

Access to public health services in Latin America, A systematic literature review 2012-2022

Camila Melan  García Aza edo¹, carrera de Econom a¹, Brenda Gianella Ramírez Alvarado¹, carrera de Econom a¹,
 lvaro Larry Luis Felipe Mendoza Castillo, Mg.², Wilmer Enrique Infante Pollack, Mg.³, and Marlon Walter
Valderrama Puscan, Mg.⁴

¹Universidad Privada del Norte, Perú, N00214055@upn.pe, N00214478@upn.pe,

³Universidad Privada del Norte, Perú, wilmer.infante@upn.edu.pe

²Universidad Privada del Norte, Perú, alvaro.mendoza@upn.pe

⁴Universidad Privada del Norte, Perú, marlon.valderrama@upn.pe

Abstract- *The notion of a population's level of health is one of the indicators used to know with certainty the level of well-being of a country's population. The health system is a set of institutions and resources that, through their actions, aim to provide an efficient health service to society. In Latin America, some limitations hinder the access of individuals to different health services, shown by socioeconomic, sociocultural, and demographic barriers, which lead to significant inequalities in societies, reflecting a certain degree of precariousness and deterioration of health. This study aims to know the development of access to public health services in Latin America during the last decade, determined under three approaches: socioeconomic, sociocultural, and geographic. The methodology was carried out through a systematic review study; to find relevant research, a bibliographic search was conducted in EBSCO, ProQuest, and Scopus, among other databases. Initially, six thousand articles were obtained, and then the inclusion-exclusion criteria were considered, leaving fifty documents as the leading articles. The research finds the temporal limitations of the study itself. In conclusion, the Latin American scientific literature shows that access to public health services in the last decade has involved a series of factors and barriers limiting the population's access to quality health.*

Keywords-- *Access to health services, barriers, sociocultural, socioeconomic, geographic.*

Digital Object Identifier (DOI):

<http://dx.doi.org/10.18687/LEIRD2022.1.1.17>

ISBN: 978-628-95207-3-6 ISSN: 2414-6390

Access to public health services in Latin America, A systematic literature review 2012-2022

El acceso a los servicios de salud pública en América Latina, Una revisión sistemática de la literatura 2012-2022

Camila Melaní García Azañedo¹, carrera de Economía¹, Brenda Gianella Ramírez Alvarado¹, carrera de Economía¹,
Álvaro Larry Luis Felipe Mendoza Castillo, Mg.², Wilmer Enrique Infante Pollack, Mg.³, and Marlon Walter
Valderrama Puscan, Mg.⁴

¹Universidad Privada del Norte, Perú, N00214055@upn.pe, N00214478@upn.pe,

³Universidad Privada del Norte, Perú, wilmer.infante@upn.edu.pe

²Universidad Privada del Norte, Perú, alvaro.mendoza@upn.pe

⁴Universidad Privada del Norte, Perú, marlon.valderrama@upn.pe

Resumen– La noción del nivel de salud que posee una población es uno de los indicadores que se tiene para saber a ciencia cierta, cuál es el nivel de bienestar que mantiene la población de un país. El sistema de salud es considerado como un conjunto de instituciones y recursos que, a través de sus acciones, sostienen como objetivo brindar un servicio de salud eficiente a la sociedad. En América Latina, existen limitantes que dificultan el acceso de los individuos a los diferentes servicios de salud, mostrándose por medio de barreras socioeconómicas, socioculturales y demográficas, lo que provoca grandes desigualdades en las sociedades reflejando cierto grado de precariedad y deterioro de la salud. El objetivo trazado por este estudio es conocer el desarrollo del acceso a los servicios de salud pública en América latina durante la última década, determinado bajo tres enfoques: Socioeconómico, sociocultural y geográfico. La metodología se realizó mediante un estudio de revisión sistemática; para el hallazgo de investigaciones relevantes, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en EBSCO, ProQuest, Scopus, entre otras bases de datos. En un principio se obtuvo 6000 artículos, luego, se procedió a tomar en cuenta los criterios de inclusión-exclusión, quedando como artículos principales, 50 documentos. La investigación elaborada considera limitaciones temporales del propio estudio. En conclusión, la literatura científica de América Latina muestra que el acceso a los servicios de salud pública en la última década se ha visto envuelta en una serie de factores y barreras que limitan a la población poseer de una salud de calidad.

Palabras Clave– Acceso a los servicios de salud, barreras, sociocultural, socioeconómico, geográfico.

Abstract– The notion of a population's level of health is one of the indicators used to know with certainty the level of well-being of a country's population. The health system is a set of institutions and resources that, through their actions, aim to provide an efficient health service to society. In Latin America, some limitations hinder the access of individuals to different health services, shown by socioeconomic, sociocultural, and demographic

barriers, which lead to significant inequalities in societies, reflecting a certain degree of precariousness and deterioration of health. This study aims to know the development of access to public health services in Latin America during the last decade, determined under three approaches: socioeconomic, sociocultural, and geographic. The methodology was carried out through a systematic review study; to find relevant research, a bibliographic search was conducted in EBSCO, ProQuest, and Scopus, among other databases. Initially, six thousand articles were obtained, and then the inclusion-exclusion criteria were considered, leaving fifty documents as the leading articles. The research finds the temporal limitations of the study itself. In conclusion, the Latin American scientific literature shows that access to public health services in the last decade has involved a series of factors and barriers limiting the population's access to quality health.

Keywords– Access to health services, barriers, sociocultural, socioeconomic, geographic.

I. INTRODUCCIÓN

La noción del nivel de salud de una población es uno de los grandes indicadores que se tiene para conocer cuál es el nivel de bienestar y calidad de vida que mantiene una población [1]-[2]. Cada región, manifiesta una visión con respecto a la crítica sobre las brechas sociales ya existentes. Es así como diversas investigaciones mencionan que desde las inversiones de pre-mercado laboral hasta las de post-mercado; los agentes responsables de la ejecución de políticas cuentan con un sinnúmero de opciones para una inversión en igualdad y sostenibilidad [3].

El sistema de salud es considerado como el conjunto de instituciones y recursos que mediante sus acciones llevan como meta otorgar un servicio de salud eficiente para la sociedad [4]. La calidad de vida de los ciudadanos está relacionada con el bienestar social que se obtiene a través del

regocijo del trabajo, la diversión y la salud; y derechos que requieren áreas, fundaciones y oportunidades para su realización efectiva [5]. Sin embargo, en muchos países que conforman América Latina muestran otra realidad, y es que se exterioriza la disyuntiva de acrecentar la eficiencia y la cobertura social de sus servicios en unas condiciones de restricciones presupuestarias. Este derecho depende de la voluntad política y la disposición que exista de los recursos económicos que disponga cada país [6].

La calidad de los servicios de salud abarca satisfacer las necesidades primarias de las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y el bienestar, sin dejar a nadie de lado, lo que involucra una particular atención a la diversidad y a los individuos y poblaciones en situación de vulnerabilidad [7]. Aún existe esa brecha donde se refleja el quiebre de las condiciones de salud de una región. La carencia de recursos y más la crisis económica, hace imposible satisfacer las necesidades en salud de niños, jóvenes y adultos, además se especifica que, en la región, muchos de los países presentan características de desigualdad y exclusión social [8]. Así también, se alude a las inequidades sanitarias por el incremento de la brecha de ingresos entre países desarrollados y emergentes, entre los sectores de más altos ingresos y los de más bajos [9].

Las desigualdades sociales en la región figuran como un problema estructural y se manifiesta en el acceso diferencial a los servicios e insumos de salud, ligado a la estructura institucional del sistema sanitario [10]. Por otro lado, la distribución geográfica es uno de los determinantes sociales más relevantes en el tema de la salud, si los centros de salud se encuentran ubicados de forma inadecuada, se pone en riesgo la distribución equitativa de oportunidades y recursos, generando brechas en los servicios de emergencia [11]. Un reto es concretar metodologías para el análisis integral de la salud, de expresión diferencial por razones como el género, la etnia, la posición social o la ubicación territorial [12]. En términos de la cobertura a los servicios de salud y calidad de vida para los habitantes de la ruralidad, se exhibe una sociedad adversa, lo que conlleva a abordar de manera urgente desde sus singularidades, ejerciendo una organización, pero sin jerarquizar, con el propósito de que la participación comunitaria en salud sea por igual [13].

En América Latina, los índices en términos de equidad con respecto a la prestación de servicios de salud y a su mismo sistema son muy bajos [14]. Existe la necesidad de proponer nuevos indicadores de salud positiva, como también, indicadores de desigualdades e inequidades en salud, esto al verse como un tema de gran índole y relevancia, es necesario que se requiera del involucramiento de instituciones que representen a diversos sectores públicos y sociales, con el objetivo de que colaboren en el análisis y actúen de manera sistemática y articulada sobre las problemáticas de mayor prioridad o impacto social. [12]. Acorde, se percibe la urgencia de definir y designar funciones claras que garanticen

el derecho a la salud, priorizadas por todo aquel que cumple con el rol de servidor público [15]. El reconocimiento de la salud como derecho humano ha favorecido la evolución dado los efectos en el desarrollo económico, el invertir en el sector salud es un componente sustancial de las estrategias generales [12].

A pesar de ciertos avances de los países latinoamericanos concerniente al bienestar poblacional, aún existe un gran trabajo por realizar en lo que refiere a materialización de propuestas, derechos y servicios, pues aún se evidencian países que mantienen grandes índices de desigualdad y pobreza [16]. Es de esencial conocimiento que, ante un mayor nivel de acceso de los servicios médicos, de seguridad y de protección civil que tengan los ciudadanos, mayor será el nivel de calidad de vida [11]. Las falencias en los sistemas de salud se han visto expuestas en gran magnitud a raíz de la enfermedad del coronavirus (COVID-19), la cual ha causado estragos en las poblaciones y economías, exponiendo no solo la fragilidad frente a nuevas enfermedades infecciosas, sino también la influencia que sobre el bienestar colectivo tienen las inequidades sociales y raciales, y las fallas de los sistemas políticos y económicos [17].

Existen diversos motivos por los cuales la población de diferentes estratos económicos, no les es posible acceder a los servicios de salud, entre ellos destaca claramente el aspecto económico, de igual forma, la existencia de la inaccesibilidad geográfica para poder llegar a los centros de salud más cercanos [18]. Avanzar por un camino de mayor igualdad es condición necesaria para acelerar el crecimiento económico, el desarrollo y la sostenibilidad, puesto que los rezagos sociales inciden negativamente en el bienestar de la sociedad [19]. En tal sentido, se ha constatado la fuerza y efectividad de la raza y la etnia como mecanismo de jerarquización de la discriminación y las desigualdades sociales [20].

Para tener un claro panorama de lo que ha venido aconteciendo en la última década con respecto a las diversas situaciones que vive la población de América Latina con relación a la cobertura a los servicios de salud, es importante realizar la siguiente pregunta: ¿Cómo se ha desarrollado el acceso a los servicios de salud en la literatura científica de América Latina en los últimos diez años? Teniendo en cuenta lo descrito, con la finalidad de conocer las condiciones de salud de la población, se evidencia la necesidad de realizar una revisión de la literatura entorno a ello.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el objetivo trazado por esta revisión sistemática es conocer el desarrollo del acceso a los servicios de salud pública en América latina durante la última década, determinado bajo tres enfoques: Socioeconómico, sociocultural y geográfico.

II. METODOLOGÍA

Debido a la particularidad del estudio, se ha optado una metodología de revisión sistemática, considerando las directrices y estándares estipulados en la Declaración PRISMA donde se refleja ciertos avances en los métodos para identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar estudios. Esta metodología proporciona una explicación más detallada de diferentes aspectos claves sobre la metodología y la conducción de revisiones sistemáticas, como: terminología, formulación de la pregunta de investigación, identificación de los estudios y extracción de datos, calidad de los estudios y riesgo de sesgo, cuando combinar datos, metaanálisis y análisis de consistencia, y sesgo de publicación selectiva de estudios o resultados [21]. Asimismo, en el presente marco es importante señalar que, al hablar de revisión sistemática, se hace referencia al proceso de identificar sistemáticamente y evaluar diversos estudios del mismo tipo con un objetivo común [22].

Para llevar a cabo el estudio, se consideró cinco criterios de elegibilidad. El primer criterio considera la periodicidad, se realizó la búsqueda de artículos considerando publicaciones realizadas en la última década (2012-2022). Como segundo criterio se consideró fuentes confiables, se realizó la búsqueda en diferentes bases de datos de revistas y artículos científicos. El tercer criterio considera la variable de estudio, en el marco de que los diversos artículos hallados incluyen la variable: Servicios de salud. El cuarto criterio considera que los artículos provengan de universidades, por motivo de confiabilidad de los estudios. Para finalizar, el quinto criterio, considera la estructura IMRD, se realizó la búsqueda de artículos que contengan dicha estructura.

Para identificar y hallar estudios relevantes se efectuó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos, empezando por EBSCO y ProQuest, las cuales ofrecen recursos de información académica y de investigación (artículos científicos, revistas, libros, tesis, etc.) especializados en economía, administración, negocios, entre otros, provenientes de diversas fuentes de instituciones y universidades reconocidas mundialmente. Prosiguiendo así, con Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), Scielo (Scientific Electronic Library Online) y Dialnet, las cuales son algunas de las mayores fuentes de información para la investigación científica, técnica y médica, asimismo, almacenan y brindan acceso a una amplia información producto de investigaciones realizadas por expertos, de forma organizada y clara, para más adelante, ser empleada como fuente principal de información o cotejo de datos, en particular cuando se trata de investigaciones académicas. Para finalizar, se concretó la búsqueda en Science Direct, la cual brinda acceso a revistas especializadas a texto completo; y Scopus, la cual se cataloga como la base de resúmenes y citas de literatura científica revisada por pares, patentes y fuentes web de calidad, de suma importancia para la investigación.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: Artículos a texto completo, elaborados en idioma inglés o español, asimismo, se consideró el período de años comprendidos entre 2012-2022, como también, estudios desarrollados en el contexto de América Latina, y aquellos artículos relacionados a la temática concerniente sobre el acceso a los servicios de salud, que contemplen las ciencias sociales, economía y econometría. Por otro lado, los criterios de exclusión establecidos fueron: Artículos elaborados en idioma diferente al inglés o español, antigüedad mayor a la revisión (2012-2022), estudios sobre el acceso a los servicios de salud fuera del contexto de América Latina, y temas relacionados a otras disciplinas (casos de ciencias de la salud).

El procedimiento realizado acorde a la metodología PRISMA, empezó por la búsqueda en las diferentes bases de datos en función de los términos y palabras claves; como resultado inicial se obtuvo 6000 artículos, en seguida, se procedió con la lectura de los títulos y resúmenes de los artículos encontrados para así localizar a aquellos que en un principio cumplían con los criterios de inclusión y tomar en cuenta los criterios de exclusión. Posteriormente, se tomó en cuenta las características de las revistas y publicaciones, entre ellas: El año, área temática y país. Con ello, se revisó el diseño de la metodología, lo cual posibilitó efectuar la clasificación de los artículos y obtener una selección de 50 documentos que componen la presente revisión.

III. RESULTADOS

En base a los 50 artículos seleccionados y sus respectivos años de publicación, como se presenta en la Tabla 1, mayoritariamente se obtuvieron estudios del año 2021, los cuales representan un 16% del total de investigaciones. Por su lado, los años 2017 y 2018 representan un 14%, seguidos por un 12% de los años 2013 y 2019, luego, un 10% en cuanto a los períodos de 2015 y 2016, y finalmente, se observa un 8% y 4% de los años 2020 y 2014 respectivamente.

TABLA 1
ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR AÑO

Año	Número de artículos	Porcentaje de artículos
2013	6	12%
2014	2	4%
2015	5	10%
2016	5	10%
2017	7	14%
2018	7	14%
2019	6	12%
2020	4	8%
2021	8	16%
Total	50	100%

Fuente: Elaboración Propia

La tabla muestra la cantidad de artículos seleccionados (tanto en términos de números generales como en porcentajes) por año de publicación.

En lo que concierne a las fuentes de búsqueda, como se aprecia en la Figura 1, se obtuvo predominantemente artículos extraídos de la base de datos Scielo, mostrando participación en un 44% del total. Seguida por ProQuest con 32%, Scopus con 12%, EBSCO con 4% al igual que Science Direct, y finalmente, tanto Dialnet como Redalyc con un 2%.

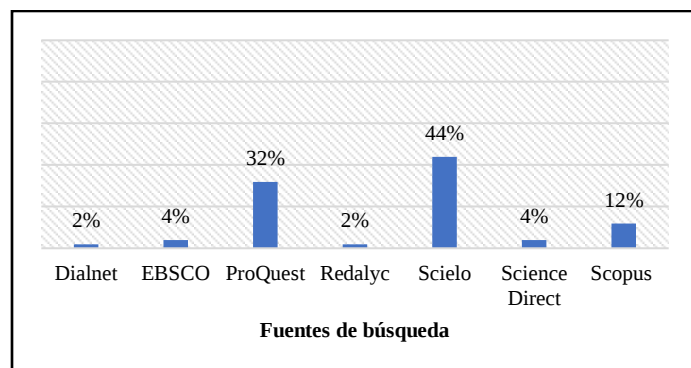


Fig. 1 Porcentaje de artículos seleccionados por fuentes de búsqueda

Fuente: Elaboración Propia

En términos de números generales, se seleccionaron 22 artículos de la base de datos Scielo, 16 artículos de ProQuest, 6 artículos de Scopus, 2 artículos de EBSCO como también de Science Direct, y finalmente 1 artículo de Dialnet como también de Redalyc.

Referente a los artículos seleccionados por diseño metodológico, como se puede observar en la Tabla 2, en mayor proporción se obtuvieron artículos con un diseño cualitativo descriptivo representando así el 24% del total, un 22% hizo uso de un modelo de revisión sistemática, un 18% del total de artículos cuentan con un diseño cuantitativo exploratorio, por su lado, el 12% emplea un diseño cualitativo descriptivo y en el mismo porcentaje se aplica un diseño descriptivo con encuestas, además, un 6% tiene un diseño cualitativo exploratorio y un 4% siguen un modelo de revisión narrativa; finalmente un 2% cuenta con un diseño de análisis comparativo.

TABLA 2
ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño metodológico	Número de artículos	Porcentaje de artículos
Análisis comparativo	1	2%
Cualitativo descriptivo	12	24%
Cualitativo explicativo	6	12%
Cualitativo exploratorio	3	6%
Cuantitativo exploratorio	9	18%
Descriptivo con encuestas	6	12%
Revisión narrativa	2	4%
Revisión sistemática	11	22%
Total	50	100%

Fuente: Elaboración Propia

La presente tabla muestra la cantidad de artículos seleccionados, clasificados de acuerdo con los diferentes diseños metodológicos desarrollados en sus respectivas investigaciones.

Con relación a los artículos seleccionados por países, como se visualiza en la Figura 2, geográficamente en su totalidad provienen de América Latina.

Detalladamente, 18 artículos son estudios realizados en Colombia, 7 en México, 4 en Argentina, 4 en Brasil, 4 en Chile, 3 en Cuba, 3 en Perú, 3 en Venezuela, 1 en Costa Rica, 1 en Ecuador, 1 en Honduras, y finalmente, 1 en Uruguay.

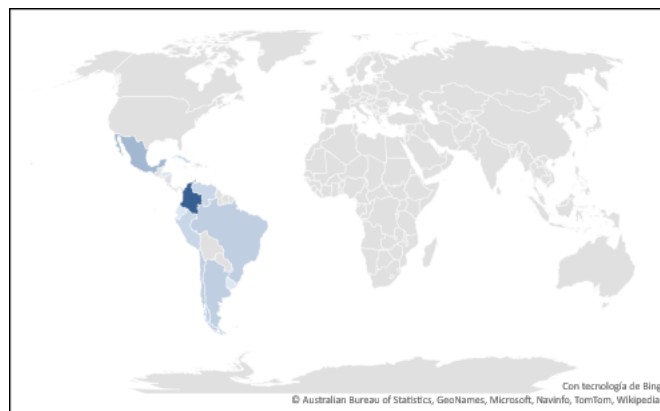


Fig. 2 Estudios seleccionados por países

Fuente: Elaboración Propia

La figura representa aquellos países de América Latina donde se realizaron los estudios de los diversos artículos seleccionados.

Con la finalidad de conocer de manera conjunta todos los estudios seleccionados, se realizó un análisis global de las investigaciones, como se puede visualizar en la Tabla 3, los resultados fueron clasificados por enfoques: socioeconómico, sociocultural y geográfico.

TABLA 3
ENFOQUES DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Enfoque: Socioeconómico	
Autores	Resultado

Existen diferencias sustanciales entre los países de distinto grado de desarrollo social y económico, lo cual es un problema en las desigualdades en materia de salud. Aquellas diferencias ocupan lugar en distintos ejes de la estratificación social como el socioeconómico.

La magnitud de las desigualdades es la brecha entre la parte baja y alta de la jerarquía social. De acuerdo con algunas investigaciones, en cuanto más baja es la posición económica de un individuo, mayor es la carencia de salud, generalmente estas evidencias resaltan producto de ciertos costos elevados como de medicamentos, consultas médicas y exámenes.

Por otro lado, la falta de recursos económicos de la población más vulnerable dificulta el traslado a los servicios de salud, de aquellos que residen en zonas de localidades alejadas o cuando se trata de servicios que deben obtener en hospitales fuera de la red, pues el factor económico tiene gran influencia debido a que existen muchas personas que no cuentan con los recursos económicos para tomar el transporte para dirigirse a los centros de salud.

El presente enfoque resalta que el acceso a los servicios de

salud en América Latina depende de la situación económica, es evidente que el área urbana tiene mayor accesibilidad a los centros de salud y a los médicos particulares en comparación a otras áreas alejadas a la ciudad.

IV. DISCUSIÓN

Acorde a los diversos artículos, se encontraron los siguientes hallazgos, detallados respecto al enfoque socioeconómico, sociocultural y geográfico:

Enfoque: Sociocultural	
Autores	Resultado
[5]; [6]; [10]; [23]; [25]; [29]; [38]; [39]; [40]; [41]; [42]; [43]; [44]; [46]; [47]; [48]; [49]; [50]; [51]; [52]; [53]; [54]; [55]	Dentro de los países que conforman América Latina existen desigualdades (en materia de género, etnia, raza o religión) entre individuos o grupos sociales que impide el acceso a los servicios de salud y a su vez niega la posibilidad de acceder a ciertos recursos. Cierta parte de la población expresa su incomodidad por la manera en la que se imparte la atención médica, debido al trato que reciben por parte del personal de salud, de tal manera que lo califican como discriminatorio por su falta de sensibilidad y respeto. Consecuencia de ello, los usuarios se han visto envueltos en la situación de resistirse al uso de los servicios ya que en casos extremos se ha llegado a la confrontación y choque cultural, lo que se puede traducir como un atropello de los derechos humanos de los pacientes. El presente enfoque conceptualiza como barrera sociocultural a las diferencias entre la cultura del proveedor y la de los usuarios de los servicios de salud por lo poco que ha sido abordada y atendida, lo cual limita y dificulta al buen condicionamiento del nivel de salud.

Enfoque: Geográfico	
Autores	Resultado
[9]; [13]; [14]; [26]; [28]; [31]; [35]; [48]; [56]; [53]; [57]; [58]; [60]; [61]; [62]	Una forma de exclusión la cual se expresa en la dificultad que tienen las personas para acceder de manera oportuna y adecuada a los servicios de salud, son las barreras geográficas. Entre ellas, se menciona: Dificultades de la localización de las comunidades, carencia de vías de comunicación adecuadas y distribución física de los servicios de salud. La característica principal de la inaccesibilidad geográfica es que conforma grupos especiales de demanda de atención que, de cierto modo, aíslan a determinados habitantes y les construyen un ambiente social y sanitario que los diferencia de aquellos que tienen un fácil acceso. El hecho de residir en una población distante a los servicios de salud posiciona a los individuos en una situación con muchas dificultades para ser atendidos, ya que, generalmente, no se dispone de mecanismos necesarios para responder de manera oportuna, pues aquellos son los mismos actores que cuentan con una menor información sobre la presencia de determinadas enfermedades, por lo tanto, el riesgo de falta de oportunidades en la atención es bastante elevado. El presente enfoque resalta que el acceso geográfico a la salud es la distancia entre un potencial consumidor del servicio de salud y el proveedor de este servicio. Por ello, el tiempo de viaje y los medios, deben ser aceptables para alcanzar el bienestar social de los países Latinoamericanos.

Fuente: Elaboración Propia

La tabla presenta los aportes de los distintos autores de acuerdo con sus respectivas investigaciones, clasificados bajo tres enfoques: Socioeconómico, sociocultural y geográfico.

Enfoque Socioeconómico

Obtener un sistema sanitario con igualdad de acceso para todos los individuos a nivel mundial, es uno de los objetivos de mayor índole para los países de América Latina, es así como bajo este horizonte, se define equitativo a un similar tratamiento ante cualquier necesidad presentada, lo que deriva que para un mismo nivel de necesidades, no deberían existir diferencias en el acceso, producto de la condición socioeconómica de los individuos; ante ello, se resalta que las buenas y malas políticas administrativas entorno a la salud son una muestra de que la sociedad se encuentra o no complacida por la manera en cómo se atiende y en ocasiones se brinda mayor prioridad no al que se encuentra enfermo, sino al que tiene una condición financiera que le concede acceder a los servicios de salud de una manera más rápida y efectiva [36]-[40].

El gasto de bolsillo y la no utilización de los servicios públicos de afiliación persisten como barreras al acceso, a pesar de ello, la heterogeneidad en cuanto a la capacidad y calidad de los servicios pueden ocasionar que los involucrados incurran en gastos desmesurados, no importando su nivel socioeconómico [29]-[59]. En otros casos, aunque ciertos ciudadanos cuentan con afiliación al sistema de salud por un régimen subsidiario de salud, la falta de dinero y los excesivos trámites de administración se presentan como algunos de los principales limitantes para acceder a los servicios de salud, pues existen restricciones que claramente reflejan mayores limitaciones para el bienestar de la población; en línea, si se analizan las barreras en el acceso sin tener en cuenta la utilización de los servicios y las necesidades diferenciales de salud, se están subestimando las desigualdades en el acceso, ya que las áreas traducidas como sectores, estructuralmente favorecidas propenden a utilizar más la mayoría de los servicios y a tener menos problemas de salud [34]-[50]. Por ello, reducir la precariedad y desigualdad del bienestar socioeconómico de hogares que cuentan con un nivel de ingresos medio y medio-bajo, en América Latina, involucra avanzar hacia sistemas de salud más unificados y al fortalecimiento de la provisión pública en términos de calidad y oportunidad, de tal manera que los cambios contribuyan sustancialmente a limitar el gasto de bolsillo y disminuir las diferencias en el abastecimiento de servicios de salud, así tales riesgos que particularmente son descomunales, se conviertan financieramente manejables y socialmente redistribuidos [37].

En todos los aspectos se hacen esfuerzos para solucionar el problema de los sobrecostos de la salud, la garantía de la accesibilidad, y definitivamente, el logro de la integralidad y la continuidad en el proceso de atención a los ciudadanos, ello con la finalidad de encontrar una mejora en las condiciones de

sanidad de la población, pero en general, los problemas de los sistemas y modelos de salud usualmente recaen en la descoordinación entre los niveles de atención lo que ocasiona un inaceptable funcionamiento de la atención primaria, el mismo que conlleva a inesperados sobrecostos en la entrega de servicios, por ejemplo, como país que forma parte de América Latina, el avance de Perú en términos de cobertura mediante la implementación de la política de protección en salud ha traído consigo significativos beneficios, pero a pesar de ello, se evidencia un escaso resultado en el acceso oportuno y en la satisfacción de las necesidades de salud de gran parte de los ciudadanos, por otro lado, desde el panorama de Brasil, se considera que a pesar de los logros en la implantación de la cobertura sanitaria universal, siguen existiendo retos para garantizar la protección financiera a su población, pues las políticas para ampliar el acceso y la asequibilidad de los medicamentos esenciales son fundamentales para mejorar la protección financiera en materia de salud [32]-[45]-[33].

Enfoque Sociocultural

En los países de América Latina, las barreras y facilitadores, están estrictamente clasificados socialmente y son expresados como inequidades sociales que están dispersos e inmersos en cada país, donde una respuesta que ha dado la población es la acción conjunta de todos los sectores distintos al de salud para que sean reducidas o eliminadas; pero a pesar de ello, las desigualdades identificadas hace años atrás, todavía tienen una gran repercusión en la actualidad, lo que ocasiona un débil estado de salud en la población; entre aquellas desigualdades se señala la de género y grupos étnicos, pues en las diversas instituciones de atención primaria, secundaria y terciaria es donde se hace más visible las desigualdades del desarrollo en la salud pública; por ejemplo, se manifiesta que el estar enfermo del virus VIH/SIDA y pertenecer a la comunidad transgénero y transexual, genera que las personas oculten su identidad para una atención adecuada con tal de no ser señalados o reciban un mal trato [23]-[41]-[25].

A lo largo del tiempo, en algunas ciudades de los países que contemplan América Latina se han presenciado marcos muy puntualizados de inclusión-exclusión, donde el obtener un bienestar y calidad de vida no es tan posible por la desigualdad social que se hace cada vez más latente y no hay pertinencia de un ejercicio democrático para los derechos que se traduzca en igualdad y oportunidades reales; un claro ejemplo es el país de Venezuela, aparte del desabastecimiento de medicamentos y el deterioro de infraestructuras, se debe mejorar la calidad de vida de los grupos humanos, dado que, cada vez se acrecienta más y más la exclusión social, precisamente, los adolescentes son quienes reciben menos atención (al menos en Venezuela), son estigmatizados en el sistema de salud, la polarización, como característica clave, revela que no se les da atención por ser identificados como: difíciles, mentirosos, sin capacidad cognitiva, etc. [5]-[44].

Si se eliminaran algunas de las barreras que enfrentan los individuos, esto se reflejaría en el acceso real de salud a todos los sectores de un país y se obtuviera como fin una condición mucha más rica y justa para la vida de la sociedad, en tal sentido, si se logra la igualdad de género y mejorar la salud, todo ello ayudará a erradicar la pobreza y fomentar la paz y sociedades inclusivas [29]-[42].

Enfoque Geográfico

En el estudio, se ha reflejado la existencia de barreras geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud pública en América Latina, siendo la población que habita en una zona rural la más afectada, por ello, se manifiesta que es importante que cada país identifique aquellas poblaciones con mayor vulnerabilidad con la finalidad de exponer y poner en marcha políticas públicas eficientes, de acuerdo al contexto de cada zona y las necesidades evidenciadas al demandar los servicios de salud, acorde, se señala que un punto importante que debería ser considerado, es el tiempo que genera movilizarse desde cierta localidad a un centro médico, como también, el medio de transporte a utilizar; por consiguiente, la adecuación de estrategias claves que se implementen en los programas para hacer accesible los servicios de salud es primordial, producto que las necesidades y condiciones de la población están diversificadas. Acorde a lo descrito, como propuesta de un estudio, se menciona que las TIC (Tecnologías de Información y Comunicación) podrían beneficiar a los proyectos que se enfocan en las necesidades sanitarias de aquellas poblaciones desatendidas al extender la cobertura del público objetivo y mejorar la gestión de los datos [26]-[57]-[58]-[62]-[28]-[35].

En conjunto, el acceso a los servicios de salud involucra que todos los individuos tengan la posibilidad de cubrir esta necesidad y sean atendidos sin discriminación alguna en servicios integrales de salud apropiados, pertinentes y de calidad, se evidencia que para mejorar el acceso a los servicios de salud se debe realizar un conocimiento del campo de acción, como también, desarrollar diálogos con líderes sociales de las regiones con la finalidad de que entiendan las necesidades de la población y promuevan la participación social, adicional a ello, se debe asumir como un proyecto político para que adquiera peso y voz de manera bilateral, sin olvidar el respeto a los derechos fundamentales, asimismo, fortalecer el acceso efectivo va a vivir a cuenta de la forma en que las instituciones logren establecer mecanismos adecuados que permitan reforzar el acceso internacional al financiamiento y así, convertirlos en el acceso seguro a servicios de salud, aquel, traducido como la definición activa de la cobertura universal en salud, lo que significa, que una persona que presenta un estado de salud y que identifique necesidad de atención médica pueda asistir sin restricción socioeconómica, sociocultural y geográfica o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutoria [14]-[9]-[31].

V. CONCLUSIONES

La presente revisión sistemática, mediante la recopilación de diversos estudios y bajo la perspectiva de distintos autores, constató que el acceso a los servicios de salud pública de los países que conforman América Latina es limitado, producto de la existencia de barreras que impiden a la población gozar de una salud de calidad.

En América Latina, el acceso a los servicios de salud bajo el enfoque socioeconómico muestra que existe una carencia de recursos para financiar diferentes costos que implica tener una salud de calidad. En este punto, es imprescindible el rol del estado para subsidiar medicamentos básicos, y que, a la vez, se prioricen programas de seguridad social en los países de la región.

Bajo el enfoque sociocultural, el acceso a los servicios de salud pública en América Latina se ha visto limitado como consecuencia de las existentes barreras que han sido poco atendidas, las mismas que están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, entre otros factores. En este punto, es vital desarrollar una campaña de valores que cultive y permita una mayor tolerancia en las diferencias sociales existentes, con la finalidad de brindar un libre acceso a los servicios de salud sin discriminación y estigmatización alguna.

Desde la perspectiva del enfoque geográfico, justificado por los diferentes estudios analizados, la cobertura de salud, principalmente en las zonas rurales es reducida, en comparación con las zonas urbanas donde existen mayores facilidades de acceso a los servicios de salud. En tal sentido, es necesario el planteamiento de políticas que faciliten el desarrollo de una infraestructura de conexión, es decir que, las zonas más alejadas puedan estar interconectadas, ello con la finalidad de posibilitar el acceso de la población a los servicios de salud, pues si bien es cierto la geografía no permite muchas veces que los pueblos más alejados de los centros urbanos de las capitales de provincias se beneficien, por tal razón, es importante que los gobiernos nacionales tomen acción mediante la ejecución de políticas para reducir brechas.

En general, el acceso a los servicios de salud pública en la literatura científica de América Latina en los últimos diez años se ha visto envuelta en una serie de factores y barreras que limitan a la población poseer de una salud de calidad. Por ello, es importante identificar con claridad aquellas poblaciones excluidas, tanto en el ámbito socioeconómico, sociocultural y geográfico, con el fin de elaborar políticas y desarrollar planes de intervención que abarquen los diferentes sectores. Además, es necesario que se elaboren diversas estrategias que permitan incentivar la presencia del personal profesional en los establecimientos médicos más alejados, con el objetivo de

resolver oportunamente los problemas de salud que se presenten.

La investigación se ha elaborado considerando limitaciones temporales del propio estudio, la búsqueda se llevó a cabo en el período determinado de la última década (2012-2022), hallando así, 50 de 69 artículos empíricos, de los cuales los primeros fueron analizados para llevar a cabo la revisión de la literatura, y los otros 19 proporcionaron las bases teóricas y/o conceptuales. En línea, es importante que en futuros estudios amplíen la búsqueda del período analizado, con el fin de obtener un mayor panorama sobre el acceso a los servicios de salud. No obstante, se precisa que, aunque dicha búsqueda se amplíe, los problemas estructurales del acceso a los servicios de salud continúan siendo una problemática que aún no ha sido resuelta en los estudios científicos, y que no se le presta la debida atención por parte de los hacedores de política. Es por ello que, el estudio presentado recobra una especial importancia por cuanto demuestra que el tema de salud es fundamental y debería ser considerado como prioridad, con el propósito de evitar vicisitudes y dificultades, como los estragos causados producto de la pandemia.

REFERENCIAS

- [1] R. Berenson y R. León, «Medicina teórica. Definición de la salud,» *Rev Med Hered*, vol. 7, n° 3, Julio 1996. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001&lng=es&nrm=iso. [Consultado el 8 de Junio de 2022]
- [2] H. Beteta y P. Yanes, «El pensamiento de la cepal y los dilemas para la transformación de México,» *El Trimestre Económico*, vol. 89, n° 353, 2022, doi: <https://doi.org/10.20430/ete.v89i353.1412>
- [3] P. Conceição, «Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2019,» Nueva York, 2019. [En línea]. Disponible: <https://reliefweb.int/report/world/panorama-general-informe-sobre-desarrollo-humano-2019-m-s-all-del-ingreso-m-s-all-de>. [Consultado el 8 de Junio de 2022]
- [4] F. Tobar, «Sistema de salud,» 2017. [En línea]. Disponible: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>. [Consultado el 10 de Junio de 2022]
- [5] A. Delgado, «El derecho a la salud como dimensión de la ciudadanía social en América Latina y Venezuela,» *Vniversitas*, núm. 137, 2018, doi: <https://doi.org/Javeriana.vj137.dsdc>
- [6] G. Monroy, O. Prieto, P. Ramírez, M. Rivera y J. Ortega, «El derecho a la salud y su impacto sanitario en Sudamérica. 2014-2015,» *Rev. Fac. Med. 2019 Vol. 67 No. 3: 417-26*, 2018, doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.63585>
- [7] Organización Panamericana de la Salud, «Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas,» 2020. [En línea]. Disponible: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Consultado el 8 de Junio de 2022]
- [8] CEPAL, «La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social,» 14 Octubre 2021. [En línea]. Disponible: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf. [Consultado el 10 de Junio de 2022].
- [9] M. Treacy, «Los determinantes sociales de la salud en la etapa neoliberal: un abordaje de las desigualdades desde la economía política,» *Ensayos de Economía*, vol. 31, n° 51, pp. 134-157, 16 Julio

- 2021, doi: <https://doi.org/10.15446/ede.v31n58.89606>
- [10] E. Martich, «Salud y desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos», *Nueva Sociedad*, n° 293, mayo-junio 2021. [En línea]. Disponible: <https://nuso.org/articulo/salud-y-desigualdad-la-pandemia-reforzo-lo-que-ya-sabiamos/>. [Consultado el 8 de Junio de 2022]
 - [11] P. Alcocer, P. Chung y D. Correa, «Acceso de servicios de emergencia hacia los espacios públicos: relación de distancia y tiempo», *Revista de Arquitectura*, vol. 24, n° 54-62, doi: <https://doi.org/10.14718/revarq.2022.24.1.3892>
 - [12] R. López, «El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos», *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 36, Septiembre - Diciembre 2018, doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a03>
 - [13] L. Blandón y M. Jaramillo, «Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales», *Rev. CS*, n° 26, pp. 91-117, Junio 2018, doi: <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>
 - [14] L. Parada, «Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura», *Revista CIFE: Lecturas De Economía Social*, vol. 20, n° 33, pp. 79-94, 2018, doi: <https://doi.org/10.15332/22484914.4878>
 - [15] ISAGS, «Sistemas de salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad y la equidad», 2012. [En línea]. Disponible: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>. [Consultado el 8 de Junio de 2022].
 - [16] A. Minteguaga y G. Ubasart, «Regímenes de Bienestar y gobiernos “progresistas” en América Latina: los casos de Venezuela, Ecuador y Bolivia», *Polít. soc.*, vol. 52, n° 3, p. 691-718, 21 Octubre 2015, doi: https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2015.v52.n3.45379
 - [17] B. Wenniser, iostha, C. Clavier, E. de Leeuw y K. L., «Romper el statu quo al promover políticas para la salud, el bienestar y la equidad: un preludio a la UIPES 2022», *Global Health Promotion*, vol. 29, pp. 172-177, 2022, doi: <https://doi.org/10.1177/17579759211038485>
 - [18] C. R. Mejía, et al., «Características laborales y académicas de los recursos humanos del sistema de salud en ocho países de Latinoamérica», *Iatreia*, vol. 35, n° 1, pp. 21-28, diciembre 2021, doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.112>
 - [19] A. De mesa y S. Cecchini, «Igualdad y protección social: claves para un desarrollo inclusivo y sostenible», *El Trimestre Económico*, vol. 89, pp. 277-309, 2022, doi: <https://doi.org/10.20430/ete.v89i353.1407>
 - [20] M. Caicedo y R. Rico, «La raza y la etnia en la estratificación del mercado», *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 67, pp. 169-196, 2022, doi: <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2022.245.80435>
 - [21] G. Urrútia y X. Bonfill, «Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis», 2010. [En línea]. Disponible: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/PRISMA_Spanish.pdf. [Último acceso: Junio 2022].
 - [22] C. Pérez, «Las revisiones sistemáticas: declaración PRISMA», 2012. [En línea]. Disponible: https://renc.es/imagenes/auxiliar/files/Nutr_1-2012%20Taller%20escritura.pdf. [Consultado el 10 de Junio de 2022].
 - [23] M. Hirmas, L. Poffald, A. Jasmien, X. Aguilera, I. Delgado y J. Vega, «Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa», *Rev Panam Salud Publica*, vol. 33, n° 3, p. 223, 2013. [En línea]. Disponible: <https://scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/#ModalArticles>. [Consultado el 10 de Junio de 2022]
 - [24] D. Conceicao, V. Vázquez, C. d. C. Cunha y O. López, «Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia», *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv*, vol. 17, n° 2, pp. 1-19, Julio 2019, doi: <https://doi.org/10.11600/1692715x.17206>
 - [25] J. Hernández y A. Arredondo, «Barreras de acceso a los servicios de salud en la comunidad transgénero y transexual», *Horiz. sanitario*, vol. 19, n° 1, 26 Noviembre 2020, doi: <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3279>
 - [26] S. Montoya y N. Apráez, «Métodos de investigación empleados para el análisis del acceso a los servicios de salud en contextos rurales», *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 47, n° 4, 2021. [En línea]. Disponible: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1685>. [Consultado el 10 de Junio de 2022].
 - [27] R. Castro y J. Tapia, «Health, childlessness, and poverty in latin american countries», (en inglés) *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 37, n° 1, 11 Junio 2021, doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00248919>
 - [28] K. Ascanio, A. Noriega y H. Rojas, «Acceso y percepción de la calidad de atención de los servicios de salud entre la población Migrante y Nativa. Una revisión sistemática», 2020. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/5139>. [Consultado el 10 de Junio de 2022].
 - [29] H. Sáenz y Á. Guzmán, «Gasto catastrófico y utilización de servicios de salud», *Revista de Economía*, vol. 38, n° 97, pp. 65-87, Sep 2021, doi: <https://doi.org/10.33937/reveco.2021.218>
 - [30] S. Fuentes, «El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba», *Rev Cubana Salud Pública*, vol. 43, n° 2, 2017. [En línea]. Disponible: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/761>. [Consultado el 11 de Junio de 2022].
 - [31] G. Dolci, S. García y J. P. Gutiérrez, «Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud», *Salud pública Méx*, vol. 57, n° 2, pp. 180-186, abril 2015. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&nrm=iso. [Consultado el 10 de Junio de 2022].
 - [32] M. Ocampo, V. Betancourt, J. Montoya y D. Bautista, «Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud», *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, vol. 12, n° 24, pp. 114-129, junio 2013. [En línea]. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54526806016>. [Consultado el 11 de Junio de 2022].
 - [33] E. Correia y B. Pereira, «Measuring Financial Protection in Health in Brazil: Catastrophic and Poverty Impacts of Health Care Payments Using the Latest National Household Consumption Survey», (en inglés) *Health Systems & Reform*, vol. 7, n° 2, 2021, doi: <https://doi.org/10.1080/23288604.2021.1957537>
 - [34] P. Valenzuela y L. Mejía, «Acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño (Colombia), 2017», *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, vol. 39, n° 1, Abril 2021, doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e336663>
 - [35] N. Farach, G. Faba, J. Soroya, F. Mejía, B. Cbieses, M. D'Agostino y A. Cortinois, «Stories from the field: the use of information and communication technologies to address the health needs of underserved populations in latin america and the Caribbean», (en inglés) *JMIR Public Health Surveill*, vol. 1, n° 1, 17 Mar 2015, doi: <https://doi.org/10.2196/publichealth.4108>
 - [36] G. Armijos y S. Camino, «Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador», *Estudios Gerenciales*, vol. 33, pp. 292-301, 2017, doi: <https://doi.org/10.1016/j.estger.2017.08.002>
 - [37] W. Vera y M. Budowski, «Cómo se enfrentan los problemas de salud en Chile y Costa Rica: un estudio comparativo y cualitativo», *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 62, pp. 107-136., 2017, doi: [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(17\)30040-5](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(17)30040-5)
 - [38] R. Leyva, C. Infante, J. Gutiérrez y F. Quintino, «Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012», *Salud pública Méx*, vol. 55, 2013. [En Línea]. Disponible:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800008. [Consultado el 20 de Junio de 2022].

- [39] J. Restrepo, C. Maya, F. Rivas y R. Dover, «Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia,» *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, vol. 13, n° 27, 2014, doi: 10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa
- [40] C. González, A. Velásquez y N. Vélez, «Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015,» *rev.ces derecho*, vol. 7, n° 2, 2016. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2145-77192016000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es. [Consultado el 20 de Junio de 2022].
- [41] E. Beldarraín, «La Salud Pública en Cuba: Años 2005–2014,» *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 8, n°2, 2016, doi: <https://doi.org/10.13169/intejcubastud.8.2.0217>
- [42] O. Wilches y Á. Wilches, «Posibilidades y limitaciones en el desarrollo humano desde la influencia de las TIC en la salud: el caso latinoamericano,» *Persona y Bioética*, vol. 21, n° 1, pp. 114-133, 2017, doi: 10.5294/pebi.2017.21.1.8
- [43] R. Molina, F. Aguilar y J. Amozurrutia, «Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional,» *Horizonte sanitario*, vol. 17, n° 3, diciembre 2018, doi: 10.19136/hs.a17n3.2089
- [44] H. Heredia y E. Artman, «Discursos de profesionales y adolescentes sobre el acceso de esta población a los Servicios de Salud en Venezuela, 2017,» *Saude soc.*, vol. 28, n° 4, pp. 87-101, 9 Dic 2019, doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190195>
- [45] J. Del Carmen, «Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud,» *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, vol. 36, n° 2, p. 288–95, Junio 2019, doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpimesp.2019.362.4449>
- [46] R. Cordero, «Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero,» *Trabajo y sociedad*, vol. 22, n° 37, pp. 589-617, 2021. [En línea]. Disponible: <https://www.redalyc.org/journal/3873/387368391031/html/>. [Consultado el 20 de Junio de 2022].
- [47] N. Da Silva, V. Cambraia, G. De Andrade, E. Da Costa, N. Pires y M. Ferreira, «Acceso de la población negra a servicios de salud: una revisión integrativa,» *Rev. Bras. Enferm.*, vol. 73, n° 4, 1 Junio 2020, doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>
- [48] J. Eslava, N. Garzón, V. Elias, L. Reveiz, N. Tran y E. Langlois, «Conceptual framework of equity-focused implementation research for health programs (EquiR),» (en inglés) *Int J Equity Health*, vol. 18, n° 80, 2019, doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0984-4>
- [49] D. Sánchez y J. Martínez, «La Construcción de Universalismo y sus Contradicciones: Lecciones de Los Servicios de Salud en Costa Rica, 1940-2011,» *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, vol. 22, pp. 77-99, 2013. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2013000200004. [Consultado el 20 de Junio de 2022].
- [50] M. Ballesteros y B. Freidin, «Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009,» *Salud colectiva*, vol. 11, n° 4, pp. 523-535, 2015, doi: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.793>
- [51] J. Breilh, «La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva),» *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, suppl. Supplement 1*, vol. 31, pp. 13-27, 2013. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002. [Consultado el 11 de Junio de 2022].
- [52] J. Aristizabal, M. Arrivillaga, V. Estrada y M. Pérez, «Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos,» *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, pp. 415-420, 2016, doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
- [53] R. Mae, A. Ortigoza, K. Martinez, F. Baeza, W. Caiaffa, A. Vives, A. Diez y G. Lovasi, «Evaluating the health effects of place-based slum upgrading physical environment interventions: A systematic review (2012–2018),» (en inglés) *Social Science & Medicine*, vol. 261, Septiembre 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113102>
- [54] K. Voorend y R. Sura, «De derechos a hechos. El acceso diferenciado entre nacionales y migrantes nicaragüenses a los servicios de salud en Costa Rica,» *MIG*, n° 46, pp. 121-150, 2019, doi: <https://doi.org/10.14422/mig.i46.y2019.005>
- [55] G. Cavalcanti y D. Figueroa, «Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia,» *Enferm. glob.*, vol. 13, n° 3, Enero 2014. [En línea]. Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6142014000100013. [Consultado el 20 de Junio de 2022].
- [56] J. Alvis-Zakzuk, M. Herrera, F. Gómez-De la Rosa y N. Alvis-Guzman, «Determinantes y Barreras Socioeconómicas del Acceso A Los Servicios de Salud en Las Regiones de Colombia,» *Value in Health*, vol. 18, p. 841, 1 Noviembre 2015, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.423>
- [57] J. Rodríguez, D. Rodríguez y J. Corrales, «Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013,» *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n° 6, pp. 1947-1958, 2015, doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
- [58] Á. Caicedo y J. Estrada, «Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia,» *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, vol. 15, n° 31, 2016, doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.bgas>
- [59] M. Petrer, «Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud,» *Economía*, vol. 39, n° 78, pp. 35-65, 2016, doi: <https://doi.org/10.18800/economia.201602.002>
- [60] A. Conrado, «Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina,» *Salud colectiva*, vol. 13, n° 1, pp. 73-90, 2017, doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.991>
- [61] Y. Contreras, N. Liberona y M. Tapia, «Movilidad por salud entre Arica y Tacna: análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractiva del otro lado de la frontera,» *Geopolítica(s)*, vol. 8, n° 2, pp. 253-278, 2017, <https://doi.org/10.5209/GEOP.56122>
- [62] D. Sanchez, «Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud,» 2017. [En línea]. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>. [Consultado el 20 de Junio de 2022].