

Artículo Científico

Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud de la población de 18 a 70 años que vive en el área de influencia del Centro de Salud Público Cerro Verde, Cochabamba, 2019**Barriers and facilitating factors in access to healthcare among population from 18 to 70 years old, living near to the Cerro Verde Public Health Center, Cochabamba, 2019**

Liseth L. Arias López 1. Alfredo Aramayo 2. Elizabeth Flores 3.

Equipo responsable del trabajo de campo: Est. Fernando Asturizaga Camacho; Est. Christian Vladimir Dolz Tejerina; Est. Alejandra Espinoza Vargas; Est. José Dayan Tordoya Céspedes; Est. María Alejandra Pecorani Añez; Est. José Luis Orsolini Jiménez; Est. Raiza Pardo Mejía

1. Médico. Magíster en Salud Pública con mención en epidemiología. Jefa del ciclo clínico de la Carrera de Medicina de la Universidad Privada del Valle. Docente de Post grado de la Universidad Mayor de San Simón y de la Universidad Siglo XX. Participó como investigadora nacional e internacional en temas de políticas de salud, VIH, género, niñez y adolescencia, con más de 19 años de experiencia profesional. Universidad Privada del Valle, Cochabamba. lariasl@univalle.edu

2. Médico. Diplomado en Gerencia de Proyectos de Desarrollo en Salud USAID. Diplomado en Investigación. Postgrado en Salud Pública con Mención en Gerencia de Sistemas de Salud. Postgrado en Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional. Coordinador Adjunto de Investigación en Salud, Universidad Privada del Valle, Cochabamba. aaramayoa@univalle.edu

3. Médico. Postgrado en Salud Pública con mención en Gerencia de Sistemas de Salud. Diplomado en Educación Superior. Diplomado en Gestión de Instituciones Sociosanitarias. Diplomado en Gestión de Calidad y Auditoría Médica. Médico clínico del Hospital Psiquiátrico SJDD. Docente de Administración Hospitalaria Universidad Privada del Valle, Cochabamba. efloresa@univalle.edu

RESUMEN

La posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere es la expresión de la cobertura universal; es entonces cuando se habla del acceso efectivo. Para conocer la situación actual se planteó el presente estudio, cuyo objetivo fue determinar las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención en salud de la población que habita en el área de intervención del Centro de Salud Público de Cerro Verde. Es así como se diseñó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo.

El tamaño muestral fue de 245 encuestas, utilizando un cuestionario estructurado con información sobre las características sociodemográficas, el empleo de los servicios de salud y la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios prestados. El estudio

demonstró que, entre las personas que acudieron al centro de salud en los últimos 12 meses, la mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de accesibilidad y de contacto, en cambio la dimensión de aceptabilidad podría ser reconocida como un elemento facilitador.

Así mismo, es importante resaltar la opinión que tienen los usuarios respecto al acercamiento social y cultural para la utilización de los servicios de salud. Con estos resultados podemos afirmar que, si bien existieron avances en lo que se refiere a acceso efectivo en nuestro país, aún persiste la necesidad de enfocar nuestros esfuerzos en mejorar la calidad de los servicios de salud y se requerirá una acción conjunta con otros sectores para reducir las barreras y facilitadores identificados en el presente estudio.

Palabras clave: Acceso a los servicios de salud. Barreras de acceso en Salud. Equidad en Salud. Facilitadores de acceso a la Salud. Sistema de salud.

ABSTRACT

The possibility that each person must use the health services when is required is the expression of universal coverage; it is when we talk about effective access. In order to know the current situation, we proposed the present study with the objective to determine the barriers and facilitating elements of access to health care of the population that lives in the intervention area of Cerro Verde Public Health Center. This study was descriptive, cross-sectional and qualitative.

The sample was 245 surveys, using a structured questionnaire with information of sociodemographic characteristics, the use of health services and the availability, accessibility and quality of the services provided. The study showed that, among the people who went to the health center in the last 12 months, the highest proportion of barriers of accessibility and contact, instead the dimension of acceptability was recognized as a facilitating element.

It is also important to highlight the perception that users have regarding to the social and cultural during the use of health services. With these results we can appreciate the advances in terms of effective access in our country, but it is still necessary to focus our efforts improving the quality of health services and reduce the barriers and facilitators identified in the present study joining actions with other sectors.

Keywords: Access to health services. Access barriers in health. Facilitators of access to health. Health system. Health equity.

INTRODUCCIÓN

La importancia de la salud es reconocida tanto por su valor intrínseco, como por el rol que juega en el desarrollo humano y social; es así como las

sociedades con mayor capacidad de asegurar la salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo humano, de forma individual como colectiva (1).

El derecho a la salud fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, y puesto en vigor en 1976. Este reconoce que toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud, y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población.

Estos determinantes sociales de la salud (DSS), definidos como "aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud", incluyen las características del contexto social por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive y trabaja se traducen en efectos sobre la salud (1).

El sistema sanitario por sí mismo viene a ser un determinante de la salud; ya que interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales, y tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud, a través del acceso equitativo a los servicios de atención (2); se le ha asignado el derecho a la protección de la salud, esto significa la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria (1).

Es por todo esto que la Asamblea Mundial de la Salud ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, haciendo especial énfasis en la equidad, ya que esta promueve que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y que nadie esté en desventaja para alcanzarlo (2).

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norte América cita tres elementos principales para las instituciones prestadoras de servicios de salud, particularmente en el ámbito del sector público: el acceso, la calidad y los costos (1); en este sentido, resulta relevante definir primero el concepto de acceso a los servicios de salud.

1. Acceso y Salud

Se considera accesibilidad como el grado de ajuste entre las necesidades de los usuarios y los recursos de la atención de salud (2). Según Abedis Donabedian, el acceso es resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos (2). Donabedian, en su libro *Aspects of Medical Care Administration*, afirma que: “La prueba de acceso es el uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación, y que el acceso puede en consecuencia ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad” (3).

Según Andersen y Aday, por su parte, sostienen que el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo; así como la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario. En este sentido, enfatizan el modo en cómo las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales, a su vez, influyen en la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Andersen y Davidson, por otro lado, identifican cuatro dimensiones de las cuales depende el acceso: características contextuales (sistema de salud, familia y comunidad); características individuales; conductas de salud y resultados. Estos autores consideran que las características contextuales e individuales determinan las conductas de salud y los resultados del proceso de acceso, las cuales retroalimentan a las otras dimensiones (2).

Por su parte, Tanahashi incorpora el concepto de acceso en su "Modelo de Cobertura Efectiva", definiendo cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz; plantea que en el proceso de acceso existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del sistema de salud como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención.

Este modelo es útil para analizar la equidad en el acceso a la atención sanitaria porque facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno de tales grupos (2).

Según lo mencionado por Hirmas (2013), el modelo de Tanahashi considera cinco etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva:

- I) Disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información;
- II) accesibilidad, asociada a accesibilidad física como: distancia, conectividad, existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo;
- III) aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros;
- IV) contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención; y
- V) cobertura efectiva (2).

Este modelo menciona que el acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos identificables en las distintas fases del modelo, donde hay grupos sociales -en general las poblaciones más vulnerables- que enfrentan diversas barreras y no tienen contacto con los servicios (2).

Otro modelo mencionado es el planteado por la Royal Society of Medicine, que considera que el concepto de acceso debe abordarse al menos en tres dimensiones:

I) Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etc.

II) Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.

III) La existencia de barreras para la utilización de los servicios, pudiendo estas ser:

a. Barreras personales: el reconocimiento por el paciente de sus necesidades de servicios y de buscar atención médica representan el primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas que tiene el paciente en relación con el servicio.

b. Barreras económicas: importantes sobre todo cuando se trata de servicios del sector privado. Aunque a pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta y que los pacientes no pueden pagar como: tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental, etc.

c. Barreras organizacionales: diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos.

d. Barreras sociales y culturales: se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos (1).

Tomando en cuenta ambos modelos, cobran importancia para este análisis las barreras de acceso a los servicios de salud, que se definen como aquellos “factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que estos grupos accedan a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud” (3). Las barreras también pueden ser organizadas desde la oferta y la demanda.

Las barreras de oferta se identifican porque tienen que ver con aspectos organizacionales o institucionales: como lo es la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, se escuchan expresiones como “muchos trámites para la cita” y el “no lo atendieron”, y respecto a la calidad del servicio como es el caso de “mal servicio o cita distanciada en el tiempo”.

Las barreras relacionadas con la demanda de salud como la falta de dinero, que impiden que las personas puedan utilizar los servicios médicos. Dentro de las barreras de demanda se pueden identificar tres tipos: el primero, relacionado con los costos asociados a la demanda del servicio, como la “falta de dinero” o “no tuvo tiempo”. El segundo, tiene que ver con la percepción que se tiene sobre la gravedad del problema de salud, donde se encuentra “el caso era leve”; por último, las barreras relacionadas con la cultura y el conocimiento acerca del Sistema de Salud, tal es el caso de “no confía en los médicos”.

A esto se agrega un cuarto tipo de barrera de demanda que trata de las barreras geográficas como una forma de exclusión que se expresa en la dificultad que tienen las personas para acceder de manera oportuna y adecuada a los servicios de salud, estas barreras pueden ser:

- a) Dificultades propias de la localización de su comunidad;
- b) carencia de vías de comunicación adecuadas;
- o
- c) distribución física de los servicios de salud.

2. Descripción de la zona de estudio

Ahora bien, en lo que respecta a la zona de Cerro Verde, tiene una extensión aproximada de 90 hectáreas; está situada en la zona sudeste de la ciudad de Cochabamba, limita al este con la Laguna Alalay-Círculo Bolivia; al oeste con las Avenidas Barrientos y Pulacayo; al norte con el área del Casco Viejo y al sud con la Avenida Suecia (4).

El área se caracteriza por ser una zona de migrantes, en mayor porcentaje del área rural, especialmente de La Paz, Oruro y Potosí; como ocupación, la gran mayoría de ellos tiene actividad comerciante ambulatoria en los diferentes mercados, u otros con múltiples actividades.

El idioma que habla la población incluye principalmente español, quechua y aimara. En su mayoría son inquilinos temporales, existen pocos dueños de casas. El área de influencia del C.S. Cerro Verde incluye a 9 Organizaciones Territoriales de Base OTB del distrito 6 (10).

La Zona cuenta con un Centro de Salud que ofrece servicios a una población de 26.685 personas, aproximadamente, según la entrevista realizada a la Dra. Z. Lucas, Directora del Hospital, principalmente a aquellas de bajo ingresos.

La organización se enfoca particularmente tanto en la prevención de enfermedades como en la provisión de asistencia médica (pediatría, ginecología, laboratorio, psicología y atención médica general) (10).

Con relación al equipamiento e instrumental para hacer exámenes e identificar enfermedades, según entrevista con la administradora del centro, este es aún insuficiente. Además, el centro manda a miembros del personal a hacer visitas frecuentes a las comunidades rurales con el objetivo de educar a los adolescentes sobre la salud sexual, higiene personal y prevención de enfermedades (5).

El centro de salud está situado a 20 minutos del centro de la ciudad. La Dra. Lucas dijo: “el horario de atención es de 7:30 A.M. a 7:30 P.M, para ello se cuentan con: cinco médicos, 4 auxiliares de enfermería, un técnico de laboratorio, una bioquímica farmacéutica, un guardia, un personal de limpieza, una portera, tres personas de admisiones, divididos en 2 turnos” (10).

El centro tiene varias falencias como: la falta de transporte para derivar pacientes, que se vio plasmado en lo que dijo la anterior directora del centro, M. Ferreira: “Necesitamos con urgencia una ambulancia para derivar a los pacientes; como no tenemos, ellos deben ir en taxi o los llevo en mi carro” (6). En entrevista con la directora actual, no hay necesidad de este medio, ya que, como argumentó: “contamos con más servicios de salud cercanos que pueden ayudar en casos más graves, por eso el Ministerio no nos proveyó de una ambulancia” (10).

Entonces, a partir de este análisis contextual, se planteó la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que afectan el acceso de la población de Cerro Verde al Servicio de Salud Cerro Verde?

Desde la cual se formuló como objetivo general: Determinar las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención en salud de la población que habita en el área de intervención del Centro de Salud de Cerro Verde, a fin de orientar la toma de decisiones en el sector.

METODOLOGÍA

Este es un estudio transversal cuantitativo, exploratorio y descriptivo que recolecta datos primarios obtenidos en junio del 2019, en la zona Cerro Verde de la ciudad de Cochabamba. El área de estudio fue la zona de Cerro Verde, que fue escogida por ser una zona relativamente grande, cuenta con una población de 26.685 habitantes aproximadamente, que viven en condiciones desfavorables, ya que en su mayoría son población migrante, con alto grado de analfabetismo, donde gran parte son comerciantes informales (10).

Previo a la aplicación de las encuestas, se trabajaron 30 encuestas piloto en la zona, donde 65% contestó que el servicio responde a las necesidades de salud, y 35% indicó no estar satisfecho con el servicio de salud. Obteniendo estos resultados, se empleó una fórmula de distribución normal Z con universo conocido, consiguiendo el tamaño de la muestra de 245 encuestas, de las cuales se descartaron 6 por no cumplir con la calidad necesaria en las respuestas.

Para la recolección de datos se usó una muestra intencional haciendo un barrido de las casas más cercanas hacia las más alejadas al centro de salud en un periodo de dos días, asegurando su pertenencia a la zona Cerro Verde a través de la pregunta “¿Usted vive en una de las OTB perteneciente a la zona de Cerro Verde?” Asimismo, se aseguró que no hubieran sido encuestados previamente a través de la pregunta de rastillaje sobre si habían participado anteriormente de la encuesta.

Para la colecta de datos cuantitativos se utilizó un cuestionario estructurado con información sobre las características sociodemográficas, la utilización de los servicios de salud, y su percepción sobre la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios prestados.

Para la evaluación de la accesibilidad fueron consideradas 3 dimensiones, siguiendo el modelo de Tanahashi:

- a.** La accesibilidad organizacional-administrativa, coherente con requisitos administrativos para la atención, la modalidad para obtener fichas de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo; y la accesibilidad física.
- b.** La aceptabilidad, relacionada con la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad.
- c.** Contacto con el servicio, entendido como

la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención.

En la dimensión de accesibilidad organizacional-administrativa, las variables de estudio consideradas fueron: tiempo de espera entre marcar la consulta y la atención; y pagos por los servicios obtenidos. Esas variables fueron categorizadas en: suficiente, regular, e insuficiente. En la accesibilidad geográfica la variable de estudio considerada fue el medio utilizado para llegar a la unidad de salud (a pie/ transporte público, transporte privado).

En el análisis de calidad, se tomaron en cuenta variables como: el respeto que tiene el personal de salud por las costumbres de los pacientes y por el idioma que hablan. Los indicadores de contacto con el servicio nos permitieron analizar la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de atención, las variables utilizadas estuvieron relacionadas a la percepción de la calidad considerando las categorías bien/regular o mal. Se consideró tiempo de duración de la atención, solución del problema de salud, y el trato recibido en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista por cualquier motivo relacionado a su salud.

El análisis de los datos fue realizado, primeramente, presentando la descripción de distribución de frecuencias relativas de las variables relacionadas a la accesibilidad, aceptabilidad y contacto con servicio. Los datos fueron procesados y analizados con la utilización del SPSS.

Para la colecta de datos cualitativos se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas con los proveedores y autoridades e informantes clave del servicio de salud. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente. Para asegurar la calidad de los datos se trianguló la información entre las encuestas y las entrevistas.

RESULTADOS

De un total de 250 individuos de la muestra original, 239 (95,6%) participaron de este estudio. Fueron excluidos 11 con registros incompletos.

Analizando el empleo del Centro de Salud Cerro Verde, se observó que 134 individuos (56%) utilizaron algún servicio en el último año. La no utilización de los servicios de salud durante

los últimos 12 meses en el restante 44% de los encuestados fue clasificada también siguiendo el modelo de Tanahashi, y las barreras que aparecieron con mayor frecuencia estuvieron en la dimensión de contacto con el servicio (30,48%); la dimensión de accesibilidad (16,19%); no necesitaron (48,57%) y otros 4,76% (Tabla 1). La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de contacto y de accesibilidad

Tabla 1. Razones de no utilización del Centro de Salud Público Cerro Verde durante los últimos 12 meses

Indicadores de accesibilidad	n	%
Indicadores de contacto con el servicio		
Mala atención	16	15,24%
Prefiere otro servicio de salud	16	15,24%
Indicadores de accesibilidad		
Distancia	8	7,62%
Falta de tiempo	5	4,76%
Demora en la atención	4	3,81%
No tuvieron necesidad		
Cuentan con seguro de salud 2	8	26,67%
No necesitó	18	17,14%
Otros	10	9,5%
TOTAL	105	100%

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada en Cerro Verde, 2019.

Entre los encuestados que utilizaron el servicio de salud en los últimos 12 meses se analizaron los indicadores de acceso, considerando tres indicadores: de accesibilidad, de aceptabilidad y de contacto, que están representados en las Tablas 2, 3 y 4.

De los indicadores de accesibilidad, el tiempo de espera para recibir una consulta fue mayor a media hora por aproximadamente 9 de cada 10

informantes; además, el predominio (64,9%) de la forma de desplazarse a pie hasta el servicio de salud fue destacado; seguido del uso del servicio público, en entrevista con el Dr. Barrón, odontólogo del centro de salud, este refirió la existencia de micros y trufis a precios accesibles, pero que demoran en llegar por la lejanía de la zona (11); finalmente, mencionar que la accesibilidad financiera fue muy positiva.

Tabla 2. Distribución de frecuencia de los indicadores de accesibilidad al Centro de Salud Público Cerro Verde

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD	n	%
Tiempo de espera para recibir una consulta		
Más de 60 minutos	85 6	3,4%
De 30 a 60 minutos	9 3	29,1%
Menor a 15 minutos	0 1	7,5%
Medio utilizado para llegar al centro de salud		
A pie	87 6	4,9%
Público	6 3	26,9%
Privado	11 8	,2%
Pago realizado para recibir una consulta		
No realizaron ningún pago	101	75,4%
Realizaron algún tipo de pago	33 2	4,6%

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada en Cerro Verde, 2019.

La aceptabilidad de los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Cerro Verde respecto a la percepción de factores culturales, de creencias e idioma fue bastante positiva, ya que 82,1% considera que en ese servicio se respetan sus costumbres y tradiciones.

Tabla 3. Distribución de frecuencia de los indicadores de aceptabilidad del Centro de Salud Público Cerro Verde

Indicadores de los facilitadores	Percepción sobre la calidad de servicio		
	Adecuado n (%)	Inadecuado n (%)	TOTAL n (%)
Respeto de su costumbre y tradiciones	110 (82,1%)	24 (17,9%)	134 (100%)
Entienden su idioma	129 (96,3%)	5 (3,7%)	134 (100%)

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada en Cerro Verde, 2019.

La aceptabilidad de los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Cerro Verde respecto al trato recibido por el personal de salud fue percibida como mala por 33,6% (n=45) de los entrevistados. Existe una percepción negativa del tiempo de duración de la consulta, ya que 46,3% (n=62) lo considera inadecuado y, finalmente, tan solo 65,7% (n=88) sienten que le solucionaron el problema de salud por el que acudieron a recibir la atención.

Tabla 4. Distribución de frecuencia de los indicadores de contacto con el Centro de Salud Público Cerro Verde

Indicadores de los facilitadores	Percepción sobre la calidad de servicio		
	Adecuado n (%)	Inadecuado n (%)	TOTAL n (%)
Trato recibido del personal de salud	89 (66,4%)	45 (33,6%)	134 (100%)
Tiempo de duración de la atención	72 (53,7%)	62 (46,3%)	134 (100%)
Solución del problema de salud por el que acudió a consulta	88 (65,7%)	46 (34,3%)	134 (100%)

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada en Cerro Verde, 2019.

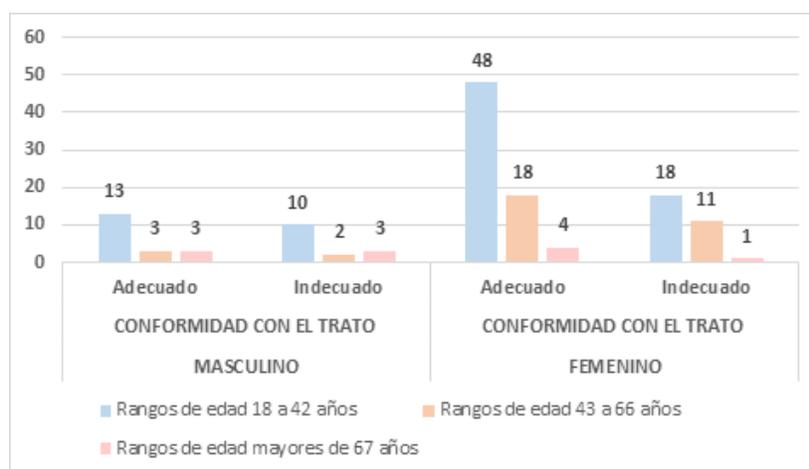
Siguiendo el modelo de Tanahashi, podemos decir que entre los elementos facilitadores identificados en este estudio están en relación con factores personales: el buen trato recibido de los prestadores de salud (66,4%); el que entiendan su idioma (96,3%) y el respeto a sus costumbres y tradiciones (82,1%).

Finalmente, hay que mencionar que los resultados reflejan la importancia de las características sociodemográficas como: edad, sexo como determinantes frente al acceso a los servicios de salud, puesto que establecen patrones propios de comportamiento en los jóvenes, habiendo

acudido (66,4%) de personas entre 18 a 42 años. Entre los factores demográficos se observó que, a menor edad de los jóvenes, mayor es la utilización de los servicios de salud, y que las mujeres son quienes más acceden a los servicios, aspecto que parece estar mediado por una mayor necesidad en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Así mismo, los usuarios que manifestaron mayor conformidad con la atención de salud recibida fueron las mujeres comprendidas entre 18 y 42 años (Gráfica 1) y los usuarios que manifestaron menor conformidad fueron los varones en general.

Gráfica 1. Trato recibido en el Centro de Salud Público Cerro Verde, en relación con la edad y el sexo de los usuarios

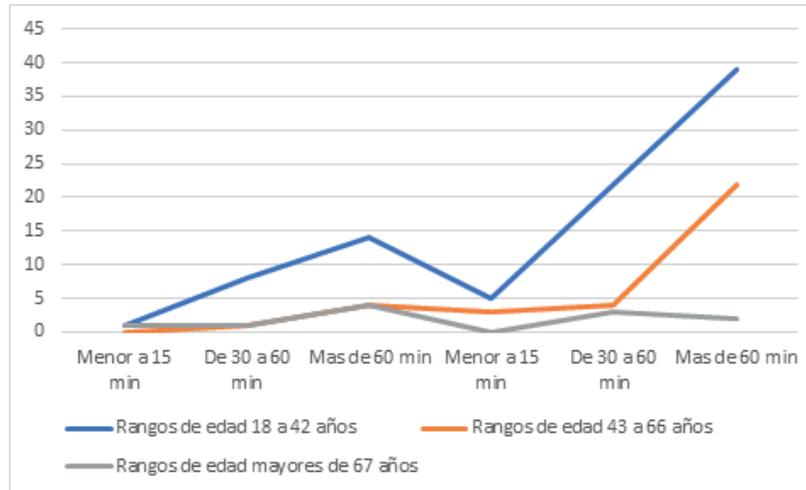


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la encuesta aplicada en Cerro Verde, 2019.

Al ser las mujeres comprendidas entre 18 y 42 años las que más utilizaron los servicios de salud, fueron las que más se quejaron por el tiempo tuvieron que esperar para ser atendidas,

ya que más de la mitad de las encuestadas indicó que deben esperar más de 60 minutos para ser atendidas (Gráfico 2).

Gráfica 2. Tiempo que deben esperar los usuarios para ser atendidos en el Centro de Salud Público Cerro Verde, según edad y Sexo



Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada en Cerro Verde, 2019.

DISCUSIÓN

En la mayoría de los estudios, la identificación de barreras y elementos facilitadores se encuentra mayormente en personas que han contactado con los sistemas de atención de salud, ya sea en atención preventiva, de diagnóstico o tratamiento (2); por lo que, en este estudio, además de los usuarios, se encuestaron a personas que no tuvieron contacto los últimos 12 meses con el Centro de Salud Cerro Verde, y se analizaron las barreras que enfrentan. La importancia de entrevistar a este grupo de personas radica en su vulnerabilidad con relación a los que sí contactan al servicio de salud (2); tal vulnerabilidad está asociada a la condición social, económica y cultural de estas poblaciones, motivando que las barreras que enfrentan sean más notorias y de mayor complejidad.

Este tipo de investigaciones son de gran interés en el marco de una agenda global que avance hacia un acceso a la salud con cobertura universal y equidad (2). Se recomienda estudiar la identificación de barreras y facilitadores en la población general, comparando a quienes acceden a la atención de salud con quienes no logran contactarse con estos servicios.

Por otra parte, se debería involucrar a los distintos actores del proceso de acceso a la atención de salud, puesto que las barreras de acceso están dadas muchas veces por los prestadores que no se ajustan a las necesidades y las posibilidades reales de accesibilidad de las personas, ni toman en cuenta sus condiciones diferenciales de vida y de trabajo, determinantes en el acceso a los servicios.

Si bien en este estudio existe un porcentaje importante de personas que manifestaron que existe respeto por sus costumbres y tradiciones (82,1%), es necesario profundizar a través de otros estudios la importancia cultural de la medicina tradicional, porque según Hautecoeur (2007), este es uno de factores que más influye en el uso de los servicios de salud, tomando en cuenta que la medicina tradicional es muy utilizada en los primeros cuidados en nuestro país y constituye una alternativa al uso de la medicina moderna (9).

La organización de un sistema de salud pasa por el cuestionamiento de las necesidades desde el punto de vista del modelo de asistencia y del usuario. La percepción que los usuarios tienen sobre los servicios de salud recibidos constituye una de las principales maneras de verificar la satisfacción con los mismos.

La incorporación del usuario en la evaluación de los servicios de salud ha sido valorada por constituir un indicador sensible de calidad, además de estar potencialmente relacionada a mayor adecuación con el uso del servicio. La evaluación que los usuarios hacen de los servicios de salud posibilita repensar las prácticas profesionales o modificar la forma de organización, para su perfeccionamiento. En otras palabras, la participación de los usuarios en la evaluación de los servicios de salud implica un juicio sobre la característica y calidad de los servicios, lo que facilita información esencial para completar y equilibrar la calidad de la atención (7).

Los resultados de este estudio no reflejan el análisis comparativo de las barreras entre los distintos actores involucrados en el proceso de acceso a atención de salud. Sin embargo, sí reportan que los usuarios perciben con mayor frecuencia barreras en las dimensiones de aceptabilidad, contacto y accesibilidad.

Conclusiones

Los avances en términos de acceso efectivo son particularmente significativos en nuestro país; sobre todo, considerando que los seguros de salud públicos han disminuido en gran medida las barreras económicas entre los grupos vulnerables, pero aún se identifican retos para alcanzar el aseguramiento total de la población.

La disponibilidad de servicios también ha presentado avances importantes en los últimos años; sin embargo, los entes rectores de salud deberán establecer prioridades comunes en el desarrollo de recursos tanto físicos como humanos, a fin de lograr el crecimiento armónico que permita hacer frente a los retos que en materia de salud y acceso a servicios presenta la población nacional.

El tiempo de espera para recibir una atención deben responder a las necesidades de la población que se busca cubrir y deben considerarse las especificidades de la zona de atención.

Por otra parte, es importante considerar la barrera geográfica, que en este caso en particular es accesible y la mayoría de los usuarios puede acudir a pie, aunque aún existen personas que no acuden por esta razón. De forma similar, persiste la necesidad enfocar nuestros esfuerzos en mejorar la calidad de los servicios de salud. Debemos destacar la percepción que tienen los usuarios respecto al acercamiento social y cultural para la utilización de los servicios de salud, este aspecto es de trascendental importancia para Bolivia ya que cuenta con un modelo intercultural para acercar a las poblaciones más vulnerables del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Fajardo-Dolci G; Gutierrez J, Garcia-Saiso S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública México*. 2015; 57(2): 180-186. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>
- (2) Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223-243. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
- (3) Virgüez, L. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén (tesis de post grado). Universidad Pontificia Javeriana Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas Posgrados en Administración en Salud Bogotá, Colombia; 2016. Recuperado a partir de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/18884/VirguezMorenoLadyJohana2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- (4) Roblin De Pareja, J. Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle Alto de Cochabamba. Ministerio de Desarrollo Humano. Bolivia: Editorial J.V; 1996. 200p.
- (5) Bolivia S. Centro de Salud Cerro Verde [Internet]. Sustainable Bolivia. 2020 [citado 4 enero 2020]. Disponible en: http://www.sustainablebolivia.org/es/salud_cerro_verde.html
- (6) Manzaneda L. Centros de salud tienen poco personal y equipos. Matutino Los Tiempos. 2017; 3. Disponible en: <https://www.lostiempos.com/actualidad/local/20170403/centros-salud-tienen-poco-personal-equipos>
- (7) Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa G. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm. glob.* 2014; 13(33): 267-278. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013&lng=es. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.170901>
- (8) Llinás Delgado A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud, Barranquilla (Col.)*. 2010; 26(1): 143-154. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000100014&lng=en.
- (9) Hautecoeur M, Zunzunegui M, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud pública Méx.* 2007; 49(2): 86-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200003&lng=es. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000200003>
- (10) Lucas Z. Entrevista personal. 10 de junio del 2019. https://doi.org/10.23911/Entrevista_2019_9
- (11) Barrón E. Entrevista personal. 11 de junio del 2019

Derechos de Autor (c) 2020 María Liliana Ríos Antezana; Ana Valeria Yujra Jallasi.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia - Texto completo de la licencia](#)