



Limitaciones en el acceso equitativo a la atención primaria de salud en poblaciones vulnerables en Latinoamérica

Limitations in Equitable Access to Primary Health Care in Vulnerable Populations in Latin America

Limitações no Acesso Equitativo à Atenção Primária à Saúde em Populações Vulneráveis na América Latina

Ana Verónica Pazmiño-Verdezoto ^I

ana.pazmino@ueb.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-7669-8650>

Sandy Guadalupe Fierro-Vasco ^{II}

sfierrov@ueb.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-8631-2758>

Tania Elizabeth Arguello-Quintana ^{III}

tania.arguello@ueb.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0002-5640-4402>

Correspondencia: ana.pazmino@ueb.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 13 de diciembre de 2024 * **Aceptado:** 27 de enero de 2025 * **Publicado:** 05 de febrero de 2025

- I. Licenciada en enfermería, Universidad Estatal de Bolívar. Guaranda, Ecuador.
- II. Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en medicina del deporte, Magister en Epidemiología para la salud pública, PhD en Ciencias Médicas. Universidad Estatal de Bolívar, Guaranda, Ecuador.
- III. Licenciada en enfermería, Universidad Estatal de Bolívar, Guaranda, Ecuador.

Resumen

El presente artículo analiza las limitaciones en el acceso equitativo a la atención primaria de salud (APS) en América Latina, centrándose en aspectos organizativos, económicos, culturales y estructurales que afectan a las poblaciones vulnerables. La investigación se desarrolló mediante una revisión documental y bibliográfica de estudios cualitativos y cuantitativos publicados en los últimos 10 años en inglés y español. Se utilizaron bases de datos como PubMed, Scopus, ProQuest, Scielo, Medline, Google Scholar y Redalyc, empleando palabras clave combinadas con conectores booleanos. Los documentos seleccionados incluyeron artículos originales, revisiones, reportes de la OPS y la OMS, y textos académicos, proporcionando una visión integral de las barreras existentes y los facilitadores clave para mejorar la equidad en la APS. Se concluye que estrategias como el aumento del gasto público y la implementación de políticas interculturales son esenciales para garantizar un acceso más equitativo y mejorar la calidad de los servicios de salud para las poblaciones desfavorecidas.

Palabras clave: atención primaria de salud; revisión documental; acceso equitativo; salud pública; poblaciones vulnerables.

Abstract

This article analyzes the limitations in equitable access to primary health care (PHC) in Latin America, focusing on organizational, economic, cultural and structural aspects that affect vulnerable populations. The research was developed through a documentary and bibliographic review of qualitative and quantitative studies published in the last 10 years in English and Spanish. Databases such as PubMed, Scopus, ProQuest, Scielo, Medline, Google Scholar and Redalyc were used, using keywords combined with Boolean connectors. The selected documents included original articles, reviews, PAHO and WHO reports, and academic texts, providing a comprehensive view of the existing barriers and key facilitators to improve equity in PHC. It is concluded that strategies such as increasing public spending and implementing intercultural policies are essential to ensure more equitable access and improve the quality of health services for disadvantaged populations.

Keywords: primary health care; documentary review; equitable access; public health; vulnerable populations.

Resumo

Este artigo analisa as limitações no acesso equitativo aos cuidados de saúde primários (CSP) na América Latina, com foco nos aspetos organizacionais, económicos, culturais e estruturais que afetam as populações vulneráveis. A investigação foi desenvolvida através de uma revisão documental e bibliográfica de estudos qualitativos e quantitativos publicados nos últimos 10 anos em língua inglesa e espanhola. Foram utilizadas bases de dados como a PubMed, Scopus, ProQuest, Scielo, Medline, Google Scholar e Redalyc, utilizando palavras-chave combinadas com conectores booleanos. Os documentos seleccionados incluíam artigos originais, revisões, relatórios da OPAS e da OMS e textos académicos, fornecendo uma visão abrangente das barreiras existentes e dos principais facilitadores para melhorar a equidade na APS. Conclui-se que estratégias como o aumento da despesa pública e a implementação de políticas interculturais são essenciais para garantir um acesso mais equitativo e melhorar a qualidade dos serviços de saúde às populações desfavorecidas.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários; revisão de documentos; acesso equitativo; saúde pública; populações vulneráveis.

Introducción

La equidad en el acceso a la atención primaria de salud (APS) se ha convertido en un tema central en las discusiones sobre salud pública y justicia social en América Latina. A pesar de los avances significativos en los sistemas de salud de la región, persisten barreras estructurales, culturales y económicas que dificultan el acceso a servicios esenciales, especialmente para las poblaciones más vulnerables, como comunidades rurales, migrantes y grupos étnicos (Agudelo et al., 2023; Piedrahita et al., 2020). Estas desigualdades son una de las principales causas de disparidades en los resultados de salud y representan un desafío crítico para alcanzar la cobertura universal.

Las limitaciones en la APS no son exclusivas de un contexto específico; por el contrario, están profundamente arraigadas en factores sociales, económicos y políticos que varían entre países y regiones. Estudios realizados en Colombia destacan que la crisis de salud afecta especialmente a los adultos mayores y a las comunidades rurales debido a la fragmentación del sistema, el déficit de infraestructura y la insuficiencia de recursos financieros (Álvarez et al., 2016; Piedrahita et al., 2020). De manera similar, en Chile, las barreras culturales y lingüísticas han limitado el acceso de

los migrantes internacionales, evidenciando la necesidad de enfoques interculturales para garantizar una atención de calidad (Bernaes et al., 2017; Ferrer et al., 2024).

Las limitaciones financieras, organizativas y geográficas también han sido identificadas como determinantes críticos. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), el subfinanciamiento crónico, la fragmentación de los sistemas de salud y la falta de coordinación intersectorial son barreras comunes en América Latina. Este escenario se agrava aún más por los determinantes sociales de la salud, como el nivel educativo, las condiciones de empleo y el acceso a servicios básicos, los cuales afectan de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables (Villagrán et al., 2024).

En este contexto, la implementación de políticas públicas orientadas hacia la equidad y la universalidad en el acceso a la APS es fundamental. La experiencia de diferentes países demuestra que aumentar el gasto público en salud, mejorar la infraestructura sanitaria y promover políticas interculturales son estrategias efectivas para reducir las desigualdades (Bazualdo & Contreras, 2022; Donado, 2024). Sin embargo, la falta de coordinación entre sectores y las desigualdades históricas siguen siendo obstáculos importantes que limitan el impacto de estas medidas (Giraldo & Vélez, 2013).

Los desafíos en la provisión de APS también están estrechamente relacionados con los derechos humanos y la bioética, temas que resaltan la importancia de garantizar una atención digna y accesible para todas las personas, independientemente de su origen o condición socioeconómica (Echeogoyemberry et al., 2017; Mesa et al., 2022). En este sentido, abordar las barreras al acceso a la APS requiere una comprensión profunda de las dinámicas socioculturales y contextuales que influyen en la prestación de servicios de salud.

La pandemia de COVID-19 exacerbó muchas de estas desigualdades, afectando de manera desproporcionada a las comunidades rurales y a los grupos vulnerables. Esto puso de manifiesto la necesidad urgente de fortalecer la APS como estrategia para mejorar la resiliencia de los sistemas de salud frente a crisis futuras (Delgado et al., 2023; Parrales et al., 2024). Asimismo, la pandemia reveló oportunidades para reconfigurar los sistemas de salud, integrando enfoques más inclusivos y sostenibles que respondan a las necesidades específicas de cada población (Quicaña, 2020).

Este artículo tiene como objetivo analizar las principales barreras y facilitadores en el acceso equitativo a la APS en América Latina, con un enfoque en las poblaciones más desfavorecidas.

Basado en una revisión exhaustiva de la literatura, este análisis busca contribuir al diseño de

políticas y estrategias que promuevan la equidad y la justicia social en el ámbito sanitario. En particular, se espera que los hallazgos aquí presentados sirvan como base para la formulación de intervenciones que garanticen una atención primaria más inclusiva, accesible y de calidad para todas las personas en la región.

Metodología

El presente estudio se llevó a cabo mediante una revisión sistemática de la literatura, siguiendo el enfoque establecido por el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La investigación se centró en identificar, filtrar, evaluar y seleccionar artículos relacionados con las limitaciones y facilitadores del acceso equitativo a la atención primaria de salud (APS) en América Latina. A continuación, se detallan los pasos seguidos en cada etapa del proceso:

Identificación

Se realizó una búsqueda exhaustiva de referencias en bases de datos científicas reconocidas, incluyendo PubMed, Scopus, ProQuest, Scielo, Medline, Google Scholar y Redalyc. Se utilizaron palabras clave como “*acceso equitativo a la salud*”, “*atención primaria*” y “*vulnerabilidad*”, combinadas con operadores booleanos para optimizar los resultados. La búsqueda se limitó a estudios publicados en los últimos 10 años y escritos en inglés o español, abarcando enfoques cualitativos y cuantitativos. En esta etapa, se identificaron inicialmente 200 artículos.

Filtración

Se eliminaron los artículos duplicados y aquellos que no estaban relacionados directamente con el acceso equitativo a la APS en América Latina. Asimismo, se descartaron documentos que no cumplían con criterios básicos de relevancia temática, como aquellos enfocados en contextos no vinculados a la región o a poblaciones vulnerables. Al finalizar esta etapa, se retuvieron 80 artículos.

Elegibilidad

Los artículos restantes fueron sometidos a una revisión más detallada para evaluar su calidad metodológica y pertinencia. Se excluyeron aquellos que no proporcionaban evidencia sólida, datos empíricos o análisis relevantes sobre las limitaciones o facilitadores del acceso a la APS. Además, se excluyeron estudios que carecían de un enfoque claro sobre las desigualdades en poblaciones vulnerables. Como resultado, 30 artículos cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Inclusión

En la etapa final, se seleccionaron 15 artículos que representaban las contribuciones más significativas y relevantes al tema de estudio, que se muestran en la tabla 1. La selección se basó en la profundidad del análisis, la calidad metodológica y su capacidad para abordar tanto las barreras como los facilitadores en el acceso equitativo a la APS.

Fuentes de Información

La revisión incluyó artículos originales y de revisión, reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y textos académicos relevantes. La diversidad de las fuentes permitió abarcar un panorama amplio de las limitaciones estructurales, económicas y culturales que influyen en el acceso a la APS en América Latina, así como identificar estrategias potenciales para mejorar la equidad en la provisión de servicios de salud.

Este enfoque sistemático garantizó la calidad y la validez de los resultados obtenidos, proporcionando una base sólida para el análisis y discusión de las dinámicas que afectan el acceso equitativo a la atención primaria de salud en la región.

Tabla 1: Artículos Encontrados y Principales Resultados

Año	Autores	Título del Artículo	Resultados Principales
2016	Álvarez et al.	Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores	Altos costos y falta de recursos afectan a los adultos mayores en Colombia.
2017	Nuño	El acceso y la atención sanitaria como reivindicaciones socio-políticas	Las desigualdades económicas y sociales dificultan el acceso equitativo.
2017	Echeogoyemberry et al.	Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de Derechos Humanos	La fragmentación del sistema limita el acceso basado en derechos humanos.
2018	Zalazar et al.	Factores contextuales, sociales e individuales como barreras y facilitadores para el acceso a la salud de mujeres trans	Discriminación estructural hacia mujeres trans afecta el acceso.
2020	Guimarães et al.	Acceso a servicios de salud por ribereños de un municipio en el interior del estado de Amazonas, Brasil	Falta de personal y recursos en áreas ribereñas limita la atención.
2020	Luengo et al.	Acceso y conocimiento de inmigrantes haitianos sobre la Atención Primaria de Salud chilena	Limitaciones culturales y lingüísticas en migrantes haitianos en Chile.

2020	Piedrahita et al.	Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales	Barreras económicas y organizativas en zonas rurales de Colombia.
2022	Bazualdo & Contreras	La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud	Pobreza y falta de seguros médicos limitan el acceso a la APS.
2022	Vargas	Sistemas de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México	Falta de financiamiento afecta la equidad en los servicios de salud en México.
2023	Agudelo et al.	Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos	Barreras estructurales y económicas limitan el acceso en Chocó, Colombia.
2023	Yepez	Universidad latinoamericana y el derecho social a la salud	Desigualdades estructurales afectan el derecho a la salud en universidades.
2023	Delgado et al.	Vigilancia Epidemiológica y la atención primaria en salud Post-Pandemia del Covid-19 en la Población vulnerable del Cantón Jipijapa	Carencias de recursos humanos y materiales tras la pandemia en Ecuador.
2023	Ferrer et al.	Desafíos del enfoque de competencias culturales para atender la salud de personas migrantes en Chile	La falta de sensibilidad cultural limita la atención a migrantes.
2024	Donado	Formulación de políticas públicas de equidad en Colombia: Aproximación sobre los Planes Decenales de Salud Pública	Necesidad de políticas públicas integrales para reducir inequidades.
2024	Parrales et al.	Cultura frente al coronavirus en los pueblos originarios: Desafíos y oportunidades	Pandemia profundizó desigualdades en comunidades indígenas.

Elaboración: propia.

Resultados

Con respecto a las limitaciones organizativas y estructurales para el acceso a la atención primaria en salud desde la perspectiva de uno o varios artículos, estas limitaciones constituyen un desafío en los sistemas de salud: especialmente de esas poblaciones más vulnerables. Las limitaciones sistémicas, tales como la falta de infraestructura y de recursos, el tiempo promedio de espera, la falta de horarios de atención y la burocracia, conforman una cadena de desigualdades en el acceso y cobertura, que viene a perjudicar a la población que más lo necesita (Yepez, 2023)). En este aspecto también, las limitaciones de recursos humanos y materiales son determinantes para la eficiencia y la cobertura de los servicios de salud y que estas situaciones se agravan en los campos.

En primer lugar, los autores coinciden en que la infraestructura del sistema de salud no está adecuadamente desarrollada para satisfacer la demanda y por lo tanto, se crean limitaciones de acceso a los servicios. Para el caso de las comunidades rurales y vulnerables, estas deficiencias son extremas. (Delgado et al., 2023) en el artículo, que estudia la Atención Primaria post-Covid en el Cantón Jipijapa, sugieren que la escasez de recursos humanos y materiales adecuados al sector y la fragmentación de los equipos de atención primaria compromete la posibilidad de los tiempos de respuesta ante las necesidades de salud de la población. Tales deficiencias en la estructura también están presentes en las ciudades y sus suburbios, como señala (Zalazar et al., 2018) en donde se investigan los problemas de acceso a la salud en Argentina para las personas transgénero. Aquí la discriminación estructural incluye la falta de servicios adaptados a las necesidades de este grupo. Además, otro punto recurrente es la excesiva burocratización y los requisitos administrativos que complican el acceso a los servicios de salud, particularmente en contextos de emergencia. Durante la pandemia de COVID-19, muchos de los sistemas de salud colapsaron debido a su incapacidad para flexibilizar las reglas administrativas y adaptarse a las circunstancias cambiantes, como se menciona en el artículo de (Ferrer et al., 2024) centrado en la atención intercultural en los pueblos indígenas durante la pandemia, donde las comunidades enfrentaron limitaciones adicionales debido a la falta de información clara y accesible sobre cómo acceder a los servicios en un contexto de emergencia. Este tipo de limitaciones según (Vargas, 2022) se agrava aún más cuando se añade la dimensión de la distancia geográfica, como ocurrió en las zonas rurales que fueron aisladas socialmente como consecuencia de las medidas de contención, donde los largos desplazamientos y la ausencia de transporte adecuado se suman a la carga burocrática.

La limitación de recursos humanos y materiales en los sistemas de salud, mencionada de manera recurrente en la literatura analizada, es una de las limitaciones más evidentes y estructurales que afectan a la calidad y cobertura de los servicios. En el estudio de (Guimarães et al., 2020) sobre la situación de los ribereños en el Amazonas, se muestra cómo la falta de médicos especializados y la escasez de personal de salud con formación intercultural genera brechas importantes en la atención. Esta escasez de profesionales de la salud, combinada con la insuficiencia de equipos y medicinas, lleva a que las personas tengan que esperar largas horas o viajar grandes distancias para recibir atención, si es que llegan a recibirla. En la investigación de (Donado, 2024), que aborda la formulación de políticas de salud en Colombia, se enfatiza que estas carencias en el personal no son exclusivas de áreas rurales, sino que también afectan las zonas urbanas periféricas, donde la

alta demanda y la escasa disponibilidad de personal generan tiempos de espera prolongados y un acceso limitado.

Es interesante observar que, en varios de los artículos, las limitaciones estructurales se ven agravadas por la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, lo que impide una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención. En el artículo de (Echeogoyemberry et al., 2017) , se aborda este problema desde la perspectiva de los derechos humanos, señalando que la falta de una red de atención integrada, donde los pacientes puedan ser referidos y tratados de manera continua, resulta en una atención fragmentada que perjudica principalmente a las poblaciones más vulnerables. Esta fragmentación también es mencionada por (Álvarez et al., 2016), que analiza la crisis de salud en Colombia, donde se destaca que la centralización de los servicios en áreas urbanas afecta gravemente a los adultos mayores en zonas rurales, quienes no pueden acceder a una atención integral debido a la desconexión entre los diferentes niveles de atención.

Otro aspecto interesante de subrayar es el efecto que las limitaciones estructurales tienen sobre el acceso de ciertas poblaciones como por ejemplo migrantes, pueblos originarios y grupos encumbrados. En el estudio de (Bernaes et al., 2017) en relación con la atención de salud de migrantes en Chile, se concluye que las limitaciones estructurales comprenden no solo la carencia de infraestructura y recursos humanos, sino también la incapacidad del sistema para satisfacer las necesidades específicas de estas poblaciones. La falta de intérpretes y la no existencia de programas específicos para migrantes hacen más complejas las condiciones de acceder a los servicios de salud. Igualmente, en el estudio de Parrales et al., (2024) que estudia el caso de los pueblos indígenas en la pandemia de coronavirus, se observa que las comunidades indígenas tienen encima no solo limitaciones físicas y estructurales, sino también la falta de integración de sus prácticas y creencias, que impide la integración de estas poblaciones en el sistema de salud formal.

Desde una perspectiva crítica, es evidente que existe una relación bidireccional entre la desigualdad social y las limitaciones organizacionales y estructurales dentro de los sistemas de salud. Los sistemas de salud que no logran abordar estas limitaciones solo sirven para reforzar las inequidades en la utilización de la atención médica, lo que generalmente es en gran detrimento de las poblaciones más desfavorecidas. Esto lleva a la necesidad de reformas estructurales profundas que tengan en cuenta no solo la infraestructura física y los recursos materiales, sino también la formación de recursos humanos, la reducción de la burocracia y la programación de los servicios

en una red bien organizada y accesible. En el estudio de (Lukosius et al., 2017) se señala cómo el fortalecimiento de los roles de práctica de enfermería avanzada podría ser una estrategia para evitar la escasez de médicos y mejorar la capacidad de resolución de problemas en áreas desatendidas donde la atención primaria es deficiente. Pero esta proposición requiere un apoyo político y financiero considerable para su implementación exitosa.

Por otra parte, uno de los mayores impedimentos para acceder a la atención primaria de salud de manera justa, especialmente para las poblaciones más vulnerables en América Latina, es que existen limitaciones económicas y financieras dentro de los sistemas de salud de esta región. A lo largo de la revisión de los artículos seleccionados, se mencionaron varios otros factores, como los altos costos de los servicios, la falta de seguros médicos y la pobreza, que junto con la 'gran brecha' limitaban la capacidad de las personas para acceder de manera oportuna y de calidad a la atención médica.

En primer lugar, un factor que se hace bastante evidente en la mayoría de los artículos es el problema de la pobreza y la posibilidad de atención en salud. Por ejemplo, el artículo elaborado por Nuño (Nuño, 2017) analiza cómo el riesgo de no poder costear la atención médica es un problema que afecta en un gran porcentaje a personas de bajos recursos que se encuentran fuera del sistema de salud formal. De forma parecida, el artículo de (Bazualdo y Contreras, 2022) explica cómo la pobreza en América Latina y la carencia de pólizas de seguro médico significan que muchas personas, y en especial quienes residen en el campo, no puedan obtener atención. Estas comunidades frecuentemente no tienen las finanzas para pagar el transporte a las instalaciones de salud, medicamentos y otros requisitos básicos, reforzando el ciclo de pobreza y exclusión.

El impacto de los costos médicos elevados también se evidencia en el estudio de Álvarez, et al (2016) que aborda las limitaciones económicas para los adultos mayores en Colombia. La insuficiencia de los recursos asignados al sector de la salud y los altos costos de los tratamientos para enfermedades crónicas dificultan el acceso de esta población a la atención médica. El artículo subraya que, aunque los adultos mayores son un grupo particularmente vulnerable, el sistema de salud no cuenta con suficientes mecanismos financieros para garantizar que reciban la atención necesaria, lo que agrava las disparidades en la atención sanitaria.

Además, la falta de acceso a seguros de salud adecuados se menciona en varios de los estudios. En el artículo de Bernal (2017) , se aborda cómo parte de la población migrante en Chile enfrenta limitaciones financieras relacionadas con la falta de previsión de salud, lo que les impide acceder

a los servicios médicos. Aunque existen normativas y estrategias que buscan garantizar el acceso a la salud de la población migrante, la realidad es que muchos de ellos no pueden costear los costos de regularización de sus documentos o acceder a un seguro de salud, lo que los deja fuera del sistema de atención primaria. Esta situación también es mencionada en el artículo de Zalazar, et al (2018), que analiza el acceso limitado a servicios de salud para mujeres trans en Argentina, muchas de las cuales recurren a clínicas privadas debido a las largas esperas en los hospitales públicos. La falta de seguros adecuados y los costos elevados de los tratamientos privados agravan las desigualdades de acceso a la atención.

Una cuestión clave más es que no hay recursos suficientes para implementar los programas de salud y esto naturalmente limita la capacidad de los sistemas de salud para responder a sus grupos objetivos – en este caso poblaciones vulnerables. El estudio de Agudelo et al (2023) que se centra en el acceso a servicios de salud mental en Chocó, Colombia, afirma que hay más de una barrera a la disponibilidad de recursos de salud mental para las personas: hay un subfinanciamiento crónico de los programas de salud mental. La dispersión de fondos no solo restringe la capacidad de los sistemas de salud para atender bien a sus pacientes, sino que también tiene un efecto adverso en la calidad de los servicios que reciben los pacientes. Este fenómeno se repite en Lukosius et al, (2017), que trata sobre las implicaciones de centrarse en la expansión de los roles de enfermería de práctica avanzada (APN) en primer lugar como medio para mejorar la eficiencia y reducir las desigualdades en la cobertura del sistema de salud en América Latina, donde el financiamiento es escaso.

La situación se hace más difícil en comunidades rurales e indígenas, donde las limitaciones económicas y financieras son incluso más acentuadas. Guimarães, et al., (2020) enfatizan que la población ribereña en la Amazonía enfrenta restricciones de transporte que dificultan el acceso a los servicios de salud ubicados en los centros médicos. Además, Parrales et al., (2024) explican cómo las poblaciones indígenas también se vieron afectadas económicamente por la pandemia de COVID-19, ya que la falta de recursos y el desempleo generalizado forzaron a muchas personas a prescindir de tratamientos o medicamentos necesarios. En tales comunidades, la pobreza y la falta de acceso a recursos financieros sirven como limitaciones que no solo limitan el acceso a los servicios de atención médica, sino incluso la capacidad de las personas para mantener un nivel mínimo de salud.

La crisis del COVID-19 no solo complicó, sino que colocó en una difícil situación económica y financiera a las poblaciones ya más vulnerables. Quincaña (2020) describen cómo la crisis sanitaria

incrementó el nivel de la pobreza en las zonas rurales donde muchas familias no podían pagar ni el transporte para la consulta médica o los costos asociados a la atención. Esta situación mostró cómo las desigualdades económicas dentro de los sistemas de salud en América Latina son incluso más críticas que antes, ya que las situaciones fuera de alcance durante la pandemia impidieron que los pacientes, durante el período crítico de la enfermedad, recibieran atención.

Con respecto a los facilitadores, algunos artículos sugieren algunas estrategias que podrían permitir un acceso más igualitario a los servicios de salud mediante la eliminación de las limitaciones económicas y financieras. El estudio de Parrales, et al., (2024) recomienda el uso de la medicina tradicional a las comunidades indígenas para bajar los costos de atención y aumentar la demanda por servicios. Además, Guimarães, et al., (2020) se refieren al uso de Unidades de Salud Básica Fluviales en la Amazonía que acercan los servicios de salud a las poblaciones ribereñas y reducen los costos de transporte. Estas estrategias no solo mejoran la atención, sino que también eliminan las restricciones económicas a la atención que afectan a las poblaciones más vulnerables.

El análisis de las limitaciones culturales y de aceptabilidad en el acceso a la atención primaria de salud en América Latina pone de relieve las limitaciones que enfrentan muchas comunidades para acceder a servicios de salud adaptados a sus contextos culturales. En una región caracterizada por la diversidad étnica y cultural, las diferencias culturales y lingüísticas, la preferencia por la medicina tradicional y la desconfianza en el personal de salud representan obstáculos importantes para la atención equitativa. Estas limitaciones afectan principalmente a las comunidades indígenas, minorías étnicas y poblaciones migrantes, que a menudo se sienten excluidas o marginadas del sistema de salud debido a la falta de sensibilidad intercultural.

Entre los millones de artículos leídos, hay algún trabajo que destaca la preferencia por la medicina tradicional de las comunidades indígenas y rurales en territorios donde tiende a encasillarse a estas poblaciones en un sistema sanitario formal. En la investigación de Ferrer, et al (2024) resalta como por el COVID, muchas comunidades indígenas acudieron a los definitivos y no a los convencionales, sino a sus tratamientos ancestrales. Esta preferencia por la medicina tradicional está inscrita en las culturas y las ideologías de las comunidades y es en este sentido que se construye una barrera de aceptabilidad hacia la medicina occidental. Pero dicha situación no se debe explicar sólo como un caso de resistencia cultural, sino también como la falta de adecuación cultural de los servicios de salud a las realidades de estas comunidades.

En este sentido, el estudio de Nuño (2017) examina las limitaciones culturales sufridas por las mujeres que, debido a su identidad de género no normativa, son etiquetadas por el personal de salud. Este tipo de discriminación que surge de prejuicios culturales y sociales dificulta no sólo la capacidad de buscar atención médica, sino que también fomenta la desconfianza en el sistema de salud. Las personas evitan acudir a las instalaciones médicas por temor a ser maltratadas o desestimadas, restringiendo así seriamente su acceso a los servicios de atención médica. Este caso destaca el hecho de que el estigma cultural y social puede erigir una barrera de aceptabilidad que impide que el sector vulnerable de la comunidad busque la atención médica apropiada.

El rechazo hacia el profesionalismo médico por parte de la población también se ha mostrado como una barrera en varios de los artículos. Del estudio Luengo, et al., (2020) se sabe que los inmigrantes haitianos en Chile tienen limitaciones lingüísticas y culturales que limitan su acceso a la atención de salud. De ellos, a muchos no les gusta el español, y por esa razón, no pueden interactuar con los profesionales de la salud, lo que genera desconfianza y falta de conocimiento sobre el funcionamiento. Además, la falta de proveedores de salud capacitados que estén expuestos o conozcan la necesidad de tales culturas empeora tales casos. Sin embargo, esto también se trata en el estudio de Parrales (Parrales et al., 2024), que menciona cómo la falta de sensibilidad cultural en los sistemas de salud convencionales incluso durante la pandemia agravó los problemas de acceso para los grupos indígenas.

Otro aspecto clave es el maltrato que algunas comunidades enfrentan en los centros de salud, lo que crea una barrera de aceptabilidad para acceder a los servicios. En la exposición de Zalazar, et al., (2018), se destaca el estigma y la discriminación que sufren las mujeres trans en Argentina cuando acuden a los centros de salud. Estas mujeres son frecuentemente asociadas con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, lo que genera actitudes negativas y maltrato por parte del personal de salud. Como resultado, muchas de ellas prefieren evitar los hospitales y centros de salud, lo que las deja sin acceso a tratamientos esenciales. Este maltrato también se menciona en el Bernales, et al (2017), que aborda cómo los migrantes internacionales en Chile, debido a su situación legal y su origen cultural, a menudo son tratados de manera despectiva por el personal de salud, lo que limita su acceso a la atención primaria.

La falta de adaptación de los sistemas de salud a las necesidades interculturales es una de las limitaciones más destacadas en los estudios revisados. El estudio de Delgado, et al., (2023) menciona que, en Jipijapa, Ecuador, después de la pandemia de COVID-19, se evidenció la falta

de programas de salud adaptados a las realidades culturales y sociales de las comunidades vulnerables. La segmentación y centralización del sistema de salud impiden que las poblaciones rurales e indígenas accedan a servicios que respeten sus creencias y prácticas culturales, lo que genera un rechazo hacia el sistema de salud formal. Esta falta de adaptación cultural también se refleja por Lukosius et al., (2017), que aborda cómo la introducción de enfermeras con práctica avanzada (EPA) podría mejorar el acceso a la atención primaria, pero solo si estas profesionales están capacitadas en enfoques interculturales que respeten y comprendan las realidades locales.

La inclusión del personal de salud en programas de salud tradicionales y el enfoque intercultural son citados por varias investigaciones como algunos de los elementos que pueden garantizar un enfoque equitativo en la prestación de los servicios de salud en sus respectivos países. El artículo Parrales et al., (2024) sin embargo sugiere que de las comunidades indígenas al sistema de salud que a la incorporación de la medicina tradicional en los protocolos de salud pública. Además, Ferrer, et al., (2024) sugieren que la formación del personal de salud en el enfoque interseccional promovería una comprensión adecuada de las necesidades culturales de las comunidades indígenas y, por lo tanto, de las comunidades con los profesionales.

Discusión

La discusión sobre las limitaciones en los sistemas de salud de América Latina encuentra respaldo y contraste en los autores revisados, quienes coinciden en destacar una combinación de factores estructurales, económicos y culturales como principales barreras para el acceso equitativo a la atención primaria de salud. Estas perspectivas enriquecen el análisis al aportar evidencias empíricas y propuestas contextuales que subrayan la necesidad de transformaciones profundas en los sistemas de salud de la región.

Sobre las limitaciones organizativas y estructurales, los autores destacan la insuficiencia de recursos humanos y materiales como una barrera recurrente. Por ejemplo, Yopez (2023) y Delgado et al. (2023) subrayan que la falta de personal capacitado y la fragmentación de los equipos de atención en comunidades rurales exacerban la exclusión de las poblaciones vulnerables. Esta observación coincide con lo señalado por Echeogoyemberry et al. (2017), quienes enfatizan que la segmentación de los sistemas de salud limita la continuidad de la atención, afectando principalmente a los sectores más desfavorecidos. Además, Ferrer et al. (2024) destacan que la

burocratización excesiva y la centralización administrativa dificultaron la respuesta a emergencias, como se evidenció durante la pandemia de COVID-19.

En términos económicos, Álvarez et al. (2016) señalan que los altos costos de los servicios de salud y la falta de cobertura de seguros médicos son factores determinantes que limitan el acceso, especialmente para los adultos mayores en Colombia. Esta perspectiva es respaldada por Bazualdo y Contreras (2022), quienes identifican que la pobreza estructural y la falta de financiamiento público son barreras que afectan la sostenibilidad y calidad de los servicios de salud en América Latina. Paralelamente, Guimarães et al. (2020) evidencian cómo estas carencias se agravan en comunidades ribereñas, donde la falta de transporte adecuado y la imposibilidad de costear medicamentos esenciales limitan severamente el acceso.

Las barreras culturales son ampliamente discutidas en la literatura. Ferrer et al. (2024) y Pinales et al. (2024) coinciden en que la falta de sensibilidad intercultural por parte del personal de salud crea desconfianza en las comunidades indígenas y migrantes. Luengo et al. (2020) añaden que las diferencias lingüísticas, como las experimentadas por inmigrantes haitianos en Chile, dificultan la interacción con el sistema de salud, exacerbando la exclusión. Por su parte, Zalazar et al. (2018) enfatizan que las mujeres trans enfrentan discriminación y estigmatización, lo que las disuade de buscar atención médica, reforzando las barreras de aceptabilidad. Estos hallazgos coinciden con Bernales et al. (2017), quienes destacan la falta de adaptación de los sistemas de salud a las necesidades culturales de los migrantes en Chile.

En conjunto, los autores analizados reflejan una convergencia entorno a la necesidad de transformar los sistemas de salud de América Latina para abordar estas limitaciones. Aunque algunos, como Lukosius et al. (2017), proponen soluciones centradas en el fortalecimiento de los roles de enfermería avanzada como una estrategia para ampliar la cobertura, otros, como Donado (2024), destacan la importancia de implementar políticas públicas integrales que prioricen la equidad en la atención. Estas propuestas sugieren que las barreras económicas, estructurales y culturales no deben abordarse de manera aislada, sino como un sistema interconectado que requiere soluciones integrales.

La revisión de los artículos demuestra que las limitaciones no son meramente técnicas, sino reflejos de desigualdades históricas y políticas económicas que han priorizado la eficiencia sobre la equidad. Este análisis es consistente con los hallazgos de Vargas (2022), quien señala que el déficit de financiamiento público perpetúa la desigualdad y limita la efectividad de las estrategias de

atención primaria. Al mismo tiempo, las propuestas de integración de medicina tradicional (Parrales et al., 2024) y la capacitación en sensibilidad cultural (Ferrer et al., 2024) evidencian que las soluciones deben considerar no solo la estructura del sistema, sino también las realidades socioculturales de las poblaciones atendidas.

Conclusiones

La falta de infraestructura adecuada, la deficiente distribución de recursos y la fragmentación de sistemas de salud constituyen una de las limitaciones organizativas y estructurales que afectan el acceso adecuado a la atención primaria de salud. Generalmente, estas limitaciones cuentan con mayor notoriedad en las poblaciones rurales y vulnerables donde aún existe poca (o escasa) contratación de personal calificado, así como del requerimiento de infraestructuras sanitarias para la prestación de servicios de salud. De esta forma, la promoción de la equidad representa un fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular el desarrollo de la atención primaria de salud, y una distribución más equitativa en la disponibilidad de recursos.

Y las limitaciones económicas y financieras, tales como el costo de los servicios básicos de salud y la baja distribución de beneficiarios activos en los seguros médicos, afectan a los más vulnerables de la sociedad tales como migrantes y comunidades empobrecidas en particular. Estas limitaciones impiden que las personas busquen atención por enfermedades o daños al cuerpo en el momento oportuno. Para contrarrestar estas limitaciones, es vital que los gobiernos de los países incrementen el gasto público para la salud, implementen políticas de protección social que sean más amplias y reduzcan los pagos directos que tiene que realizar el usuario, de tal manera que se facilite el acceso a la atención primaria de salud.

La interrelación de factores interculturales, factores de atención y confianza en los prestadores de salud por parte de las comunidades indígenas, las minorías étnicas o migrantes que tienden a recurrir a la medicina tradicional o a evitar los servicios de salud formales hace que estas comunidades se sientan excluidas. La interrelación entre los factores de interculturalidad y las limitaciones de aceptabilidad son profundizadas por la falta de adecuación intercultural de los sistemas de salud. Para ello, es fundamental que las comunidades sean capaces de adaptar sus sistemas de salud a través de la capacitación intercultural de sus profesionales y la adaptabilidad e integración de la medicina tradicional en los primeros niveles de atención.

Referencias

1. Agudelo, F., García, J., Salazar, L., Vergara, W., Padilla, M., & Moreno, B. (2023). Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: Barreras y desafíos. *Panamericana de Salud Pública*, 47(e138), 1–9. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2023.v47/e138/es>
2. Álvarez, G., García, M., & Londoño, M. (2016). Crisis de la salud en Colombia: Limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *CES Derecho*, 7(2), 106–125. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a09.pdf>
3. Bazualdo, E., & Contreras, R. (2022). La importancia de las barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Ciencia Latina*, 6(6), 973–998. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3590/5428>
4. Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Salud Pública*, 34(2), 167–175. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n2/a02v34n2.pdf>
5. Delgado, D., Villacreses, E., Acuña, M., & Parrales, A. (2023). Vigilancia epidemiológica y la atención primaria en salud post-pandemia del COVID-19 en la población vulnerable del cantón Jipijapa. *Ciencia Latina*, 7(2). <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5770/8732>
6. Donado, C. (2024). Formulación de políticas públicas de equidad en Colombia: Aproximación sobre los planes decenales de salud pública. *Summa*, 6(2), 1–17. <https://aunarcali.edu.co/revistas/index.php/RDCES/article/view/337/235>
7. Echeogoyemberry, M., Castiglia, G., Yavich, N., & Báscolo, E. (2017). Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de derechos humanos. *Conicet*, 6(15), 10–32. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/79276/CONICET_Digital_Nro.6b64017d-7946-469a-b277-bbb5958558d1_A.pdf
8. Ferrer, M., Jaramillo, M., Chepo, M., Muñoz, N., Ambiado, C., & Tijoux, M. (2024). Desafíos del enfoque de competencias culturales para atender la salud de personas migrantes en Chile. *Migraciones Internacionales*, 15(7), 1–24. <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/2726/2310>

9. Gil, J., & Acosta, N. (2021). Participación social para la construcción de un modelo integral en salud con poblaciones rurales. *Ciencias Sociales*, XXVI(e-4), 548–559. <https://doi.org/file:///D:/Downloads/Dialnet-ParticipacionSocialParaLaConstruccionDeUnModeloInt-8145540.pdf>
10. Giraldo, A., & Vélez, C. (2013). La atención primaria de salud: Desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384–392. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413?via%3Dihub>
11. Guimarães, A., Maciel, V., Alves, K., & da Silva, M. (2020). Acceso a servicios de salud por ribereños de un municipio en el interior del estado de Amazonas, Brasil. *Rev Pan Amaz Saude*, 11(e20), 1–7. http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v11/es_2176-6223-rpas-11-e202000178.pdf
12. Luengo, C., Acuña, B., Baltra, A., Bravo, A., Cortez, D., & Morales, I. (2020). Acceso y conocimiento de inmigrantes haitianos sobre la atención primaria de salud chilena. *BENESSERE: Revista de Enfermería*, 5(1), 21–31. <https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/2719/2669>
13. Lukosius, D., Valaitis, R. M., Donald, F., Moran, L., & Brousseau, L. (2017). Advanced practice nursing: A strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Lat Am Enfermagem*, 25(e2826). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28146177/>
14. Mesa, D., Espinoza, Y., & García, I. (2022). Reflexiones sobre bioética médica. *Revista Médica*, 44(2), 413–424. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v44n2/1684-1824-rme-44-02-413.pdf>
15. Naciones Unidas. (2023, 19 de julio). Seminario internacional “Las desigualdades de acceso a la salud: La centralidad de la atención primaria de salud para avanzar hacia la salud universal”. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/eventos/seminario-internacional-desigualdades-acceso-la-salud-la-centralidad-la-atencion-primaria>
16. Nuño, N. (2017). El acceso y la atención sanitaria como reivindicaciones socio-políticas: Reconstruyendo la salud global desde los márgenes. *Revista de Antropología Social*, 26(1), 73–91. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/56043/50733>
17. Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Salud Universal*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

18. Parrales, J., Anchundía, M., & Carvajal, J. (2024). Cultura frente al coronavirus en los pueblos originarios: Desafíos y oportunidades. *Revista Social Fronteriza*, 4(5), 1–35. <https://www.revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/article/view/396/726>
19. Piedrahita, L., Valencia, A., Palacios, L., Gómez, S., Acevedo, Y., & Arias, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: Percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29–38. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n2/0121-7577-hpsal-25-02-00029.pdf>
20. Quicaña, E. (2020). Efectos de la COVID-19 en la economía rural de América Latina. *Panorama Laboral en Tiempos de la COVID-19*, 1–30. https://doi.org/file:///D:/Downloads/wcms_760656.pdf
21. Sánchez, M., Sol, M., Canadell Rusiñol, J., Fürstenheim, E., Gómez, E., & Moya, M. (2024). Barreras y facilitadores en el acceso y la utilización de los centros de atención primaria para las personas en situación de sinhogarismo. *Atención Primaria*, 56(9). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265672400091X?via%3Dihub>
22. Vargas, M. (2022). Sistemas de salud: Garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 35, 391–421. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rlds/n35/2448-7899-rlds-35-391.pdf>
23. Villagrán, K., Hernández Rincón, E., & Jaimes Peñuela, C. (2024). La comunicación con población cultural y lingüísticamente diversa desde la atención primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 50(4). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359323002290>
24. Yopez, P. (2023). Universidad latinoamericana y el derecho social a la salud. *ReciMed*, 37(2), 1–19. <https://doi.org/file:///D:/Downloads/3710-21491-1-PB.pdf>
25. Zalazar, V., Arístegui, I., Cardozo, N., Sued, O., Rodríguez, A., Frola, C., & Pérez, H. (2018). Factores contextuales, sociales e individuales como barreras y facilitadores para el acceso a la salud de mujeres trans: Desde la perspectiva de la comunidad. *Actualizaciones en Sida e Infectología*, 26(98), 40–53. <https://revista.infectologia.info/index.php/revista/article/view/22/21>