz de la pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19), se denudó la realidad existente en muchos sistemas de salud no solo en el Perú sino también en el mundo y demostró las barreras de accesibilidad invisibles y los problemas de equidad existentes. Identificándose disparidades en hospitalizaciones, tasas de vacunación y muertes por COVID-19 (Moore et al., 2022). Por este motivo, he realizado esta investigación, porque es necesario reconocer las falencias de los sistemas de salud y sus barreras de acceso, con la finalidad de disminuirlas o eliminarlas progresivamente para que no existan usuarios que se queden fuera del sistema, sin atención médica y que empeore su estado de salud.

Por todo lo antes detallado, se realizó el presente trabajo con el objetivo principal de explicar cómo y cual es el impacto de las “barreras de acceso” en los servicios médicos, sobre el estado de la salud poblacional en las diferentes realidades; asimismo detallar las barreras de acceso predominantes en las diversas sociedades; mostrar las deficiencias de equidades y las estrategias publicas implantadas con la finalidad de mejorar la accesibilidad; finalmente identificar las prevalencias existentes con respecto a accesibilidad y equidad en los servicios médicos.

II. MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente trabajo se basó en una investigación con método deductivo, es de tipo básico por su finalidad, de diseño no experimental y transversal, que realizó una revisión bibliográfica con énfasis descriptivo y retrospectivo; categorizando las variables de interés, para luego bajo el método deductivo tratar de verificar las conceptualizaciones desde investigaciones afines, en la búsqueda de encontrar las respuestas para los problemas que han sido planteados en la investigación.

Esta revisión tuvo como objetivo identificar y recopilar datos cuanti-cualitativos de estudios elegibles, los cuales fueron realizados en los diferentes países de diferentes estatus económicos y poder comparar sus realidades. La revisión se llevó a cabo de acuerdo al Manual de revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane durante los meses de junio a Julio del año 2022.

Criterios de inclusión y exclusión

Los estudios elegibles, están compuestos de investigaciones de tipo original, artículos revisados por pares que tenían un componente cualitativo (es decir, estudios cualitativos, mixtos o de métodos múltiples) escritos en español, inglés y portugués. Los estudios incluidos involucraban a las diferentes barreras al acceso de la salud, publicados entre los años 2019 al 2022. Se excluyeron los trabajos que sólo presentaban solo resúmenes, y los que no cumplieron con filtro adicional de: “artículo clásico”, “estudio clínico”, “publicación gubernamental” y “artículo de revisión científica”.

La principal fuente de literatura, fue la hallada a través de una búsqueda estructurada en las principales bases de datos electrónicas como SCOPUS y PUBMED. Las estrategias de búsqueda comprendieron las siguientes etapas. Primero, una búsqueda para identificar palabras clave relevantes contenidas en el título, el resumen y los descriptores del tema, usándose (Access barrier) AND (equity AND quality) AND Health services. Además, se realizaron búsquedas en forma manual en las listas de referencias, de los estudios que fueron incluidos, revisiones y otros documentos relevantes, hallándose finalmente 131 bibliografías en PUBMED y 161 bibliografías en SCOPUS, es decir un total de 292 documentos recolectados.

Categorización de la Variable

La accesibilidad es un tema complejo que puede medirse a través de poder “cuantificar los individuos que necesitan de una atención médica, las que ingresan y las que no ingresan al sistema”. La accesibilidad puede evaluarse a través de indicadores de resultado de la atención, como por ejemplo las tasas de uso, indicadores de satisfacción, y patrones de demanda poblacional. Por este motivo, la Accesibilidad a los servicios sanitarios considera las características del sistema y el riesgo poblacional a enfermarse, también puede conceptualizarse a partir del uso de los servicios y la satisfacción del usuario. Asimismo, para determinar la Accesibilidad a la atención médica, puede conjugarse 2 vertientes: una vertiente sería la oferta (proveedores de servicio) y, del otro

lado encontramos a la demanda (población solicitante de los servicios). La accesibilidad puede evaluarse en 4 dimensiones, primero la disponibilidad de servicios, la capacidad de usar los servicios médicos en forma equitativa, la presencia de barreras sean personales y geográficas, económicas, organizacionales y barreras sociales y culturales; y finalmente los Resultados obtenidos en las prestaciones de promoción y cuidados de la salud a través de un óptimo acceso a los servicios en el tiempo adecuado y en un espacio correcto, asegurando el mejor resultado (DeSa et al., 2022)

La equidad, es la libertad de acceder sin restricciones a cualquier institución de salud, alcanzando la mayor satisfacción y su bienestar, en ausencia de barreras financieras, geográficas, étnicas, socioculturales, para revertir la desigualdad en temas de salud, garantizando la prestación de servicios sanitarios con igualdad (Moore et al., 2022)

Selección de estudios

Las citas se importaron al software de gestión de citas de Zotero y se cargaron en un archivo zip. Los artículos recuperados de las búsquedas dentro de cada base de datos se cargaron en el sistema de gestión de artículos de Covidence y fueron examinados por los autores dentro de la base de datos mencionada, de acuerdo a la relevancia y elegibilidad para la revisión. Los revisores examinaron de forma independiente los títulos y resúmenes según una lista de verificación de criterios de inclusión predefinida y excluyeron los no relacionados, quedándose con solo 23 evidencias bibliográficas, las cuales fueron seleccionadas por títulos y resúmenes, por conveniencia luego de una lectura crítica de todos los artículos preseleccionados.

Los autores adaptaron un documento de recopilación de datos basado en las necesidades de la revisión de un formulario de extracción de datos estandarizado por el Manual Cochrane. Los datos que se extrajeron incluyeron todos los detalles específicos de la pregunta de revisión, cumpliendo con los requisitos para una síntesis narrativa.

Análisis de información

El análisis de la información, se realizó por cada artículo, la metodología empleada, fue un aspecto destacado de la lectura crítica de los artículos seleccionados, como el número de participantes, las escalas que se usaron para identificar las barreras de accesibilidad presentes, las motivaciones que alteran las equidades y las escalas para medir el nivel de calidad de atención, todas ellas aplicadas en diferentes contextos, zonas hospitalarias,

atención primaria, zonas urbanas y rurales; por tanto es posible identificar donde se debe implementar medidas para la mejora continua.

III. RESULTADOS Y DISCUSION

El acceso a los servicios médicos en una nación, se ha reconocido como un tema importante para los formuladores e investigadores de políticas, por ello ponen sus mayores esfuerzos para lograr mejorar la salud de sus poblaciones.

Al buscar explicar cómo las “barreras de acceso” en los servicios médicos influye sobre el estado de la salud poblacional en las diferentes realidades, encontramos muchas investigaciones que así lo sustenta; Fernández (2019) encontró la existencia de una fuerte relación entre “la ausencia de barreras de acceso”, la mejorar de la equidad y oportunidad de acceso en los diversos sistemas médicos y su claro efecto benéfico sobre el estado de la salud de sus poblaciones, pues en Colombia, mediante el “sistema de seguridad social” del año 2019, se logró cuadruplicar la tasa de aseguramiento llegando al 95% , disminuyendo las barreras de acceso económicas y aumentando el uso de servicios médicos, produciendo un impacto positivo sobre los indicadores globales de salud (Fernández Sierra Manuel, 2019). En la Amazonía brasilera Garnelo (2020) mejoró las condiciones de inaccesibilidad a los servicios médicos del área rural, superando la exclusión social con el uso de unidades móviles fluviales, mejorándose asimismo el estado de salud poblacional (Garnelo et al., 2020). Contrariamente la existencia de conflictos armados en algunas realidades mundiales, se asoció negativamente con la utilización de servicios de salud de rutina, comportándose como una barrera de acceso social, a la consulta ambulatoria y la atención prenatal, con aumento del número de partos y cesáreas, poniendo en riesgo la salud poblacional de Siria e impactando negativamente en el estado de salud (Ekzayez et al., 2021). Las “barreras de acceso” relacionadas a factores personales como la discriminación contra el género femenino con diferencias según raza/etnicidad, produjo una mayor exposición al sexismo a nivel estatal en los Estados Unidos y se asoció con inaccesibilidad a la atención médica entre las mujeres negras e hispanas, por ello las mujeres afroamericanas tenían un 18 % más probabilidades de experimentar barreras para acceder a la atención médica y las mujeres negras e hispanas informaron 21% más barreras, con lo cual se redujo la calidad de atención y la equidad en el servicio médico e impactando negativamente en el estado de salud de dicha población (Rapp et al., 2021). En Estados Unidos de Norte América las barreras de acceso

geográficas ocasionan que los adultos mayores residentes en áreas rurales no satisfagan sus necesidades básicas, sociales y de atención médica, causando impactos negativos para el estado de salud (Henning-Smith, 2020).

Con respecto a detallar las barreras de acceso predominantes en las diversas sociedades y demostrar las deficiencias en la equidad, voy a detallar los siguientes hallazgos. En Chile, Núñez (2022), demostró los diferentes tipos de “barreras de acceso” encontrados en su país, que impidieron la accesibilidad a servicios de salud. Estas barreras de acceso identificadas a nivel nacional tuvieron un índice bajo siendo estas barreras asociadas al componente de política de salud las que presentaron el mayor valor de impacto negativo a nivel nacional y regional (>0,83). Al analizar los resultados a nivel regional, la población de la región norte identificó como barreras principales las “Políticas de salud” por desconocimiento acerca de los programas de sensibilización especialmente de prevención del consumo de drogas y alcohol (0,94), como de salud sexual y reproductiva (0,9). En el rubro de “Características de los servicios”, se identificaron el tiempo de viaje (0,80) y la distancia (0,20) a los servicios médicos, la escasez de los establecimientos de salud y las largas esperas para conseguir una cita médica (0,17). En la “Utilización de servicios”, la población local identificó barreras en la necesidad de atención médica, sin recibirla, incluyendo falta de especialistas y medicina preventiva (0,10), y dificultad en el acceso a medicamentos por falta de disponibilidad o precios elevados (0,05). Con respecto a “Satisfacción del consumidor” se halló elevada cobertura de seguro de salud (0,18) y lenguaje poco claro usado por el médico (0,15). Finalmente, en las “Características de la población en riesgo”, se encontró el bajo nivel de reembolso en medicamentos (0,26) (Núñez & Manzano, 2022).

En relación a las barreras geográficas. Este tipo de barreras son las más frecuentes, por las diversidades geográficas existentes en todo el mundo, pues existen llanuras, cordilleras, poblaciones que residen en las laderas de ríos, áreas rurales; y estas son las que tienen mayor dificultad para hallar atención médica cuando lo necesitan.

(Fernández Sierra Manuel, 2019) en Colombia, se encontró estas barreras por la limitada oferta de establecimientos de atención y profesionales especializados en las zonas más remotas y con menos densidad poblacional. Asimismo (Ihantamalala et al., 2020) demostró que la accesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, continúa siendo una de las principales barreras en las zonas rurales de Madagascar, y encontró que entre

el 10% a 15% vivían a más de 1 hora de distancia y además, en áreas del norte y este del distrito, el centro de salud más cercano estaba a más de 5 horas de distancia, existiendo poblaciones vulnerables en todo el distrito a los centros de atención primaria. También, en el Amazonas en Brasil, existen “barreras de acceso” geográficas que hace que el viaje fluvial fuera usado para poder acceder a los servicios médicos, debido a las inequidades sociales, las grandes distancias geográficas y la inadecuada red de atención de la salud existentes, los cuales limitan notablemente la accesibilidad en las zonas rurales (Garnelo et al., 2020).

(Henning-Smith, 2020), también encontró en los Estados Unidos, barreras de acceso geográficas que ocasionan que los adultos mayores residentes en áreas rurales enfrenten mayores riesgos relacionados con el COVID-19, porque estas áreas rurales son más antiguas y tienen menos recursos económicos con atención médica rural limitada, menos acceso a la tecnología y la conectividad en línea; ocasionado insatisfacción en las necesidades básicas, sociales y de atención médica, causando impactos negativos para el estado de salud relacionado por el virus del COVID-19 para algunos adultos mayores.

Así también, (Cao et al., 2021) presentó que existen deficiencias en los centros asistenciales de las áreas rurales, lo cual se relaciona con un largo tiempo de tránsito para poder acceder a los mismos, por ello en Nepal, en el año 2021; se demostró que las “barreras de acceso” geográficas fueron un factor importante para la equidad en salud. Siendo mejor la accesibilidad geográfica y la equidad en el modo motorizado que en el modo a pie, por lo cual, si el transporte sería motorizado para toda la población hacia cualquier establecimiento de salud, se mejoraría la satisfacción en un 62% porque el tiempo promedio era de 18 minutos a 69 minutos desde las instalaciones primarias hasta las terciarias.

En relación a las barreras financieras. Esto se evidencio si lo asociamos a raza y sexo que, las mujeres tienen ingresos más bajos, menor participación en la fuerza laboral y más elevadas tasas de pobreza que los hombres; más aún si son de raza negra o hispanas, en comparación con las mujeres blancas (Rapp et al., 2021). También Howells demostró que las personas sin hogar tuvieron menos probabilidades de acceder a la atención médica debido a una serie de factores socioeconómicos y experienciales, también debido a barreras organizacionales y burocráticas porque se sintieron estigmatizados y maltratados con una atención médica sin calidad. (Howells et al., 2021). En Brasil, a pesar

de todos los esfuerzos para mejorar la accesibilidad, persiste la carga financiera que genera la búsqueda de servicios y el traslado de los usuarios para llegar a los servicios de la unidad móvil lo que ocasiona que la atención sea tardía o no se llegue a obtener, siendo las inequidades más severas en las poblaciones rurales, ya que la asistencia médica solo cubre alrededor del 40% de los intentos de acceso a la asistencia de salud en 1 año (Garnelo et al., 2020). La accesibilidad a los servicios médicos brasileros es aún precaria para una parte considerable de la población, especialmente la más vulnerable, con una prevalencia del 18% asociado a factores como tener color de piel negro/moreno, residir en las regiones Norte y Nordeste de Brasil, ser fumador, autopercepción de salud mala a muy mala, no tener un plan de salud privado(Dantas et al., 2020).

En Europa durante la pandemia, existió barreras de acceso para personas mayores de 50 años durante el brote de COVID-19 que buscaban una atención médica, con acceso limitado a la atención médica durante el brote inicial para las personas laboralmente activas, mujeres, los más educados y los que vivían en áreas urbanas, teniendo una proporción de atención médica insatisfecha y de mala calidad, siendo estos individuos de 50 años, los de mayor riesgo de posponer la búsqueda de sus atenciones a pesar de sus condiciones de salud crónicas y un estatus socioeconómico deficiente, lo que los convirtió en el grupo más vulnerables durante la pandemia(Smolić et al., 2021).

En relación a las barreras sociales y culturales. Las “barreras de acceso” sociales y culturales, son de extrema importancia para limitar el acceso a servicios médicos, los cuales en algunas ocasiones pueden ser más sensibles que la sola falta de dinero. Estas desigualdades sociales y de salud fueron también recurrentes en Brasil, con más severidad en las poblaciones rurales, ya que la asistencia médica cubre alrededor del 40% de los intentos de acceso a la asistencia de salud por año(Garnelo et al., 2020).

Igualmente, existen “barreras de acceso” sociales producidos por conflictos armados que producen un impacto perjudicial en la accesibilidad a los servicios médicos, relacionados no solo a la pobreza sino a los conflictos armados y sociales. Como el caso de la investigación en Siria, afectada por conflictos armados entre 2014 y 2017, se evidenció una fuerte asociación negativa entre los bombardeos y las consultas ambulatorias como también en las visitas de control prenatal. Se encontró que las explosiones estaban asociadas positivamente con los partos y las cesáreas, donde el aumento de una unidad en las explosiones por mes se asoció a un aumento de alrededor del 20% en los partos y

cesáreas, con riesgo en el estado de salud de su población (Ekzayez et al., 2021). Con respecto a conflictos armados también se evidenció la existencia de falta de equidad para acceder a la atención primaria, los cuales se vieron exacerbadas por la proximidad geográfica a la violencia organizada, si los hogares se vinculaban a eventos conflictivos dentro de los 50 km en Camerún, República Democrática del Congo, Malí y Nigeria, se encontró también una mayor falta de equidad en el acceso a servicios cuando la realidad conflictiva estaba próximo al conflicto de media o alta intensidad, igualmente existió mayor magnitud de disparidades de riqueza en los cuatro contextos estudiados (Ramadan et al., 2021).

Dentro de las sociedades actuales, nos olvidamos de la población discapacitada, donde también existen “barreras de acceso” en los usuarios a los servicios médicos relacionados a factores personales, como son los pacientes con discapacidades físicas y el uso de las TICs, estas barreras están relacionadas con el diseño tecnológico. Por ejemplo, las personas con discapacidad visual afirman que las soluciones de salud digital incluyan botones diseñados para garantizar una forma, color y dimensión distintivos para ser accesibles y utilizables, las personas con audífonos o implantes cocleares expresaron que las interfaces de voz no deben ser de voces femeninas, porque las voces agudas suelen ser difíciles de escuchar, especialmente si la velocidad de la voz es demasiado rápida. Los adultos mayores con algún deterioro cognitivo también expresaron que la entrada de datos en las aplicaciones debe ser intuitiva y que las aplicaciones deben tener íconos y palabras grandes, fáciles de leer y tocar, asimismo expresaron que el uso de “aplicaciones” puede ser una barrera por su dificultad para navegar y usar, y sus capacidades para la comprensión estaban comprometidas. Por ello, el tomar en cuenta estos factores tecnológicos mejorarían la equidad de atención y su calidad (Henni et al., 2022).

En relación a las barreras étnicas y sexuales. La condición étnico y racial se manifestó como un comportamiento contra la equidad en la accesibilidad a los servicios médicos y disminuye las ventajas de los grupos poblacionales con un bajo estado socioeconómico (Viáfara-López et al., 2021).

En Nueva Zelanda, la equidad en salud es una preocupación importante con el objetivo de cerrar la brecha de inequidad, por ello en la comunidad de minorías étnicas africanas en Nueva Zelanda, se encontró inequidades en la accesibilidad de los servicios médicos,

por la existencia de un liderazgo y una gobernanza carente de voluntad política sobre la salud de los migrantes y, en consecuencia, un sistema de información de salud de bajo rendimiento que influyó en la poca asignación de recursos, por racismo estructural e institucional y por privilegio blanco (Kanengoni et al., 2020). En algunas realidades donde el machismo es relevante, la raza y el origen étnico produce una vulnerabilidad social, lo que se evidenció en los adultos diagnosticados con COVID-19 en los Estados Unidos, donde se encontró que la atención primaria virtual ampliada no benefició equitativamente a las personas de diferentes grupos raciales, y falta de equidad no se compensaron con un mejor acceso presencial, pues los pacientes hispanos/latinos y blancos no hispanos, residentes en áreas socialmente vulnerables mostraron más desigualdades que otras etnias e impactando negativamente en el estado de salud (Govier et al., 2022).

Con respecto al sexismo y accesibilidad a atención médica mental, en mujeres refugiadas mayores de 18 años en países de altos ingresos, tuvieron una mayor prevalencia de enfermedades mentales por las migraciones forzadas por problemas bélicos en sus ciudades natales, y las principales barreras identificadas fueron el idioma, la estigmatización y la necesidad de prácticas culturalmente sensibles dentro de un contexto religioso y cultural. Evidenciándose que la estigmatización de la salud mental dentro de la población de mujeres refugiadas es una barrera importante para el comportamiento de búsqueda de salud mental y solicitar asilo (DeSa et al., 2022). En Estados Unidos, el sexismo también redujo la calidad de atención y la equidad en el servicio médico, siendo estas barreras diferentes según la raza/origen étnico. Pues se encontró “barreras” relacionadas a factores personales con discriminación contra el género femenino, con diferencias según raza y grupo étnico, donde evidenció mayor exposición al sexismo a nivel estatal y se asoció con más “barreras de acceso” a la asistencia médica entre las mujeres negras e hispanas, relacionadas con el alto costo de las facturas médicas, seguro de salud, recetas y pruebas diagnósticas. Se halló que las mujeres tenían ingresos más bajos, menor participación en la fuerza laboral e índices de pobreza más elevados que los hombres; las mujeres afroamericanas tenían un 18 % más de probabilidades de experimentar una barrera adicional para la accesibilidad a la atención médica. La probabilidad de experimentar 4 o más barreras fue del 34 % para las mujeres negras que residían en estados con alto sexismo, en comparación con el 14 % para las

mujeres negras en estados con bajo sexismo, las mujeres hispanas también tuvieron una mayor probabilidad de experimentar barreras en estados con alto sexismo (26 %) frente a 19 % en estados con bajo sexismo (Rapp et al., 2021). Finalmente, encontramos “barreras de accesibilidad” para lesbianas, a pesar de los avances en políticas y protocolos de atención asociados a la diversidad sexual y de género, sin embargo, estos avances necesitaban ser discutidos en los ámbitos social, educativo y de salud. Pues se encontró dificultades experimentadas por los servicios brindados y con los profesionales médicos en el trato con mujeres lesbianas debido a la naturaleza de la heterosexualidad, la decisión de revelar la orientación sexual fue una principal “barreras” que enfrentan las lesbianas en la búsqueda de servicios médicos, pues la atención de las mujeres en esos servicios se basaban en un modelo heterosexual, con actitudes discriminatorias y mala calidad de atención, lo que significa la existencia de una barrera para que las lesbianas accedan a los servicios de atención médica, por sentirse vulnerables con tensión y ansiedad por la discriminación, prejuicio y la estigmatización, la falta de garantía de confidencialidad, falta de equidad y la vergüenza de estar desnudo frente a un extraño, el no debate sobre las enfermedades de transmisión sexual, la ausencia de protocolos específicos, la indeterminación de las necesidades de salud de las lesbianas, y la atención médica insegura, fragmentada y no integral, son dificultades para acceder a los servicios de médicos y que dañan la calidad de la atención (Silva & Gomes, 2021)

Con respecto a identificar las prevalencias existentes en accesibilidad y equidad de atención en las instituciones de salud. Encontramos que identificar la accesibilidad es variada de acuerdo a las realidades y es de difícil medición. Trabajos previos proponen la existencia de componentes en el proceso de acceso utilizando cinco dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, comodidad, asequibilidad y aceptabilidad. Aunque esta visión tiene características multidimensionales, muchos se han centrado en distinguir la accesibilidad potencial y la accesibilidad realizada. La accesibilidad realizada se refiere al uso real de los servicios de salud y se calcula sobre la base del uso real de los servicios médicos. En general, conocer un valor para la accesibilidad realizada puede ser un desafío porque requiere enormes costos y recursos. Por otro lado, la accesibilidad potencial considera la “utilización probable”, lo cual debe ser de interés para los proveedores de salud y poder formular políticas de salud (Howells et al., 2021).

Si se desea ejemplificar las diversas medidas tomadas como políticas para mejorar la accesibilidad se tiene; en Colombia, se propuso el aseguramiento universal para mejorar la accesibilidad a los sistemas de salud (Fernández Sierra Manuel, 2019). En México, asimismo se usó la estrategia de la afiliación a un sistema de aseguramiento llegando el acceso a atención al 60%; y se concluyó que, a pesar de ello, continuaban las inequidades muy relacionadas a las condiciones de pobreza (Gutiérrez et al., 2019). Otros modelos de gestión también buscan mejorar el sistema de aseguramiento universal. Aunque puede verse falencias como: desigualdades por la condición étnico y racial en el aseguramiento universal, esto pudo evidenciarse en Colombia, pues existió una asociación entre la condición étnico y racial y el tipo de aseguramiento de salud, donde las probabilidades de afiliarse al régimen subsidiado fue 1,8 veces mayores en los indígenas y 1,4 veces mayor en afrodescendientes, comparado con el grupo de la población que no pertenece a ninguno de esos grupos (Viáfara-López et al., 2021). Esto explica por qué no solo es necesario asegurar a las poblaciones necesitadas, si no se les va a otorgar financiamiento gubernamental, el número adecuado de centros de salud, personal en número adecuado y acorde para la atención médica, medicinas adecuadas y eficaces, entre otros. Esta gestión para disminuir las “barreras de accesibilidad”, deben usar por este motivo “mapas de acceso geográfico” de alta resolución, para evaluar las desigualdades y brindar una valiosa información para la asignación equitativa de recursos y la planificación futura (Cao et al., 2021).

Asimismo, como la medicina evoluciona y cambia, y además existen fenómenos naturales y emergencias sanitarias como epidemias o pandemias, los países pueden gestionar formas urgentes que cubran la accesibilidad de los usuarios y no desatender a los usuarios. Por este motivo existen diversidad de ideas planteadas para hacer frente a tales fenómenos. Diferentes realidades, como países pertenecientes al Primer mundo, que incluye a Estados Unidos, han realizado un gran esfuerzo para mejorar y disminuir las “barreras” a los servicios de médicos ocasionados por la pandemia del Covid-19 ante un inminente peligro del colapso; por ello, los diferentes Centros estatales para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) a medida que surgieron las deficiencias en los grupos minoritarios raciales y étnicos, trabajó para mejorar la equidad de atención. En mayo del 2020, por primera vez se estableció la “Unidad de directores de Equidad en Salud” como respuesta de emergencia, la cual desarrolló la Estrategia de Equidad en

Salud COVID-19 para abordar el impacto desproporcionado que ocasionó y reducir las disparidades y el estigma que incluye la raza y el origen étnico. Se Implementó cuatro estrategias. La primera fue expandir la base de datos de COVID-19 informados por los diferentes departamentos de salud, mejorando los métodos de recopilación enfatizando los datos de raza y etnia para poder abordar las disparidades, sumado a los datos de vulnerabilidad social y de equidad en salud en el Rastreador de datos COVID. La segunda estrategia fue expandir programas y prácticas para llegar a poblaciones con mayor riesgo de COVID-19, las que aumentaron por las consecuencias no deseadas de las estrategias de mitigación (cierre de negocios, desempleo, reducción de la seguridad alimentaria y de la vivienda, pérdida del seguro médico entre otros); promoviendo también el uso de la comunicación inclusiva con un lenguaje no estigmatizante y libre de prejuicios. La tercera estrategia fue apoyar a los trabajadores esenciales y de primera línea con campañas de comunicación multilingües, pues los grupos de minorías raciales y étnicas estaban sobrerrepresentados en entornos laborales esenciales y enfrentaban un mayor riesgo de exposición a la enfermedad en sus estados más graves debido a la naturaleza de su trabajo. La cuarta estrategia se centró en los trabajadores de salud, pues esta fuerza laboral reflejaban a las comunidades donde sirven, y los CDC se comprometieron con la creación de una fuerza laboral diversa e inclusiva, equipada para abordar las necesidades de una población cada vez más diversa, y proporcionó fondos para aumentar la dotación del personal médicos de minorías raciales y étnicas con la finalidad de aumentar la capacidad de implementar estrategias de prevención, prueba, tratamiento y vacunación de COVID-19 dentro de sus comunidades (Moore et al., 2022). Asimismo, en Estados Unidos de Norteamérica, el COVID-19 y las regulaciones de distanciamiento social requeridas han acelerado la revolución de la atención digital como una política para romper las “barreras de acceso” a las atenciones médicas, sin descuidar la distancia social y la aglomeración de usuarios, evidenciándose una verdadera expansión de la Telemedicina. (Howells et al., 2021). Sin embargo, la atención primaria virtual a consecuencia de la actual pandemia, evidenció falencias, porque puso en riesgo la equidad del servicio en las personas de diferentes grupos raciales diagnosticados con COVID-19, y las disparidades del acceso virtual no se compensó con un mejor acceso presencial; por ello se sugirió que los sistemas de salud deben mejorar sus estrategias, para poder brindar atención equitativa, con calidad y calidez (Govier et al., 2022).

Igualmente, se propusieron nuevas medidas para mejorar la accesibilidad, no solo por temas de pandemia por Covid19, sino desde mucho antes de este fenómeno, para mejorar el acceso a la atención de salud de aquellos usuarios residentes en áreas rurales que necesitaban atenciones médicas especializadas. Por ello, el uso de la Telemedicina, no es un modelo nuevo de gestión para mejorar el acceso a la atención médica, pues países como Israel, ya lo había utilizado esta estrategia hace casi 20 años atrás, usado inicialmente para el tratamiento de pacientes con comorbilidades, los cuales se implementaron primero como pruebas pilotos sin evidencia favorable, sin embargo, actualmente los servicios de atención personalizada en línea con uso de la Inteligencia artificial para la gestión de la salud como pediatría, medicina general y tele dermatología se usan con mucha frecuencia para un mejor servicio y una atención clínica de alta calidad; con modelos predictivos que usan datos en tiempo real de los registros de salud electrónicos y de los sistemas de gestión para identificar a los pacientes en riesgo, con buenos resultados clínicos en el automanejo (Lewy et al., 2019). Las soluciones de salud digital usadas como modelo de gestión pública para mejorar la accesibilidad a la atención médica, fomentaron la equidad en salud y lograron la promoción, la prevención y el autocuidado de la salud; contribuyendo al cierre de brecha entre los diferentes grupos más necesitados de la población, reducir inequidades y aprovechar al máximo los servicios de salud disponibles (Henni et al., 2022).

Otras estrategias, en realidades como Inglaterra, donde la inmigración es frecuente, se usó un modelo implantado para disminuir las “barreras” a los servicios médicos, con la finalidad de mejorar las necesidades de comunicación y el lenguaje, los cuales eran barreras de comunicación relacionados a los idiomas usados en grupos étnicos minoritarios; para ello se implementó el uso de recursos específicos como el uso de medicamentos inclusivos, folletos con varios idiomas para superar las barreras, asesoramiento completo y oportuno sobre medicamentos en los grupos de minorías para asegurar la seguridad de la prescripción y el cumplimiento, el involucramiento de pacientes y médicos en la prestación de servicios médicos culturalmente sensibles y accesibles; asimismo debió incluirse otros factores como creencias culturales, religiosas o espirituales en las evaluaciones clínicas; para lograr la prestación de servicios culturalmente aceptables y adaptables (Robinson et al., 2022). Asimismo, para mejora de la accesibilidad se creó un nuevo tipo de “accesibilidad potencial” que incorpore la real

preferencia de un paciente al seleccionar un hospital, usando una medida para calcular la accesibilidad, para considerar explícitamente la disposición realista de usar un hospital. Partiendo que los modelos clásicos de gestión internacional, buscan mejorar el acceso para las poblaciones “rurales”, pues son estas, las que tienen más probabilidades de sufrir limitaciones para el acceso a servicios médicos, porque los proveedores no se distribuyen adecuadamente, y resultaban en una mayor demanda insatisfecha y conllevaba a resultados desfavorables del estado de salud entre los pacientes. (Jang, 2021). Se propuso también, la creación de un sistema de evaluación de acceso al sistema sanitario, específicamente para comunidades marginadas como personas sin hogar, Drogadictos, lesbianas, personas LGBTI (homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales), los presos, las trabajadoras sexuales y los inmigrantes indocumentados, por pertenecer a todos ellos a una población en alto riesgo de mala salud, sin embargo, enfrentaban “barreras” a los servicios de médicos y de apoyo. Por ello, para mejorar la equidad, este sistema de evaluación se usó por los responsables de la formulación de políticas, organismos de salud pública, autoridades, organizaciones no gubernamentales, entre otros; para ayudar a la sociedad civil a mejorar el acceso a servicios médicos de las comunidades desatendidas (Lazarus et al., 2020). Otro modelo de gestión para mejorar la accesibilidad a la atención médica, usada en las últimas décadas por las autoridades sanitarias brasileñas son la implementación de unidades móviles fluviales como una alternativa para aumentar la accesibilidad y aumentar la cobertura de salud, representando un avance en términos contra las “barreras” a la atención primaria, con el potencial de focalizar el trabajo en el territorio para cambiar el modelo de atención (Garnelo et al., 2020). Por todo lo antes detallado, es importante conocer que, los principales facilitadores para el acceso a los servicios médicos, resultan de una adecuada gestión con disponibilidad de servicios, preocupados por la fuerte promoción de la salud, la concientización en los países de reasentamiento y el apoyo social a las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo. (DeSa et al., 2022).

Todas las realidades antes expuestas, han obtenido resultados positivos en la accesibilidad del usuario a la atención médica de calidad, sin embargo, solo son ideas a implementar y ninguna se considera como fórmula mágica para ser implementada, porque cada realidad es diferente geográficamente, culturalmente, con sus propias

creencias religiosas, con grandes migraciones de diferentes etnias y lenguajes; lo que pone en peligro cualquier sistema de salud ya implementado.

IV. CONCLUSIONES

- Se evidenció que la disminución de las “barreras de acceso”, impactaría favorablemente en la equidad de las atenciones médicas requeridas, mejorando directamente el estado de salud poblacional en las diferentes realidades.
- Existen múltiples “barreras de acceso” a servicios médicos, como los geográficos, los financieros, sociales, culturales, étnicos, sexuales, entre otros; las cuales deben ser identificados precozmente y no siempre son las mismas ni tienen la misma magnitud en los diferentes países.
- Los modelos públicos de gestión en salud son variados, todos ellos son implantados de acuerdo a sus propias políticas públicas, pero con el objetivo primordial de acortar las brechas con respecto a la salud existentes en las diferentes realidades, para mejorar la equidad y la salud poblacional.
- No existen prevalencias precisas con respecto a las diferentes “barreras de acceso” y la equidad de atención en los servicios médicos, pues las estrategias implementadas son variadas e influenciadas por la gestión en el control de estas barreras.
- El uso de la modernidad en la telemedicina es una alternativa útil y tienen la finalidad de mejorar la accesibilidad.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bigdeli, M., Rouffy, B., Lane, B. D., Schmets, G., & Soucat, A. (2020). Health systems governance: The missing links. *BMJ Global Health*, 5(8), e002533. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002533>
- Cao, W.-R., Shakya, P., Karmacharya, B., Xu, D. R., Hao, Y.-T., & Lai, Y.-S. (2021). Equity of geographical access to public health facilities in Nepal. *BMJ Global Health*, 6(10), e006786. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006786>
- Dantas, M. N. P., Souza, D. L. B. de, Souza, A. M. G. de, Aiquoc, K. M., Souza, T. A. de, & Barbosa, I. R. (2020). Factors associated with poor access to health services in Brazil. *Revista Brasileira De Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology*, 24, e210004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>

- DeSa, S., Gebremeskel, A. T., Omonaiye, O., & Yaya, S. (2022). Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: A systematic review. *Systematic Reviews*, *11*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01936-1>
- Ekzayez, A., Alhaj Ahmad, Y., Alhaleb, H., & Checchi, F. (2021). The impact of armed conflict on utilisation of health services in north-west Syria: An observational study. *Conflict & Health*, *15*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00429-7>
- Fernández Sierra Manuel. (2019, octubre 15). Barreras de Acceso a Servicios de Salud y Mortalidad en Colombia. *Foco Económico*. <https://dev.focoeconomico.org/2019/10/15/barreras-de-acceso-a-servicios-de-salud-y-mortalidad-en-colombia/>
- Garnelo, L., Rcp, P., Mlr, P., Pc, C., Mv, T., & Fj, H. (2020). Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *International Journal for Equity in Health*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>
- Govier, D. J., Cohen-Cline, H., Marsi, K., & Roth, S. E. (2022). Differences in access to virtual and in-person primary care by race/ethnicity and community social vulnerability among adults diagnosed with COVID-19 in a large, multi-state health system. *BMC Health Services Research*, *22*, 511. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07858-x>
- Henni, S. H., Maurud, S., Fuglerud, K. S., & Moen, A. (2022). The experiences, needs and barriers of people with impairments related to usability and accessibility of digital health solutions, levels of involvement in the design process and strategies for participatory and universal design: A scoping review. *BMC Public Health*, *22*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12393-1>
- Henning-Smith, C. (2020). The Unique Impact of COVID-19 on Older Adults in Rural Areas. *Journal of Aging & Social Policy*, *32*(4/5), 396-402. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1770036>
- Howells, K., Burrows, M., Amp, M., Brennan, R., Yeung, W.-L., Jackson, S., Dickinson, J., Draper, J., Campbell, S., Ashcroft, D., Blakeman, T., & Sanders, C. (2021). Exploring the experiences of changes to support access to primary health care services and the impact on the quality and safety of care for homeless people during the

- COVID-19 pandemic: A study protocol for a qualitative mixed methods approach. *International Journal for Equity in Health*, 20, 29. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01364-4>
- Ihantamalala, F. A., Herbreteau, V., Révillion, C., Randriamihaja, M., Commins, J., Andréambeloston, T., Rafenoarimalala, F. H., Randrianambinina, A., Cordier, L. F., Bonds, M. H., & Garchitorena, A. (2020). Improving geographical accessibility modeling for operational use by local health actors. *International Journal of Health Geographics*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12942-020-00220-6>
- Jang, H. (2021). A model for measuring healthcare accessibility using the behavior of demand: A conditional logit model-based floating catchment area method. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06654-3>
- Kanengoni, B., Andajani-Sutjahjo, S., & Holroyd, E. (2020). Improving health equity among the African ethnic minority through health system strengthening: A narrative review of the New Zealand healthcare system. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1125-9>
- Lazarus, J. V., Baker, L., Cascio, M., Onyango, D., Schatz, E., Smith, A. C., & Spinnewijn, F. (2020). Novel health systems service design checklist to improve healthcare access for marginalised, underserved communities in Europe. *BMJ Open*, 10(4), e035621. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035621>
- Moore, J. T., Luna-Pinto, C., Cox, H., Razi, S., St. Louis, M. E., Ricaldi, J. N., & Liburd, L. (2022). Promoting health equity during the COVID-19 pandemic, United States. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(2), 171-173. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.286074>
- Núñez, A., & Manzano, C. A. (2022). Identifying local barriers to access to healthcare services in Chile using a communitarian approach. *Health Expectations*, 25(1), 254-263. <https://doi.org/10.1111/hex.13371>
- Ramadan, M., Tappis, H., Uribe, M. V., & Brieger, W. (2021). Access to primary healthcare Services in Conflict-Affected Fragile States: A subnational descriptive analysis of educational and wealth disparities in Cameroon, Democratic Republic of Congo, Mali, and Nigeria. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01595-z>

- Rapp, K. S., Volpe, V. V., & Neukrug, H. (2021). State-Level Sexism and Women's Health Care Access in the United States: Differences by Race/Ethnicity, 2014–2019. *American Journal of Public Health, 111*(10), 1796-1805. <https://doi.org/10.2105/ajph.2021.306455>
- Robinson, A., Elarbi, M., Todd, A., & Husband, A. (2022). A qualitative exploration of the barriers and facilitators affecting ethnic minority patient groups when accessing medicine review services: Perspectives of healthcare professionals. *Health Expectations, 25*(2), 628-638. <https://doi.org/10.1111/hex.13410>
- Silva, A. das N., & Gomes, R. (2021). Access to health services for lesbian women: A literature review. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*, 5351-5360. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.34542019>
- Smolić, Š., Čipin, I., & Međimurec, P. (2021). Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *European Journal of Ageing, 1*-17. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00631-9>
- Viáfara-López, C. A., Palacios-Quejada, G., & Banguera-Obregón, A. (2021). Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: Un estudio de corte transversal. *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, e18. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2021.18>

ANEXO

Tabla 1. Cantidad de documentos consultados

Fuente	Número de archivos	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3
Pub Med	131	Barreras de acceso	de Equidad y calidad	Estado de salud
Scopus	161	Barreras de acceso	de Equidad y calidad	Estado de salud
Total	292			

Tabla 2. Número de documentos incluidos

Fuente	Archivos analizados	Archivos incluidos
Pub Med	127	10
Scopus	131	13
Total	258	23

Tabla 3. Documentos citados vinculados a una dimensión

Titulo	Autor	Año	Fuente	Aporte
Health systems governance: The missing links.	Bigdeli, M., Rouffy, B., Lane, B. D., Schmets, G., & Soucat, A.	2020	https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002533	Volviendo inclusivos a los procesos de los sistemas de salud dentro de las políticas nacionales, con relevancia en los derechos humanos y los democráticos, la igualdad y los valores éticos, donde la voz de las personas son un factor central, porque manifiestan el nivel de desempeño de los sistemas de salud que van por el camino de alcanzar la Cobertura universal.
Equity of geographical access to public health facilities in Nepal.	Cao, W.-R., Shakya, P., Karmacharya, B., Xu, D. R., Hao, Y.-T., & Lai, Y.-S.	2021	https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006786	La accesibilidad geográfica y la equidad fueron mejores en el modo motorizado en comparación con el modo a pie. El tiempo de viaje promedio ponderado por la población fue de casi 18 minutos a 69 minutos hacia las instalaciones primarias hasta terciarias más cercanas en el modo motorizado. Se encontró baja accesibilidad en la mayoría de las áreas excepto en las áreas desarrolladas.
Factors associated with poor access to health services in Brazil.	Dantas, M. N. P., Souza, D. L. B. de, Souza, A. M. G. de, Aiquoc, K. M., Souza, T. A. de, & Barbosa, I. R.	2020	https://doi.org/10.1590/1980-549720210004	La accesibilidad a los servicios de salud en Brasil es aún precaria para una parte considerable de la población, especialmente la más vulnerable, con una prevalencia del 18% asociado a factores como tener color de piel negro/moreno, residir en las regiones Norte y Nordeste de Brasil, ser fumador, autopercepción de salud mala a muy mala, no tener un plan de salud privado.
Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: A systematic review.	DeSa, S., Gebremeskel, A. T., Omonaiye, O., & Yaya, S	2022	https://doi.org/10.1186/s13643-022-01936-1	Las principales barreras identificadas fueron las barreras del idioma, la estigmatización y la necesidad de prácticas culturalmente sensibles para alentar el acceso a la atención dentro de un contexto religioso y cultural. La evidencia sugiere que la estigmatización de la salud mental dentro de la población de refugiados es una barrera importante para el comportamiento de búsqueda de salud mental de las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo.
Barreras de Acceso a Servicios de Salud y Mortalidad en Colombia. Foco Económico.	Fernández Sierra Manuel.	2019	https://dev.focoeconomico.org/2019/10/15/barreras-de-acceso-a-servicios-de-salud-y-mortalidad-en-colombia/	Demostró la relación existente entre la accesibilidad y la equidad en los servicios médicos sobre el estado de la salud poblacional en las diferentes realidades en Colombia, pues la tasa de aseguramiento casi se cuadruplicó pasando del 27 al 95% y se acompañó de la mejoría en los resultados de los indicadores globales de salud

Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. International	Garnelo, L., Rcp, P., Mlr, P., Pc, C., Mv, T., & Fj, H.	2020	https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x	En el Amazonas en Brasil, existen barreras geográficas que hace que el viaje fluvial sea usado para poder acceder a los servicios de salud, debido a las inequidades sociales, las grandes distancias geográficas y la inadecuada red de atención de la salud existentes.
Differences in access to virtual and in-person primary care by race/ethnicity and community social vulnerability among adults diagnosed with COVID-19 in a large, multi-state health system	Govier, D. J., Cohen-Cline, H., Marsi, K., & Roth, S. E.	2022	https://doi.org/10.1186/s12913-022-07858-x	En algunas realidades donde el racismo y el machismo es relevante, la raza y el origen étnico produce una vulnerabilidad social en la comunidad, lo que se vivió extremadamente durante la pandemia en los adultos diagnosticados con COVID-19 en los Estados Unidos, Los pacientes hispanos/latinos y blancos no hispanos, residentes mayormente en áreas socialmente vulnerables mostraron más desigualdades que otras etnias.
The impact of armed conflict on utilisation of health services in north-west Syria: An observational study.	Ekzayez, A., Alhaj Ahmad, Y., Alhaleb, H., & Checchi, F.	2021	https://doi.org/10.1186/s13031-021-00429-7	Se encontró evidencia de que los incidentes de conflictos armados existentes en algunas realidades mundiales, se asoció negativamente con la utilización de servicios de salud de rutina, como consultas ambulatorias y atención prenatal, y se asociaron positivamente con los servicios de maternidad de emergencia: partos y cesáreas, poniendo en riesgo la salud de la población de Siria e impacta negativamente en el estado de salud
The experiences, needs and barriers of people with impairments related to usability and accessibility of digital health solutions, levels of involvement in the design process and strategies for participatory and universal design: A scoping review.	Henni, S. H., Maurud, S., Fuglerud, K. S., & Moen, A.	2022	https://doi.org/10.1186/s12889-021-12393-1	Identifica barreras contra la accesibilidad de los usuarios a los servicios sanitarios relacionados a factores personales, como son los pacientes con diversas discapacidades físicas y el uso de las TICs
Exploring the experiences of changes to support access to primary health care services and the impact on the quality and safety of care for homeless people during the COVID-19 pandemic: A study protocol for a qualitative mixed methods approach. International Journal for Equity in Health,	Howells, K., Burrows, M., Amp, M., Brennan, R., Yeung, W.-L., Jackson, S., Dickinson, J., Draper, J., Campbell, S., Ashcroft, D., Blakeman, T., & Sanders, C	2021	https://doi.org/10.1186/s12939-020-01364-4	En Estados Unidos de Norteamérica, el COVID-19 y las regulaciones de distanciamiento social requeridas han acelerado la revolución de la atención digital como una política para romper las barreras de acceso a las atenciones médicas, sin descuidar la distancia social y la aglomeración de usuarios en las salas de espera, evidenciándose una verdadera expansión de la Telemedicina.
The Unique Impact of COVID-19 on Older Adults in Rural Areas. Journal of Aging & Social	Henning-Smith, C.	2020	https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1770036	Estados Unidos de Norte América, tienen barreras geográficas que ocasionan que los adultos mayores residentes en áreas rurales enfrenten riesgos únicos relacionados con el COVID-19. Las áreas rurales son más antiguas que las áreas urbanas, tienen menos recursos económicos y la atención médica rural es más limitada, al igual que el acceso a la tecnología y la conectividad en línea. Todo ello puso en riesgo a los adultos mayores rurales no solo de contraer el virus, sino también de no poder satisfacer sus necesidades básicas, sociales y de atención médica.
Improving geographical accessibility modeling for operational use by local health actors	Ihantamalala, F. A., Herbreteau, V., Révillion, C., Randriamihaja, M., Commins, J., Andréambeloston, T., Rafenoarimalala, F. H., Randrianambinina, A., Cordier, L. F., Bonds, M. H., & Garchitorea, A.	2020	https://doi.org/10.1186/s12942-020-00220-6	Con respecto a la accesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, este continúa siendo una de las principales barreras para acceder a la atención en las zonas rurales del mundo en desarrollo. Buscó desarrollar estimaciones específicas del contexto de la accesibilidad geográfica a la atención en un distrito rural de Madagascar para implementar intervenciones que mejoren el acceso para las poblaciones remotas. Encontrándose que más de las tres cuartas partes de la población de Madagascar vivían a más de una hora de distancia de centro de salud; se identificó que en áreas del norte y este del distrito, el centro de salud más cercano estaba a más de 5 h de distancia, existiendo poblaciones vulnerables en todo el distrito con acceso geográfico deficiente (> 1 h) a los centros de atención primaria
A model for measuring healthcare accessibility using the behavior of demand: A conditional logit	Jang, H.	2021	https://doi.org/10.1186/s12913-021-06654-3	Para mejorar la accesibilidad a la atención medica se debe crear un nuevo tipo de accesibilidad potencial que incorpore la real preferencia de un paciente al seleccionar un hospital, y debe usarse esta medida para calcular la accesibilidad, por la disposición realista de los pacientes a utilizar un hospital. Sin embargo, los modelos clásicos de

<p>model-based floating catchment area method.</p>			<p>gestión internacional, buscan mejorar principalmente el acceso para las poblaciones que viven en áreas rurales, pues tienen más probabilidades de sufrir limitaciones para el acceso a servicios médicos, porque los proveedores de servicios no se distribuyen adecuadamente, incrementado la demanda insatisfecha.</p>
<p>Improving health equity among the African ethnic minority through health system strengthening: A narrative review of the New Zealand healthcare system. International</p>	<p>Kanengoni, B., Andajani-Sutjahjo, S., & Holroyd, E.</p>	<p>2020 https://doi.org/10.1186/s12939-020-1125-9</p>	<p>En Nueva Zelanda, la equidad en salud es una preocupación importante y llegar a las poblaciones desfavorecidas es el objetivo para cerrar la brecha de inequidad; principalmente en la comunidad de minorías étnicas africanas en Nueva Zelanda. Los hallazgos mostraron desigualdades en la accesibilidad de los servicios de salud, una fuerza laboral de salud inclusiva no étnica, un liderazgo y una gobernanza que carecen de voluntad política sobre la salud de los migrantes y, en consecuencia, un sistema de información de salud de bajo rendimiento que influye en la asignación de recursos, donde existe racismo estructural e institucional y con privilegio blanco como barreras de acceso a los procesos de atención para las minorías étnicas. Se propone la creación de un sistema de evaluación de acceso al sistema sanitario, específicamente para comunidades marginadas como personas sin hogar, Drogadictos, lesbianas, personas LGBTI (homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales), los presos, las trabajadoras sexuales y los inmigrantes indocumentados, por pertenecer a una población en alto riesgo de mala salud y, sin embargo, enfrentan importantes barreras de acceso a los servicios de salud y de apoyo.</p>
<p>Novel health systems service design checklist to improve healthcare access for marginalised, underserved communities in Europe.</p>	<p>Lazarus, J. V., Baker, L., Cascio, M., Onyango, D., Schatz, E., Smith, A. C., & Spinnewijn, F.</p>	<p>2020 https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035621</p>	<p>En Estados Unidos, para mejorar el acceso a los servicios de salud a raíz de la pandemia por Covid-19, se implementó un alto nivel de las estrategias por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) a medida que surgieron las disparidades de COVID-19 en los grupos minoritarios raciales y étnicos. Durante mayo de 2020, por primera vez se estableció la “Unidad de directores de Equidad en Salud” para abordar el impacto desproporcionado que ocasionó y reducir las disparidades de salud, reducir el estigma que incluye la raza y el origen étnico. Para ello la CDC implementó cuatro estrategias. La primera fue expandir la base de datos de COVID-19 informados por los diferentes departamentos de salud, mejorando los métodos de recopilación enfatizando los datos de raza y etnia. La segunda estrategia fue expandir programas y prácticas para llegar a poblaciones con mayor riesgo de COVID-19, las que aumentaron por las estrategias de mitigación (cierre de negocios, desempleo, reducción de la seguridad alimentaria y de la vivienda, pérdida del seguro médico entre otros); promoviendo también el uso de la comunicación inclusiva con un lenguaje no estigmatizante y libre de prejuicios. La tercera estrategia se centró en apoyar a los trabajadores esenciales y de primera línea, pues los grupos de minorías raciales y étnicas estaban sobrerrepresentados en entornos laborales esenciales. La cuarta estrategia se centró en la mano de obra en salud, pues la fuerza laboral de salud pública reflejaba a las comunidades donde sirven, y los CDC se comprometieron con la creación de una fuerza laboral diversa e inclusiva, equipada para abordar las necesidades de una población cada vez más diversa, que incluyó a los recién graduados, y proporcionó fondos para aumentar la dotación del personal médicos de minorías raciales y étnicas para aumentar sus capacidades.</p>
<p>Identifying local barriers to access to healthcare services in Chile using a communitarian approach.</p>	<p>Núñez, A., & Manzano, C. A</p>	<p>2022 https://doi.org/10.1111/hex.13371</p>	<p>Se identificó barreras de acceso sanitarias predominantes a nivel nacional en Chile con un índice bajo (0,14) cifra similar en la región norte (0,15). Las barreras de acceso a la salud asociadas al componente de política de salud presentaron el mayor valor de impacto negativo a nivel nacional y regional (>0,83), seguidas de la satisfacción del consumidor (>0,022), las características de la población en riesgo (0,020-0,021), la característica de los servicios de salud (>0,015). En la población de la región norte se identificó como barreras principales a nivel de “Políticas de salud” existió desconocimiento acerca de los programas de sensibilización en salud, especialmente de prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (0,94), de salud sexual y reproductiva (0,92). En el rubro de “Características de los servicios”, se identificaron el tiempo de viaje (0,80) y la distancia (0,20) a los servicios de salud, la falta de disponibilidad de los establecimientos y largas esperas para conseguir una cita médica (0,17). En el ítem tercero “Utilización de servicios”, la población local identificó barreras en la necesidad de atención médica, sin recibirla, incluyendo especialistas y medicina preventiva (0,08), y adicionalmente, dificultad en el acceso a medicamentos por</p>

<p>A qualitative exploration of the barriers and facilitators affecting ethnic minority patient groups when accessing medicine review services: Perspectives of healthcare professionals. Access to health services for lesbian women: A literature review. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>,</p>	<p>Robinson, A., Elarbi, M., Todd, A., & Husband, A.</p>	<p>2022</p>	<p>https://doi.org/10.1111/hex.13410</p>	<p>falta de disponibilidad o precios elevados (0,05). Con respecto a "Satisfacción del consumidor" se halló elevada cobertura de seguro de salud (0,18) y lenguaje poco claro usado por el médico (0,15). Finalmente, en las "Características de la población en riesgo", se encontró bajo nivel de reembolso en medicamentos (0,26), homeopatías (0,52) y atención médica (0,21). En Inglaterra, la evidencia ha demostrado que las personas con antecedentes étnicos minoritarios reportaban una salud general más deficiente en comparación con sus contrapartes blancos, con más probabilidades de enfermar a largo plazo</p>
<p>Access to health services for lesbian women: A literature review. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>,</p>	<p>Silva, A. das N., & Gomes, R</p>	<p>2021</p>	<p>https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.34542019</p>	<p>Muestras barreras de acceso a los servicios de salud para lesbianas, hallándose en una búsqueda bibliográfica que a pesar de los avances en políticas y protocolos de atención; la diversidad sexual y de género, necesita ser ampliamente discutida en los ámbitos social, educativo y de salud. Se halló dificultades experimentadas por los servicios y profesionales de la salud en el trato con mujeres lesbianas debido a la naturalización de la heterosexualidad, la decisión de revelar la orientación sexual es una de las principales barreras que enfrentan las lesbianas, la atención de mujeres en los servicios médicos se basan en el modelo heterosexual, con actitudes discriminatorias, lo que significa que las lesbianas no acceden a los servicios de salud porque se sienten vulnerables y se relacionan con diversos problemas de salud como tensión y ansiedad por miedo a la discriminación, prejuicio y estigmatización, la falta de garantía de confidencialidad y la vergüenza de estar desnudo frente a un extraño, la falta de abordaje de la sexualidad en general, el no debate sobre las enfermedades de transmisión sexual, y la ausencia de protocolos específicos.</p>
<p>Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. <i>European</i></p>	<p>Smolić, Š., Čipin, I., & Međimurec, P.</p>	<p>2021</p>	<p>https://doi.org/10.1007/s10433-021-0433-021</p>	<p>En Europa durante la pandemia, existió limitaciones de acceso a la atención médica para los europeos mayores de 50 años durante el brote de COVID-19. Hallándose que el acceso limitado a la atención médica durante el brote inicial fue más común para las personas laboralmente activas, las mujeres, los más educados y los que vivían en áreas urbanas. Una mala situación económica, una salud general deficiente y una mayor utilización de la atención médica fueron predictores sólidos de atención médica insatisfecha. Las personas mayores de 50 años de países europeos con mayor cobertura universal de salud y políticas de contención y cierre de brechas más estrictas, tuvieron más riesgo de posponer la búsqueda de servicios médicos, esto aunado a sus condiciones de salud crónicas y un estatus socioeconómico deficiente, ocasionó que este grupo poblacional fuera más vulnerables a causa de esta pandemia</p>
<p>Access to primary healthcare Services in Conflict-Affected Fragile States: A subnational descriptive analysis of educational and wealth disparities in Cameroon, Democratic Republic of Congo, Mali, and Nigeria.</p>	<p>Ramadan, M., Tappis, H., Uribe, M. V., & Brieger, W.</p>	<p>2021</p>	<p>https://doi.org/10.1186/s12939-021-01595-0</p>	<p>Con respecto a conflictos armados también se evidenció la existencia de disparidades tanto educativas como económicas en el acceso a la atención primaria de salud. Se exacerbó las disparidades por la proximidad geográfica a la violencia organizada, si los hogares se vincularon a eventos de conflicto dentro de una distancia de 50 km en Camerún, República Democrática del Congo, Malí y Nigeria. Siendo las barreras financieras más prevalentes que las geográficas para la atención médica, y encontrándose mayor incidencia de las disparidades educativas y de riqueza en el acceso cuando la realidad conflictiva estaba en la proximidad geográfica al conflicto de intensidad media o alta, igualmente existió mayor magnitud de disparidades de riqueza que de disparidades educativas en los cuatro contextos estudiados</p>
<p>State-Level Sexism and Women's Health Care Access in the United States: Differences by Race/Ethnicity, 2014–2019.</p>	<p>Rapp, K. S., Volpe, V. V., & Neukrug, H.</p>	<p>2021</p>	<p>https://doi.org/10.2105/ajph.2021.306455</p>	<p>En Estados Unidos con respecto a las diferencias según raza/etnicidad entre los años 2014 al 2019. Existió una mayor exposición al sexismo a nivel estatal y se asoció con más barreras para el acceso a la atención médica entre las mujeres negras e hispanas, pero no entre las mujeres blancas no hispanas. Las barreras de asequibilidad (costo de las facturas médicas, seguro de salud, recetas y pruebas) parecían impulsar estas asociaciones. Los encuestados negros e hispanos informaron significativamente más barreras de disponibilidad, barreras de asequibilidad y barreras generales para la atención en comparación con los encuestados blancos. Se halló diferencias significativas por raza/origen étnico para la edad, los ingresos, la educación, el estado civil, la urbanización y la frecuencia de necesidad de atención médica. También a nivel estatal, las mujeres tenían</p>

Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: Un estudio de corte transversal. Viáfara-López, C. A., Palacios-Quejada, G., & Banguera-Obregón, A. 2021 <https://doi.org/10.26633/revista.psp.2021.18>

ingresos más bajos, menor participación en la fuerza laboral y tasas de pobreza más altas que los hombres.

La condición étnico-racial se manifestó como un componente de la inequidad en el acceso a los servicios de salud y empeora las desventajas de los grupos poblacionales con un bajo estatus socioeconómico.

La inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia fue demostrada en un estudio de corte transversal, hallando una asociación entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud pues las probabilidades de estar afiliado al régimen subsidiado fueron 1,8 veces mayores en los indígenas y 1,4 veces mayor en afrodescendientes, comparado con el grupo de la población que no pertenece a uno de esos grupos étnico-raciales.
