

# Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa

Macarena Hirmas Aday,<sup>1</sup> Lucy Poffald Angulo,<sup>1</sup>  
Anita María Jasmen Sepúlveda,<sup>2</sup> Ximena Aguilera Sanhueza,<sup>1</sup>  
Iris Delgado Becerra<sup>1</sup> y Jeanette Vega Morales<sup>3</sup>

## Forma de citar

Hirmas Aday 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):223–9.

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.

**Métodos.** Revisión sistemática cualitativa de literatura publicada durante el período 2000–2010. Se consultaron seis fuentes internacionales: Fuente Académica, Medline en texto completo, Base de datos académica multidisciplinaria en texto completo (Academic Search Complete), PubMed, SciELO y LILACS. Se aplicaron criterios de valoración científica del Programa CASPe y la declaración STROBE. En paralelo se revisó literatura gris.

**Resultados.** Se seleccionaron 19 de 1 160 resultados de la revisión de artículos científicos, y 8 de 12 documentos de la revisión de literatura gris. Se identificaron 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos y grados de desarrollo. Las 230 barreras se clasificaron acorde al modelo de Tanahashi: 25 corresponden a la dimensión disponibilidad, 67 a accesibilidad, 87 a aceptabilidad y 51 a contacto. La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de aceptabilidad y de accesibilidad. Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente.

**Conclusiones.** La identificación de barreras y facilitadores se realiza mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud. Se identificaron pocos estudios orientados a quienes no contactan los servicios. Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría son expresión de inequidades sociales que existen en los países y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas.

## Palabras clave

Acceso a los servicios de salud; atención a la salud; equidad en salud; inequidad social; cobertura universal.

<sup>1</sup> Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. La correspondencia se debe dirigir a Macarena Hirmas, mhirmas@udd.cl

<sup>2</sup> Biblioteca Biomédica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> En el momento del estudio: Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

¿Por qué algunas personas toman contacto con los servicios de salud y otras no? ¿Por qué algunos pacientes adhieren a tratamiento y otros no? Los sistemas de salud tienen éxito cuando las personas se mantienen sanas o, en caso de enfermar, tienen acceso a los servicios sanitarios de acuerdo a su necesidad, siguen el

tratamiento —limitando el daño o rehabilitándose— y están satisfechas con los servicios que mejoran su calidad de vida y su nivel de salud (1, 2).

El nivel de salud está condicionado por los determinantes sociales de la salud (DSS), definidos como “aquellos factores y mecanismos por los cuales las

condiciones sociales afectan el nivel de salud” (1–4). Los DSS incluyen las características específicas del contexto social por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive y trabaja se traducen en efectos sobre la salud (5).

El sistema sanitario es un determinante de la salud en sí mismo; interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales, ya que 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 (5).

Los DSS, incluido el sistema de salud, establecen grandes diferencias en el nivel de salud que son inequidades. El concepto de inequidad implica que “las desigualdades son injustas y evitables, es decir pueden ser prevenidas y remediadas” (6). La equidad en salud apunta a que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y que nadie esté en desventaja para alcanzarlo (3). Para lograr equidad en salud es necesario que exista equidad de acceso a la atención, algo que se logra cuando todas las personas acceden a los servicios de salud y sociales acorde a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago (5).

Distintos modelos han sido utilizados para estudiar el acceso a la atención de salud. Donabedian (7) plantea que el acceso es resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos. Andersen y Aday (8) 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, y la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario; en este sentido, enfatizan el modo como las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios. Andersen y Davidson (9) por su parte 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.

Según lo postulado por los modelos recién descritos, el acceso a la atención sanitaria sería el resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda (10). Tanahashi incorpora este concepto en su “Modelo de Cobertura Efectiva” (11), definiendo cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz (donde el rendimiento del servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico). 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 (10, 11).

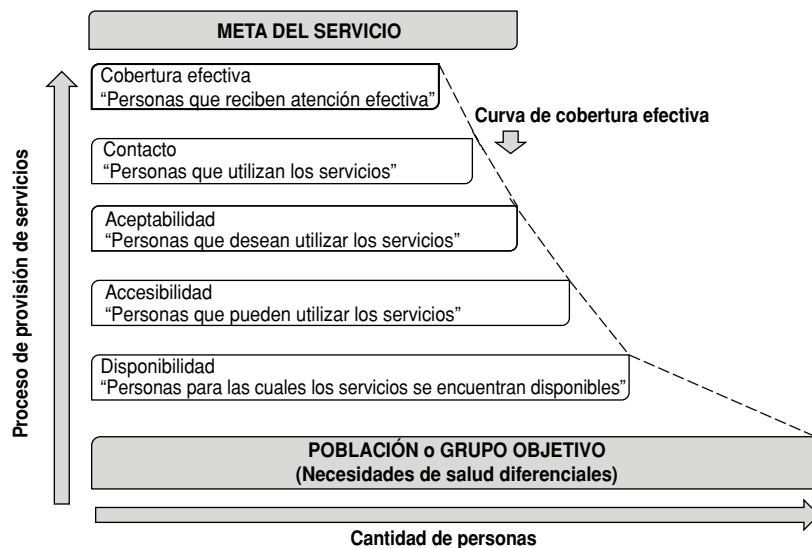
El modelo de Tanahashi considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva: i) disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información; ii) accesibilidad, asociada a accesibilidad

física como distancia, conectividad, y 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 (figura 1) (10, 11).

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 (10, 12).

Varios trabajos han estudiado obstáculos y elementos facilitadores al acceso a los servicios sanitarios en poblaciones, programas y patologías específicas, identificando barreras personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud entre las principales (10, 13). A partir de una revisión de la literatura internacional sobre el tema, los

**FIGURA 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad**



Fuente: Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295–303. Adaptada y traducida al español por los autores, con autorización.

objetivos del presente estudio son determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática cualitativa de literatura entre junio y octubre de 2010, planteándose la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores de acceso a atención de salud identificadas en la literatura, desde el punto de vista de los usuarios y del personal de salud? Se examinaron artículos publicados —en español e inglés— entre 2000 y 2010 de estudios cuantitativos o cualitativos, de fuente primaria o secundaria, así como literatura gris, que identificaran barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud según usuarios y personal de salud.

Una revisión sistemática cualitativa, resume y analiza evidencia en torno a una pregunta de investigación específica y estructurada donde no se combinan los resultados con métodos estadísticos como el metaanálisis (14–18).

Se determinaron palabras clave y limitadores enmarcados bajo el Modelo de Tanahashi, comparándose luego con los existentes en la Lista de Términos Médicos (MeSH, por sus siglas en inglés) (cuadro 1). La mayoría no contaba con palabras similares, ya que corresponden a términos representativos y específicos del campo a estudiar.

Se consultaron tres fuentes internacionales suscritas por la Biblioteca Biomédica

de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo, Chile (Fuente Académica, Medline en texto completo y Base de datos académica multidisciplinaria en texto completo [Academic Search Complete]), todas pertenecientes al proveedor EBSCO, y tres fuentes internacionales de acceso libre validado (LILACS, PubMed y SciELO). Para evitar sesgo de publicación, se consultó literatura gris correspondiente a manuales, documentos técnicos e informes de jornadas científicas nacionales e internacionales, así como documentos del Ministerio de Salud de Chile, Organización Mundial de la Salud, el Fondo Commonwealth y de expertos en DSS e inequidades

La búsqueda de artículos científicos se hizo en cada una de las seis bases de datos, por cada palabra clave, y utilizando conectores booleanos para aplicar los filtros definidos (cuadro 1). La secuencia de búsqueda fue: palabra clave (AND) término incluyente (AND) límite de período (NOT) término excluyente. En el caso de la literatura gris, se realizaron consultas a expertos y a fuentes de información indicadas (manuales, documentos técnicos, informes de jornadas y documentos de diferentes organismos).

Dos revisoras examinaron los contenidos en forma paralela e independiente. Los desacuerdos se trataron para lograr un consenso. La valoración de artículos científicos se realizó utilizando listas de chequeo con criterios de evaluación desarrolladas por el Programa de Habilidades en Lectura Crítica (CASPe, por sus siglas en inglés) y la declaración STROBE (siglas en inglés de Fortalecimiento de la comunicación de estudios observacionales en epidemiología) (16, 19, 20).

En primer lugar, cada revisora identificó de manera independiente los estudios según el tipo de diseño descrito. Luego se aplicaron los criterios de evaluación, asignando a cada estudio si cumplía o no con cada criterio. Para ser aprobado a los fines del presente trabajo, un artículo científico debía cumplir con al menos 80% de la lista los criterios establecidos, con especial valoración de la metodología.

En estudios de cohortes, caso-control y transversales, la lista de chequeo consideró 22 criterios referidos a título, resumen, introducción, metodología, resultados, discusión, aspectos éticos, financiamiento y conflicto de intereses.

En diseños cualitativos, la lista de chequeo consideró 35 criterios referidos a objetivos, congruencia y adecuación de la metodología a los objetivos, metodología, estrategia de selección de participantes, técnica de recogida de datos, reflexividad del investigador, aspectos éticos, análisis de datos, exposición y aplicabilidad de resultados.

En las revisiones sistemáticas, la lista de chequeo evaluó 22 criterios que correspondieron a tema de la revisión, estrategia de búsqueda, criterios de inclusión, valoración de la calidad de los estudios, resultados, aplicación de resultados y evaluación de beneficios.

En cuanto a la literatura gris, la valoración crítica se basó en dos criterios. El primero correspondió a aquellos documentos que identificaban de forma explícita barreras o facilitadores de acceso a la atención de salud en un territorio y población específicos. El segundo, correspondió a aquellos que identificaban barreras o facilitadores a partir de modelos teóricos de las dimensiones de acceso a la atención de salud.

## RESULTADOS

De la búsqueda de artículos científicos se obtuvo una bibliografía consolidada de 1 160 resultados en formato de resumen. La selección de artículos se realizó en tres fases. En primer lugar, de los 1 160 resúmenes se eliminaron aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión, obteniéndose 186 resúmenes. En segundo lugar, se revisó el texto completo de los 186 resúmenes, eliminándose los duplicados y los que no cumplieron con los criterios de inclusión, con un saldo de 68 artículos aprobados. En tercer lugar, se realizó una revisión

**CUADRO 1. Palabras clave y términos utilizados en la búsqueda de literatura en español e inglés sobre barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud publicados en 2000–2010**

Palabras clave	Términos incluyentes	Términos excluyentes
Acceso equitativo a salud/Equitable Health Access	Servicios de salud	Legislación
Cobertura universal de salud/Universal Coverage	Indicadores	Reforma
Adherencia/Adherence	Métodos	Seguros de salud
Facilitadores/Facilitators	Instrumentos	Población menor de 15 años
Barreras de acceso/Access Barriers	Encuestas	Gasto en salud
Barreras de aceptabilidad/Acceptability Barriers	Mediciones	Procedimientos clínicos, farmacológicos
Barreras de disponibilidad/Availability Barriers		
Barreras de contacto/Contact Barriers		

crítica de los artículos seleccionados en la fase anterior, descartándose los que no cumplieron con los criterios de valoración crítica. De esta fase final, se obtuvieron 19 estudios, cuyos contenidos fueron analizados para dar respuesta a la pregunta planteada en el presente trabajo (cuadro 2). De la revisión de literatura gris, se obtuvieron 12 documentos, de los cuales se seleccionaron los ocho que cumplían con los criterios de inclusión (cuadro 3).

### Extracción de datos y hallazgos

De los 19 artículos incluidos, 16 son de fuentes primarias y 3 de fuentes secundarias de información. Como marco muestral, 13 estudios incluyeron exclusivamente a personas que utilizan los servicios de salud, y 6 incluyeron población general usuaria y no usuaria de servicios. Solo cinco estudios incorporaron también a equipos de salud. Seis del total de artículos incluyeron participantes de distinta etnia.

Del total de artículos, 6 corresponden a estudios cuantitativos, 12 a cualitativos y 1 a revisión sistemática. Entre los estudios cuantitativos, tres se realizaron en Canadá, dos en Estados Unidos y uno en Chile. De los estudios cualitativos, cinco se realizaron en Estados Unidos, dos en Canadá, uno en Bolivia, uno en Guatemala, uno en México, uno en Nicaragua y uno en Zambia. La revisión sistemática incluyó 84 estudios, 73 realizados en países desarrollados (56 en Estados Unidos, 3 en Canadá, 3 en Reino Unido, 2 en Francia, 2 en Holanda, 2 en Italia, 1 en Australia, 1 en Bélgica, 1 en Suiza y 2 fueron multinacionales) y 12 en países en desarrollo (4 en Brasil, 1 en Bostwana, 1 en Costa de Marfil, 1 en Costa Rica, 1 en China, 1 en Malawi, 1 en Rumania, 1 en Sudáfrica y 1 en Uganda) (ver [material suplementario](#), cuadro S1). Seis de los 19 artículos se refieren a barreras y faci-

litadores de atención en salud general, 4 de terapia antirretroviral, 3 de atención en salud reproductiva, 2 de atención preventiva, 1 de atención preoperatoria, 1 de atención en salud mental, 1 de servicios genéticos y 1 de terapia medicamentosa antihipertensiva.

Los estudios revelan gran variabilidad en las barreras identificadas y proponen distintas taxonomías para clasificarlas. En este caso, se diseñó una matriz con la taxonomía definida por los autores de los estudios para la clasificación de barreras y facilitadores (ver [material suplementario](#), cuadro S2).

Un total de 230 barreras y 35 elementos facilitadores fueron identificados por los usuarios y los equipos de salud. Se contabilizaron todas las barreras que aparecieron en la revisión, independientemente de que fueran las mismas o similares.

Las 230 barreras se clasificaron siguiendo el modelo de Tanahashi: 87 (38%) correspondieron a la dimensión de aceptabilidad, 67 (29%) a accesibilidad, 51 (22%) a contacto y 25 (11%) a disponibilidad (figura 2). Considerando el total de las barreras identificadas, las barreras que aparecieron con mayor frecuencia fueron: costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes (8,7%), temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud (7,6%), desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito (6,1%) y estigma social, creencias y mitos (6,1%). Dado que el objetivo fue identificar barreras y facilitadores de acceso a la atención, y no la proporción de la población mencionada, no se incorporó la dimensión "cobertura efectiva" del modelo de Tanahashi (figura 2).

De los cinco estudios que incluyeron como sujetos a equipos de salud, solo cuatro identificaron las barreras percibidas por el equipo, principalmente las que corresponden a las dimensiones de disponibilidad y contacto.

### CUADRO 3. Resultados de la búsqueda de literatura gris sobre barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud publicada en 2000–2010

Tipo de publicación	Total	Incluidos
Manual de referencia	1	1
Documento técnico	4	3
Aporte de expertos <sup>a</sup>	2	1
Literatura de jornadas científicas	5	3
Total	12	8

<sup>a</sup> Consulta a expertos en el tema y revisión de literatura específica sugerida por ellos.

En relación con los 35 elementos facilitadores identificados, destacaron: contar con redes de apoyo social (26%), el valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones (14%), adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad (11%), comunicación médico-paciente y calidad de la relación entre ambos (9%), aceptación del diagnóstico (9%), contar con recordatorios para el tratamiento (9%) y confianza en los tratamientos (6%). Estos factores corresponden a 84% de los facilitadores.

De los ocho documentos incluidos de literatura gris, tres fueron lineamientos programáticos del Ministerio de Salud de Chile en equidad de acceso a la atención de salud, uno proveniente de Estados Unidos compara el sistema de salud con seis países desarrollados, dos presentaciones de jornadas científicas realizadas en África, una revisión sistemática que resume ocho estudios de tres países y un manual de referencia desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y la Red Regional para la Equidad en Salud en África (ver [material suplementario](#), cuadro S3).

### DISCUSIÓN

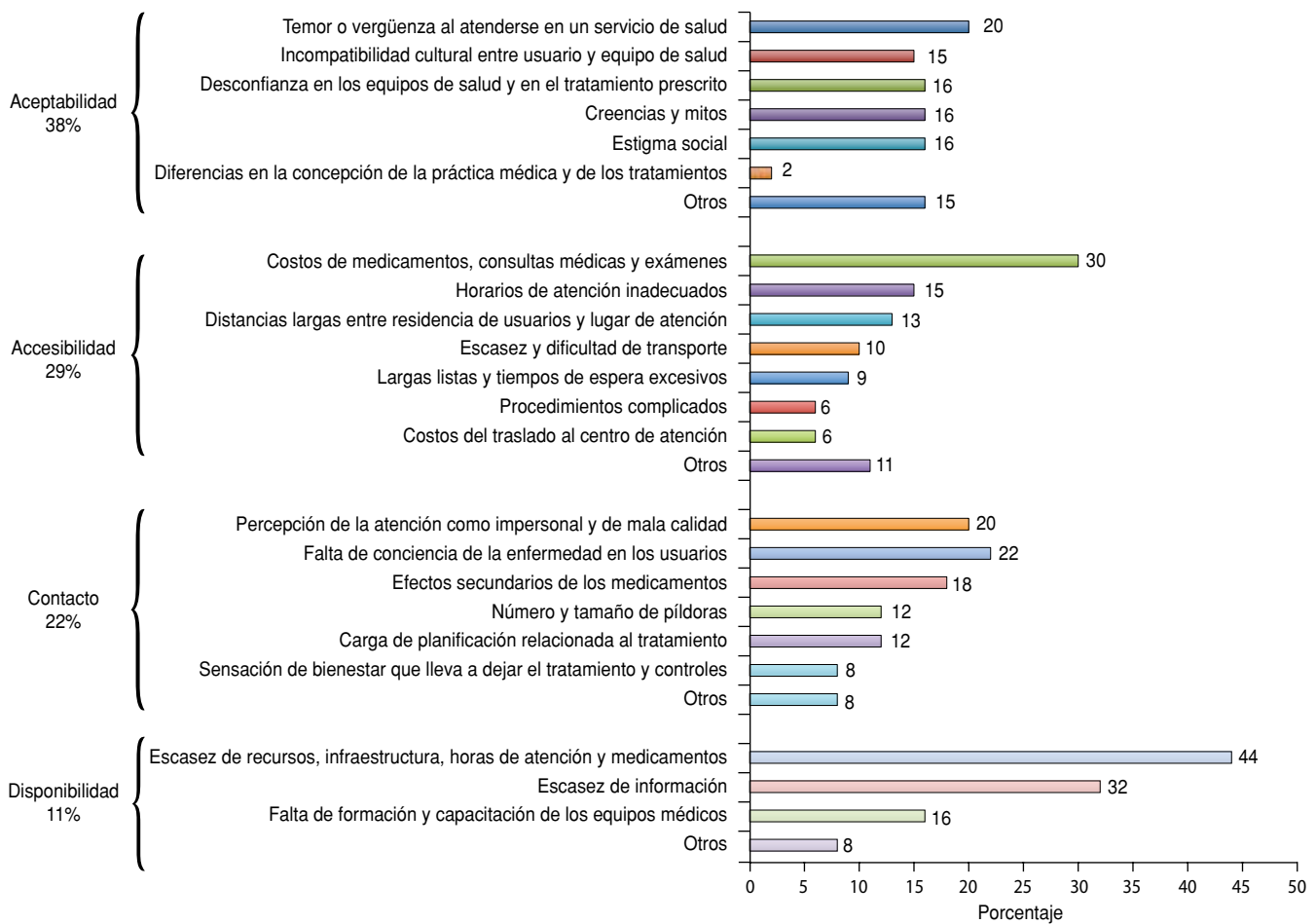
Los hallazgos revelan que la mayoría de los trabajos sobre barreras y facilitadores en la atención de salud han tenido lugar en países desarrollados, corresponden a estudios cualitativos de fuentes primarias y se han realizado con personas usuarias de servicios de salud. Es importante destacar que los estudios cualitativos generaron un espectro más amplio y profundo de barreras y elementos facilitadores que los cuantitativos.

Las barreras se presentan en todos los contextos de desarrollo social y económico estudiados, y en distintos esquemas de financiamiento y aseguramiento

**CUADRO 2. Resultados de la búsqueda de artículos científicos sobre barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud publicados en 2000–2010**

Términos utilizados	Encontrados	Separados para revisión	Aprobados	Incluidos
Acceso equitativo a salud	240	38	9	3
Cobertura universal de salud	236	9	4	1
Barreras de acceso	254	65	31	8
Barreras de aceptabilidad	72	12	1	0
Barreras de disponibilidad	159	36	8	1
Barreras de contacto	180	21	10	2
Adherencia/Barreras/Facilitadores	19	5	5	4
Total	1 160	186	68	19

**FIGURA 2. Principales barreras identificadas por dimensión según el Modelo de Tanahashi**



de salud, incluso en países donde existe cobertura universal. Estos hallazgos son coincidentes con los resultados de otros estudios referidos a accesibilidad (10).

Se observó que las barreras que aparecieron con mayor frecuencia fueron: Costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud; Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, y Estigma social, creencias y mitos (6,1%). Los elementos facilitadores más frecuentes fueron Contar con redes de apoyo social; El valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones, y Adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad.

En distintos contextos hay similitud en cuanto a que las barreras identificadas son más frecuentes en personas que están en la parte baja de la jerarquía social en la comunidad a la que pertenecen. Esta jerarquía se manifiesta por género

o etnia; por posición socioeconómica (según ingreso, ocupación y escolaridad), y por creencias y estilos de vida socialmente determinados. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otras investigaciones (10).

Los estudios y demás documentos examinados no realizan análisis comparativos 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 y accesibilidad, mientras que los equipos de salud identifican con mayor frecuencia barreras relacionadas con disponibilidad y contacto. Esto podría explicarse porque la mayoría de los estudios analizados se realizó con usuarios de servicios que ya tomaron contacto con el sistema, y por tanto la disponibilidad a los servicios no constituye una barrera frecuente. Por su parte los equipos de salud, al tener ma-

yor conocimiento de la cobertura real de sus servicios y necesidades de su población, identifican con mayor frecuencia barreras de disponibilidad.

Según Tanahashi, para alcanzar la cobertura efectiva con equidad, las barreras deben ser identificadas en dos direcciones: identificando a quienes no acceden o acceden con mayor dificultad, e identificando en qué etapas del proceso tales barreras tienen lugar con mayor frecuencia, y así dirigir las intervenciones a los “cuellos de botella” específicos. Es posible ordenar en términos del tipo de determinantes y distintas fases del análisis de equidad, y de este modo identificar en cada programa de salud las barreras de acceso y los determinantes sociales específicos en tales programas, y al mismo tiempo identificar barreras comunes a todo el sistema de salud o a un conjunto de programas (21).

Un elemento crucial de la presente revisión sistemática es haber develado

que en la mayoría de los estudios la identificación de barreras y elementos facilitadores se realiza mayoritariamente (68%) en personas que han contactado los sistemas de atención de salud, en atención preventiva, de diagnóstico o tratamiento. Se encontraron pocos estudios que hayan tratado las barreras que enfrentan quienes no contactan los sistemas de atención de salud.

Si se aplica la Ley de atención inversa de Tudor, lo más probable es que quienes no contactan a los sistemas de atención sean grupos más vulnerables que quienes sí los contactan. Tal vulnerabilidad estaría asociada, entre otras razones, a la condición social, económica y cultural de estas poblaciones, motivando que las barreras que enfrentan sean más frecuentes y de mayor complejidad (22). Estos son precisamente los grupos de especial interés para investigar en el marco de una agenda global que avance hacia un acceso a la salud con cobertura universal y equidad. Dicha meta implica que hay que asignar prioridad a la realización de estudios que identifiquen 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, futuros análisis de las dimensiones del modelo de Tanahashi deberían involucrar a los distintos actores del proceso de acceso a la atención de salud, con mayor énfasis en los usuarios. Desde la visión de los prestadores, cuando los servicios están disponibles son los usu-

rios quienes tienen barreras para accederlos; no obstante, 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 que determinan el acceso a los servicios.

Vale señalar que el presente trabajo no está exento de limitaciones. Una de ellas se refiere a los criterios de inclusión, con especial mención al idioma, ya que excluyó la literatura en portugués, restringiendo así el campo de búsqueda y la diversidad de los estudios obtenidos. La otra limitación tiene que ver con las restricciones de accesibilidad que impidieron agotar la búsqueda de la literatura gris.

### Conclusiones

Se constató que la mayoría de los estudios de identificación de barreras y de elementos facilitadores de acceso a la atención de salud han sido llevados a cabo en países desarrollados, corresponden a estudios cualitativos de fuentes primarias y se han realizado con personas usuarias de servicios de salud. Las barreras y los facilitadores se presentan en países de distinto grado de desarrollo social y económico. Al analizar las barreras según el modelo de Tanahashi, se identifican barreras en todas las dimensiones del modelo.

La identificación de barreras y de elementos facilitadores en el acceso a la atención de salud contribuye a un mo-

nitoreo de la equidad en salud más efectivo y es un paso imprescindible para mejorar el acceso de toda la población y reducir las inequidades sociales y de salud. El modelo de Tanahashi permite sistematizar barreras y facilitadores en dimensiones específicas, que al volcarse en un instrumento de chequeo podría resultar valioso al momento de evaluar el acceso a la atención de salud.

El presente estudio confirma la necesidad de diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que reduzcan o eliminen las barreras que son responsabilidad de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de salud. A su vez, es recomendable que los prestadores de salud adapten la provisión de servicios a las necesidades específicas de su población, diseñen e implementen estrategias de búsqueda de grupos que no contactan al sistema de salud e incorporen en la planificación de servicios los elementos facilitadores identificados.

En continuidad con esta línea de investigación, se requiere identificar barreras y facilitadores de la población que no toma contacto con los servicios de salud y determinar específicamente cuáles son los grupos excluidos de los sistemas de atención.

**Financiamiento.** El presente trabajo fue financiado por la Fundación Rockefeller, a través del proyecto N.º 2340031, Universidad del Desarrollo, Chile.

**Conflictos de interés.** Ninguno.

### REFERENCIAS

- Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Canada, Minister of National Health and Welfare; 1981. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php> Acceso el 23 de enero de 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2008.
- Álvarez Pérez A, García Fariña A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cub Salud Pública*. 2007. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es&nrm=iso) Acceso el 23 de enero de 2013.
- Hosseinpour AR, Van Doorslaer E, Speybroeck N, Naghavi M, Mohammad K, Majdzadeh R, et al. Decomposing socioeconomic inequality in infant mortality in Iran. *Int J Epidemiol*. 2006;35(5):1211-9.
- Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue L, Fabiola M, eds. *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES); 2005. Pp. 9-18.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity. *Health Promot Int*. 1991;6(3):217-28.
- Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208-20.
- Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: Individual and contextual factor. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, eds. *Changing the American Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*. 3.ª ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007. Pp. 3-31.
- Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know, and need to know. Background paper for the global symposium on health systems research, 2010. Disponible en: [http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/2%20WCSHD%20Discussion%20Paper%20resources/3%20Health%20sector/Universal\\_Health\\_Coverage\\_With\\_Equity\\_2010.pdf](http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/2%20WCSHD%20Discussion%20Paper%20resources/3%20Health%20sector/Universal_Health_Coverage_With_Equity_2010.pdf) Acceso el 23 de enero de 2013.
- Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56(2):295-303.

12. World Health Organization, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa. A toolkit for monitoring and evaluating equity in access and health systems strengthening in AIDS treatment programmes: concepts, models, methods and indicators, 2010.
13. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does "access to health care" mean? *J Health Serv Res Policy*. 2002;7(3):186–8.
14. Letelier LM, Manríquez J, Rada G. Revisión sistemática y meta análisis: ¿son la mejor evidencia? *Rev Med Chil*. 2005;133:246–9.
15. Gisbert JP, Bonfill X. ¿Cómo realizar, evaluar y utilizar revisiones sistemáticas y meta análisis? *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27(3):129–49.
16. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Disponible en: [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org) Acceso el 23 de enero de 2013.
17. Green B, Johnson C, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trades. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101–17.
18. Noyes J, Popay J. Directly observed therapy and tuberculosis: how can a systematic review of qualitative research contribute to improving services? A qualitative meta-synthesis. *J Adv Nurs*. 2007;57:227–43.
19. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). *Materiales CASPe, Parrillas para lectura crítica*. Disponible en: <http://redcaspe.org/drupal/?q=node/29> Acceso el 23 de enero de 2013.
20. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE Statement). STROBE checklists Disponible en: <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
21. Solar O. Experiencia y proyecciones del proceso de revisión de programas en Chile. En: *II Seminario: Estrategia para la integración de los determinantes sociales y equidad en los programas de salud del Ministerio de Salud de Chile*. 26–28 de noviembre, 2008.
22. Tudor J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405–12.

Manuscrito recibido el 18 de enero de 2012. Aceptado para publicación, tras revisión, el 4 de enero de 2013.

## ABSTRACT

### Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review

**Objective.** To determine whether health care access barriers and facilitators cut across different populations, countries, and pathologies, and if so, at which stages of health care access they occur most frequently.

**Methods.** A qualitative systematic review of literature published between 2000 and 2010 was undertaken drawing on six international sources: *Fuente Académica*, MEDLINE (full-text), Academic Search Complete (a full-text multidisciplinary academic database), PubMed, SciELO, and LILACS. Scientific appraisal guidelines from the Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) and Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) were applied. Gray literature was also reviewed.

**Results.** From the review of scientific literature, 19 of 1 160 articles and 8 of 12 gray literature documents were selected. A total of 230 barriers and 35 facilitators were identified in countries with different contexts and degrees of development. The 230 barriers were classified according to the Tanahashi framework: 25 corresponded to availability, 67 to access, 87 to acceptability, and 51 to contact. Most of the barriers were related to acceptability and access. The facilitating elements that were identified had to do with personal factors, the provider-client relationship, social support, knowledge about diseases, and adaptation of the services to patients.

**Conclusions.** The barriers and facilitators were seen mostly in people who initiated contact with the health systems, and they occurred at all stages of health care access. Only a few of the studies looked at people who did *not* initiate contact with the health services. The barriers and facilitators identified were socially determined and largely a reflection of existing social inequities in the countries. To reduce or eliminate them, joint action with other non-health sectors will be necessary.

## Key words

Health services accessibility; health care (public health); equity in health; social inequity; universal coverage.

---

**Material suplementario / Supplementary material / Material supplementar**

---

**Material suplementario del artículo:**

Hirmas Aday 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. 2013;33(3):223–9.

Este material forma parte del artículo presentado originalmente y ha sido sometido a revisión externa. Se presenta tal como ha sido remitido por los autores.



## MATERIAL SUPLEMENTARIO

### S1. Características principales de los estudios incluidos

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
1	Acceso equitativo a salud	2006	BMC Health Services Research, 6:13, 1-9	Location of residence associated with the likelihood of patient visit to preoperative assesment clinic	Seidel, J. Beck, C. Pocobelli, G. et al.	Examinar la asociación entre la distancia geográfica de residencia del paciente de la clínica preoperatoria y la probabilidad de asistencia a la evaluación preoperatoria.	Cuantitativo, transversal	Variables independientes: Edad Sexo Distancia desde la residencia a la clínica Comorbilidad Procedimientos realizados Variables dependientes: Visitas realizadas a la evaluación preoperatoria	9506 pacientes residentes en la provincia de Alberta, Columbia y Saskatchewan, que se sometieron a cirugía en el Hospital de Foothills, Calgary	Información proveniente de altas hospitalarias Análisis de regresión logística múltiple
2	Acceso equitativo a salud	2008	Rev Panam Salud Pública, 24 (1), 46-53	Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home?	Otis, K Brett, J	Identificar los factores que inhiben el acceso y utilización de los centros de salud pública dedicados a la atención del parto.	Cualitativo	Ámbitos de identificación de barreras de los servicios de salud reproductiva gubernamentales: 1) Gestión 2) Provisión 3) Diseño de los servicios 4) Factores sociales 5) Rutinas diarias 6) Creencias 7) Relaciones del usuario con el sistema de salud	62 sujetos (34 usuarios de servicios y 28 no usuarios): 44 madres y 18 padres de niños menores de 5 años de edad de zonas urbana y rurales 8 informantes clave relacionados con la provisión y gestión de servicios de salud	Observación participante Entrevistas abiertas y semi estructuradas Análisis documental Análisis en base a teoría fundamentada

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
3	Barreras de acceso	2008	Revista de Salud Pública de México vol.51, suplemento 2, s254-s262	Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca	Nigenda, G. Caballero, M González-Robledo, LM	Identificar barreras sociales, culturales y de servicios de salud que impiden el acceso oportuno a la detección temprana del cáncer de mama en el DF y en Oaxaca.	Cualitativo, exploratorio	Tres ámbitos de identificación de barreras: 1) Disponibilidad de la información 2) Relación entre los prestadores de servicios 3) Patrones culturales de la interacción entre mujeres diagnosticadas y su pareja	44 sujetos usuarios de servicios: 25 mujeres mayores de 25 años sin la patología  13 mujeres diagnosticadas  6 parejas varones  9 informantes clave: Directores de programas de cáncer de mama de diversas instituciones y directores de organizaciones civiles. 2,214 inmigrantes chinos usuarios y no usuarios de servicios de salud.	Entrevistas  Grupos focales
4	Barreras de acceso	2007	Health Soc Work. Feb;32(1):57-65.	Predictors of health service barriers for older chinese immigrants in Canada	Lai, D. Chau, S.	Examinar barreras de acceso a servicios de salud que enfrentan adultos mayores inmigrantes chinos en Canadá.	Cuantitativo, transversal	Variables independientes: Edad Género Estado civil Nivel educacional Nivel de inglés auto percibido País de origen Tiempo de residencia Ingreso mensual individual Percepción de suficiencia financiera Apoyo social Creencias en salud Valores culturales Etnia	Edad mayor o igual a 55 años.  Residentes en siete ciudades de Canadá.  Años 2001 a 2002.	Cuestionario  Análisis de regresión múltiple  Análisis de componentes principales.

Variables dependientes:  
21 Barreras de acceso a servicios de salud.

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
5	Barreras de acceso	2008	Rev Panam Salud Pública; 24 (2): 75-84	Utilization of maternal health care services in the department of Matagalpa, Nicaragua	Lubbock, L. Stepheno n, R.	Explorar percepciones y factores individuales y comunitarios que influyen en la búsqueda de atención de salud materna en municipalidades rurales y semi rurales del departamento de Matagalpa, Nicaragua.	Cualitativo, exploratorio	31 preguntas abiertas referidas a un amplio campo de temas relativos a mortalidad materna, actividades de atención prenatal, apoyo comunitario y familiar, conocimiento de signos de peligro durante el embarazo y acceso a atención.	37 mujeres usuarias de servicios que al menos tenían un hijo menor de 3 años.  Usuarias de clínicas o centros de salud de 3 municipalidades.	Entrevistas abiertas
6	Barreras de acceso	2007	Salud Pública de México; vol 49, n° 2: 86 - 93	Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala	Hautecoeur, M. Zunzunegui, MV. Vissandjee, B	Identificar y documentar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala.	Cualitativo	Cuatro ámbitos de identificación de barreras: 1) Acceso a servicios de salud 2) Costo de consultas y medicamentos 3) Tiempo de espera 4) Tratamientos recibidos	33 participantes: 28 usuarios de servicios de etnia Achi  5 profesionales de la salud de etnia Achi	Entrevistas semi estructuradas  Grupo de discusión
7	Barreras de contacto	2007	AIDS PATIENT CARE and STD s, vol 21, n°6: 400-408	Barriers and facilitators to adolescence HIV testing	Peralta, L. Griffin, B. Hipszer, S. et al.	Determinar las restricciones al acceso a pruebas diagnósticas para HIV y facilitadores para incrementar la aceptación de los servicios de consejería, diagnóstico y referencia.	Cuantitativo, transversal	Variables independientes: Edad Etnia Grupo familiar Exposición a factores de riesgo Lugar de residencia Lugar de atención  Variables dependientes: Realización de pruebas diagnósticas y razones Acceso a los servicios	278 jóvenes usuarios y no usuarios de servicios, contactados para participar en sesiones de educación grupales en 24 localidades del estado de Mariland,  Junio a julio de 1999.	Cuestionario

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
8	Barreras de contacto	2005	Rev Panam de Salud Pública, 18(4-5): 263-70	Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile	Vicente, B Kohn, R. Saldívar, S. et al.	Describir el patrón de uso de servicios generales y especializados entre los adultos con problemas de salud mental, así como su nivel de satisfacción con dichos servicios.	Cuantitativo, transversal	Variables independientes: Edad Sexo Nivel de escolaridad Nivel socioeconómico Diagnóstico psiquiátrico  Variables dependientes: Uso de servicios generales y de salud mental en 6 meses precedentes Dificultades de acceso a los servicios	2.987 sujetos de 15 años y más, usuarios y no usuarios de servicios de salud.  Provenientes de 4 provincias de Chile, Santiago, Concepción, Iquique y Cautín.  Julio 1992 a junio 1999.	Información obtenida del Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica.  Análisis de regresión logística
9	Adherencia/ Barreras/ Facilitadores	2009	AIDS Care vol.21, N° 1, 78-86	Barriers to acceptance and adherence of antiretroviral therapy in urban Zambian women: a qualitative study	Murray, L Semrau, K McCurley, E et al	Identificar barreras de aceptabilidad y adherencia a terapias antiretrovirales.	Cualitativo	¿Cuáles son las razones por las cuales mujeres con VIH no inician tratamiento antiretroviral en las clínicas?  ¿Cuáles son las razones por las cuales mujeres con VIH no continúan el tratamiento antiretroviral en las clínicas?	Entrevistadas: 47 mujeres con HIV (adherentes y no adherentes a terapia antiretroviral)  33 Informantes clave: 18 miembros de la comunidad 3 del equipo de atención en el hogar 7 del equipo clínico 5 del equipo del estudio de lactancia exclusiva de Zambia	Entrevistas con técnica free listing
10	Adherencia/ Barreras/ Facilitadores	2008	J Assoc Nurses AIDS Care; 19(2):98-104	Barriers and facilitators to medication adherence in a southern minority population with HIV disease	Konkle-Parker, D. Erlen, J Dubbett, P.	Identificar barreras y facilitadores percibidos para la adherencia a medicación anti HIV.	Cualitativo	¿Qué es lo más difícil para usted para tomar regularmente su medicamento anti HIV?  ¿Qué es lo más fácil para usted para tomar regularmente su medicamento?	20 pacientes en tratamiento con medicación anti HIV: 16 afroamericanos, 4 blancos 8 mujeres, 12 hombres 14 heterosexuales 16 ingreso < /= 10.000 dólares por año	Grupos focales

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
11	Adherencia/ Barreras/ Facilitadores	2004	Ethnicity and Diseases, vol 14, 3-12.	Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive african americans. A qualitative study	Ogedegbe, G. Harrison, M. Robbins, L. et al.	Explorar la perspectiva de pacientes afroamericanos hipertensos respecto de factores que ellos perciben como barreras o facilitadores de adherencia a los medicamentos antihipertensivos prescritos.	Cualitativo	¿Qué dificultades tiene usted en tomarse los medicamentos antihipertensivos como fueron prescritos por su médico?  ¿Qué situaciones le dificultan tomarse los medicamentos antihipertensivos como fueron prescritos por su médico?  ¿Qué situaciones le facilitan tomarse los medicamentos antihipertensivos como fueron prescritos por su médico?  ¿Qué habilidades necesita para tomarse los medicamentos antihipertensivos como fueron prescritos por su médico?	106 pacientes de atención primaria: Edad promedio 56 años 62 mujeres, 44 hombres	Entrevistas individuales

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
12	Adherencia/ Barreras/ Facilitadores	2006	Plos med, 3(11): e438, doi: 10.1371- journal.pme d.0030438	Adherence to HAART: A systematic review of developed and developing nation patient- reported barriers and facilitators	Mills, E. Nachaga, J. Bangsberg, D. et al.	Determinar barreras y facilitadores reportados por pacientes en relación a la adherencia a terapia anti retroviral.	Revisión sistemática	Adherencia HIV AIDS Actitudes Barreras Ansiedades Factores o determinantes Motivadores o facilitadores HAART o anti retroviral	228 estudios originales/84 seleccionados: 38 cualitativos 46 cuantitativos	Fuentes de información: AMED, Campbell collaboration, CinAhi, Cochrane Library, ERIC, Medline, NHS EED, Clinical trials.gov, UK National Research Register, International AIDS society y Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections.
13	Barreras de disponibilidad	2010	JANAC. 21 (6): 467- 477	Perceived Barriers to HIV Care Among HIV-Infected Women in the Deep South	Moneyham, L. McLeod, J. Boehme, A. et al.	Explorar barreras a atención de salud percibidas por las mujeres afro americanas con HIV que viven en la región sur de Estados Unidos	Cualitativo	Pregunta guía: Cuéntenos su experiencia para obtener atención para HIV.  Preguntas exploratorias para mayor descripción y detalle: Cuéntenos más sobre eso	40 mujeres afro americanas con HIV, de habla inglesa  Edad mayor a 19 años  Provenientes 6 estados y de 4 organizaciones de base comunitaria que prestan atención para HIV	Estudios publicados hasta junio del año 2005  Grupos focales

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
14	Cobertura universal de salud	2008	Soc Sci Med. 66 (6): 1271-1283	"I spent nine years looking for a doctor": Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada	Asanin, J. Wilson, K.	Explorar barreras de acceso a atención de salud que enfrentan inmigrantes recientes en Canadá	Cualitativo	En su vecindario, ¿qué contribuye a tener buena/pobre salud?  ¿Qué haría que su vecindario sea un lugar más saludable para vivir?  ¿Cuáles cree que son los factores más importantes que moldean su salud?	53 Inmigrantes recientes en Canadá usuarios de servicios de salud  Residentes del vecindario de Dixie-Bloor  Edad mayor a 15 años  Provenientes de 21 países (Pakistán, India, China, Rumania, otros)	Grupos focales
15	Acceso equitativo a salud	2006	Health Place. 12(2): 121-130	'Reasonable access' to primary care: assessing the role of individual and system characteristics	Wellstooda, K. Wilson, K. Eyles, J.	Explorar experiencias de acceso a los servicios de atención primaria en habitantes de dos vecindarios socialmente diferentes en Hamilton, Ontario, Canadá	Cualitativo	Ámbitos de identificación de barreras: 1) Contar con su médico de familia 2) Razones para pedir hora con su médico 3) Evaluación de la atención médica 4) Aspectos de la vida personal	41 participantes (39 usuarios de servicios): 20 hombres y 21 mujeres  Residentes de los vecindarios Northeast Industrial y de Southwest Mountain  Año 2002	Entrevistas semi estructuradas

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
16	Barreras de acceso	2008	Journal of Gerontological Social Work, Vol. 51(3-4) 315-336	Service Barriers of Chinese Family Caregivers in Canada	Lai, D. Surood, S.	Examinar barreras de servicios experimentadas por cuidadores de familias de inmigrantes chinos en Canadá	Cuantitativo, transversal	<p><b>Variables independientes:</b> Socio demográficas: Edad Género Estado civil Nivel educacional Ingreso económico mensual Satisfacción de necesidades básicas</p> <p>Culturales: Religión Tiempo de residencia en Canadá Autoevaluación de competencias en el idioma inglés</p> <p><b>Variables dependientes:</b> Barreras de servicios experimentadas al utilizar o intentar usar servicios de atención para sus familiares</p>	315 cuidadores chino canadienses que proveen atención a adultos chinos mayores de 65 años	Encuesta estructurada telefónica Análisis de regresión múltiple Análisis de componentes principales
									Usuarios y no usuarios de servicios de salud	Análisis de componentes principales
									Muestreo aleatorio simple	Análisis de componentes principales
									Edad mayor a 18 años	Análisis de componentes principales
									Residentes en Calgary, Alberta, Canadá	Análisis de componentes principales
									Febrero a abril 2003	Análisis de componentes principales



N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
17	Barreras de acceso	2007	Community Genet 10(1):10-18	Barriers to Access: Results from Focus Groups to Identify Genetic Service Needs in the Community	Beene-Harris, R. Wang, C. Bach, J.	Describir barreras de acceso a servicios genéticos identificados en la comunidad	Cualitativo	¿Cuál es la percepción del público de los posibles beneficios / barreras de la tecnología genética y servicios relacionados?  ¿Qué canales / fuentes utilizan los individuos para la obtención de salud /información genética?  ¿Cuáles son las barreras para la obtención de los servicios genéticos?  ¿Cuáles son los servicios genéticos que se necesitan?	48 participantes: 13 padres de pacientes 6 estudiantes 7 padres de hijos con malformación 7 adultos con problemas genéticos 15 consejeros genéticos	Grupos focales
18	Barreras de Acceso	2010	Patient Educ Couns. 79 (1): 69-76	Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience	Mead, H. Andres, E. Ramos, Ch. et al.	Identificar obstáculos comunes que impiden el manejo efectivo en pacientes cardíaca y examinar cómo las barreras de recursos experimentadas por pacientes en desventaja social adicionan y exacerban las dificultades.	Cualitativo	1. ¿Hace cuánto tiempo tiene Ud. la condición de paciente cardíaco? ¿Y dónde se atendió/ obtuvo su atención aquí? 2. ¿Cuáles son sus experiencias con los diferentes servicios de salud- con su médico (de atención primaria y especialistas), con su atención y con los hospitales? 3. ¿Cuál ha sido su experiencia al obtener los servicios de salud que Ud. necesita para su condición? Háblenos de algún servicio que en que haya tenido problemas. ¿Cuáles han sido los problemas? 4 .a. ¿En qué se traduce su enfermedad en su vida	387 pacientes, 84 hombres y 198 mujeres  Edad mayores de 18 años  Pertenecientes a 10 comunidades de Estados Unidos	Grupos focales

N°	Términos de Búsqueda	Año	Revista	Título	Autor	Objetivos	Diseño	Variables/Preguntas guía/Palabras clave	Muestra	Método
19	Barreras de Acceso	2010	Matern Child Health J. 14(3):350-359	Racial Differences in the Association Between Partner Abuse and Barriers to Prenatal Health Care Among Asian and Native Hawaiian/Other Pacific Islander Women	Ta, V. Hayes, D.	Describir y examinar factores asociados a barreras de acceso a control prenatal entre madres según su raza  Determinar el rol del abuso de pareja en el acceso a control prenatal en madres según su raza	Cuantitativo, transversal	diaria? 4. b. ¿Cómo supo de su enfermedad y cómo supo lo que tenía que hacer para cuidarse? 5. ¿Cuánto le ayuda/ le apoya su médico en hacerse cargo de su condición? 6. ¿Qué puede hacer su médico para ayudarlo a entender mejor su condición y hacerse cargo de ella? 7. ¿Cuán satisfecho está Ud. de los servicios que recibe? 8. ¿Si Ud. pudiera cambiar cualquier cosa de la atención de salud qué sería? <b>Variables independientes:</b> Abuso de pareja Raza/etnia Edad Ingreso por hogar Nivel educacional Estado civil Residencia urbano/rural Uso de sustancias <b>Variables dependientes:</b> Barreras logísticas Barreras financieras/seguro salud Barreras personales	7.158 mujeres  Etnia nativa-hawaiana (35,7%), asiática (37,4%), blanca (20,1%) y otro (6,6%)  Edad promedio 28 años Año 2004 a 2007	Información proveniente del Sistema de evaluación y monitoreo de embarazo de alto riesgo de Hawaii  Análisis bi variado y regresión logística

Fuente: Elaboración propia, Chile 2011

## S2. Barreras y facilitadores: Resultados y conclusiones de los estudios incluidos

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
1	Seidel, J. Beck, C. Pocobelli, G. et al.	Los pacientes asistían menos a la evaluación preoperatoria a medida que la distancia entre su lugar de residencia y la clínica es mayor. OR ajustado = 0.52, 95% CI 0.44–0.63 para distancias entre 50–100 km, y OR = 0.26, 95% CI 0.21–0.31 para distancias mayores a 250 km. Este efecto persiste aún después de ajustar por factores clínicos, especialidad de la cirugía, urgencia de la cirugía y si fue cirugía mayor o menor.	La probabilidad de que un paciente asista a la evaluación preoperatoria disminuye a medida que la distancia de la residencia respecto a la clínica aumenta. Estos hallazgos tienen implicancias para alcanzar la meta de equidad de acceso para todos los pacientes, independiente de dónde viven. Se recomiendan 3 estrategias para superar esta barrera: 1) Clínicas satélite, 2) Uso de tecnologías de telemedicina y 3) Triage remoto.
2	Otis, K Brett, J	Cinco barreras se identificaron entre usuarias y usuarios como relacionadas a la baja tasa de utilización de servicios dedicados a la atención del parto: 1) miedo o vergüenza a atenderse en un centro público de salud; 2) baja calidad de atención en los centros; 3) barreras geográficas, distancia; 4) barreras económicas relacionadas al viaje o al costo del servicio a utilizar; 5) percepción de no necesitar atención de salud debido a la experiencia de "partos fáciles".	Las barreras culturales, geográficas, económicas y logísticas identificadas en este estudio, interactúan entre sí complejizando el acceso a atención de salud. La baja tasa de partos asistidos en centros de salud, se inserta en un contexto de políticas inadecuadas, escasos recursos y diferencias culturales que influyen en la percepción de mujeres y sus parejas al momento del parto. La organización, financiamiento y gestión del sistema nacional de salud, son barreras para la puesta en práctica de políticas vigentes en el área materno-infantil. Para responder a este contexto cultural y socioeconómico, los recursos deben ir orientados a asegurar la instalación de confianzas y facilidades para acceder a los servicios.
3	Nigena, G. Caballero, M González- Robledo, LM	Las barreras identificadas por los informantes clave corresponden a: <b>1) Barreras relacionadas con gestión:</b> corrupción, falta de priorización de las necesidades locales, <b>2) relacionadas con la provisión de los servicios:</b> desmotivación por parte de los profesionales, falta de capacitación, y <b>3) diseño de los servicios gubernamentales de salud reproductivos:</b> sistema de salud fragmentado y jerárquico, falta de articulación. Tres ámbitos de barreras de acceso a los servicios son identificadas por las y los usuarios: <b>1) Disponibilidad de información en la población general:</b> información vaga, heterogénea, atomizada e incorrecta. <b>2) Entrenamiento de los médicos generales y ginecólogos:</b> carencia de formación, capacitación y actualización de los equipos médicos. <b>3) Interacción con las parejas después del diagnóstico:</b> temores de la pareja y familia.	Las barreras identificadas en los tres niveles muestran notorias diferencias en la difusión de información tanto a la población general como a los proveedores de servicios de salud. En los tres ámbitos identificados, se requiere y es factible la intervención gubernamental para reducir las barreras que obstaculizan la detección temprana del cáncer.

Las barreras identificadas por los informantes clave corresponden a:  
1) Falta de información sobre el cáncer de mama para la población general, 2) Insuficiencia y falta de canales de difusión.

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
4	Lai, D. Chau, S.	<p>Son predictores de barreras de acceso en usuarias y usuarios a servicios de salud: el género femenino, estado civil soltero(a), ser inmigrante de Hong Kong, llevar menos tiempo de residencia en Canadá, poca suficiencia financiera, no contar con alguien en quien confiar, fuerte identificación con creencias chinas sobre la salud y no auto identificarse como canadiense.</p> <p>Se obtuvo un modelo de cuatro factores que dan cuenta del 54,44% de la varianza total, estos son:</p> <p><b>1) Administrativas:</b> listas de espera muy largas, horas de atención incompatibles con el trabajo, no estar satisfechos con los servicios y procedimientos para utilizar los servicios, procedimientos muy complicados.</p> <p><b>2) Incompatibilidad cultural:</b> profesionales no hablan el idioma de los pacientes, programas no específicos para población china, profesionales no entienden la cultura china.</p> <p><b>3) Actitudes personales:</b> sentimiento de vergüenza, incomodidad para pedir ayuda, desconfianza en la ayuda profesional.</p> <p><b>4) Desafíos circunstanciales:</b> clima muy frío, escaso transporte, desconocimiento sobre servicios de salud existentes.</p>	<p>Intervenciones sociales deben fortalecer el apoyo y los recursos para los grupos vulnerables identificados.</p> <p>El identificar predictores de barreras, facilita a los proveedores de servicios el desarrollo de soluciones e intervenciones para reducir las dificultades con que se encuentran los grupos vulnerables.</p>
5	Lubbock, L. Stephenson, R.	<p>Barreras y facilitadores identificados por usuarias de servicios de salud maternos.</p> <p>La demora en la búsqueda de atención de salud durante el embarazo, está influenciada no sólo por el escaso acceso a atención y barreras económicas, si no, también por el conocimiento individual y comunitario y por la aceptación de servicios de salud maternos.</p> <p>El apoyo de la pareja, las experiencias de salud materna previas y el grado de comunicación con otras mujeres y trabajadores de la salud, influyen en la decisión de la mujer para buscar atención.</p> <p><b>1) Barreras logísticas para buscar servicios de salud:</b> costos para el traslado al centro de atención, dejar el trabajo para buscar atención, pagar por las medicinas prescritas, necesidad de priorizar el dinero para alimento, gastos relacionados a la escuela y para otros miembros de la familia.</p> <p><b>2) El valor de la atención de salud:</b> reconocimiento de la importancia en reducir los riesgos y complicaciones y asegurar la salud del hijo.</p>	<p>Se evidencian barreras logísticas y socioculturales que impiden la utilización de servicios maternos en Matagalpa.</p> <p>Mayor infraestructura y capacidad de recursos humanos son necesarios para mejorar el acceso a los servicios.</p> <p>Con el objetivo de mejorar la salud materna en esta región, las intervenciones deben estar orientadas a tres niveles: individual, de hogar y comunidad.</p>

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
3)	<b>Seguridad de los establecimientos de salud:</b>	incrementan la sensación de seguridad y protección de las mujeres, contribuyen a valorar la atención institucional incrementando la utilización de los servicios.	
4)	<b>Comunicación:</b>	el conocimiento acerca del embarazo y parto proviene de los trabajadores de salud, experiencias previas, experiencia de otras mujeres de la comunidad y de sus madres. La comunicación abierta con sus maridos sobre la importancia de buscar atención de salud, aumenta la utilización de los servicios.	
5)	<b>Prácticas tradicionales:</b>	cultura no buscar atención de salud durante el embarazo o parto. Convicción religiosa donde se atribuyen las experiencias positivas y negativas al destino.	
6)	<b>Información compartida:</b>	la decisión de buscar atención se ve afectada por rumores de mujeres que tuvieron experiencias adversas, percepciones negativas, mitos e ideas incorrectas.	
7)	<b>Género y poder:</b>	baja autonomía que se refleja en la necesidad de contar con permiso de jefes o la pareja para buscar atención de salud. Celos por parte de las parejas al ser examinadas por profesionales de la salud no permitiendo la búsqueda de atención para evitar violencia o conflictos. Temor de las mujeres de alejarse o desatender a sus hijos, hogares y animales si utilizan ese tiempo en buscar atención de salud.	

Nº	Autores	Resultados	Conclusiones
6	Hautecoeur, M. Zunzunegui, MV. Vissandjee, B	<p>Las barreras de acceso son múltiples y están interrelacionadas. Barreras identificadas por indígenas Achí usuarias y usuarios de servicios de salud: <b>Barreras geográficas:</b> relacionadas con la distancia y escasez de transporte. <b>Barreras económicas:</b> los costos de consultas y medicamentos. <b>Barreras culturales:</b> se encuentra la lengua española, la especificidad de la cultura Achí y otra concepción de la medicina y de los tratamientos. <b>Barreras administrativas:</b> trato abusivo por parte de profesionales sanitarios y la escasez de servicios de salud (recursos, infraestructura y medicamentos).</p> <p>Barreras identificadas por profesionales de salud: 1) Trauma de la guerra presente en las y los usuarios, 2) Malas condiciones de vida y 3) Falta de recursos, infraestructura y medicamentos.</p>	<p>Se identificaron las principales barreras de acceso a los servicios de salud siendo la principal de ellas la pobreza. De ella derivan las barreras geográficas, económicas y culturales.</p> <p>Los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder las necesidades de la población.</p> <p>Se propone especialmente, reducir la barrera de discriminación hacia el pueblo indígena.</p>
7	Peralta, L. Griffin, B. Hipszer, S. et al.	<p>Del total de jóvenes, el 70,5% reportó nunca haberse tomado la prueba diagnóstica. La razón más común señalada como barrera, fue que nunca se les había ofrecido, no piensan que puedan ser HIV positivos, no se sentían enfermos, baja percepción de riesgo.</p> <p>Como facilitadores se considera la ubicación de los lugares de atención, el uso de saliva u orina en vez de sangre, rapidez de la prueba y contar con alguien para hablar acerca de la prueba.</p>	<p>El enfoque preventivo debe dirigirse a incrementar el acceso y aceptación de los servicios asociados al HIV entre la población de adolescentes y jóvenes adultos.</p>
8	Vicente, B Kohn, R. Saldívia, S. et al.	<p>Las barreras indirectas de acceso a los servicios identificadas en las y los usuarios, resultan claramente más frecuentes y se vinculan con desconocimiento y estigma.</p> <p>Ni el sexo ni el tipo de diagnóstico ayudan a identificar alguna causa específica de utilización de servicios.</p> <p>Más de 44% de los entrevistados tuvieron contacto con algún tipo de servicio de salud durante los 6 meses previos al estudio, pero solo 5,6% recibieron atención especializada.</p> <p>Quienes presentan los diagnósticos de trastorno obsesivo y de pánico consultan con mayor frecuencia, pero no en centros especializados. El consumo de sustancias tóxicas y la personalidad antisocial se relacionaron con un bajo nivel de consulta. El sistema formal de salud es la opción que</p>	<p>Para que países en desarrollo como Chile, logren reducir la discapacidad que implican las enfermedades mentales, deben poner mayor énfasis en sus esfuerzos por disminuir la persistencia de las barreras de acceso a los servicios.</p> <p>La OMS ha propuesto 10 recomendaciones cuyo cumplimiento ayudaría a reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud mental: 1) lograr que la atención de trastornos mentales sea accesible en el nivel primario de atención; 2) dar acceso a los psicofármacos; 3) trasladar el énfasis de la atención de la institución a la comunidad; 4) educar a la población; 5) atraer la participación de la familia, la comunidad y los consumidores; 6) establecer programas nacionales de salud mental; 7) aumentar y mejorar la capacitación de los profesionales de esta área;</p>

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
9	Murray, L Semrau, K McCurley, E et al	<p>más se menciona como recurso de ayuda. Más de 75% refieren satisfacción o gran satisfacción con la atención recibida.</p> <p><b>Barreras identificadas por las y los usuarios:</b>  <b>Barreras para no iniciar tratamiento:</b>                      1) La terapia es dañina, 2) Estigma, 3) Falta de información, 4) Miedo al término del matrimonio, 5) Elegir no tomar la medicina, 6) No aceptación de la enfermedad, 7) Necesidad de ayuda para encontrar alimento.</p> <p><b>Barreras a la continuidad de tratamiento:</b>                      1) Efectos secundarios, 2) Sensación de bienestar dejando el tratamiento, 3) Miedo al término del matrimonio, 4) No querer seguir el tratamiento, 5) Creencia que las drogas son dañinas, 6) Miedo a la burla, 7) Miedo a la muerte.</p>	<p>8) mejorar la interacción entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales; 9) disponer de un sistema de monitoreo de servicios de salud mental que incluya indicadores de calidad; y 10) atraer aportes adicionales para apoyar la investigación en el sector.</p> <p>Necesidad de considerar estas barreras por parte de los programas de TARV más allá de los esfuerzos en accesibilidad y monitoreo de los tratamientos.</p>
10	Konkle-Parker, D. Erlen, J Dubbert, P.	<p><b>Barreras identificadas por informantes clave:</b>                      1) Temor al divorcio/marido, 2) Dejar el tratamiento por sensación de bienestar, 3) Decidir no tomar la medicina, 4) Temor a tomar drogas de por vida.                      Barreras y facilitadores identificados por usuarias y usuarios de servicios.</p> <p><b>Relacionadas al paciente:</b>  <b>Barreras</b>                      1) Carga de planificación adicional, 2) Negación de la enfermedad, 3) Estrés vital  <b>Facilitadores</b>                      1) Aceptación del diagnóstico, 2) Evaluación de consecuencias de no tomar las medicinas, 3) Oración y espiritualidad.</p> <p><b>Relacionadas al régimen:</b>  <b>Barreras</b>                      1) Características de la medicina (efectos colaterales, número y tamaño de las píldoras)  <b>Facilitadores</b>                      1) Mejoras en los medicamentos (menor número de píldoras a tomar, píldoras combinadas y menores restricciones dietarias)</p> <p><b>Relacionadas al ambiente:</b>  <b>Barreras</b>                      1) Estigma social, 2) Vergüenza</p>	<p>El conocimiento de las barreras y facilitadores para tomar medicamentos anti HIV regularmente, puede ayudar al equipo clínico a entregar el apoyo que los pacientes necesitan para adherir a esta medicación. Es importante desarrollar y evaluar intervenciones dirigidas a reducir estas barreras.</p>

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
		<p><b>Facilitadores</b></p> <p>1) Apoyo social de familia, amigos y equipo de salud.</p>	
		<p><b>Relacionadas a la relación proveedor-paciente:</b></p> <p><b>Barreras</b></p> <p>No se identificaron barreras.</p> <p><b>Facilitadores</b></p> <p>1) Apoyo de los proveedores de salud</p>	
11	Ogedegbe, G. Harrison, M. Robbins, L. et al.	<p>Barreras y facilitadores identificados por usuarias y usuarios de servicios</p> <p><b>Barreras:</b></p> <p>1) <b>Específicas del paciente:</b> olvido, creencias y actitudes.</p> <p>2) <b>Factores del medicamento:</b> efectos colaterales, duración del tratamiento y frecuencia de las dosis, tamaño de las píldoras, dificultad para tragar las píldoras, sabor y costo.</p> <p>3) <b>Específicas de la enfermedad:</b> síntomas, sentirse bien o no sentirse enfermo.</p> <p>4) <b>Logísticas:</b> acceso a medicamentos, acceso a atención médica y a los lugares de atención, tener que utilizar baños públicos, controles médicos frecuentes, necesidad de llevar los medicamentos a todas partes.</p>	<p>Las categorías de barreras y facilitadores generadas tienen utilidad clínica y de investigación. Proveen un modelo útil para focalizar el trabajo clínico con los pacientes y también para discutir acerca de conceptos y creencias erróneas sobre el tratamiento antihipertensivo.</p> <p>En relación al ámbito de investigación, este modelo puede ser utilizado para investigar intervenciones conductuales para mejorar la adherencia al tratamiento, focalizándose en perfiles diferenciados de pacientes según el modelo.</p>
		<p><b>Facilitadores:</b></p> <p>1) <b>Recordatorios:</b> llamadas del centro de atención, alarmas, avisos, dejar los medicamentos en lugares visibles. Aparición de síntomas de hipertensión y auto monitoreo de la presión arterial.</p> <p>2) <b>Conocimiento:</b> acerca de la presión arterial, presión alta y medicamentos.</p> <p>3) <b>Comunicación médico paciente:</b> habilidades de comunicación del médico y del paciente, calidad de la relación.</p> <p>4) <b>Tener una rutina:</b> asociar la toma de medicamentos con actividades rutinarias.</p> <p>5) <b>Redes de apoyo social:</b> apoyo de los profesionales y familia.</p>	



N°	Autores	Resultados	Conclusiones
12	Mills, E. Nachaga, J. Bangsberg, D. et al.	<p>Barreras y facilitadores identificados por usuarias y usuarios de servicios.</p> <p><b>Barreras:</b></p> <p><b>1) Relativas al paciente:</b> miedo a la divulgación del diagnóstico, sentirse deprimido, abuso de sustancias concurrentes, olvido, desconfianza en el tratamiento/establecimiento de salud, deseo de no estar condicionados a medicamentos, querer mantener el control, el tratamiento hace recordar la condición de HIV, desinformación o no comprensión del tratamiento, dudas o no aceptación del diagnóstico, restricciones financieras, baja autoestima, baja autoeficacia, condición de calle y otras enfermedades concurrentes.</p> <p><b>2) Creencias sobre los medicamentos:</b> efectos colaterales, regímenes complicados, sabor, tamaño, número y frecuencia de las dosis, desconfianza de la eficacia, sentirse bien o saludable, dudas sobre los efectos a largo plazo, deterioro de la calidad de vida, sentirse peor, cambios indeseados en la imagen corporal, toxicidad.</p> <p><b>3) Planificación diaria:</b> interrupción en la rutina, dificultades para incorporar la ingesta de medicamentos en la rutina, responsabilidad de trabajo, familia o cuidado de otros, requerimientos dietarios, somnolencia, estar lejos del hogar, exceso de tareas/distracción, problemas de acceso a farmacia, dosis de mitad de día o mitad de la mañana, dificultad para llegar a hora médica.</p> <p><b>4) Relaciones interpersonales:</b> visión negativa, desconfianza en el proveedor, aislamiento social, apoyo social negativo, publicidad negativa hacia la terapia o establecimiento médico.</p> <p><b>Facilitadores:</b></p> <p><b>1) Relativas al paciente:</b> autoeficacia, priorización del medicamento por sobre el consumo de drogas concomitantes, aceptación del diagnóstico, ver resultados positivos.</p> <p><b>2) Creencias sobre los medicamentos:</b> comprender la importancia de adherir, creer en la eficacia de las drogas, regímenes simples.</p> <p><b>3) Planificación diaria:</b> contar con una rutina fija, uso de recordatorios.</p> <p><b>4) Relaciones interpersonales:</b> contar con apoyo social, no ocultamiento del diagnóstico, vivir para alguien, estar involucrado en la toma de decisiones, familia y amigos como recordatorio.</p>	<p>De los 37 meta análisis realizados para examinar la generalización de estos hallazgos, se encontró amplia heterogeneidad.</p> <p>Existe consistencia de importantes barreras a la adherencia a través de múltiples encuadres y países.</p> <p>Se requiere mayor investigación en países en desarrollo, dado que del total de estudios analizados 72 fueron realizados en países desarrollados.</p> <p>El equipo de salud debería utilizar esta información para discutirla con sus pacientes promoviendo la adherencia e identificar barreras y facilitadores al interior de sus propias poblaciones.</p>

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
13	Moneyham, L. McLeod, J. Boeheme, A. et al.	<p>Cinco categorías fueron identificadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Barreras personales:</b> consumo de drogas, negación al diagnóstico de HIV y depresión.</li> <li>2) <b>Barreras sociales:</b> estigma social, discriminación, rechazo, temor a ser vistas consultando un centro de atención para HIV.</li> <li>3) <b>Barreras financieras:</b> copago por los medicamentos, exámenes y consultas médicas.</li> <li>4) <b>Barreras geográficas y de transporte:</b> grandes distancias al centro de atención, dificultad para encontrar transporte, costos asociados al transporte público (pasaje) y personal (combustible).</li> <li>5) <b>Barreras del sistema de salud:</b> mala organización de la atención y del personal, largas listas y tiempos de espera, centros de atención superpoblados, personal que no se preocupa por los clientes y horas de atención incompatibles para quienes trabajan.</li> </ol>	<p>Al igual que otras personas viviendo con HIV, las mujeres infectadas con VIH en la región sur se enfrentan a múltiples barreras para acceder a la atención.</p> <p>Una preocupación fundamental es el déficit en los recursos disponibles para las mujeres con HIV en esta región.</p> <p>Se requieren intervenciones multidimensionales que apunten a resolver barreras personales, sociales, financieras, geográficas y del sistema de salud para mejorar el acceso a atención, así como también incorporar servicios de salud mental y para consumo de drogas, estrategias para asegurar la confidencialidad, políticas en salud para reducir el copago, fondos para resolver el tema del transporte en zonas rurales y mejorar la organización, tiempos de espera y horarios de la atención.</p>
14	Asanin, J. Wilson, K.	<p>Tres categorías de barreras de acceso a atención de salud fueron identificadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Barreras geográficas:</b> pobre acceso a médicos de familia en el vecindario por lo que usuarios deben buscar atención en otros vecindarios o en clínicas ambulatorias lejanas. El uso del transporte público en búsqueda de atención es una dificultad para aquellos usuarios adultos mayores o inmigrantes recientes.</li> <li>2) <b>Barreras socioculturales:</b> problemas comunicacionales relacionados con el lenguaje, trato médico inapropiado, falta de médicas mujeres que atiendan pacientes cuya cultura y razones religiosas lo requieran, diferencias culturales en la concepción de salud y tratamiento, percepción de la atención como impersonal, incomprensible, poco profunda y apurada.</li> <li>3) <b>Barreras económicas:</b> costos asociados al pago por atención médica debido a que el plan provincial de salud cubre después de 3 meses de residencia. Costos relacionados al pago de medicamentos, atención dental y oftalmológica que no son cubiertos por el plan provincial. Al encontrarse sin empleo, tampoco pueden optar a planes de salud de trabajadores que sí cubren estos beneficios.</li> </ol>	<p>Se requiere que futuras investigaciones comparen experiencias de inmigrantes recientes con inmigrantes de mayor tiempo de residencia. Por otra parte, se requiere explorar percepciones positivas y facilitadores de acceso a atención de salud para el desarrollo de recomendaciones.</p> <p>Se recomienda implementar políticas a nivel local, provincial y federal. A nivel local, las intervenciones deben eliminar las barreras geográficas a través de la provisión de transporte (buses o autos comunitarios) y acercar a los médicos a la comunidad a través de agencias o centros de salud comunales. Por otra parte, se debe proveer de servicios de traducción para eliminar las barreras de lenguaje entre el profesional y el usuario.</p> <p>A nivel provincial, se debe reevaluar la política sobre el tiempo de espera de 3 meses antes de pertenecer al plan de salud provincial ya que va en contra de los principios de accesibilidad del Canada Health Act. Necesidad de acelerar el proceso de certificación de los médicos formados en el extranjero para que médicos cultural y lingüísticamente más apropiados estén disponibles para la población</p>

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
15	Wellstooda, K. Wilsona, K. Eyles, J.	<p>De los 41 participantes, 32 mencionaron barreras individuales o del sistema de salud para acceder a atención con su médico de familia.</p> <p>La mayor cantidad de barreras se identificaron en el sistema de salud. Las barreras del sistema de salud más frecuentemente mencionadas fueron los tiempos de espera en la consulta médica, en segundo lugar la ubicación del centro de atención y en tercer lugar los horarios de atención médica.</p> <p>Los resultados revelaron pocas diferencias entre los vecindarios en términos de problemas de accesibilidad y barreras, sin embargo, se evidenciaron importantes diferencias entre hombres y mujeres.</p>	<p>inmigrante.</p> <p>Investigaciones indican que hay falta de médicos en Canadá. Es por esto que a nivel federal, el gobierno debe trabajar para acelerar el proceso de certificación de los médicos formados en el extranjero. El aumento del número de médicos formados en el extranjero que pueden ejercer medicina en Canadá daría lugar a un aumento en el número de médicos de familia que puedan atender nuevos pacientes, así como el número de médicos que cultural y lingüísticamente respondan a las necesidades de los usuarios.</p> <p>Teniendo en cuenta que un porcentaje cada vez mayor de la población canadiense se explica por los inmigrantes, es necesario que la legislación de Canadá considere las distintas necesidades de esta población.</p> <p>Las barreras relacionadas al sistema de atención de salud, son las más predominantes.</p> <p>El acceso a atención de salud no es solamente un tema económico, si no que debería incorporar cuatro elementos: acceso económico, geográfico, de disponibilidad y sociocultural.</p> <p>Este es un punto importante donde gobiernos y autoridades deben reconocer la existencia de estos aspectos que impiden a las personas recibir atención cuando la necesitan y van más allá del pago por servicios.</p>

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
16	Lai, D. Surood, S	<p>Los factores financieros y culturales predijeron significativamente el número y tipo de barreras reportadas por los cuidadores.</p> <p>Los cuidadores reportaron un promedio de 6,8 tipos de barreras de acceso a servicios. Las largas listas de espera fueron la barrera más reportada.</p> <p>Se identificaron cinco factores que agrupan las 16 barreras estudiadas:</p> <p><b>Factor 1 Incompatibilidad cultural:</b> profesionales que no hablan el lenguaje de los usuarios, programas no especializados para chinos, profesionales que no comprenden la cultura de los usuarios, profesionales que no son étnicamente chinos y profesionales que no conocen acerca de los servicios de salud existentes.</p> <p><b>Factor 2 Problemas administrativos en la entrega de servicios:</b> listas de espera demasiado largas, procedimientos complicados para utilizar los servicios, horarios de atención inconvenientes.</p> <p><b>Factor 3 Desafíos circunstanciales:</b> nadie lo puede acompañar al centro de atención, no cuenta con transporte, clima muy frío para asistir al centro de atención.</p> <p><b>Factor 4 Percepción negativa de los servicios:</b> no satisfecho con los servicios, asuntos referidos a la confidencialidad, servicios muy costosos.</p> <p><b>Factor 5 Actitudes personales:</b> preocupación por ser visto como alguien que tiene problemas, incomodidad para pedir ayuda.</p>	<p>Los hallazgos indican la importancia que el apoyo hacia los cuidadores sea culturalmente pertinente para reducir las barreras de acceso a atención de salud.</p> <p>Los desafíos circunstanciales identificados revelan que las estrategias deberían enfocarse en facilitar el acceso físico a los servicios.</p> <p>Las barreras relativas a actitudes personales pueden ser abordadas a través de educación y estrategias de comunicación culturalmente apropiadas para transmitir los beneficios e importancia del uso de servicios.</p>

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
17	Beene-Harris, R. Wang, C. Bach, J.	<p>Se identificaron barreras individuales e institucionales para acceder a servicios genéticos:</p> <p><b>1) Barreras individuales:</b> falta de conciencia del riesgo personal, falta de conocimiento de servicios y recursos genéticos, y la falta de confianza / miedo la discriminación.</p> <p><b>2) Barreras institucionales:</b> falta de conocimiento y conciencia de los servicios de genética del proveedor, falta de mano de obra, coordinación de los costos de atención y de seguros, y la ubicación de los servicios.</p>	<p>Las barreras de acceso abarcan dimensiones que se superponen y para la eficaz superación de estas barreras, se requieren soluciones multidimensionales.</p> <p>La superación de las barreras identificadas implica no sólo proveer entrenamiento y capacitar a los profesionales de salud, sino también poner atención a las barreras de lenguaje y culturales que dificultan los esfuerzos para comunicar información genética compleja. Se requiere una mejor comprensión respecto a cómo interpretan y responden a la información sobre servicios genéticos diferentes poblaciones étnicas.</p>
18	Mead, H. Andres, E. Ramos, Ch. et al.	<p>Se identificaron 9 temas principales agrupándose en 3 dominios de interés:</p> <p><b>1) Barreras que interfieren con la obtención de servicios requeridos:</b> asuntos relacionados al seguro de salud y costos de la atención, coordinación inadecuada del cuidado, falta de continuidad en la atención.</p> <p><b>2) Barreras que impiden el monitoreo y manejo de una condición cardíaca día a día:</b> inadecuada información y desconocimiento, falta de apoyo del proveedor, aspectos psicosociales.</p> <p><b>3) Apoyos que facilitan el autocuidado y la mejora del cuidado:</b> apoyo social, prevención secundaria, programas de manejo de la enfermedad.</p>	<p>Para superar las barreras institucionales en la coordinación de la atención y el seguimiento, se sugiere el uso de guías clínicas y el desarrollo de grupos de apoyo. Para las barreras referidas a costos y seguros, se sugiere la evaluación de reembolsos para los servicios genéticos y mecanismos de facturación dirigidos a poblaciones desatendidas. Para superar las barreras de ubicación y distancia, se sugiere el uso de la telemedicina.</p> <p>Para las poblaciones desfavorecidas, los problemas típicos asociados al autocuidado de una enfermedad cardíaca se ven agravados por considerables obstáculos para acceder a la atención.</p> <p>Debido a que las barreras de acceso son experimentadas de forma desproporcionada por las poblaciones desfavorecidas, los pacientes que necesitan mayor apoyo son aquellos que enfrentan sustantivamente más obstáculos en el manejo de su condición.</p> <p>Garantizar que los pacientes en desventaja con condiciones crónicas del corazón estén vinculados a los sistemas formales de atención, tales como programas de rehabilitación cardíaca, permite mejorar técnicas de autocuidado, reducir los obstáculos para recibir atención y mejorar los resultados de salud general de estos pacientes.</p>

N°	Autores	Resultados	Conclusiones
19	Ta, V. Hayes, D.	<p>Más del 25% de las mujeres reportó una o más barreras de acceso a control prenatal.</p> <p>Experimentar abuso de pareja se asoció significativamente con reportar una o más barreras de acceso a control prenatal sólo en las nativas hawaianas y asiáticas.</p> <p>Barreras identificadas:</p> <p><b>1) Barreras logísticas:</b> no poder obtener hora cuando se necesita, no tener forma de llegar al centro de atención o consulta médica, no tener tiempo para salir del trabajo, no contar con alguien para cuidar a los hijos, tener muchas cosas que hacer.</p> <p><b>2) Barreras financieras/seguro salud:</b> no contar con suficiente dinero o seguro de salud para pagar las consultas médicas, el médico o plan de salud no inició la atención tan pronto como necesitaba, no tener tarjeta de Medicaid o de Quest.</p> <p><b>Barreras personales:</b> no querer que otros se enteraran del embarazo.</p>	<p>Las madres blancas, asiáticas y nativas hawaianas, presentaron factores raciales similares que se asociaron significativamente con las barreras de acceso a control prenatal como la experiencia de abuso de pareja, contar con seguro de salud, tener nivel educativo menor que el universitario y un ingreso del hogar anual menor de \$ 50.000.</p> <p>Además, las madres asiáticas y nativas hawaianas presentaron otros factores raciales específicos que se asociaron significativamente con haber enfrentado al menos una barrera de acceso como so, el no estar casadas y consumir drogas ilícitas.</p> <p>Este estudio encontró diferencias raciales significativas, destacando la necesidad de la capacitación y provisión de competencias culturales a los proveedores de salud.</p> <p>Futuros programas deben focalizarse en intervenir estas barreras logísticas, financieras y de seguro de salud.</p> <p>Para enfrentar las barreras logísticas se recomienda subsidiar el transporte, cuidado infantil en los establecimientos de salud, horarios extendidos de atención y atención durante los fines de semana.</p> <p>En relación a las barreras financieras y de seguro de salud se recomienda entregar subsidios para cubrir los costos del control prenatal y planes de pago.</p>

Fuente: Elaboración propia, Chile 2011

## S3. Características principales de los documentos incluidos

N°	Año	Documento	Título	Autor	Resumen
1	2010	Documento técnico	Estrategias para la Integración de los Determinantes Sociales y Equidad en la Agenda de Salud de Chile. Documento Técnico I. Antecedentes para apoyar la revisión y rediseño de los programas de salud pública desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales	Ministerio de Salud de Chile	Guía que contiene conceptos y orientaciones metodológicas para el análisis de equidad en salud de los programas.  Incluye el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi y tipo de barreras (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización de servicios o contacto y cobertura efectiva).
2	2010	Documento técnico	Estrategias para la Integración de los Determinantes Sociales y Equidad en la Agenda de Salud de Chile. Documento Técnico III Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud	Ministerio de Salud de Chile	Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los determinantes sociales de la salud.  Señala los pasos y preguntas a responder para generar un perfil de equidad. Indica los marcos analíticos y metodologías de apoyo.  Incluye la identificación y análisis de barreras y facilitadores en programas de salud.

Nº	Año	Documento	Título	Autor	Resumen
3	2010	Documento técnico	Mirror, Mirror on the Wall. How the performance of the U.S Health Care System compares internationally.	The Commonwealth Fund	Informe que incluye datos de siete países, e incorpora los resultados de 3 encuestas realizadas por el fondo a pacientes y médicos de atención primaria acerca de las prácticas médicas, factores clave del acceso a atención y opiniones acerca de los sistemas de salud.  En comparación con otras seis naciones-Australia, Canadá, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelanda, y el Reino Unido-el sistema de atención de salud de EE.UU ocupa el último o cercano al último lugar de las cinco dimensiones de un sistema de salud de alto rendimiento: calidad de atención (cuidado efectivo, cuidado seguro, cuidado coordinado y cuidado centrado en el paciente), acceso (relacionados a los costos y tiempos de atención), eficiencia, equidad y vida saludable.
4	2010	Documento Técnico	Orientaciones metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso.	Secretaría Técnica de Determinantes Sociales, Subsecretaría de Salud Pública.  Ministerio de Salud de Chile	Documento enmarcado en el Programa de Comunas Vulnerables orientado a mejorar el nivel de acceso a la salud y calidad de vida para todos y todas. Este programa orienta su plan de acción en 4 principios: Equidad, Acceso acorde a la necesidad, Ejercicios por parte de la ciudadanía y Fortalecimiento de la participación comunal.
5	2006	Literatura de jornadas científicas	Using Geography and GIS for measuring availability and accessibility coverage.	Ebener, S  Organización Mundial de la Salud	Este programa utiliza el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.  Sesión que presenta a los sistemas de información geográficos (GIS) y sistemas de posicionamiento globales (GPS) como herramientas para el análisis de las dimensiones disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud del Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.  Se identifican ámbitos de aplicación como el análisis espacial que incluye variables como la ubicación territorial, distancia y tiempos de viaje al centro asistencial.



Nº	Año	Documento	Título	Autor	Resumen
6	2006	Literatura de jornadas científicas	Acceptability Coverage 4, Indicators for measuring equity, Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health, Evidence and Information for Policy.	Organización Mundial de la Salud	<p>Seminario que revisó el tema de las barreras de aceptabilidad para la utilización de servicios de salud.</p> <p>El marco conceptual corresponde al Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.</p> <p>Se identifican las siguientes dimensiones de la aceptabilidad: satisfacción, respeto y dignidad, privacidad, elección, confidencialidad, atención pronta, participación, calidad del servicio, apoyo social, sensibilidad de género, lenguaje, cultural y de discapacidad.</p>
7	2009	Aporte de expertos	Weighing up and balancing out: a metasynthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high income countries.	Downe, S. Finlayson, K. Walsh, D. Lavender, T. International Journal of Obstetrics and Gynaecology; 116:518-529	<p>Revisión sistemática que identifica barreras de acceso a atención prenatal en mujeres embarazadas que viven en condiciones de marginalidad en países desarrollados.</p> <p>8 estudios sintetizan las principales barreras y facilitadores encontrados: el acceso precoz a atención prenatal se ve influenciado por el reconocimiento tardío del embarazo o negación, influencia de estilos de vida caóticos, percepción que la atención no ofrece beneficios claros, embarazo como oportunidad para el cambio, barreras personales como la disponibilidad de tiempo, dinero, apoyo social y la percepción de calidad en la atención, desconfianza en el equipo de salud, sensibilidad cultural por parte del equipo de salud y sentimientos de respeto mutuo.</p>

N°	Año	Documento	Título	Autor	Resumen
8	2010	Manual de referencia	A toolkit for monitoring and evaluating Equity in access and health systems strengthening in AIDS treatment programmes: concepts, models, methods and indicators.	Organización Mundial de la Salud  Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa	Conceptos clave y lineamientos metodológicos basados en el modelo de los determinantes sociales de la salud.  Propone un conjunto de indicadores que pueden ser usados para medir la equidad en el acceso, cobertura y presenta las dimensiones del sistema de salud que deben ser fortalecidas para alcanzar la equidad de acceso como parte de un régimen de VIH / SIDA.  Los métodos e indicadores fueron probados en Malawi y Zambia para asegurar su aplicabilidad práctica en el contexto específico de países de África.  El Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi, es utilizado como marco del monitoreo de la equidad en el acceso.

Fuente: Elaboración propia, Chile 2011