

Julieta de Tapia¹
 Romina Encina¹
 María del Cielo Piangatelli¹
 Julieta Pirola¹
 Gisela Paula González^{2,*}
 Nebel Silvana Moscoso²

1. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.
2. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS-UNS-CONICET). Departamento de Economía. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gisela.gonzalez225@gmail.com (Gisela Paula González).

Recibido el 20 de diciembre de 2021; aceptado el 12 de enero de 2022.

Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores

Barriers to access according to the stages of the health care process for the elderly

RESUMEN

Objetivo: Identificar las barreras en el acceso a la atención de la salud de los adultos mayores y asociarlas a cada una de las etapas del proceso de acceso a los bienes y servicios de salud. **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura entre los años 2005 y 2017 en español, inglés y portugués en las bases de datos PubMed, LILACS, SciELO y Redalyc. **Resultados:** Se identificaron barreras económicas, fisicogeográficas, socioculturales y administrativas-organizacionales con diferente intensidad, según la etapa del proceso de atención del que se trate. **Conclusiones:** Esta investigación puede ser de utilidad para el diseño de instrumentos que sirvan como herramienta de gestión para quienes se propongan mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud de la población envejecida.

PALABRAS CLAVE: Calidad de los servicios de salud, acceso y evaluación a los servicios de salud, adultos mayores.

ABSTRACT

Objective: To identify the barriers in access to health care for the elderly and associate them with each of the stages of the process of access to health goods and services. **Methodology:** A narrative review of the literature was carried out between 2005 and 2017 in Spanish, English and Portuguese in the PubMed, LILACS, SciELO and Redalyc databases. **Results:** Economic, physical-geographical, socio-cultural and administrative-organizational barriers were identified with different intensity according to the stage of the care process in question. **Conclusions:** This research may be useful for the design of instruments that serve as a management tool for those who intend to improve equity in access to health services for the aging population.

KEYWORDS: Health care quality, access, and evaluation to the health services, aged.

■ INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han producido mejoras en las condiciones de vida de las personas, que han dado lugar a un aumento de la esperanza de vida al nacer, una disminución de la fecundidad y, por consiguiente, un aumento de la proporción de adultos mayores en la población total. Este proceso de cambio en la estructura por edades, que se caracteriza por el aumento en el número y porcentaje de personas en edades avanzadas, se denomina envejecimiento poblacional^{1,2}, y es la consecuencia de la transición demográfica que genera el paso de niveles de natalidad y fecundidad altos y sin control, a niveles bajos y controlados^{1,3}.

La prolongación en los años de vida puede exponer a los adultos mayores a sufrir consecuencias biológicas, sociales y psicológicas: pérdida de capacidades físicas, limitación de los ingresos para la cobertura de las necesidades básicas, pérdida de los soportes afectivos (amigos y/o familiares), disminución de la autonomía e incremento del aislamiento, y cambios en sus estilos de vida, entre otras. En especial, la transición demográfica repercute sobre los patrones de salud-enfermedad provocando lo que se denomina transición en salud, lo cual constituye un desafío para las

naciones, que deberán enfrentar nuevas necesidades de bienes y servicios para la prevención, promoción y tratamiento de la salud. De esta forma, la transición epidemiológica, definida como un concepto dinámico que refleja la modificación de las causas de enfermedad, incapacidad y muerte en la población⁴, tiene su correlato en una transición en la atención de la salud referida al proceso de cambio en los patrones de respuesta de los sistemas de salud, que deberán configurarse para garantizar el acceso a las prestaciones de salud por parte de la población envejecida.

Etimológicamente, el acceso se define como una forma de acercarse, llegar o entrar a un lugar, como el derecho u oportunidad de alcanzar, usar o utilizar⁵. En las últimas décadas, diferentes autores definieron el concepto de acceso a la atención de la salud. Penchansky y Thomas (1981) lo interpretan como el ajuste entre las necesidades del paciente y la capacidad del sistema para satisfacerlas⁶. Tanahashi (1978) identifica el acceso con la cobertura efectiva, entendida como la proporción de la población que recibe atención eficaz; es decir, satisfactoria en la medida que logre un resultado específico⁷. Frenk et al. (1991) definen el acceso como *la capacidad de una persona para utilizar la atención médica, dada la necesidad y/o el deseo de obtenerla, identificando con el concepto la resis-*



Figura 1. Etapas del acceso a los bienes y servicios de salud.

Fuente: elaboración propia.

tencia al conjunto de obstáculos que surgen y se interponen en el camino de buscar y obtener la atención⁸. Según Aday y Andersen (1974), el acceso se define como un proceso multicausal determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario, la población y la utilización de los servicios⁹.

Según como se configure la relación entre usuarios y proveedores, se darán las condiciones de equidad horizontal (provisión de la misma atención medicosanitaria para las personas con las mismas necesidades de atención) y/o vertical (provisión de servicios de salud desiguales para personas con necesidades distintas)¹⁰. Para ello, los usuarios deben identificar sus necesidades de atención, buscar y utilizar los servicios de salud¹¹, lo cual requiere interpretar que el acceso es un proceso donde el individuo transcurre por diferentes etapas desde que percibe la necesidad de atención de su salud hasta que la resuelve (fig. 1).

La etapa de *percepción de la necesidad* se inicia cuando la persona identifica por primera vez un requerimiento de atención de la salud, que puede asociarse (o no) a una enfermedad. Estas percepciones están condicionadas por las situaciones económicas, alimentarias, familiares, del entorno social, así como por las formas que tiene cada individuo de afrontar y percibir la salud y sus necesidades¹².

La etapa de *búsqueda de atención* ocurre una vez que el individuo percibe una necesidad de salud, decide atenderla y la manera de hacerlo, que no necesariamente será mediante consultas a profesionales de la salud, sino que puede recurrir a su red de relaciones sociales (amigos y familiares) para identificar la conducta a seguir ante la percepción de un requerimiento de salud¹³. Esta etapa comprende el período que transcurre desde que el individuo percibe la necesidad hasta que decide efectivamente acudir al sistema de salud, descartando el caso que utilice vías alternativas.

En la etapa *alcance de la atención* se produce la identificación de los proveedores de servicios, los horarios de atención, las modalidades de turnos y la coordinación de las alternativas de transporte que hay que utilizar para el traslado al centro de atención. Comprende todas las operaciones logísticas del paciente previas a la asistencia efectiva en el centro de salud.

La etapa de *utilización de la atención* se inicia cuando el sujeto llega al centro de salud y culmina cuando el proveedor de servicios procura dar solución a la necesidad percibida. Comprende el modo de atención al paciente por parte del personal administrativo, el grado de cumplimiento del horario del turno solicitado, la relación médico-paciente y el tiempo destinado a la atención del individuo, entre otras cuestiones.

Por último, la etapa *consecuencias de la atención* comprende los resultados generados por las intervenciones (medicamentos, procedimientos quirúrgicos, técnicas diagnósticas, atención ambulatoria, etc.) y pueden ser la resolución de la enfermedad, la defunción del paciente, el seguimiento/tratamiento de una enfermedad y/o las secuelas por la pérdida de salud no resuelta.

Cuando un individuo atraviesa cada una de las etapas mencionadas y supera todas las barreras que limitan la prestación de los servicios convierte el “acceso potencial” en “acceso efectivo”¹⁴.

■ OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo consiste en identificar las barreras en el acceso a la atención de la salud de los adultos mayores según las etapas del proceso de atención.

■ METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada entre los años 2005 y 2017 en español, inglés y portugués. Se consultaron las bases de datos PubMed, LILACS, SciELO y Redalyc. Las palabras clave (en español, inglés y portugués) fueron: adulto mayor/elderly/idosos; servicios de salud/health service/serviços de saúde; cuidado de la salud/health care/cuidados de saúde; barreras/barriers/barreiras; acceso a la salud/access to health care/acesso à saúde; marco conceptual/theoretical model/marco conceitual. Se incluyeron artículos de revisión y estudios descriptivos cualitativos que se propusieran analizar/definir marcos conceptuales e identificar barreras en el acceso a la atención de la salud. Se excluyeron los artículos que no tuvieran en cuenta a la barrera sociocultural.

■ RESULTADOS

Para determinar la existencia de barreras en el acceso a las prestaciones de salud, se pueden evaluar 5 dimensiones^{15,16}: 1) la asequibilidad, que está determinada por el modo de financiamiento de los servicios de salud y representa la capacidad de pago de los usuarios; 2) la aceptabilidad, que captura la medida en que los usuarios se sienten cómodos con las características intrínsecas del proveedor, y viceversa; 3) la adaptación, que refleja el grado en que la prestación de los servicios está organizada de forma que se cumplan las restricciones y preferencias de los usuarios (considerando los horarios de atención y la capacidad de recibir atención sin turno); 4) la disponibilidad, que se refiere al número de instituciones proveedoras de servicios entre las que puede elegir un individuo con necesidades de atención de la salud, y si estas cuentan con los recursos necesarios, humanos y tecnológicos, para satisfacer las necesidades de los usuarios, y 5) la accesibilidad, que se determina por la facilidad con la que los individuos pueden alcanzar físicamente la ubicación de los proveedores de servicios de salud¹⁷. De la revisión de la literatura, se observan diferentes obstáculos que impiden que el acceso potencial se transforme en acceso efectivo, y pueden clasificarse en barreras económicas, fisicogeográficas, socioculturales y administrativas-organizacionales.

- *Barreras económicas.* Están relacionadas con los potenciales costos (sean directos, indirectos e intangibles), que pueden impedir que las personas accedan a la atención de su salud. Se entiende por costos directos los bienes y servicios imputados directamente a una enfermedad, sean

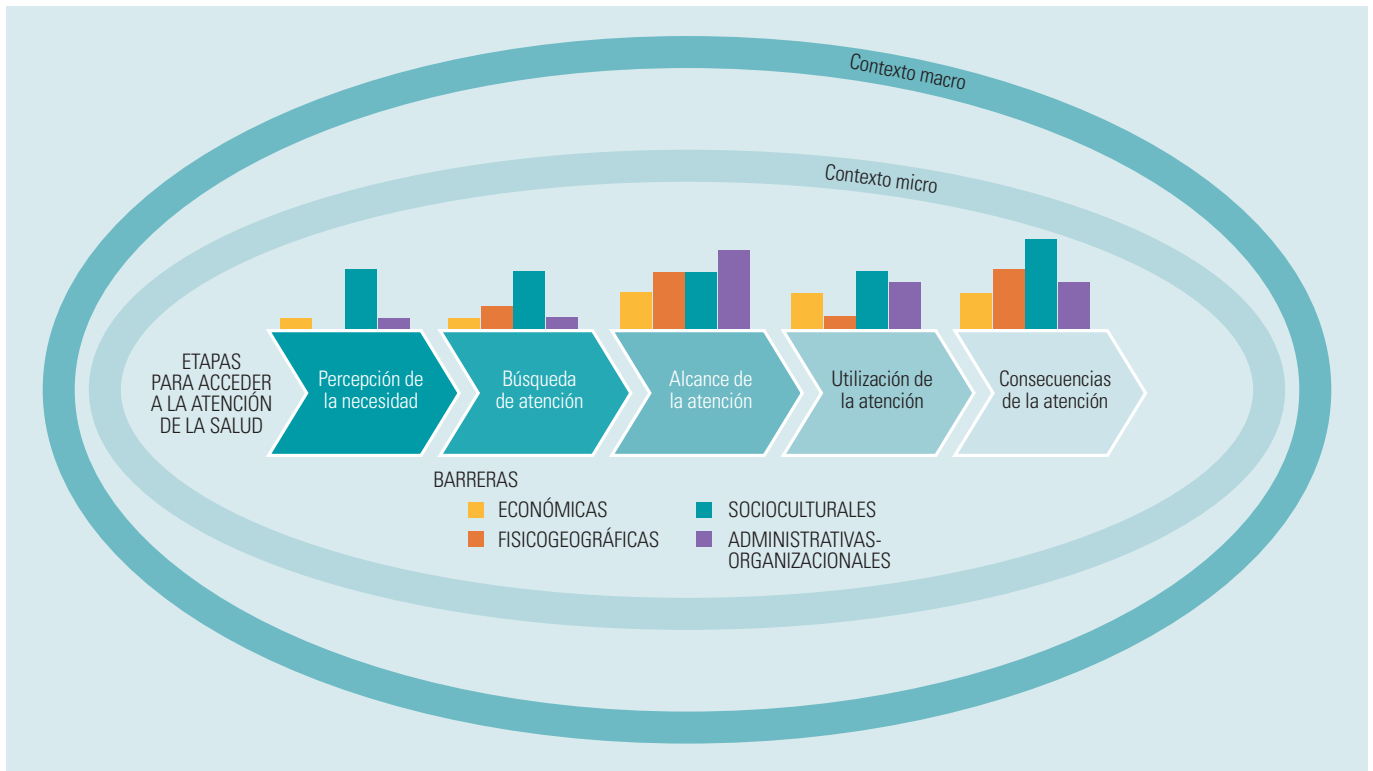


Figura 2. Etapas del acceso a los servicios de salud: contextos condicionantes y barreras.

Fuente: elaboración propia.

sanitarios (medicamentos, estudios complementarios, internaciones, prótesis, etc.) o no sanitarios (transporte, reformas edilicias, cuidadores, etc.). Estos costos se modifican según el tipo de cobertura de salud que posea el paciente, que depende de su condición en el mercado de trabajo y su capacidad de pago^{18,19}. Por otro lado, los costos indirectos se vinculan con la pérdida de productividad laboral asociada a la presencia de una enfermedad. Finalmente, los costos intangibles comprenden la pérdida de calidad de vida del paciente por la presencia de angustia y dolor, ocasionada por el surgimiento y tratamiento de una determinada patología²⁰.

- **Barreras físico-geográficas.** Se relacionan con la distancia que debe recorrer el paciente al centro de atención (influyendo si el paciente vive en un área urbana o rural), la conectividad que ofrecen los medios de transporte, los tiempos de traslado, la distribución de los centros de salud, la adecuación de los diseños arquitectónicos a las características propias de la ancianidad (ascensores, baños, salas de espera y transporte público adaptados para silla de ruedas, rampas y pasamanos, etc.), entre otros aspectos²¹⁻²³.
- **Barreras socioculturales.** Surgen de la articulación entre diferentes actores (población, proveedores de servicios e instituciones intermedias como aseguradoras y reguladoras) que poseen distintos intereses, representaciones y creencias, y que forman parte de grupos sociales diferentes²⁴. Este tipo de barreras se vincula con las características del usuario según sus conocimientos y habilidades para movilizarse dentro del sistema de salud, sus experiencias previas, el nivel educativo (alfabetización en salud)¹⁹, sus mitos, creencias y tradiciones, su religión y cultura, factores afectivovinculares, su idioma y la posible necesidad de un intérprete. La presencia de este tipo de barreras dependerá de la adaptación del servicio de salud al grupo poblacional según grupo etario y de la calidad de la atención.

- **Barreras administrativas-organizativas.** Surgen de los modos de organización de los servicios de atención y de la interacción/coordinación entre los distintos proveedores²⁵. Ejemplos de este tipo de barreras son: los horarios de atención insuficientes, las dificultades para acceder a los turnos (esperas prolongadas, oferta de turnos en una franja de horario limitada, uso de plataformas que requieran manejo de Internet)^{19,21}, los inadecuados sistemas de referencia y contrarreferencia en los procesos de derivación, la insuficiente disponibilidad de recursos humanos, la falta de personal especializado en gerontología y la falta de cuidadores²³.

La revisión de la literatura revela que mediante estudios descriptivos (cualitativos y/o cuantitativos), realizados con información primaria y/o secundaria, los autores observan las barreras que afrontan los adultos mayores en la trayectoria que va desde la percepción de la necesidad de atención hasta la etapa en la que se haya resuelto su necesidad. De acuerdo con la frecuencia con que se identificó cada una de las barreras en la revisión de la literatura, se diseñó un gráfico de barras que permite mostrar en cada etapa la intensidad de los obstáculos.

A su vez, como se observa en la figura 2, diferentes autores observan que el proceso de acceso a los servicios de salud se ve condicionado por los contextos macro y micro del usuario, cuyos elementos pueden influir en el acceso efectivo a la atención de la salud. El contexto macro está fuertemente asociado al desarrollo económico y social regional que se ve reflejado en las condiciones de vida, empleo, seguridad y medio ambiente; así como al desempeño del sistema de salud local/regional y las políticas de salud vigentes. Por otra parte, en el contexto micro del adulto mayor se deben tener en cuenta las características de los proveedores de servicios de salud, de la población objeto de estudio y de las entidades intermedias (aseguradoras, entes reguladores y financiadores).

En las etapas de *percepción de la necesidad de salud y búsqueda de la atención* se observan barreras socioculturales, debido a que la percepción de las necesidades se ve principalmente condicionada por la estructura social y las creencias en salud de los individuos²⁶. Un escaso apoyo y solidaridad por parte del contexto familiar y comunitario, la falta de confianza en el sistema de salud, la excesiva tolerancia a los malestares tanto físicos como mentales, son los aspectos que más dificultan que las personas de tercera y cuarta edad puedan percibir sus necesidades de salud como requerimientos de atención medicosanitaria y decidan movilizarse para tomar contacto con los profesionales de la salud^{23,26}. Asimismo, la edad, el sexo, el nivel educativo, la clase social y la etnia son factores que, en ocasiones, atentan contra las habilidades y recursos diferenciales de los individuos para percibir sus necesidades de salud (y, en consecuencia, buscar atención medicosanitaria)¹⁹.

En la etapa de *alcance de la atención*, diferentes autores observan un predominio de las barreras administrativas-organizacionales, dado que a la hora de elegir el profesional de la salud y/o el centro de salud al que concurrir, los adultos mayores perciben como obstáculos la dificultad y la demora para conseguir un turno, así como la burocracia vinculada a las autorizaciones en los seguros de salud^{27,28}. Asimismo, se plantean obstáculos socioculturales y fisicogeográficos dados por las distancias a los centros de salud o por no contar con redes de apoyo que puedan servir de transporte o acompañamiento a sus consultas ambulatorias. Estos factores pueden provocar que los adultos mayores desistan de la atención y no avancen en las etapas del proceso para acceder a los bienes y servicios que necesitan^{19,29}.

En la etapa de *utilización de la atención* se observa la existencia de las barreras socioculturales asociadas a los conocimientos del individuo con relación a cómo desenvolverse en el sistema de salud para aprovechar el uso de las prestaciones medicosanitarias que ofrece³⁰. Asimismo, aspectos culturales como el nivel educativo del adulto mayor, su etnia y su religión se exponen como factores limitantes en la relación médico-paciente, dado que los adultos mayores pueden tener obstáculos para comprender las indicaciones de tratamiento brindadas por el profesional médico³¹. Por otra parte, se mencionan barreras administrativas-organizacionales asociadas a los tiempos de espera para recibir la atención. Este obstáculo representa un desincentivo que atenta contra el acceso efectivo de los adultos mayores a los bienes y servicios de salud²¹.

Por último, en la etapa de “consecuencias de la atención”, los autores observan barreras socioculturales en cuestiones como el escaso conocimiento de la enfermedad o la falta de cumplimiento/adherencia al tratamiento indicado por un profesional (respecto a medicación, implementación de prácticas saludables, realización de estudios diagnósticos, etc.)^{32,33}. A su vez, el nivel de insatisfacción que el paciente o su familia experimenta (tras haber utilizado bienes y servicios medicosanitarios) respecto de la respuesta a su necesidad de salud, repercute negativamente sobre sus creencias en salud y la confianza en el sistema sanitario, lo cual puede impactar negativamente en la percepción de futuras necesidades de salud.

■ DISCUSIÓN

La motivación de este trabajo fue evaluar las barreras que pueden limitar el acceso a los servicios de salud en el caso de los adultos mayores. La relevancia de considerar este grupo etario gira en torno al proceso de envejecimiento observado a nivel mundial, que surge cuando se producen simultáneamente reducciones en las tasas de natalidad y mortalidad, generando un incremento relativo de la población mayor de 60 años en relación con la población económicamente activa. La transición epidemiológica está asociada a la transición demográfica, y genera un incremento en la cantidad

de pacientes que demandan prestaciones en los sistemas de atención de la salud. Sin embargo, la mera disponibilidad de servicios no garantiza su utilización efectiva debido a diferentes obstáculos. Adhiriendo a la concepción que el acceso a la atención de la salud es un proceso, se asume que los adultos mayores transcurren por 5 etapas, en las que diversas barreras pueden impedir que el acceso potencial se transforme en acceso efectivo.

De la revisión de la literatura se observó que, si bien todas las barreras pueden limitar el resultado de cada etapa, algunas se identifican en mayor medida (como ocurre con las barreras socioculturales) durante la percepción de la necesidad y la búsqueda de atención, donde las condiciones del paciente vinculadas a su nivel educativo, creencias y mitos en relación con el significado de salud y enfermedad, autonomía y su red de contención (familiares, amigos) pueden facilitar/reducir la apreciación de su estado de salud y la búsqueda oportuna.

Las barreras administrativas-organizacionales se manifiestan con mayor frecuencia en las últimas etapas del proceso de atención de la salud (alcance, utilización y consecuencias de la atención) debido a factores como los escasos horarios de atención, las listas y tiempos de espera prolongados, los procesos de derivación burocráticos y/o que requieren conocimientos tecnológicos para acceder a un turno, los recursos humanos y materiales insuficientes. Estos obstáculos reducen las probabilidades del adulto mayor de culminar su trayectoria de acceso a los servicios de salud.

Las barreras fisicogeográficas se presentan en las etapas de alcance y consecuencias de la atención de la salud, ya que la distancia que debe transitar el adulto mayor al centro de salud, su distribución y localización, las características arquitectónicas y su grado de adecuación a las características propias de la ancianidad, y la adecuación del sistema de transporte, pueden limitar la utilización efectiva de los proveedores por parte de los adultos mayores condicionando la atención oportuna y los resultados en salud.

Finalmente, las barreras económicas se relevaron en las etapas de alcance, utilización y consecuencias de la atención en salud, dado que la situación economicofinanciera de un individuo y su capacidad de hacer frente a los costos condicionan fuertemente el paso por dichas etapas. Esta barrera es especialmente relevante en este grupo etario en la medida que su paso de persona económicamente activa (menor de 60/65 años) a económicamente pasiva genera que su capacidad de pago se vea deteriorada, la que dependerá de su jubilación y/o pensión, del acceso que ofrezca el sector público, de los ahorros obtenidos en su vida económicamente activa y/o de las transferencias intrafamiliares.

Se espera que esta investigación pueda ser de utilidad para generar herramientas de gestión para quienes se propongan mejorar la equidad en los resultados en salud de la población envejecida. Si bien los resultados expuestos surgen de una revisión de la literatura, un tomador de decisión que se proponga identificar las barreras que impiden el acceso efectivo a la atención de la salud en los adultos mayores de una determinada región geográfica, deberá generar instrumentos para observar dichos obstáculos en cada etapa del proceso de atención de su propio sistema de salud. Esto se debe a que las barreras al acceso podrán tener diferente intensidad según el contexto sociocultural, histórico y económico de la población objeto de estudio, donde los componentes del contexto macro y micro, podrán facilitar o limitar el acceso efectivo a la atención de la salud ■

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por el Proyecto General de Investigación de la Universidad Nacional del Sur, titulado “Cobertura Universal en Salud” (código 24/E142).

BIBLIOGRAFÍA

- Lopes Patarra N. Transición demográfica: ¿resumen histórico o teoría de población? *Demografía y economía*. 1973;7:86-95.
- Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2007;33.
- Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*. 2014;27:438-53.
- Szot Meza J. La transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:605-13.
- Canadian Oxford Dictionary. Toronto: Oxford University Press; 1998.
- Penchasky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19:127-40.
- Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 1978;56:295-303.
- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Of Sanit Panam*. 1991;111:485-96.
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9:208-20.
- Cabienes B, Bird P. Glossary of access to health care and related concepts for low-and middle-income countries (LMICs): a critical review of international literature. *Int J Health Serv*. 2014;44:845-61.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.
- Rodríguez Cabrera A, Collazo Ramos M, Álvarez Vázquez L, Calero Ricardo J, Castañeda Abascal I, Gálvez González AM, et al. Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. *Rev Cubana de Salud Pública*, 2015;41:401-12.
- Arredondo A, Meléndez V. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. *Rev Méd Chile*. 2003;131:445-53.
- Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geogr*. 2004;3:3.
- Wyszewianski L. Access to care: Remembering old lessons. *Health Serv Res*. 2002;37:1441-3.
- Penchasky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19:127-40.
- Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Acceso potencial a los recursos humanos del primer nivel de atención en la Provincia de Buenos Aires (Argentina). *Horizonte Sanitario*. 2016;15:123-33.
- Pinto-Prades JL, Ortún- Rubio V, Puig-Junoy J. El análisis coste-efectividad en sanidad. *Aten Primaria*. 2001;27:275-8.
- Murillo Ballesteros GG. Propuesta de un sistema de costos ABC para la IPS Salud Familiares. Tesis Doctoral. Manizales, Colombia: Universidad Nacional de Colombia-Sede Manizales; 2016.
- Ripari NV, Elorza ME, Moscoso NS. Costos de enfermedades: clasificación y perspectivas de análisis. *Rev Cienc Salud*. 2017;15:49-58.
- Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*. 2015;57:180-6.
- Aday Hirmas 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 Pública*. 2013;33:223-9.
- Rodríguez Quintana T, Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S. Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017;43:16-26.
- Orzuza SM. Construcción de indicadores de accesibilidad al sistema de salud sensibles a la cultura. *PSIENCIA*. 2016;8:1-15.
- Cabienes B, Bird P. Glossary of access to health care and related concepts for low-and middle-income countries (LMICs): a critical review of international literature. *Int J Health Serv*. 2014;44:845-61.
- Ballesteros M, Freidin B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. *Salud Colectiva*. 2015;11:523-35.
- Agudelo-Suárez A, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, Posada-López A, et al. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2014;13:181-99.
- 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 Pública*. 2013;33:223-9.
- Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20:1947-58.
- Peña-Montoya ME, Garzon-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia-Colombia. *Rev Univ Salud*. 2016;18:219-31.
- Burbinski B, Naser MA. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Arch Argent Pediatr*. 1999;97:43-6.
- Cho YI, Lee SYD, Arozullah, AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*. 2008;66:1809-16.
- Uba L. Cultural barriers to health care for southeast Asian refugees. *Public Health Rep*. 1992;107:544-8.