



ANALIZAR Y SUPERAR LAS BARRERAS DE ACCESO PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Síntesis de resultados y recomendaciones

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
REPRESENTACIÓN PARA LAS
Américas

ANALIZAR Y SUPERAR LAS BARRERAS DE ACCESO PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Síntesis de resultados y recomendaciones

Washington, D.C., 2023

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud: Síntesis de resultados y recomendaciones

OPS/HSS/PH/23-0002

© **Organización Panamericana de la Salud, 2023**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Fotografías: © OPS

ÍNDICE

01

INTRODUCCIÓN



02

EL CONTEXTO REGIONAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD



07

PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO DETECTADAS EN LOS ESTUDIOS DE PAÍS



14

RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS



16

CONCLUSIONES Y OPORTUNIDADES

19

REFERENCIAS

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este resumen de recomendaciones estuvo a cargo del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El equipo central lo formaron Natalia Houghton, Ernesto Báscolo, Andrés Coitiño, James Fitzgerald y Amalia del Riego en su calidad de Jefa de la Unidad de Acceso y Servicios de Salud hasta julio del 2022. Se agradecen especialmente las contribuciones y orientaciones del personal técnico de las Representaciones de la OPS en los países durante la elaboración de todos los estudios. Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento al personal técnico y especialista, representantes de organizaciones de la sociedad civil, responsables de la gestión de redes y servicios de salud, y autoridades que participaron en los grupos focales e instancias participativas en Colombia, Guyana, Honduras y Perú.

INTRODUCCIÓN

Este resumen de recomendaciones para responsables de la formulación de políticas presenta de forma analítica e integrada extractos del informe regional del mismo título: *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud*.¹ El objetivo es sintetizar los principales resultados desde una perspectiva regional, así como las recomendaciones surgidas de la colaboración establecida entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros con el fin de analizar y superar las barreras de acceso a la salud. Para ello se presenta información agregada que permite caracterizar los desafíos a los que se enfrenta la Región para garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

Ambas publicaciones llegan a las manos de la comunidad de la salud pública de la Región de las Américas en un momento crucial. La Región enfrenta las consecuencias de la pandemia de COVID-19 y comienza a vislumbrar una era posterior en la que priorizar el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en un enfoque integral de la atención primaria de salud (APS) se convierte en un imperativo.

El acceso universal y equitativo a los servicios de salud es una dimensión central de la APS. Su análisis mediante el conocimiento de las barreras de acceso a la salud permite detectar las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud en cuanto a su capacidad para garantizar la prestación universal y equitativa de servicios integrados y centrados en las personas, empoderar a poblaciones y comunidades, y hacer frente a los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud.

Eliminar las barreras de acceso en un 30% para el año 2030 es uno de los compromisos asumidos en el Pacto 30-30-30: APS para la salud universal (1). Con tal propósito, la OPS está ayudando a los países de la Región de las Américas a comprender mejor las barreras que enfrentan los grupos en situación de mayor vulnerabilidad a fin de superarlas. Mediante el análisis de las barreras en el contexto y trayectoria de distintas reformas de los sistemas de salud, se busca formular estrategias encaminadas a superar los obstáculos que impiden el acceso universal y equitativo.

El resumen contiene una descripción de los desafíos para el acceso universal y una APS integral en el contexto de la pandemia de COVID-19. Además, presenta de forma integrada la experiencia de cuatro Estados Miembros (Colombia, Guyana, Honduras y Perú) en la aplicación de una metodología de enfoque mixto desarrollada para analizar las barreras de acceso con el fin de superarlas. Finalmente, incluye un conjunto de recomendaciones que permitirán promover la agenda aún inconclusa hacia la APS integral y la salud universal.

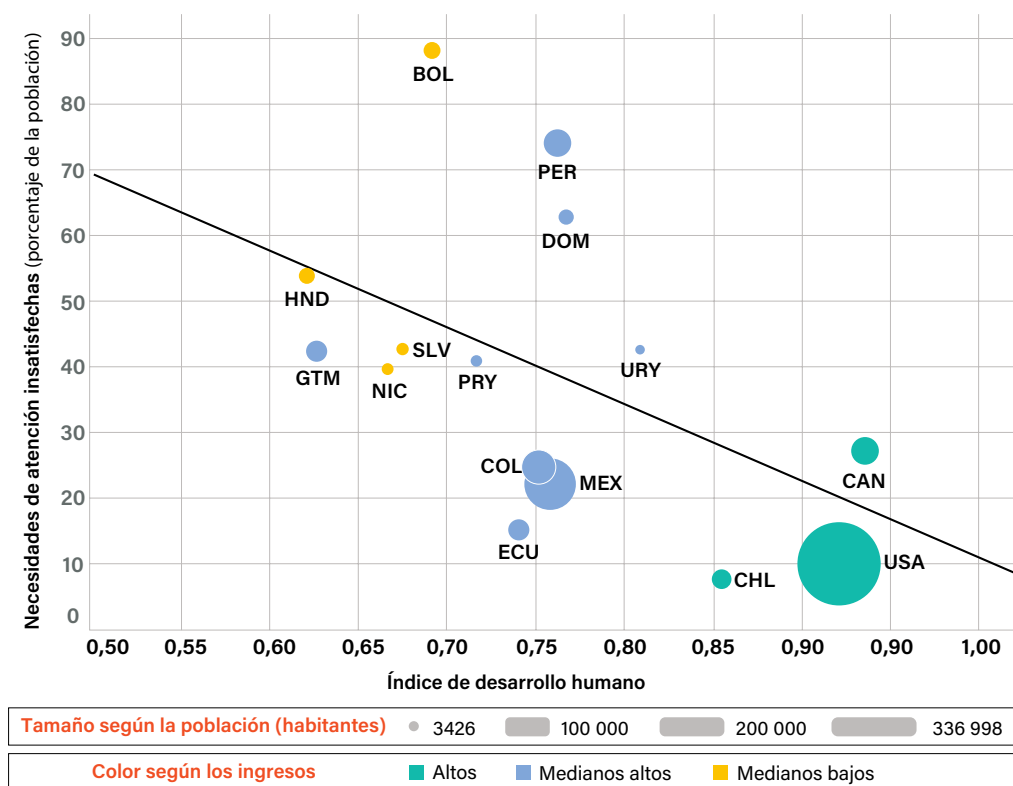
¹ Organización Panamericana de la Salud. *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.



EL CONTEXTO REGIONAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Pese a los avances en el desarrollo de los sistemas de salud, ya antes del inicio de la pandemia persistían desafíos estructurales y desigualdades relacionados con el acceso a los servicios de salud (2). En el 2019 se produjeron más de 2,5 millones de muertes prematuras potencialmente evitables en 33 países de la Región de las Américas (3). Al mismo tiempo, un análisis regional basado en datos de 15 países estimaba que alrededor del 29,3% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 27,4-31,3) de la población tenía necesidades insatisfechas de atención de salud, lo que equivale, aproximadamente, a 295 millones de personas. A su vez, esas necesidades insatisfechas de la población se manifestaban en mayor medida en los países con un índice de desarrollo humano menor (figura 1), lo que evidencia la desigualdad persistente entre países y la necesidad de profundizar en el análisis de los factores subyacentes a los problemas de acceso.

Figura 1. Relación entre el índice de desarrollo humano y las necesidades insatisfechas de atención de salud, 2021



Nota: BOL: Estado Plurinacional de Bolivia; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GTM: Guatemala; HND: Honduras; MEX: México; NIC: Nicaragua; PER: Perú; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América.

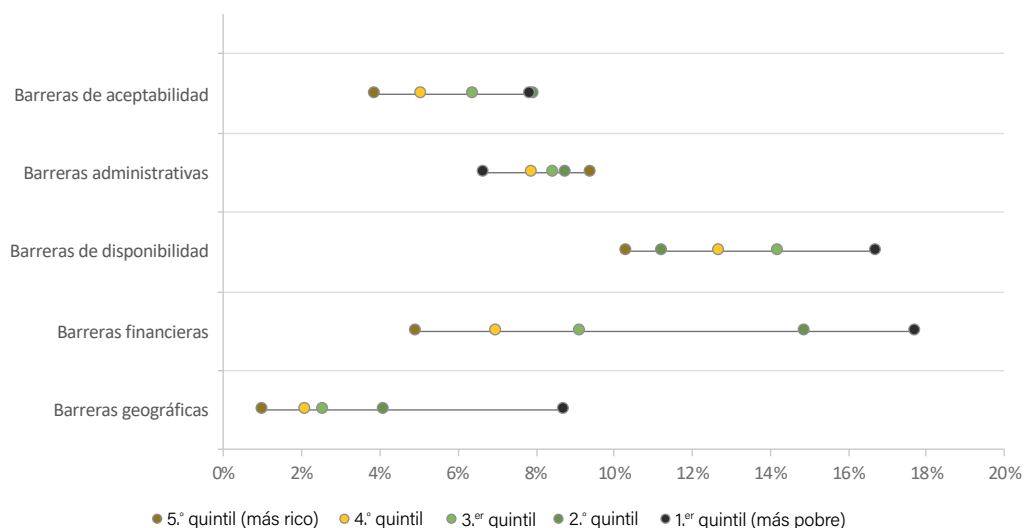
Las necesidades insatisfechas de atención en salud se corresponden con el porcentaje de la población que tuvo una necesidad de salud (enfermedad o accidente) y no buscó atención de salud.

Fuente: Elaborada a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud, y datos del índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Véase Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Index (HDI). Nueva York: PNUD; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 13 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI> y Our World in Data. Human Development Index, 1990 to 2021. Oxford: Global Change Data Lab; 2014 [fecha de consulta: 13 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/grapher/human-development-index?tab=chart&country=ARG~USA~BOL~CAN~ECU~MEX~DOM~SLV~HND~NIC~URY~PRY~CHL~GTM~COL>.

Las necesidades insatisfechas de salud se deben, principalmente, a las numerosas barreras que impiden a las personas buscar y utilizar los servicios de salud que necesitan. Estas se deben a factores económicos y socioculturales, así como a aspectos organizativos de los sistemas de salud, pero también en gran medida a problemas en el lado de la demanda, como la percepción de que no es necesario acudir a los servicios de salud (43,4%; IC95%: 40,9-46,0). Del análisis de encuestas se evidencia

que el 13,1% de las personas encuestadas atribuyó la ausencia de búsqueda de atención a la falta de infraestructuras, recursos humanos, medicamentos e insumos; el 10,8%, a la incapacidad de pago de los servicios; el 8,3%, a razones de accesibilidad organizativa, como los largos tiempos de espera y el exceso de trámites; el 6,3% la atribuyó a barreras relacionadas con la aceptabilidad, como la falta de confianza en el personal de salud y la pertinencia cultural de los servicios, mientras que el 3,7%, a razones de accesibilidad geográfica (figura 2).

Figura 2. Barreras de acceso a servicios de salud, por dimensión y nivel de ingresos, 2011-2019

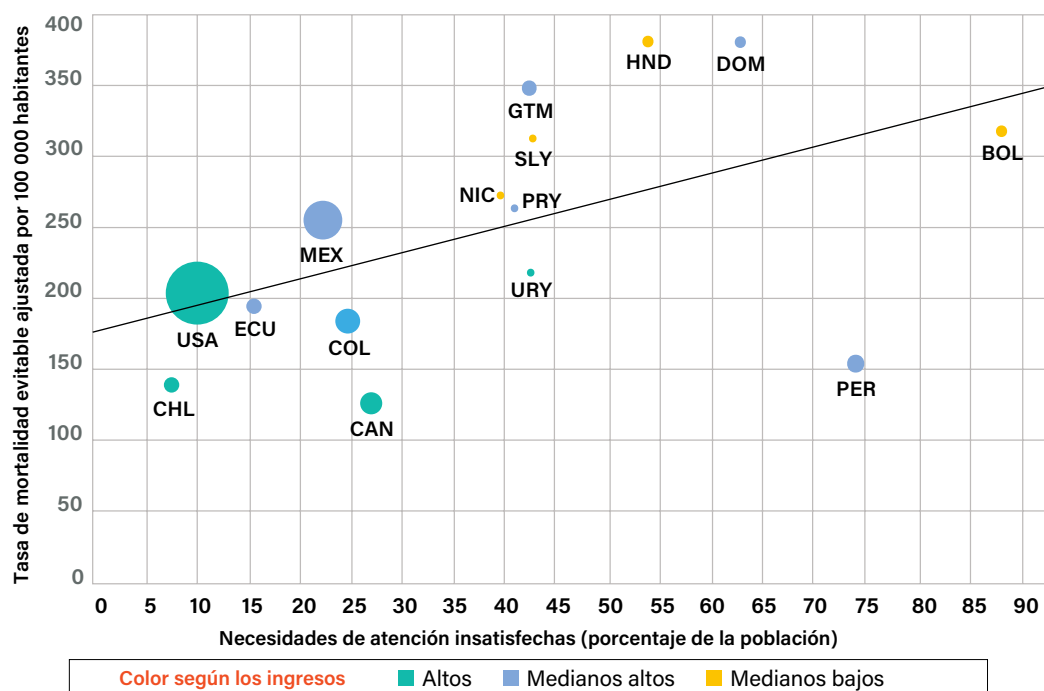


Nota: Promedio simple regional.

Fuente: Elaborada a partir de las encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud más recientes de 15 países: Estado Plurinacional de Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. Adaptada de Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud. Tracking universal health coverage. 2021 Global Monitoring Report. Ginebra: Banco Mundial, OMS; 2021. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf.

Las necesidades insatisfechas de atención de salud pueden incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad evitables. La relación entre la notificación de necesidades insatisfechas y la mortalidad evitable indica que los países con mayores necesidades insatisfechas presentan mayores tasas de mortalidad evitable, con una asociación relativamente fuerte ($r = 0,259$) (figura 3). Esto coincide con estimaciones del 2016 que indican que alrededor de un tercio (29,3%) de las muertes evitables en América Latina y el Caribe se deben a la no utilización de servicios. Hablamos de casi 150 000 muertes evitables al año (4).

Figura 3. Relación entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y la mortalidad evitable, por país y grupo de nivel de ingresos, 2019



Nota: BOL: Estado Plurinacional de Bolivia; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GTM: Guatemala; HND: Honduras; MEX: México; NIC: Nicaragua; PER: Perú; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América.

Fuente: Elaborada a partir de datos extraídos de encuestas de hogares de 15 países de la Región y de Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+. Visualizaciones. Washington, D.C.: OPS; 2021 [fecha de consulta: 13 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/visualizaciones>.

La desigualdad con la que se enfrentan las barreras de acceso y su interseccionalidad planteaban, ya antes de la pandemia, un desafío en cuanto a la equidad de los sistemas y la atención de salud. Estos factores se relacionan también con otras inequidades sistémicas sociales, como las étnicas y de género, las cuales magnifican las barreras de acceso y afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más desfavorecidas. Por ejemplo, la principal barrera que enfrentaron las mujeres encuestadas en ocho países fue la dificultad para obtener dinero para la consulta o el tratamiento (56,7%), seguida por la distancia al establecimiento de salud (36,6%), el no querer ir solas (29,7%) y, finalmente, la dificultad para obtener permiso para ir (13,5%). Estas barreras son más frecuentes entre las mujeres más pobres, del ámbito rural y unidas sin participación en las decisiones del hogar (cuadro 1).

Cuadro 1. Barreras que enfrentan las mujeres al buscar atención de salud, por quintil de ingresos, ámbito geográfico y estado civil, 2001-2019

	Total	Quintil de ingresos		Ámbito geográfico		Estado civil	
		Q1 (más pobre)	Q5 (más rico)	Urbano	Rural	Unida sin participación en las decisiones del hogar	Unida con participación en las decisiones del hogar
Distancia	36,6%	59,3%	20,6%	25,9%	51,8%	45,0%	35,5%
No querer ir sola	29,7%	40,5%	23,8%	25,9%	35,0%	33,9%	24,6%
No obtener dinero	56,7%	74,2%	37,2%	50,0%	66,3%	63,7%	54,4%
No obtener permiso	13,5%	18,4%	10,7%	12,3%	15,2%	15,5%	11,4%

Nota: Q1: quintil 1; Q5: quintil 5.

Fuente: Elaborado a partir de Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a servicios de salud para mujeres, niños y niñas de América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2022;46:e94. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>.

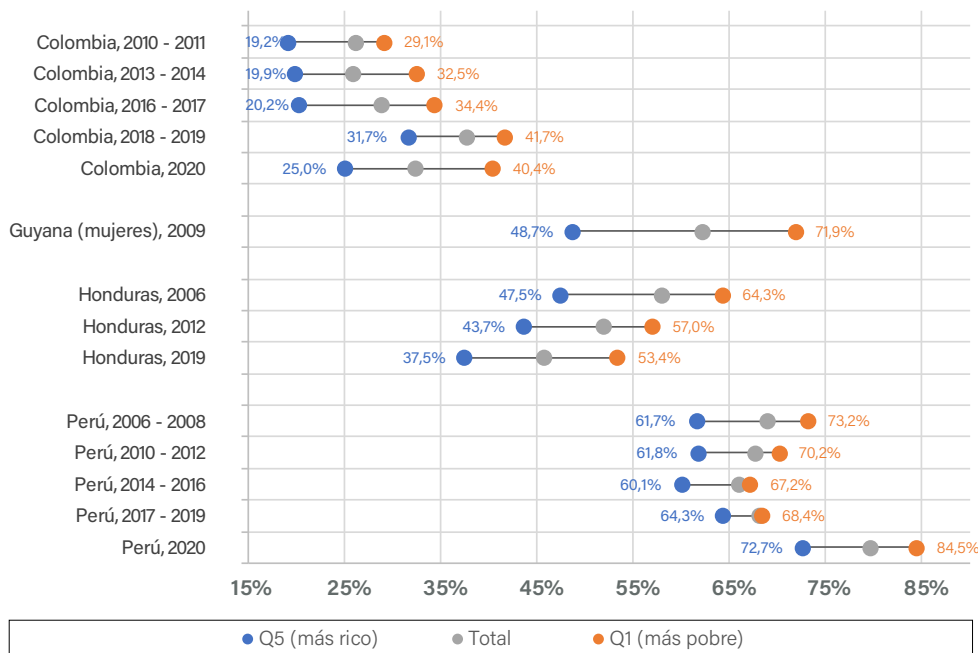
Con el inicio de la pandemia de COVID-19, las barreras de acceso se han acrecentado. La pandemia ha exacerbado las barreras de acceso tanto por el lado de la oferta como por el lado de la demanda; ha afectado la oferta de servicios y la disponibilidad de personal de salud; y ha magnificado los problemas relacionados con la aceptabilidad y la demanda de los servicios. Si bien existen señales positivas de recuperación económica y continuidad de los servicios, a finales de agosto del 2022, la Región había acumulado más de 175 millones de casos confirmados de COVID-19 y cerca de 3,23 millones de muertes, con un efecto desproporcionado en la población en situación de vulnerabilidad. Además, la distribución de vacunas ha sido lenta y desigual, y la interrupción de los servicios de salud no relacionados con la COVID-19 ha afectado principalmente los servicios de primer nivel de atención (PNA) y de base comunitaria. En diciembre del 2022, el 88% de una selección de 25 países de la Región notificaron algún tipo de interrupción en la prestación de estos servicios esenciales de salud (5). Este escenario se agrava incluso más al considerar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud resultantes del impacto de la COVID-19 en la economía y los arreglos sociales y políticos de la Región (6, 7).

Ante un nuevo impulso del fortalecimiento de la APS, surge la oportunidad de priorizar iniciativas de políticas que respondan de manera directa a los desafíos para el acceso a los servicios de salud. Reducir y eliminar las barreras de acceso es un paso esencial para lograr la salud universal y la resiliencia de los sistemas de salud. Comprender y abordar toda la gama de factores que actúan como barreras de acceso constituye un primer paso necesario y fundamental para avanzar hacia una APS integral. Como se presenta a continuación, la aplicación de una metodología común pero adaptada al contexto de cada país permitió comprender la magnitud y complejidad de los diferentes problemas de acceso que enfrentan diversos grupos de población, así como el contexto y los factores subyacentes relacionados con la implementación de las iniciativas de políticas.



PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO DETECTADAS EN LOS ESTUDIOS DE PAÍS

Según los datos de las encuestas de hogares más recientes, un alto porcentaje de la población tiene necesidades insatisfechas de atención de salud en los países estudiados. Entre el 2019 y el 2021, el 80,3% de la población de Perú, seguido por el 45,8% en Honduras y el 33,1% en Colombia manifestó la existencia de esta problemática. En el caso de Guyana, el 62% de las mujeres de entre 15 y 49 años encontró al menos un problema para acceder a los servicios de salud en el 2009. En los cuatro países se evidencia que los grupos de población de menores ingresos tienen necesidades insatisfechas de salud con mayor frecuencia (figura 4). El mismo patrón se observó en la población de las zonas rurales y con menor nivel educativo.

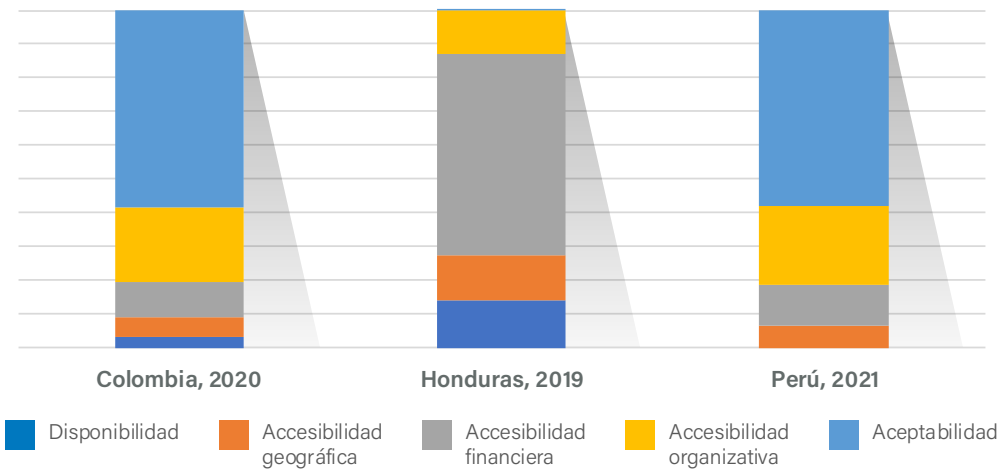
Figura 4. Necesidades insatisfechas de atención de salud por país y nivel de ingresos

Nota: Q1: quintil 1; Q5: quintil 5.

Fuente: Elaborada a partir de datos obtenidos de Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta nacional de calidad de vida (ECV). Bogotá: DANE; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 1 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-ecv>; Banco Mundial. Demographic and health survey 2009: Guyana 2009. Washington, D.C.: Banco Mundial; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 1 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1393>; Instituto Nacional de Estadística, Secretaría de Salud de Honduras. Encuesta Nacional de Demografía y Salud / Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Honduras 2019. Tegucigalpa: Instituto Nacional de Estadística, Secretaría de Salud de Honduras; 2021. Disponible en: <https://www.inec.gov.hn/V3/imag-doc/2021/10/Informe-ENDESA-MICS-2019.pdf>; Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima: INEI; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 11 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>.

Las barreras de acceso no se presentan de manera homogénea entre los países ni entre la población de cada país. Por ejemplo, en Colombia y Perú, el peso relativo de las barreras de acceso revela que las barreras relacionadas con la aceptabilidad (como la falta de confianza en el personal de salud, el idioma y las preferencias culturales) se notifican con mayor frecuencia que otros tipos de dificultades. En Honduras, sin embargo, la accesibilidad financiera continúa siendo uno de los principales desafíos para el acceso (figura 5). Las barreras organizativas (como los largos tiempos de espera y los trámites excesivos) son, a su vez, una constante en los tres países y, como se presenta en el informe, se observa una tendencia al aumento en alguno de ellos.

Figura 5. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barreras de acceso detectadas



Nota: Se incluyen los países objeto del estudio a excepción de Guyana debido a que los datos de la encuesta demográfica y de salud de este país pertenecen al 2009, y solo se incluyó la pregunta sobre barreras de acceso a servicios de salud en el cuestionario utilizado con las mujeres entrevistadas.

Fuente: Elaborada a partir de los resultados de los estudios presentados en Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.

La interacción entre las barreras de acceso podría ser más importante que el papel singular de cada factor, lo cual destaca la naturaleza compleja y multifactorial del acceso a los servicios. En el cuadro 2 se presenta el resumen de las barreras de acceso detectadas en cada país, así como los factores asociados.



Cuadro 2. Principales barreras de acceso detectadas en cada estudio de país

País	Barreras de acceso
Colombia	<p>Largos tiempo de espera para recibir atención de salud y exceso de trámites necesarios para la aprobación de servicios, en buena parte asociados al financiamiento limitado, a incentivos para la contención de costos y a problemas derivados de las tarifas de negociación de los servicios.</p> <p>La distribución desigual de recursos humanos y prestadores en el territorio nacional constituye un tema de importancia mayor.</p> <p>La falta de conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud, sumada a problemas de aceptabilidad de los servicios, puede limitar el acceso a la atención de salud, a pesar del empeño en la implementación del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI).</p> <p>A pesar de que el país ha alcanzado grandes logros en la reducción de las barreras financieras, parte de la población sigue teniendo importantes restricciones presupuestarias que no le permiten acceder a los servicios de salud.</p> <p>Si bien Colombia cuenta con un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), los servicios de salud no siempre se presentan en las mejores condiciones y no hay unos estándares claros de calidad en los diferentes niveles y procesos del sector.</p>
Guyana	<p>Los factores del lado de la demanda, como la baja alfabetización en salud (falta de acceso a información sobre la salud) y las creencias sociales y culturales (incluidas las normas y roles de género), obstaculizan la capacidad de los usuarios para buscar servicios de salud.</p> <p>Mientras tanto, factores del lado de la oferta, como las barreras geográficas, el transporte deficiente, la disponibilidad limitada de recursos humanos y la falta (o insuficiencia) de establecimientos de salud, aumentan estos problemas de acceso, particularmente en las regiones del interior del país.</p>
Honduras	<p>El desabastecimiento de medicamentos y otros insumos, y la falta de personal en los establecimientos de salud se reconocen como uno de los principales obstáculos que enfrenta la población hondureña para usar los servicios de salud.</p> <p>Las creencias y aspectos sociales y culturales, incluidas normas y roles de género, sumados a las malas experiencias durante la atención, afectan el acceso a los servicios de salud.</p> <p>La falta de capacidad de pago es una barrera significativa para el acceso a los servicios de salud en Honduras, que se ha agudizado en los últimos años.</p>
Perú	<p>Destacan los problemas de aceptabilidad, incluida la desconfianza en el personal y los servicios de salud, que afectan desproporcionadamente a los pueblos indígenas y la población más pobre.</p> <p>Persiste una baja demanda de atención, posiblemente asociada a la falta de conocimientos sobre los servicios disponibles, a factores socioculturales y a la baja capacidad resolutive y calidad de los servicios de salud.</p> <p>Se evidencia una disponibilidad y distribución inadecuadas de recursos humanos para la salud, insumos y medicamentos, principalmente en el primer nivel de atención y en zonas rurales y de difícil acceso. Las barreras organizativas de los servicios repercuten en la continuidad y calidad de la atención.</p> <p>Si bien el país ha realizado grandes logros en la reducción de las barreras financieras, estas persisten en la población en situación de mayor vulnerabilidad.</p>

Nota: El cuadro refleja la triangulación de información cuantitativa y cualitativa. La información cualitativa se basa en entrevistas semiestructuradas realizadas a 73 informantes clave.

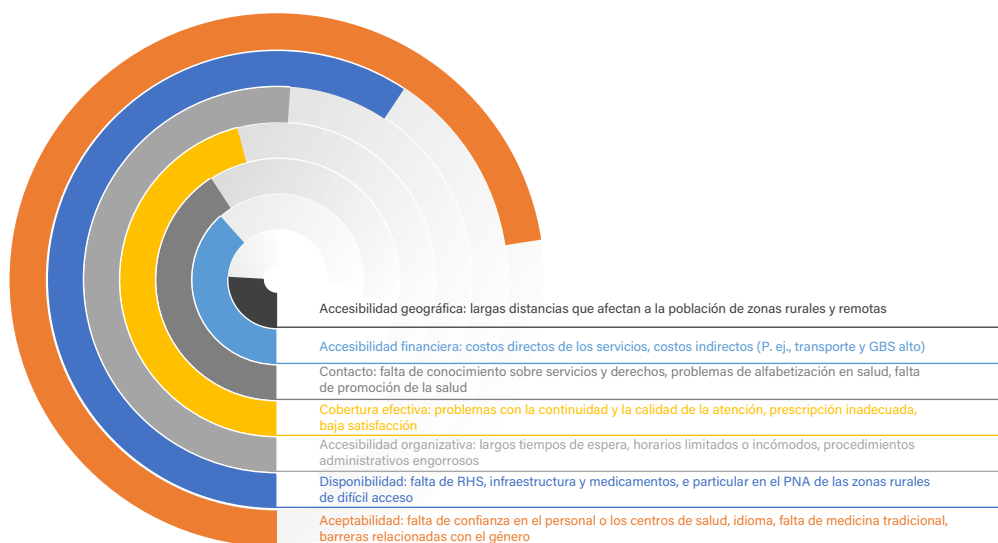
Fuente: Elaborado a partir de los resultados de los estudios presentados en Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.

La triangulación de información tuvo como resultado la detección de las siguientes barreras de acceso en los países estudiados:

La falta de confianza en el personal de salud, los aspectos culturales, y los roles y relaciones de género comprenden la mayoría de los problemas de acceso

mencionados. Alrededor de una tercera parte de las barreras encontradas en la bibliografía se refieren a estos aspectos (figura 6). En Perú, las necesidades insatisfechas de atención de salud por falta de confianza en el personal de salud notificadas aumentaron hasta un 19% según los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) para el 2021 (figura 5), barrera que se menciona en multitud de ocasiones en la bibliografía. En Guyana y Honduras, las normas y roles de género tienen una gran influencia en los patrones de búsqueda de servicios, especialmente en el ámbito rural. En Honduras, el 10,6% de las mujeres encuestadas en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) del 2019 consideraban como un problema de acceso el tener que obtener permiso para buscar atención, lo cual reduce significativamente la posibilidad de obtener servicios de atención al parto y de planificación familiar (8). En el caso de Guyana, la información analizada reveló que la aceptabilidad persiste como el principal desafío para mejorar el acceso a los servicios de salud, particularmente el acceso de las mujeres a los servicios de salud materno-infantil. El estigma y la discriminación también se mencionan en la bibliografía para el caso de Colombia.

Figura 6. Barreras de acceso encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso



Nota: Datos agregados sobre los cuatro países objeto del estudio (Colombia, Guyana, Honduras y Perú). La revisión bibliográfica para estos cuatro países dio lugar a la retención y análisis de 220 artículos en total. Las barreras de acceso fueron clasificadas, según las dimensiones de acceso, en disponibilidad (disponibilidad y suficiencia de recursos), accesibilidad geográfica (disponibilidad de servicios dentro de un alcance razonable), accesibilidad financiera (capacidad de pago por los servicios), accesibilidad organizativa o acomodación (organización y prestación adecuada de servicios), aceptabilidad (disposición a buscar servicios cuando los factores sociales o culturales no desaniman a la población), contacto (disposición a contactar con los servicios de salud) y cobertura efectiva (capacidad de usar los servicios de salud a un nivel de calidad acorde). El tamaño de las barras representa la frecuencia con que fueron mencionadas las barreras de acceso en la bibliografía. GBS: gasto de bolsillo en salud; PNA: primer nivel de atención; RHS: recursos humanos para la salud.

Fuente: Elaborada a partir de la información encontrada en la revisión bibliográfica realizada para la elaboración de Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.

Disponibilidad y distribución inadecuadas de recursos humanos para la salud (RHS), insumos y medicamentos, principalmente en el PNA y en zonas de difícil acceso. En los cuatro países, al menos una quinta parte de las barreras mencionadas en la bibliografía señalan problemas de disponibilidad (figura 6). En su mayoría se corresponden con la falta de insumos para la oferta de servicios y, especialmente, con la disponibilidad y distribución geográfica inadecuadas del personal de salud. Los estudios establecen la falta de incentivos y de mejores condiciones de trabajo como factores que acentuaron los problemas de disponibilidad de RHS. Por ejemplo, en Guyana se observan problemas subyacentes, entre los que destacan la falta de oferta de capacitación para los trabajadores² comunitarios y la carencia de insumos médicos y herramientas en el medio rural, tales como la falta de electricidad, que impide mantener correctamente las cadenas de frío para la conservación de vacunas. En Perú y Colombia sobresalen el déficit de personal de especialidades y subespecialidades médicas, y su distribución por todo el territorio.

Falta de dinero para hacer frente a los costos y copagos vinculados al acceso a los servicios de salud. La reducción de necesidades insatisfechas de atención de salud por razones financieras documentada en el caso de Perú y Colombia se relaciona con las iniciativas de reforma llevadas a cabo en la última década y media. Se observa una reducción del 12% en el 2003 al 2,1% entre los años 2019 y 2021 en Colombia, y del 17,1% entre el 2003 y el 2005 al 4,1% en el 2021 en Perú. No obstante, en el caso de Perú, el análisis cualitativo da cuenta del posible aumento del gasto de bolsillo en salud durante la pandemia de COVID-19, la falta de aseguramiento de un porcentaje menor pero específico de la población y la persistencia de gastos indirectos que las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad no pueden asumir. Por otra parte, las barreras financieras muestran una tendencia al aumento en Honduras, al pasar del 11,9% entre los años 2005 y 2006 al 18,4% en el 2019. Además, la población de menores ingresos señaló con mayor frecuencia las barreras financieras: el 29,6% de la población del quintil de menores ingresos, en comparación con el 5,3% de la población del quintil de mayores ingresos. Entre los aspectos con mayor incidencia en esta dimensión se encuentran el alto precio de los medicamentos, la existencia de cuotas de recuperación, la falta de cobertura de seguros y los costos indirectos relacionados con el transporte y las estadías (9). Por otra parte, en Guyana, los servicios de salud se ofrecen de forma gratuita y sin necesidad de pagos directos a modo de tasas moderadoras o copagos. Pese a ello, existen barreras financieras vinculadas a una dimensión geográfica en las regiones rurales como resultado del alto costo de los traslados y el alojamiento en la ciudad donde se encuentra el hospital regional.

2 N. de la E.: La Organización Panamericana de la Salud defiende la igualdad entre géneros y promueve el uso del lenguaje inclusivo. Sin embargo, en algunos párrafos se utiliza el masculino genérico con el fin de simplificar la lectura.

Barreras organizativas, principalmente relacionadas con los tiempos de espera.

Barreras tales como los horarios de atención inadecuados, la falta de cumplimiento del horario, la gestión inadecuada de las listas de espera, la falta de coordinación que impide agendar citas y recibir atención de calidad en un tiempo razonable representaron una quinta parte de las barreras identificadas en la bibliografía (figura 6). Los datos de las encuestas de hogares muestran que los largos tiempos de espera desmotivaron la búsqueda oportuna de atención en el 4,3% de la población peruana en el 2021. En Colombia, los tiempos de espera y el exceso de trámites son mencionados por un 5,0% de las personas encuestadas en el mismo año. Estos problemas se deben a distintas razones. Por una parte, los recursos financieros limitados para cubrir las prestaciones cubiertas se traducen en incentivos de contención de los costos por parte de las empresas administradoras de los fondos, lo que da lugar a limitaciones de la oferta de servicios y al aumento de los trámites necesarios para acceder a los servicios de salud (10). Por otra parte, la variación en las tarifas de negociación de los servicios entre administradoras y prestadoras genera un detrimento de la oferta de servicios de salud, lo que, sumado a la restricción de la oferta de RHS, puede prolongar los tiempos de espera para la asignación de citas en los servicios de salud.

Barreras de accesibilidad geográfica. Los problemas asociados a la accesibilidad geográfica se dan en todos los países. En el caso de Guyana, el análisis de las entrevistas permitió reconocer barreras geográficas que afectan desproporcionadamente a las mujeres en el interior rural (*hinterland*), también confirmadas por la encuesta demográfica y de salud. Los datos cuantitativos revisados mostraron que el 13,7 % de las mujeres indicaban que la distancia a un centro de salud es una barrera para acceder a la atención médica (11). En Colombia, el problema de la distribución desigual de los prestadores en todo el territorio no se ha logrado solventar con la inclusión de importantes agentes privados en el sistema de salud. Ello obliga a una importante parte de la población de las zonas rurales a desplazarse grandes distancias para acceder a los servicios de salud. La desigualdad con la que la población de distintas partes del territorio se enfrenta a esta barrera también se encuentra en Honduras y Perú. En Honduras, la distancia a los establecimientos de salud, la falta de transporte y la dispersión geográfica resultan determinantes importantes del acceso, principalmente en áreas geográficas alejadas, con poblaciones en situación de vulnerabilidad y en zonas de alto riesgo y afectadas por la violencia. Por su parte, en Perú, la dispersión y disponibilidad escasa de establecimientos en las zonas rurales y de difícil acceso hace que los tiempos de viaje y las distancias sean muy largos, lo cual se ve acentuado, además, por la falta de medios de transporte adecuados, las malas condiciones de las vías o carreteras y las dificultades del personal de salud para llegar a zonas remotas debido a la distancia o el largo tiempo de viaje.



RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS

Las autoridades de salud de los países estudiados usaron los hallazgos para la construcción colaborativa de opciones encaminadas a superar las barreras de acceso. Las recomendaciones de políticas formuladas por los participantes en cada uno de los estudios de país confluyen en cinco aspectos: fortalecer el enfoque de APS; fortalecer las capacidades de rectoría y gobernanza; aumentar el financiamiento, en especial en el PNA; transversalizar la interculturalidad; y mejorar la calidad de la atención, centrándose principalmente en los aspectos organizativos (cuadro 3).

Cuadro 3. Principales recomendaciones de políticas derivadas de cada estudio de país

País	Recomendaciones de políticas
Colombia	<p>La situación de las barreras de acceso resalta la necesidad de fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad de salud en los diferentes niveles del sistema, las capacidades de regulación y fiscalización, y la integración, coordinación e interoperabilidad entre los sistemas de información.</p> <p>Los RHS y la infraestructura son claves para mejorar las condiciones de prestación de los servicios de salud. Por ello, resultan necesarias políticas que mejoren sus condiciones y faciliten su disponibilidad.</p> <p>La calidad debe mejorarse de manera transversal en el sistema de salud colombiano apoyándose en incentivos financieros y no financieros para todos los actores.</p> <p>A fin de mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud y el bienestar de la población colombiana, es fundamental adoptar una visión a largo plazo que busque fortalecer la APS y las FESP.</p>
Guyana	<p>La evidencia internacional sugiere que un enfoque de la APS más sólido como base de la organización del sistema de salud podría ser el camino para que Guyana supere las barreras detectadas.</p> <p>Las mejoras en las capacidades de rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud, la sostenibilidad financiera, la expansión y el fortalecimiento del primer nivel de atención, el aumento de la dotación y retención de recursos humanos adecuadamente calificados y una atención especial a las regiones del interior parecen ser las áreas en las que el país debería centrarse en los próximos años para mejorar el acceso a los servicios de salud, la equidad y la cobertura universal de salud.</p> <p>Los pasos para comprender y superar las barreras a lo largo de este proceso incluyen el desarrollo de intervenciones basadas en la comunidad, la promoción y participación efectiva y la apropiación por parte de las comunidades.</p>
Honduras	<p>Entre los desafíos del sistema de salud que repercuten en las condiciones de acceso destacan el alto nivel de segmentación y fragmentación —que dificulta el desarrollo de capacidades institucionales y políticas relacionados con la función de rectoría por parte de la SESAL— y el bajo presupuesto público destinado a la salud —que condiciona las posibilidades de expansión de la oferta de servicios—.</p> <p>Resulta fundamental fortalecer el marco normativo y la capacidad rectora de la SESAL, así como reforzar las estructuras institucionales, para poder coordinar las acciones encaminadas a fortalecer el enfoque de APS.</p> <p>Al mismo tiempo, se debe fomentar la capacidad de los servicios de salud, priorizando el PNA y el modelo de atención centrado en las personas, las familias y la comunidad; la necesaria formulación y aplicación de una estrategia de fortalecimiento de los RHS; y la necesidad de mayor y mejor financiamiento, así como de una planificación presupuestaria acorde.</p>
Perú	<p>Entre los desafíos del sistema de salud que repercuten en las condiciones de acceso destacan los relacionados con las capacidades de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud para hacer frente a la segmentación y fragmentación del sistema. Persisten desafíos relacionados con la articulación, organización y dotación de recursos en el PNA, y en cuanto a la sostenibilidad, equidad y eficiencia del gasto en salud.</p> <p>Cinco recomendaciones importantes se asocian con estos desafíos: 1) fortalecer las capacidades de rectoría y gobernanza con una perspectiva renovada de las FESP para superar la fragmentación y segmentación del sistema de salud; 2) promover el diálogo político y social para la formulación de políticas de Estado y mejorar el entendimiento de las necesidades de la población; 3) promover la formación y mejorar la distribución del personal de salud fortaleciendo la cooperación de la autoridad de salud con el sector educativo; 4) priorizar el PNA mediante la asignación de recursos a los centros y puestos de salud, y la reorganización de las redes de servicios de salud; y 5) cerrar la brecha para el 5% de la población que aún no está asegurada.</p>

Nota: APS: atención primaria de salud; FESP: funciones esenciales de la salud pública; PNA: primer nivel de atención; RHS: recursos humanos para la salud; SESAL: Secretaría de Salud.

Fuente: Elaborado a partir de los resultados de los estudios presentados en Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.



CONCLUSIONES Y OPORTUNIDADES

La alta prevalencia de las barreras de acceso da cuenta de un problema importante y persistente en la Región de las Américas. Ante este problema estructural y complejo, el análisis de las barreras de acceso demanda la incorporación de una mirada sistémica desde un marco de esfuerzos encaminados a fortalecer y transformar los sistemas de salud desde un enfoque basado en la APS. Si bien los resultados presentados en este informe están determinados por el contexto de cada país y por la trayectoria de sus sistemas de salud, su análisis permite observar algunos patrones importantes que pueden abordarse a escala regional mediante el intercambio de conocimientos y experiencias de cooperación técnica, la movilización de recursos y labores de promoción política.

La importancia relativa de los distintos tipos de barreras de acceso está vinculada al enfoque de las políticas de transformación de los sistemas de salud. Esto se evidencia por la reducción de algunas barreras, y la prevalencia o emergencia de otras. Reafirmando las conclusiones de estudios previos (12), los países que transitaban por reformas orientadas a ampliar la cobertura del aseguramiento lograron reducciones significativas de las necesidades insatisfechas relacionadas con barreras financieras y, en ocasiones, incluso mejoras en la protección financiera. En tales casos, también se observa un aumento de la prevalencia de barreras relacionadas con aspectos organizativos y culturales del sistema de salud. Los largos tiempos de espera, los sistemas de reserva de citas, el trato del personal de salud a los usuarios y sus habilidades interculturales pasaron a ser, en estos países, una razón cada vez más frecuente para no buscar servicios de salud. En los estudios de caso de Colombia y Perú, se observan ejemplos de esta situación.

Persisten o aumentan las barreras no financieras que requieren mayor atención en las agendas centradas en el fortalecimiento y la transformación de los sistemas de salud.

Estas incluyen obstáculos asociados a la adaptación intercultural de los servicios; roles y normas de género, y dinámicas de poder intrafamiliar; etnicidad y confianza en los servicios; y alfabetización en salud. Asimismo, los hallazgos sugieren que la interacción entre estas barreras puede ser más importante que el papel individual de cada factor, lo que pone de relieve la naturaleza compleja y multifactorial del acceso a los servicios. Por ejemplo, aspectos relacionados con las normas y roles de género y con el empoderamiento de las mujeres en la adopción de las decisiones del hogar determinan el modo en que estas perciben las barreras de acceso. Es así como las mujeres que señalan de forma simultánea barreras financieras, geográficas y basadas en relaciones de género han visto reducida la posibilidad de utilizar servicios esenciales de salud.

En la población indígena y la población rural o remota, las barreras se entrecruzan y exacerban los problemas de acceso.

El caso de Guyana ejemplifica la combinación de factores del lado de la demanda (como la falta de acceso a información sobre la salud y las creencias sociales y culturales) con factores del lado de la oferta (como las largas distancias, el transporte deficiente, la disponibilidad limitada de recursos humanos y la insuficiencia de establecimientos de salud), que interactúan entre sí y obstaculizan la búsqueda oportuna de servicios de salud en las zonas rurales y remotas del país. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad urgente de conocer en profundidad el modo en que las barreras se manifiestan en distintos territorios y afectan de forma diferente a los distintos grupos de la población en situación de mayor vulnerabilidad, en particular, las poblaciones indígenas y originarias de la Región de las Américas; las personas afrodescendientes; los niños, niñas y adolescentes; las mujeres; y las personas LGBTQI+. Esto también resalta la necesidad de intervenciones de políticas diferenciadas, de acuerdo con el contexto de cada país y territorio local. En otros casos, los problemas relacionados con la disponibilidad de RHS se vieron agravados por la insuficiencia de suministros e infraestructura.

Entre las recomendaciones emanadas de los estudios de país se destacan áreas de intervención comunes a los desafíos para el acceso.

La primera tiene que ver con la necesidad de adoptar un enfoque integral de la APS, principalmente orientado a la adopción de modelos de cuidados que fortalezcan la promoción de la salud y el componente comunitario y multisectorial a fin de mejorar factores relacionados con la demanda y aceptabilidad de los servicios. La segunda resalta la necesidad de fortalecer los marcos normativos y las estructuras de gobernanza en todos los niveles de gestión, en algunos casos prestando especial atención a las instituciones con funciones de gestión y respuesta en las jurisdicciones territoriales (o subnacionales). En la mayoría de los casos, las recomendaciones para fortalecer la gestión y respuesta estuvieron relacionadas con

las capacidades para promover la acción intersectorial, aumentar la participación social en materia de salud y fortalecer la planificación estratégica en el ámbito de la salud. La tercera tiene que ver con la transversalización de la interculturalidad, principalmente relacionada con la adaptación intercultural de los servicios de salud y el reconocimiento de las necesidades específicas de ciertos grupos de la población. Finalmente, se reconoce la necesidad de mejorar la calidad de la atención, en particular los aspectos organizativos de la prestación de servicios y el cumplimiento de funciones y estándares de coordinación de la prestación y la garantía de derechos. En todos los casos también se resalta la necesidad de mejorar el financiamiento de la salud a fin de poder ejecutar las propuestas de políticas planteadas.

Más allá de las orientaciones referidas al sector de la salud, la evidencia y el análisis de las barreras también puede contribuir de manera fundamental al diseño de políticas intersectoriales. Por ejemplo, el desarrollo de las telecomunicaciones y de nuevas infraestructuras viales se incluyó entre las recomendaciones para Honduras y Guyana como elemento clave para poder mejorar la accesibilidad de los servicios. En ambos casos, se hizo hincapié en que el desarrollo de herramientas de telemedicina y telesalud puede impulsarse mediante la expansión de infraestructuras de comunicación, mientras que la eliminación de las barreras de accesibilidad geográfica, como la reducción de distancias y tiempos de transporte, puede impulsarse considerablemente mediante la mejora de las infraestructuras viales.

Los hallazgos y recomendaciones presentados tienen relevancia a escala regional dado que las recomendaciones se armonizan con la estrategia adoptada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud para alcanzar sistemas de salud resilientes y proteger los logros en materia de salud, en la que los Estados Miembros reiteraron la necesidad de adoptar las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel incluidas en las publicaciones *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata (13)* y *Pacto 30-30-30: APS para la salud universal (1)*.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Pacto 30-30-30: APS para la salud universal. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53926>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas. Enseñanzas de la COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56475>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE). 2021 [fecha de consulta: 28 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/mortalidad-evitable>.
4. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203-2212. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4).
5. Organización Panamericana de la Salud. Fourth round of the National Survey on the Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: November 2022–January 2023. Summary of Key findings for the Region of the Americas. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57792>.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2021. Santiago (Chile): CEPAL; 2022. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47718>.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina, 2020. Santiago (Chile): CEPAL. 2021. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46687>.
8. Houghton N, Bascolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, Del Riego A, et al. Barreras de acceso a servicios de salud para mujeres, niños y niñas de América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:e94. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>.
9. Acuña C, Marina N, Mendoza A, Emmerick ICM, Luiza VL, Azeredo TB. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;35(2):128-135. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8399>.
10. Bardey D, Riascos Á. Reforma a la salud: los pros y los contra. Bogotá: Universidad de los Andes; 2022. (Nota Macro; n.º 45). Disponible en: <https://economia.uniandes.edu.co/publicaciones/nota-macro-45-reforma-la-salud-los-pros-y-los-contra>.
11. Deonandan R, Vineberg B, Stulberg R, Jaleel M, Szecket N, Sheila D, et al. Health questions posed by Amerindians in Guyana's deep interior. *Glob J Health Sci*. 2012;4(6):43-46. Disponible en: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v4n6p43>.
12. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e126. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>.



Este informe presenta de forma resumida e integrada los resultados y recomendaciones del informe regional del mismo título: *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud*. El propósito de este resumen es complementar el informe regional con una perspectiva integrada de la caracterización de las barreras de acceso y los factores subyacentes a estas, resumir los desafíos regionales detectados y acercar las recomendaciones tanto a responsables de la adopción de decisiones que participan en el diseño de políticas, la evaluación y la gestión de redes y servicios de salud como a la comunidad de la salud pública de la Región de las Américas.

Tal como se destaca en el informe, la alta prevalencia de las barreras de acceso y la forma desigual en que afectan a la población en situación de vulnerabilidad llama a una mayor integración de estos análisis y recomendaciones tanto en las agendas centradas en el fortalecimiento y la transformación de los sistemas de salud como en las iniciativas de políticas intersectoriales y multisectoriales.

Los resultados y recomendaciones del análisis de las barreras de acceso realizado por la Organización Panamericana de la Salud en colaboración con las autoridades nacionales de salud de Colombia, Guyana, Honduras y Perú se detallan y describen en profundidad en el informe regional.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

www.paho.org