

# Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina

Natalia Houghton,<sup>1</sup> Ernesto Báscolo,<sup>1</sup> Lilia Jara,<sup>1</sup> Catharina Cuellar,<sup>1</sup> Andrés Coitiño,<sup>1</sup> Amalia del Riego<sup>1</sup> y Edgar Ventura<sup>1</sup>

## Forma de citar

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

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar si existe una asociación entre las barreras de acceso informadas por mujeres de 15-49 años y la utilización de servicios esenciales de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina.

**Método.** Estudio transversal con base en modelos de regresión multivariada logística a partir de las Encuestas de Demografía y Salud de Bolivia, Haití, Honduras, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

**Resultados.** Las barreras geográficas y financieras, la necesidad de obtener permiso para visitar al médico o no querer ir sola al establecimiento redujo significativamente la probabilidad de completar los controles prenatales y de tener un parto asistido. Las mujeres que notificaron dificultades para obtener permiso para visitar al médico redujeron su probabilidad de tener un examen de Papanicolau en los últimos 2 o 3 años, completar la vacunación de niños y niñas, y la probabilidad de buscar atención para sus hijos e hijas con cuadros de infección respiratoria aguda. No querer ir sola al centro de salud redujo la probabilidad de usar métodos anti-conceptivos modernos.

**Conclusiones.** La notificación de barreras de acceso por parte de las mujeres redujo de forma estadísticamente significativa la posibilidad de utilizar servicios esenciales de salud para ellas y para sus hijos e hijas. Las estrategias orientadas a eliminar barreras no solo deben enfocarse en mejorar la oferta de servicios, sino también abordar aspectos relacionados con las normas, los roles de género y el empoderamiento de las mujeres si se espera avanzar de manera sostenible hacia el acceso universal.

## Palabras clave

Barreras de acceso a los servicios de salud; inequidad de género; América Latina.

La mayoría de los países de América Latina han logrado mejorar la cobertura de servicios de salud materna, infantil, sexual y reproductiva en las últimas dos décadas. Así, la Organización Mundial de la Salud estima que la cobertura de servicios trazadores de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil para la Región de las Américas es de 81,3%, algunos puntos por encima del promedio mundial de 74,0% (1). Sin embargo, estos indicadores son heterogéneos, y las mujeres, los niños y las niñas en condiciones de vulnerabilidad aún sufren malas condiciones de acceso y estado de salud (2). Al explorar las desigualdades en la utilización de estos servicios esenciales a través del índice compuesto de cobertura, se evidencia que,

en la Región, el índice fluctúa entre 37,9% y 84,5% en el quintil de la población de menores ingresos, y entre 65,3 % y 89,6% para el quintil de mayores ingresos (3).

Las mujeres enfrentan barreras sociales, culturales, económicas, legales y otras vinculadas a su condición de mujer que reducen las posibilidades de satisfacer sus necesidades de salud (4). En muchos contextos, las mujeres cuentan con niveles limitados de autonomía y poder de decisión, incluso sobre sus necesidades de salud. Además, las responsabilidades como el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos e hijas y personas en situación de dependencia, así como las condiciones laborales que enfrentan las mujeres limitan el tiempo con el que cuentan

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., Estados Unidos de América. ✉ Natalia Houghton, [houghtonn@paho.org](mailto:houghtonn@paho.org)

para buscar los servicios de salud (5). Asimismo, el gasto de bolsillo en salud de las mujeres se ha evidenciado como sistemáticamente mayor que el de los hombres en varios países de América Latina (6), asociado en parte a la alta carga financiera relacionada con el pago por la atención del parto y otros servicios de salud materna y reproductiva (6,7).

En este sentido, el género debe ser una consideración mayor en la medición de la equidad en el acceso a los servicios de salud (8). Al respecto, Standing (9) identifica dos enfoques sobre la vulnerabilidad de las mujeres y niñas: i) necesidades de salud, y ii) desigualdades de género. El primer abordaje refiere a la necesidad de proporcionar intervenciones de salud específicas y centradas en las mujeres como un derecho básico para resolver las desigualdades, lo que resalta la costo-efectividad de estas intervenciones. El segundo abordaje atiende principalmente a los roles y relaciones de género que influyen sobre la accesibilidad a los servicios, y considera las relaciones de poder y distribución de recursos en el hogar y su interacción con aspectos sociales y culturales.

A pesar del amplio consenso de que el género es un determinante estructural del acceso, a la fecha existe muy poca información sobre las barreras de acceso que experimentan las mujeres desde la perspectiva de género en los países de América Latina.

A su vez, existen muy pocos estudios que evalúen hasta qué punto la experiencia con estos problemas logra predecir una menor utilización de servicios de salud (10,11). De hecho, al 2021, no se han realizado estudios de este tipo para el contexto de América Latina y el Caribe (12). Por este motivo, el objetivo de este trabajo es determinar si existe una asociación entre el informe de barreras de acceso por mujeres de 15 a 49 años y la utilización de servicios esenciales de salud para ellas y sus hijos e hijas en países de América Latina.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio y datos

Se realizó un estudio transversal a partir de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS, por sus siglas en inglés) de Bolivia, Haití, Honduras, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Perú y República Dominicana (cuadro 1). Estos países fueron seleccionados porque contaban con los datos más recientes (año 2000 o posteriores) sobre barreras de acceso notificadas por mujeres de 15-49 años que vivían en los hogares encuestados. Para ello, se empleó una metodología de muestreo por conglomerados y

de etapas múltiples para obtener una muestra representativa a nivel nacional en cada país, durante un período de 18 a 20 meses. Las DHS son un programa multinacional de encuestas de hogares ampliamente utilizadas como fuente para las estimaciones de los principales indicadores de salud materna, infantil, sexual y reproductiva de más de 90 países. Las encuestas son instrumentadas por las agencias nacionales de censo y estadística de cada país, y siguen un procedimiento estándar de muestreo, cuestionarios y codificación (13).

### Variables

Se usaron como variables dependientes dicotómicas la utilización de servicios esenciales de salud para mujeres, niños y niñas: vacunación básica completa, búsqueda de atención para cuadros de infección respiratoria aguda (IRA), planificación familiar, asistencia prenatal, atención del parto y diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino (cuadro 2). Estas variables se calcularon con base en las recomendaciones metodológicas del Programa DHS (13).

Las variables independientes incluyeron cuatro tipos de barreras de acceso notificadas por mujeres de 15 a 49 años, en el marco de análisis de Allen et al. (11). Se estimaron como variables dicotómicas a partir de la siguiente pregunta múltiple: "Cuando usted se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, para usted es un gran problema: ¿conseguir permiso para ir al establecimiento de salud? (Sí/No), ¿conseguir el dinero necesario para la consulta o tratamiento? (Sí/No), ¿la distancia al establecimiento de salud? (Sí/No), ¿no querer ir sola al establecimiento de salud? (Sí/No)".

Para el análisis multivariado, las variables de control se seleccionaron con base en el modelo de Andersen de utilización de los servicios de salud (14): rango de edad (cuatro grupos: 15-19, 20-24, 25-34, y 35-49 años), nivel educativo (ninguno o primaria, educación secundaria y educación superior), ámbito de residencia (urbano y rural), quintiles de riqueza (según tenencia de activos en el hogar), principal ocupación laboral, cobertura de algún seguro de salud y estado civil (soltera, unidas sin participación en las decisiones del hogar y unidas con participación en las decisiones del hogar).

### Análisis estadístico

Para estimar la asociación entre las barreras de acceso notificadas por mujeres y la utilización de servicios esenciales de salud se construyeron seis modelos de regresión logística multivariados (uno para cada variable dependiente). Esta es una técnica apropiada para diseños transversales y muy utilizada en estudios sobre servicios de salud (15). Los coeficientes asociados a la razón de posibilidades (OR, por su sigla en inglés) se calcularon con el método de pasos sucesivos, junto con sus intervalos de confianza de 95% (IC95%). Para ello, se introdujeron variables en el modelo de forma paulatina, empezando por aquellas que tuvieron coeficientes de regresión más grandes y estadísticamente significativos. En cada paso, se eliminaron del modelo aquellos coeficientes que no fueron estadísticamente significativos.

La ecuación empleada para estimar los coeficientes fue la siguiente:

$$y_{id} = \beta_1 \text{Barrera}_{id} + \beta_2 X_{id} + \alpha_d + \epsilon_{id}$$

**CUADRO 1. Países y muestra incluidos en el análisis**

Países	Año	Hogares encuestados (n)	Mujeres de 15 a 49 años encuestadas (n)
Bolivia	2008	19 564	16 939
República Dominicana	2013	11 464	9 372
Guatemala	2014-2015	21 383	25 914
Guyana	2009	5 632	4 996
Haití	2016-2017	13 405	15 513
Honduras	2011-2012	21 362	22 757
Nicaragua	2001	11 328	13 060
Perú	2019	37 474	33 311
Todos los países	2001-2019	141 612	141 862

Fuente: elaboración propia a partir del Programa DHS.

## CUADRO 2. Variables dependientes incluidas en los modelos de estimación

Variable	Indicador
<b>Vacunación completa</b>	Niños y niñas de 18 a 29 meses que recibieron todas las vacunas recomendadas para la edad: bacilo de Calmette-Guérin (BCG), tres dosis de vacuna combinada que incluyen al menos componentes contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT), tres dosis de vacunas orales contra la poliomielitis y una dosis de vacuna con componente antisarampionoso.
<b>Atención de la IRA</b>	Niños y niñas menores de cinco años que presentaron síntomas de IRA (fiebre y tos acompañada de complicaciones para respirar) en las últimas dos semanas de la encuesta para quienes se realizó una consulta médica o recibieron tratamiento.
<b>Planificación familiar</b>	Mujeres en edad reproductiva (15-49 años), casadas o en pareja, que no deseaban tener hijos o deseaban posponer el próximo hijo y que notificaron utilizar un método anticonceptivo moderno.
<b>Atención prenatal</b>	Mujeres de 15-49 años que tuvieron un hijo vivo en los cinco años anteriores a la encuesta y que recibieron cuatro o más controles prenatales de un proveedor calificado durante el embarazo del hijo vivo más reciente.
<b>Atención del parto</b>	Nacimientos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta asistidos por un proveedor calificado (médico, enfermera y partera). No se incluyen las parteras tradicionales, aunque reciban un curso corto de capacitación.
<b>Prueba de Papanicolaou</b>	Mujeres de 35-49 años a las que le hicieron un examen de Papanicolaou en los últimos dos o tres años anteriores a la encuesta.

Fuente: elaboración propia según las recomendaciones estadísticas del Programa DHS.  
IRA, infección, respiratoria aguda.

Donde  $y_{id}$  es la variable que indica el uso de los servicios de salud por parte del individuo “i” del país “d”. El efecto de las barreras sobre las variables de interés se captura en  $\beta_{1r}$ , el cual identifica las diferencias entre enfrentar problemas de acceso ( $Barrera_{id} = 1$ ) y no enfrentarlos ( $Barrera_{id} = 0$ ). El vector  $X_{id}$  representa las variables de control consideradas en el modelo. Por último,  $a_d$  recoge los efectos fijos de los países y  $\epsilon_{id}$  representa el término de error aleatorio.

Para agrupar los datos de los ocho países considerando el diseño muestral, se desnormalizó el peso de la muestra de mujeres (o ponderador) en cada país y se utilizó la fórmula:  $v005 \times (\text{total de mujeres de 15-49 años en el país al momento de la encuesta}) / (\text{número de mujeres de 15-49 años entrevistadas en la encuesta})$ , donde V005 es la variable que representa el ponderador (16).

Para confirmar la solidez de los hallazgos de los modelos de regresión logística, se estimaron las razones de prevalencia (RP) a través de seis modelos de regresión de Poisson ajustados para cada variable dependiente (17). Los resultados fueron más conservadores, pero en general corroboraron los hallazgos de los modelos de regresión logística y están disponibles a través de los autores. Todos los análisis se realizaron con el *software* Stata/SE versión 15.1® (StataCorp LP).

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo

La muestra total fue de 141 862 mujeres de 15 a 49 años. La edad promedio de las participantes fue 29,5 años. La proporción de participantes con educación secundaria o menor fue de 85,6%. Más de la mitad (54,4%) residían en el ámbito urbano y 60,7% comprendió a mujeres que tenían pareja.

La barrera descrita con mayor frecuencia fue la dificultad para obtener dinero para la consulta o tratamiento (56,7%), seguida por la distancia al establecimiento de salud (36,6%), no querer ir sola al establecimiento de salud (29,7%) y la dificultad para obtener permiso para ir al establecimiento de salud (13,5%). La probabilidad de informar barreras de acceso varió de acuerdo con las características sociodemográficas de las mujeres (figura 1). Las mujeres de 35 a 49 años, en comparación con las de 15 a 18 años, notificaron con mayor frecuencia barreras financieras (61,8% frente a 52,5%, respectivamente) y

geográficas (38,4% frente a 36,4%, respectivamente). En contraste, las mujeres de 15 a 18 años, en comparación con las de 35 a 49 años, comunicaron con mayor frecuencia barreras por no querer ir sola al establecimiento de salud (43,2% frente a 25,6%, respectivamente) y por las complicaciones para obtener permiso para visitar al médico (16,0% frente a 13,2%, respectivamente). Todas las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas.

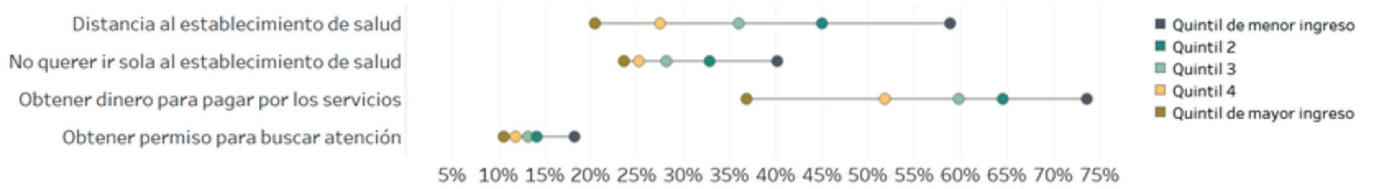
Asimismo, se identificó que las mujeres con nivel educativo superior, del quintil de riqueza más alto y del ámbito urbano comunicaron un porcentaje significativamente menor de barreras. Sin embargo, los resultados según el estado civil y el empoderamiento de las mujeres muestran un patrón distintivo. En ese caso, las mujeres que tienen pareja pero que no participan en las decisiones del hogar informaron un porcentaje mayor de barreras en comparación con las mujeres solteras o que tienen pareja y sí participan en las decisiones del hogar (figura 1). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para las barreras financieras, geográficas y aquellas vinculadas con obtener permiso para ir al establecimiento de salud.

En general, la utilización de servicios esenciales fue bastante menor en las mujeres que notificaron barreras de acceso comparado con las mujeres que no informaron estos obstáculos (figura 2). El porcentaje de mujeres que notificaron que sus hijos contaban con vacunación básica completa fue entre 4,6 y 5,1 puntos porcentuales (pp) menos en las mujeres que notificaron barreras geográficas o financieras, respectivamente, en comparación a las mujeres que no presentaban estos problemas. Por otra parte, la búsqueda de atención para niños y niñas con síntomas de IRA fue entre 7,1 y 11,3 pp menos en las mujeres que notificaron alguna de las cuatro barreras estudiadas.

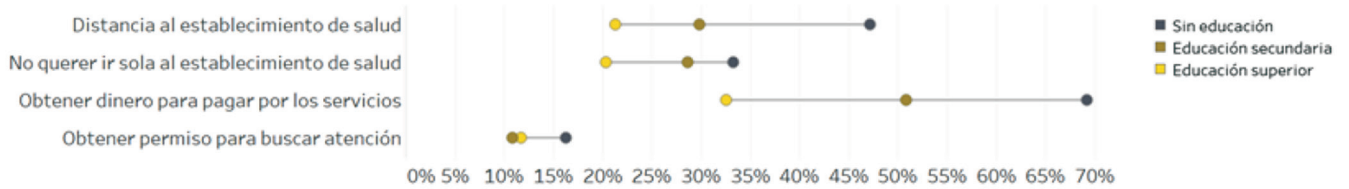
En cuanto a los servicios de salud materna, el porcentaje de mujeres que recibió atención prenatal fue entre 4,9 y 10,1 pp menos en las mujeres que notificaron alguna de las barreras, de las cuales las financieras y geográficas fueron las más frecuentes (10,1 y 9,2 pp, respectivamente). En el caso de la atención del parto, el porcentaje de mujeres fue entre 16,6 y 7,5 pp menor en las mujeres que notificaron barreras; en este caso, también las barreras financieras y las geográficas fueron las de mayor incidencia (16,6 y 16,5 pp, respectivamente). De forma similar, el acceso a métodos anticonceptivos modernos o exámenes de Papanicolaou fue estadísticamente menor en las mujeres que experimentaron cualquiera de las barreras. Para el caso de la planificación familiar, las

**FIGURA 1. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que notifican barreras para acceder a los servicios de salud según segmentos poblacionales en países de América Latina, 2001-2019**

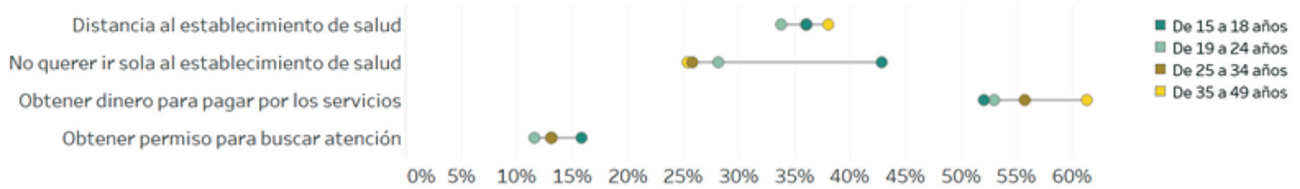
**Según quintiles de ingreso**



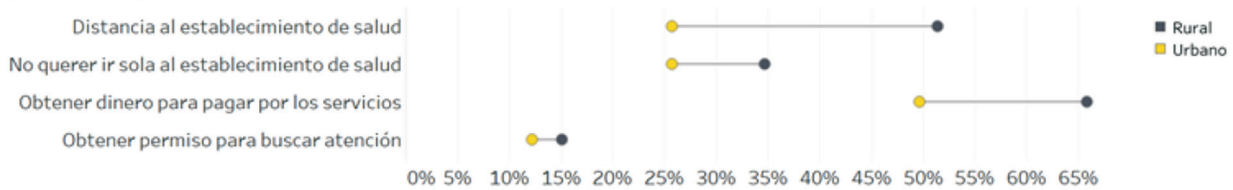
**Según niveles de educación**



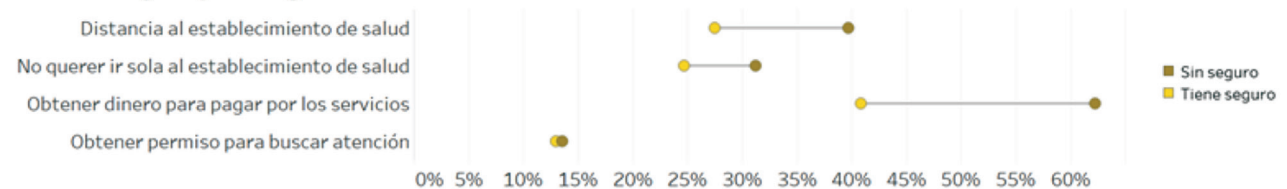
**Según rangos de edad**



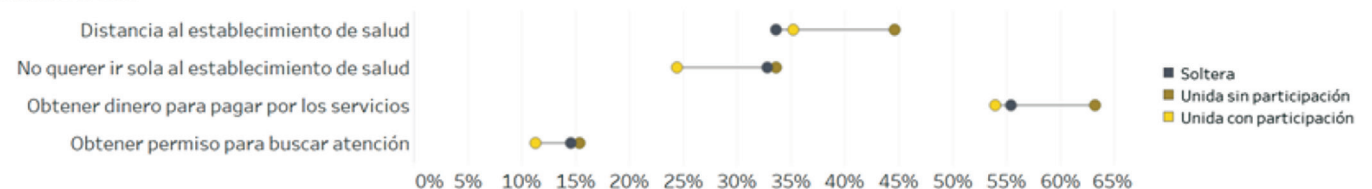
**Según ámbito geográfico**



**Tenencia de algún tipo de seguro de salud**

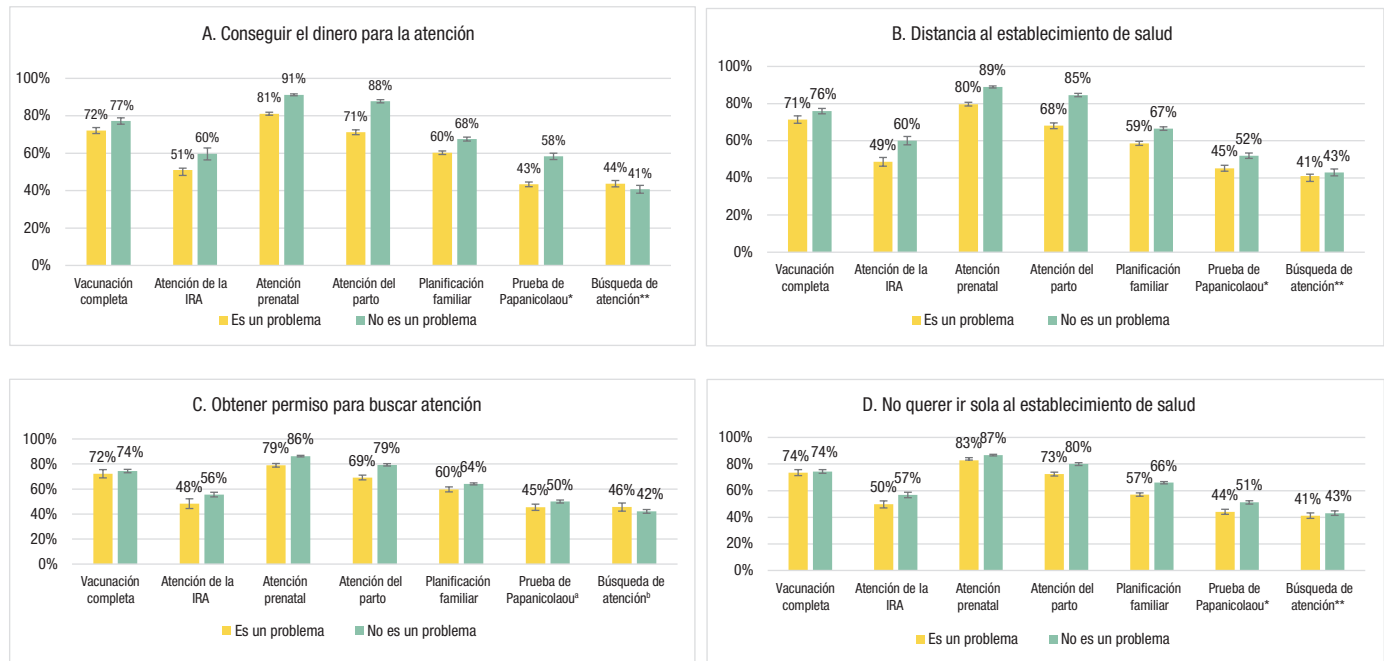


**Situación civil**



Fuente: elaboración propia según los resultados del estudio.



**FIGURA 2. A-C: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que usaron servicios esenciales de salud para ellas o sus hijos, según el tipo de barreras de acceso que notifican, promedios para países de América Latina, 2001-2019**

Fuente: elaboración propia según los resultados del estudio

IRA, infección respiratoria aguda.

\*Para el caso de Bolivia se consideran los exámenes en los 3 últimos años y para Nicaragua los exámenes en el último año.

\*\*La pregunta para recoger esta información solo está disponible para Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.

diferencias más marcadas se observaron entre las mujeres que informaron barreras por no querer ir solas al médico (-8,9 pp), seguido de aquellas que notificaron barreras geográficas (-7,9 pp) y financieras (-7,3 pp). El acceso a exámenes de Papanicolaou fue entre 4,6 y 14,9 pp menor en las mujeres que informaron cualquier tipo de barreras; la mayor diferencia se observó entre quienes mencionaron barreras financieras y no querer ir solas al establecimiento de salud (14,9 y 7,1 pp, respectivamente).

## Análisis multivariado

En general, los resultados de los modelos de regresión bivariados mostraron que la notificación de barreras de acceso se asoció con una menor utilización de servicios (cuadro 3). Si se considera el modelo ajustado por variables de control, se encuentra que la notificación de las barreras de distancia al establecimiento de salud y necesidad de obtener permiso para asistir a los servicios de salud se asociaron con una probabilidad 23% y 20% más baja de que los niños y las niñas contaran con una vacunación básica completa (OR: 0,77; IC95%: 0,67-0,88 y OR: 0,80; IC95%:0,66-0,95; respectivamente), y 25% y 15% más baja de que los hijos menores de 5 años fueran llevados a un establecimiento de salud ante la presencia de síntomas de IRA (OR: 0,75; IC95%: 0,65-0,87 y OR: 0,85; IC95%: 0,71-1,02; respectivamente) (cuadro 3).

Las cuatro barreras analizadas se asociaron con una menor probabilidad de tener cuatro o más controles prenatales y de tener un parto asistido por personal calificado. Las barreras financieras se asociaron con una probabilidad 11% más baja (OR: 0,89; IC95%: 0,82-0,96) de completar los controles prenatales y 7% más baja de tener un parto asistido por personal calificado (OR: 0,93; IC95%: 0,85-1,01); y las dificultades geográficas a una

probabilidad 8% más baja (OR: 0,92; IC95%: 0,85-1,00) y 10% más baja (OR: 0,90; IC95%: 0,82-0,97), respectivamente. Los problemas de acceso por tener que obtener permiso para visitar al médico se asociaron con una probabilidad 23% más baja (OR: 0,77; IC95%: 0,70-0,84) de completar los controles prenatales y 21% más baja (OR: 0,79; IC95%: 0,73-0,87) de tener un parto asistido; y las barreras vinculadas a no querer ir sola se asociaron con una probabilidad 13% más baja (OR: 0,87; IC95%: 0,80-0,94) y 12% más baja (OR: 0,88; IC95%: 0,82-0,95), respectivamente.

En cuanto a los servicios de salud reproductiva, la barrera de no querer ir sola al centro de salud redujo la probabilidad en 18% a que las mujeres que están en pareja usen métodos anticonceptivos modernos (OR: 0,82; IC95%: 0,77-0,88). Además, las barreras financieras se asociaron con una probabilidad 9% más baja de que las mujeres hubieran obtenido un examen de Papanicolaou en los últimos 2 o 3 años (OR: 0,91; IC95%: 0,83-1,00) y las dificultades de acceso por la necesidad de obtener el permiso para asistir al establecimiento de salud con una probabilidad 11% más baja (OR: 0,89; IC95%: 0,78-1,00).

## DISCUSIÓN

Diversos estudios sobre el acceso a los servicios de salud en América Latina han investigado la magnitud y distribución de múltiples barreras de acceso, pero sin profundizar en cómo la notificación de estos obstáculos afecta el uso de los servicios. Este es el primer estudio que examina el efecto de distintos tipos de barreras de acceso notificadas por mujeres de América Latina y su asociación con el uso de servicios esenciales de salud.

Esta innovación permitió demostrar que la notificación de barreras de acceso de tipo financieras, geográficas y basadas

**CUADRO 3. Modelos de regresión logística para mostrar la asociación entre la presencia de barreras de acceso y la utilización de servicios esenciales de salud en países de América Latina, 2001-2019**

	Estadística	Obtener dinero para pagar por los servicios de salud		Distancia al establecimiento de salud		Obtener permiso para ir al establecimiento de salud		No querer ir sola al establecimiento de salud	
		Modelo sin controles	Modelo con controles	Modelo sin controles	Modelo con controles	Modelo sin controles	Modelo con controles	Modelo sin controles	Modelo con controles
Vacunación completa	OR	0,810	NS	0,830	0,770	0,960	0,800	1,080	NS
	Valor de $p^a$	0,001	NS	0,006	0,000	0,639	0,014	0,246	NS
	IC95%	(0,72-0,92)	NS	(0,73-0,95)	(0,67-0,88)	(0,81-1,14)	(0,66-0,95)	(0,95-1,23)	NS
Atención de la IRA	OR	0,870	NS	0,700	0,750	0,870	0,850	0,910	0,900
	Valor de $p$	0,106	NS	0,000	0,000	0,115	0,076	0,163	0,119
	IC95%	(0,74-1,03)	NS	(0,61-0,81)	(0,65-0,87)	(0,72-1,04)	(0,71-1,02)	(0,79-1,04)	(0,78-1,03)
Atención prenatal	OR	0,500	0,890	0,650	0,920	0,780	0,770	0,970	0,870
	Valor de $p$	0,000	0,005	0,000	0,048	0,000	0,000	0,471	0,000
	IC95%	(0,47-0,54)	(0,82-0,96)	(0,60-0,71)	(0,85-1,00)	(0,71-0,86)	(0,70-0,84)	(0,90-1,05)	(0,80-0,94)
Atención del parto	OR	0,450	0,930	0,520	0,900	0,830	0,790	1,030	0,880
	Valor de $p$	0,000	0,072	0,000	0,009	0,000	0,000	0,412	0,001
	IC95%	(0,42-0,49)	(0,85-1,01)	(0,47-0,56)	(0,82-0,97)	(0,76-0,90)	(0,73-0,87)	(0,96-1,11)	(0,82-0,95)
Planificación familiar	OR	0,820	0,950	0,840	0,970	0,970	1,010	0,770	0,820
	Valor de $p$	0,000	0,146	0,000	0,468	0,454	0,750	0,000	0,000
	IC95%	(0,77-0,87)	(0,89-1,02)	(0,79-0,90)	(0,91-1,04)	(0,89-1,05)	(0,93-1,11)	(0,73-0,83)	(0,77-0,88)
Prueba de Papanicolaou <sup>b</sup>	OR	0,570	0,910	0,990	NS	0,970	0,890	0,880	NS
	Valor de $p$	0,000	0,057	0,754	NS	0,633	0,059	0,008	NS
	IC95%	(0,52-0,62)	(0,83-1,00)	(0,90-1,08)	NS	(0,87-1,09)	(0,78-1,00)	(0,80-0,97)	NS

**Fuente:** elaboración propia según los resultados del estudio.

OR, razón de probabilidades (por su sigla en inglés), IC95%, intervalo de confianza del 95%; NS, no significativo.

<sup>a</sup>Un valor de  $p \leq 0,05$  indica una asociación estadísticamente significativa.

<sup>b</sup>Para el caso de Bolivia se consideran los exámenes en los tres últimos años y, para Nicaragua, los exámenes en el último año.

en las relaciones de género (necesidad de obtener permiso para buscar atención y no querer buscar atención sola) por parte de las mujeres redujeron de forma estadísticamente significativa su posibilidad de utilizar servicios esenciales de salud para ellas y para sus hijos e hijas. Esta relación fue notoria aun cuando se consideraron variables de control, como las características socioeconómicas y demográficas de la población estudiada. Además, el estudio confirmó que la notificación de barreras tiene alta prevalencia, y que las mujeres en situación de vulnerabilidad (como aquellas en situación de pobreza, menor nivel de educación o que viven en áreas rurales) tienen mayores probabilidades de experimentar múltiples barreras de acceso (18).

Los resultados muestran que la experiencia de barreras de acceso relacionadas con temas de aceptabilidad y normas de género (como la autonomía y el empoderamiento de la mujer) tuvieron una asociación significativa con menores niveles de utilización de servicios esenciales. La necesidad de obtener permiso para buscar atención redujo la probabilidad de las mujeres recibieran una apropiada atención prenatal y del parto, de recibir un examen de Papanicolaou y de que sus niños y niñas contaran con una vacunación básica completa. Además, no querer buscar atención sola se asoció con una probabilidad más baja de que las mujeres usaran métodos anticonceptivos modernos o recibieran una atención prenatal y del parto apropiadas.

Estos resultados tienen mucha relevancia, dado que la aceptabilidad es la dimensión del acceso que suele recibir menor atención en las agendas de investigación y políticas, mientras que se presta mucha más atención a barreras de tipo financiera o de disponibilidad (p. ej., disponibilidad de recursos y de medicinas) (19-21). Así, deben incluirse propuestas para reducir las barreras de aceptabilidad en la agenda de fortalecimiento de

los sistemas de salud en la Región. En este sentido, la estrategia regional para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y la estrategia regional de transversalización de género de salud presentan una serie de recomendaciones para el abordaje integral de las barreras de acceso (22,23).

Al respecto, la literatura internacional refuerza la importancia de conocer la relación de la población con los servicios de salud. Por ejemplo, la falta de información de la población (24), la inexperiencia de los padres, la falta de diálogo con los proveedores de salud y la discriminación (25) son factores importantes que afectan la vacunación en América Latina. La literatura internacional también sugiere que la religión (26), las preferencias de los esposos (27) y el temor a efectos secundarios (28) son factores que pueden reducir el uso de los métodos anticonceptivos modernos y uso de la prueba de Papanicolaou (29).

Otro hallazgo de este estudio fue la existencia de barreras de acceso geográficas que se asociaron con una probabilidad más baja de utilización de servicios esenciales. Estudios similares informan una asociación entre barreras geográficas y necesidades en salud insatisfechas, donde la falta de transporte y la distancia a los establecimientos de salud se asocian con una menor probabilidad de utilizar servicios de salud materna e infantil (30-32). En efecto, los resultados del presente estudio muestran que las mujeres residentes del ámbito rural notificaron un porcentaje significativamente mayor de barreras geográficas (51,8%) en comparación con las que viven en áreas urbanas (25,9%).

En cuanto a las barreras financieras, el efecto de estos obstáculos sobre el uso de servicios esenciales de salud fue significativo y se asoció con una probabilidad más baja de recibir

atención del parto y tener un examen de Papanicolaou. Estos resultados hablan del efecto que tienen las barreras financieras en la búsqueda y obtención de servicios de salud, y refuerzan la importancia de mejorar la accesibilidad financiera, sobre todo para las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Al respecto, la evidencia internacional sobre el efecto de las barreras de acceso de tipo financiera es amplia y diversa (20,21), y los esfuerzos de políticas en la Región y otras partes del mundo se han enfocado mucho en la expansión de seguros de salud para cubrir los costos de los servicios para las poblaciones en situación de pobreza y otras comunidades vulnerables (33). Sin embargo, es importante resaltar que, a pesar de que la expansión de estos programas ha mejorado la cobertura de seguros y utilización de servicios, incluso en algunos casos con mejoras en la protección financiera (34), otras barreras de acceso pueden limitar la efectividad de estas políticas para mejorar las condiciones de acceso y la equidad (11). Entender cuáles son las barreras percibidas por la población y un enfoque multinivel son condiciones críticas para mejorar las condiciones de acceso en la Región y otras partes del mundo.

Entre las limitaciones del estudio se debe mencionar primero que las encuestas consideradas fueron realizadas en diferentes años entre 2000 y 2019. Segundo, la selección de datos se limitó a ocho países de América Latina que contaban con la información requerida. Por último, tanto la notificación de barreras como la utilización de servicios fueron autorreportadas, por lo que su medición fue propensa al sesgo estadístico de memoria (por subestimar o sobreestimar la utilización de servicios en el tiempo pasado especificado en el cuestionario) y al sesgo de deseabilidad social (podrían los encuestados no querer admitir alguna de las barreras como un problema, o la no utilización de algunos servicios esenciales). A pesar de estas limitaciones, el estudio presenta varias fortalezas. Las bases de datos utilizadas son voluminosas con representatividad nacional e información desagregada con base en múltiples variables socioeconómicas, lo cual le aporta fortaleza al análisis y robustez a las conclusiones. Es de destacar también que el análisis incluyó múltiples barreras de acceso a fin de tener una mirada más comprensiva de la experiencia de las mujeres.

## Conclusiones

La notificación de barreras de acceso de tipo financieras, geográficas y basadas en las relaciones de género por parte de las mujeres redujo de forma estadísticamente significativa su posibilidad de utilizar servicios esenciales de salud para ellas y para sus hijos e hijas. Las estrategias orientadas a eliminar estas barreras no solo deben enfocarse en mejorar la oferta de servicios, sino también en abordar aspectos relacionados con las normas, los roles de género y el empoderamiento de las mujeres si se espera avanzar de manera sostenible hacia el acceso universal a la salud. De igual manera, resulta imperativo abordar estas barreras desde estrategias multisectoriales y de promoción de la salud, que aborden los factores de demanda y aceptabilidad de los servicios.

Futuras líneas de investigación podrían abordar las diferencias que existen en la magnitud e importancia de múltiples barreras de acceso en contextos específicos. Para ello, se podrían adoptar abordajes mixtos que profundicen sobre la relación multidimensional que existe entre las distintas barreras de acceso y permitan entender y actuar sobre la realidad de las comunidades, teniendo en cuenta las barreras y contexto específicos de cada país y localidades dentro de un mismo país.

**Contribuciones de los autores.** NH conceptualizó y diseñó el estudio con apoyo de EB, LJ y CC. NH lideró la redacción del documento con contribuciones de todos los autores. ADR realizó la supervisión general del estudio. AC contribuyó en el análisis de los resultados y mejora del manuscrito, y EV se encargó de realizar las estimaciones y regresiones. Todos los autores proporcionaron comentarios críticos y ayudaron a dar forma a la investigación, el análisis y el documento. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

**Conflicto de intereses.** Ninguno declarado por los autores.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

## REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory. UHC service coverage index (indicador 4834). Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-reproductive-maternal-newborn-and-child-health>
- Organización de las Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020. Nueva York: ONU; 2020. Disponible en: [https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020\\_Spanish.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory. Composite coverage index (indicador 4489). Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hem-composite-coverage-index\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hem-composite-coverage-index(-))
- Organización Mundial de la Salud. Breaking barriers towards more gender-responsive and equitable health systems. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/gender\\_gmr\\_2019.pdf](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf)
- Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*. 2014;11(1):71-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
- Organización Panamericana de la Salud. Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54668>
- Ravindran TS. Universal access: making health systems work for women. *BMC Public Health*. 2012;12(1):S4. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-S1-S4>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. The social inequality matrix in Latin America. Santiago de Chile: CEPAL; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11362/40710>
- Standing H. Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy Plan*. 1997;12(1):1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/12.1.1>
- Bascolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e100. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52572>
- Allen EM, Call KT, Beebe TJ, McAlpine DD, Johnson PJ. Barriers to care and health care utilization among the publicly insured. *Med*

- Care. 2017;55(3):207-214. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000644>
12. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e96. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/rpss.2020.96>
  13. Croft TN, Marshall AMJ, Allen CK. Guide to DHS statistics. Rockville: ICF; 2018. Disponible en: [https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide\\_to\\_DHS\\_Statistics\\_DHS-7.pdf](https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_DHS-7.pdf)
  14. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behavior*. 1995;1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/2137284>
  15. Harris JK Primer on binary logistic regression. *Family Medicine and Community Health*. 2021;9:e001290. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/fmch-2021-001290>
  16. Khan, SF, Dongarwar D, Aliyu MH, Salihu HM. Multicountry analysis of pregnancy termination and intimate partner violence in Latin America using Demographic and Health Survey data. *Int J Gynecol Obst*. 2019;146(3):296-301. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12876>
  17. Chen W, Shi J, Qian L, Azen SP. Comparison of robustness to outliers between robust Poisson models and log-binomial models when estimating relative risks for common binary outcomes: a simulation study. *BMC Medical Research Methodology*. 2014;14(1):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-82>
  18. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e11. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>
  19. Gilson L. Acceptability, trust and equity. En: McIntyre D, Mooney G (eds.). *The economics of health equity*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:124-148. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544460.008>
  20. Nandi S, Schneider H. Using an equity-based framework for evaluating publicly funded health insurance programmes as an instrument of UHC in Chhattisgarh State, India. *Health Res Policy Systems*. 2020;18(1):50. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00555-3>
  21. O'Connell TS, Bedford KJ, Thiede M, McIntyre D. Synthesizing qualitative and quantitative evidence on non-financial access barriers: implications for assessment at the district level. *Int J Equity Health*. 2015;14:54. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0181-z>
  22. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. (Resolución CD53/5. R2). Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28276>
  23. Organización Panamericana de la Salud. Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51809>
  24. Acosta-Ramírez N, Durán-Arenas LG, Eslava-Rincón JI, Campuzano-Rincón JC. Determinants of vaccination after the Colombian health system reform. *Revista de Saude Publica*. 2005;39(3):421-429. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300013>
  25. Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Lima RAGD, Mello DFD. Experiences of families in the immunization of Brazilian children under two years old. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;19(3):598-605. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300020>
  26. Lasong, J, Zhang, Y, Gebremedhin SA, Opoku S, et al. Determinants of modern contraceptive use among married women of reproductive age: a cross-sectional study in rural Zambia. *BMJ Open*. 2020;10(3):e030980. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030980>
  27. Mohammed A, Woldeyohannes D, Feleke A, Megabiaw B. Determinants of modern contraceptive utilization among married women of reproductive age group in North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Reproductive Health*. 2014;11(1):1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-13>
  28. Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception*. 2020;101(1):26-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.09.006>
  29. Urrutia MT, Poupin L, Concha X, Viñales D, Iglesias C, Reyes V. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolau?: barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2008;73(2):98-103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000200005>
  30. Tanou M, Kamiya Y. Assessing the impact of geographical access to health facilities on maternal healthcare utilization: evidence from the Burkina Faso demographic and health survey. *BMC Public Health*. 2010;19(1):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7150-1>
  31. Miteniece E, Pavlova M, Shengelia L, Rechel B, Groot W. Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3432-z>
  32. Gage AJ, Guirène Calixte M. Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. *Population Studies*. 2006;60(3):271-288. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00324720600895934>
  33. Mathauer I, Behrendt T. State budget transfers to Health Insurance to expand coverage to people outside formal sector work in Latin America. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:145. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2004-y>
  34. Erlangga D, Suhrcke M, Ali S, Bloor K. The impact of public health insurance on health care utilization, financial protection and health status in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS ONE*. 2019;14(8):e0219731. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219731>

---

Manuscrito recibido el 3 de agosto del 2021. Aceptado, tras revisión, para su publicación, el 12 de abril del 2022.



---

## Barriers to access to health services for women and children in Latin America

### ABSTRACT

**Objective.** Determine whether an association exists between access barriers reported by women aged 15–49 years and the use of essential health services for women and children in Latin America.

**Methods.** Cross-sectional study using multivariate logistic regression models based on the demographic and health surveys of Bolivia, the Dominican Republic, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Nicaragua, and Peru.

**Results.** Geographical and financial barriers, the need to obtain permission to visit the doctor, or not wanting to go alone to a health facility significantly reduced the likelihood of completing prenatal checkups and having an assisted delivery. Women who reported difficulties obtaining permission to visit the doctor were less likely to have had a Pap smear in the past two or three years, to complete vaccination of their children, and to seek care for children with acute respiratory infection. Not wanting to go to a health center alone reduced the likelihood of using modern contraceptives.

**Conclusions.** Women who reported barriers to access had a statistically significant lower probability of using essential health services for themselves and their children. Strategies aimed at removing barriers should focus not only on improving the range of services offered, but also address issues related to norms, gender roles, and women's empowerment if sustainable progress toward universal access is to be made.

### Keywords

Barriers to access of health services; gender inequality; Latin America.

---

---

## Barreiras de acesso aos serviços de saúde para mulheres e crianças na América Latina

### RESUMO

**Objetivo.** Determinar se existe associação entre as barreiras de acesso relatadas por mulheres de 15 a 49 anos e a utilização de serviços essenciais de saúde para mulheres e crianças na América Latina.

**Método.** Estudo transversal baseado em modelos de regressão logística multivariada de pesquisas demográficas e de saúde da Bolívia, do Haiti, de Honduras, da Guatemala, da Guiana, da Nicarágua, do Peru e da República Dominicana.

**Resultados.** Barreiras geográficas e financeiras, necessidade de obter permissão para ir ao médico ou não querer ir sozinha ao estabelecimento reduziram significativamente a probabilidade de realizar o pré-natal e ter um parto assistido. As mulheres que relataram dificuldade de obter permissão para ir ao médico apresentaram menor probabilidade de fazer o exame Papanicolau nos últimos 2-3 anos, completar a vacinação das crianças e procurar atendimento para seus filhos e filhas com quadro de infecção respiratória aguda. Não querer ir sozinha ao centro de saúde reduziu a probabilidade de utilizar métodos anticoncepcionais modernos.

**Conclusões.** Constatou-se uma redução estatisticamente significativa da possibilidade de utilização de serviços essenciais de saúde por mulheres que relataram barreiras de acesso e por seus filhos e filhas. As estratégias destinadas a remover tais barreiras não devem se concentrar apenas na melhoria da oferta de serviços – devem também abordar questões relacionadas a normas, papéis de gênero e empoderamento das mulheres para que haja um progresso sustentável em direção ao acesso universal.

### Palavras-chave

Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; iniquidade de gênero; América Latina.

---