

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD PRIMARIA EN HOMBRES
DE 18 A 60 AÑOS, EN EL MUNICIPIO DE AGUILARES, JULIO-AGOSTO, 2018**

Informe Final Presentado Por:

Anner Antonio Escalante Ardón

Cindy Maritza Escobar Lara

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Juan José Cabrera Quezada

San Salvador, agosto 2018

RESUMEN

Se ha observado que la población masculina hace poca utilización de los servicios de salud. La utilización de los servicios de salud está influenciado por varios factores: del usuario y del servicio en sí. El objetivo de la presente investigación era identificar las barreras de acceso a la atención en salud primaria en hombres mayores de 18 a 60 años de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Aguilares, julio-agosto, 2018.

Metodología. Se utilizó un diseño observacional analítico, cohorte retrospectiva: cohorte expuesta compuesta por hombres y la no expuesta por mujeres, a quienes se les pasó una encuesta para identificar barreras sociales y organizacionales. En análisis estadístico inferencial se realizó test de comprobación de hipótesis, con nivel de insignificancia estadística de 0.05. Para variables categóricas dicotómicas se usó chi cuadrado en análisis univariado y regresión lineal para análisis multivariado y para variables cuantitativas, comparación de medias.

Resultados. Se incluyeron 118 personas: 59 hombres y 59 mujeres. La exposición de ser hombre es diferente con ser mujer respecto al acceso a la atención sanitaria ($p=0.010$), con un RR= 0.603 (IC 95% 0.429-0.846).

En análisis multivariado se encontró diferencias entre las variables de barreras sociales: ser hombre ($p= 0.012$), estado civil ($p=0.018$) y nivel educativo ($p=0.000$). En las barreras organizacionales solo hubo diferencias entre el tipo de proveedor (MINSAL, ISSS, privado) ($p= 0.000$).

Conclusión. La exposición de ser hombres hace una diferencia respecto a las mujeres en el acceso al servicio de salud, además que el estado civil, el nivel educativo y el tipo de proveedor son barreras para el acceso al servicio de salud.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
MARCO TEÓRICO	5
1. DEFINICIÓN DE BARRERAS DE ACCESO EN SALUD.....	5
A. BARRERAS ORGANIZACIONALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA	6
B. BARRERAS SOCIALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA.	8
2. SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	11
3. ENFOQUE DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN EN SALUD	12
4. HIPÓTESIS EXPLICATIVAS DE LAS DIFERENCIAS POR SEXO EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS.....	13
4.1. HIPÓTESIS DE LA NECESIDAD DIFERENCIAL	13
4.2. HIPÓTESIS DE LA SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO.....	14
4.3. HIPÓTESIS REFERIDAS A FACTORES INSTITUCIONALES Y ESTRUCTURALES.....	14
HIPÓTESIS	16
METODOLOGÍA.....	17
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	17
2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	17
3. POBLACIÓN	17
4. VARIABLES.....	18
A. ENUMERACIÓN DE LAS VARIABLES	18
B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	20
5. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	21
6. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	21
7. CONSIDERACIONES ÉTICA	22
8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN PROCESAMIENTO.	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES.....	34

RECOMENDACIONES	35
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	37
ANEXOS	40
ANEXO 1: INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES.....	40
ANEXO 2 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
ANEXO 3: CUESTIONARIO	43
ANEXO 4 FORMULARIO DE ENTREGA DE ESTUDIO A LOS PARTICIPANTES	46

INTRODUCCIÓN

El escenario de salud en la población masculina se observa con poca demanda y utilización de los servicios de salud. La utilización de los servicios de salud es un comportamiento complejo, influenciado por diferentes características como la localidad, a nivel socioeconómico, perfiles de morbilidad, calidad de vida y conocimiento sobre salud. (Colet., 2012)

En las últimas dos décadas han surgido ciertas preguntas que han obligado a las personas involucradas a reexaminar la salud masculina, ¿por qué los hombres mueren antes que las mujeres y viven más años con mala calidad de vida en comparación a sus congéneres femeninos? mientras que hace un siglo, hombres y mujeres tenían las mismas tasas de mortalidad; hoy en día los hombres viven seis años menos que las mujeres en los Estados Unidos. (OMS, 2010)

Determinar cuáles son las barreras o los obstáculos para poder acceder a los servicios de salud a nivel mundial ha sido objeto de muchas investigaciones que permitieron conocer estas barreras y cómo influyen en el acceso de salud por parte de los usuarios de los servicios de salud. Investigaciones realizadas en países europeos como Francia, Reino Unido, Alemania, Estados Unidos de América, Canadá, o países latinoamericanos como México, Chile, Colombia, Guatemala han intentado identificar estas barreras, clasificándolas, ayudando así a tener una visión más amplia. (Colet., 2012)

En los diferentes estudios realizados, 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; la falta de conocimiento sobre derechos y deberes de los usuarios constituye una barrera para acceder a los servicios de salud. Otras de las barreras del acceso a los servicios de salud podríamos mencionar el sexo; a pesar de que se encuentra con pocos estudios enfocados en esta barrera particularmente, sin

embargo en los estudios que se realizaron se ha encontrado que la mayor utilización de servicios por parte de las mujeres no es una constante en todos los grupos sociales. (Bararba, 2001)

En 2015 se brindaron 12, 345,168 consultas, de las cuales 9, 386,844 fueron curativas, de estas asistieron 3, 043,430 hombres y 6, 343,346 mujeres, donde la única causa de consulta en la que hubo mayor demanda por parte de los hombres fue: otros traumatismos corporales de regiones especificadas, no especificadas y múltiples, entonces surge la interrogante ¿Por qué entonces los hombres consultan menos que las mujeres? (Dirección general de estadística y censos. DIGESTYC)

Con la realización del presente estudio sobre acceso a los servicios de salud, se buscó identificar cuáles son los factores que están asociados y que determinan la utilización de los mismos por la población, en este caso, en la población masculina. El conocimiento de esos factores podrá instrumentalizar gestores en la planificación, operacionalización y evaluación de estrategias, programas y modelos de atención con la finalidad de promover la oferta y el acceso a los servicios, con la consecuente mejoría del perfil de salud en los hombres. (Witty.k, 2009)

La población de estudio fue en el municipio de Aguilares, ubicado en la región metropolitana el cual tiene aproximadamente 24,176 habitantes, 10,770 son hombres. Esta investigación se realizó durante el periodo de julio a agosto del 2018, fue observacional analítico, de tipo cohorte, se obtuvo una muestra, con cohorte de 59 hombres y cohorte de 59 mujeres, con un total de 118 personas, a las cuales se les administro un cuestionario para cuantificar las variables de estudio relacionadas con las barreras de acceso al centro de salud de tipo social y organizacional.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las barreras de acceso a la atención en salud primaria en hombres mayores de 18 a 60 años de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Aguilares, julio-agosto, 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las barreras sociales para acceder a los servicios de salud para los hombres.
2. Establecer las barreras organizacionales del servicio de salud para los hombres.

MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN DE BARRERAS DE ACCESO EN SALUD

La Real Academia Española define acceso en lo general (es decir, sin la particularidad del tema de salud) como la “acción de llegar o acercarse” y como la “entrada al trato o comunicación con alguien.” (Diccionario de la Lengua Española, 2001)

Por otra parte, el IOM (International Organization for Migration) ha definido el acceso en salud como “el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica”. El IOM formó un Comité para el Estudio del Acceso a los Servicios, el cual consideró al acceso desde una perspectiva de la oferta como “el tiempo que emplea el personal de los servicios de salud para lograr el mejor resultado en salud.” (Organización Internacional para las Migraciones, 2013)

El acceso a la atención sanitaria es un indicador importante de la eficacia y la equidad de los sistemas de salud y se ha asociado con la reducción de conductas de riesgo, el aumento de hábitos saludables, y el mejoramiento de la salud de las y los usuarios. (Penchansky R, 1981)

La Royal Society of Medicine de Londres considera que el acceso a los servicios de salud es un concepto complejo que se mide a través de “cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan”. Se considera que el concepto de acceso debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones: (Gulliford M, 2002)

- *Resultados en materia de salud:* promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud (que se otorgue el servicio correcto, en el tiempo correcto, en el lugar correcto y con el mejor resultado posible). La evaluación del acceso en función de los resultados en salud en relación con la disponibilidad y la utilización de los servicios pueden afectarse entre sí.

- *Disponibilidad* de los servicios: médicos, equipamiento, etcétera.
- *Capacidad* de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
- *La existencia de barreras* para la utilización de los servicios.
 - *Barreras organizacionales.* Diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos.
 - *Barreras sociales y culturales.* Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos.

El concepto más simple de barrera se define como "obstáculo que impide el paso." Si este término se aplica a la atención en salud; "aquellos factores que impiden total o parcialmente el acceso a la atención médica" Para Hewitt "las barreras son todas las condiciones psicológicas y sociales que impiden o retrasan el acceso a los servicios de salud." (Hewitt Andersen R. A, 1974)

Las barreras en el acceso a los servicios de salud se definen como aquellos "factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que estos grupos accedan a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud." (Aday, Angulo, Vega, 2013)

Específicamente en la prestación de servicios para hombres las barreras más comúnmente reportadas se relacionan con factores asociados al entorno sociocultural de los mismos usuarios y de proveedores(as) de servicios, conceptos y valores del cuidado de la salud, percepción acerca de los servicios, aspectos socioeconómicos, a la provisión de servicios, ubicación y organización de los mismos. (Oliver A, 2004)

A. BARRERAS ORGANIZACIONALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA

Las barreras de acceso a los servicios de salud son el conjunto de estrategias técnico administrativas que se interponen para negar, dilatar o no prestar algún tipo de servicios a sus afiliados. (Donabedian, 1973)

a.1 Tiempo de espera: La dificultad administrativa que emerge con más fuerza es el elevado tiempo de espera para obtener atención en los servicios de salud primaria. El tiempo de espera se percibe en todas las áreas como una consecuencia inmediata de la insuficiencia de recursos especializados. (Hewitt Andersen R. A, 1974)

Este indicador organizacional está directamente relacionado con la satisfacción del paciente con el servicio prestado y puede favorecer el acercamiento del usuario al centro de salud. Por lo que se puede inferir, que es necesario lograr que el paciente perciba la consulta del primer nivel de atención primaria como el lugar de más rápida y de mejor resolución a sus problemas de salud. Se ha demostrado que los largos tiempos de espera generan insatisfacción en los usuarios, por lo que resulta necesario eliminar dichas barreras organizacionales para mejorar el servicio y obtener mayor aceptabilidad. (Hewitt Andersen R. A, 1974)

a.2. Solicitud de citas: El carácter presencial, ocasiona un coste de tiempo, importante para aquellos usuarios que trabajan o con algún tipo de carga familiar, este coste se eleva al limitar los días en los que se puede solicitar citas, quedando las citas hasta de tres meses o más. El racionamiento provoca filas y obliga a los pacientes a realizar varios intentos para conseguir la cita, desincentivando en ocasiones la búsqueda de la atención. (Belmonte, 2000)

a.3. Incumplimiento de horarios: Se identifican problemas como la falta de puntualidad en las citas o incumplimiento de horarios por parte del médico y la anulación de citas médicas como otras de las dificultades que con más frecuencia se encuentran en el acceso a la atención en salud. (Grol, 1997)

a.4. Calidad asistencial: La mala calidad de atención desincentiva a los usuarios a utilizar los servicios de salud primaria ya que destacan el maltrato por el personal de salud y el poco tiempo dedicado durante la consulta médica. Además del tiempo de consulta, la falta de capacidad de resolución de los servicios es un factor que los induce a no buscar atención o a no continuar en el proceso de atención (Grol, 1997)

a.5. Confidencialidad: el origen de la confidencialidad está en el juramento

Hipocrático donde se lee: “guardare silencio sobre todo aquello que, en mi profesión, o fuera de ella oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas”. La confidencialidad se considera como la reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad.

La falta de privacidad e intimidad en los centros de salud como una barrera crítica para que las y los adolescentes y adultos se acerquen a estos. Se evidencia que, para que ellos sean atendidos, generalmente deben compartir el espacio con el resto de la población usuaria. Esto hace que la sala de espera sea un lugar de encuentro entre vecinos(as), amigos(as) y familiares; lo que deja en evidencia al paciente que consulta por temas relacionados con su salud sexual, ETS etc. Esta situación anteriormente descrita se da principalmente en aquellos centros de salud que no cuentan con espacios amigables para atenderlos, aun cuando la instalación de tales espacios no es garantía de que esta barrera sea superada. (Grol, 1997)

B. BARRERAS SOCIALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA.

Se definen como las diferencias (desigualdades), en materia de género, etnia, raza, religión, salud o condición socioeconómica, entre individuos o grupos que les impiden alcanzar o lograr sus objetivos, o negar su posibilidad de acceder a los recursos y promover sus intereses. (Solar O, 2010)

La falta de tiempo aparece como una de las causas más frecuentes para no acudir a los servicios de salud, la rigidez laboral, permisos en la población económicamente activa. La búsqueda y utilización de los servicios es la actividad que requiere disponibilidad de tiempo, de hecho, el tiempo que invierte en un individuo en la atención se puede considerar como un coste de oportunidad, tiempo que no dedica a otras actividades, por ejemplo, el trabajo. Este tipo de costes, que algunos autores denominan costes sociales de

la atención es mayor para aquella población con menos tiempo disponible. (Solar O, 2010)

b.1. Costos adicionales: Se identificaron los costos adicionales al servicio como una de las limitantes más relevantes para acceder a los servicios de salud. Más de la mitad (58.2%) de los y las usuarios entrevistados(as) indicaron que no recibieron los medicamentos recetados y tuvieron que comprarlos en la farmacia, lo que les generó diversos problemas de tipo económico e influenciaron en sus decisiones futuras de búsqueda de servicios de salud. En Colombia, cuando son prescritos medicamentos sólo se entregan completos en el 54% de los casos a los usuarios afiliados al régimen de aseguramiento contributivo y a 44 % en el régimen subsidiado. En 25% de los casos, las aseguradoras no entregan ninguno de los medicamentos. (Laditka, 2001)

b.2. Desplazamiento: la situación de desplazamiento ha generado un impacto en la percepción de la población desplazada sobre la garantía de derechos y sentimientos de exclusión, desprotección y desatención por parte del estado como garante. Cuando los y las desplazados(as) acceden a algunos servicios, en especial de salud, enfrentan diversos problemas que van desde la falta de identificación personal, de inscripción en los sistemas de protección, de desconocimiento de los servicios a que tienen derecho y, además, deben recorrer largas distancias y pagar sobrecostos por la atención, en el caso de las personas con alguna discapacidad, la falta de transporte adecuado y adaptado, viajar largas distancias genera riesgo para la integridad física y mental. La falta de apoyo familiar a los pacientes por diferentes motivos, emerge como obstaculizador del desplazamiento hasta los servicios de salud. Este factor resulta especialmente relevante para la población mayormente dependiente. (Barahona, 1999)

b.3. Nivel socioeconómico: Se reconocen los problemas estructurales como la pobreza y la inequidad social, como barreras de acceso frecuentes para la demanda de servicios de salud. Condiciones que alejan a las y los usuarios de las instituciones de salud o impiden la demanda de servicios aún en condiciones de necesidad. En todos los casos, los sectores estructuralmente privilegiados tienden a realizar de forma más frecuente consultas de tipo preventiva, tanto en lo referente a la consulta con profesionales de la salud como en los

estudios de diagnóstico, mientras que los sectores desfavorecidos tienen más dificultades en reconocer y darle importancia a los síntomas de distintas enfermedades y, debido a la mayor frecuencia con que realizan un uso intensivo del cuerpo, tienden a soportar un mayor grado de malestar antes de realizar la consulta, a punto tal que en muchas ocasiones se retrasa hasta que las dolencias impidan la continuidad de la vida cotidiana. Además, en muchas ocasiones, la atención de la salud queda en un lugar subalterno con relación a la necesidad de garantizar la supervivencia diaria, teniendo estos sectores menos flexibilidad para dejar de cumplir actividades como ir al trabajo, la realización del trabajo doméstico o el cuidado de los hijos. Si bien la falta de tiempo para el cuidado de la salud afecta más a los sectores populares, también es un limitante importante en sectores medios. (Pública, 1998)

b.4. Nivel educativo: Un nivel bajo de escolaridad puede resultar en un mayor grado de dificultad para entender la información transmitida en la consulta médica, afectando el uso, la calidad, los resultados y los costos de la atención. Las disparidades más grandes se encuentran entre diferentes regiones de un mismo país, siendo la fecundidad más alta entre los grupos pobres, de menor educación. (Starfield B, 2005)

b.5 Edad: La edad y el sexo influyen en la utilización de los servicios por factores biológicos, pero también porque son mediadores sociales, culturales y económicos de la experiencia de los sujetos en la sociedad. Con relación a la edad, la población joven además de tener una menor carga de morbilidad, tiende a no priorizar el cuidado de la salud vinculado con la percepción de una menor vulnerabilidad; mientras que lo opuesto ocurre con relación a los niños y ancianos. Las personas más jóvenes tienen mejores estados de salud autor reportado, declaran tener menos enfermedades de tratamiento prolongado, consultan menos los servicios de salud, y cuando lo hacen, en mayor proporción es por motivos curativos. (Starfield B, 2005)

b.6. Ubicación Geográfica: Los centros de salud pueden estar ubicados en áreas que algunos usuarios ven como peligrosas o inhóspitas. Los vecindarios con determinadas

características raciales o étnicas, los territorios de pandillas, que los participantes a menudo encuentran intimidantes, todos pueden en diferentes circunstancias, servir para alejar a los usuarios y que estos no asistan al centro de salud. Es importante conocer la comunidad y la población objetivo antes de decidirse por un lugar para establecer un servicio. (Restrepo, 2005)

b.7. Género: La falta de formación de los y las funcionarios(as), con desconocimiento sobre la perspectiva de género y masculinidades, especialmente en lo relacionado con temas de salud sexual y reproductiva, donde suele primar una visión que incorpora solo a las mujeres y sus necesidades específicas en relación con el embarazo y su prevención, es un aspecto comúnmente mencionado como obstáculo importante para el acceso a los servicios. Usualmente se dejan de lado las necesidades, como las particularidades propias de los hombres en estos temas, las cuales han sido escasa o nulamente abordadas por el sector salud. En muchos centros de salud la atención a hombres se traduce en la mera distribución de preservativos, dejando de lado muchos otros aspectos relevantes para su salud. (Frost J, 2006)

2. SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El primer nivel es el más cercano a la población, es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (Starfield B, 2011)

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios de promoción, prevención, curación y de rehabilitación. La atención primaria de salud tiene como objetivo curar la enfermedad, impedir su aparición, lo que favorece que aumente el nivel de salud. Para impedir su aparición haciendo que los factores responsables de su génesis no puedan producirla efectivamente. Para ello se promoverá todo aquello que aumenta el nivel de la salud de la

persona. Esto se fundamenta en que es mejor para las personas no enfermar que ser curada. (Rico A, 2006)

Para la presente investigación, los servicios que oferta el sistema de salud local, la unidad comunitaria de salud familiar del municipio de Aguilares, son:

- Servicios de promoción: educación en salud según la problemática de salud de la zona y principales motivos de consulta, visitas domiciliarias, actividades de capacitación con grupos comunitarios, actividades de saneamiento básico.
- Servicios preventivos: Inmunizaciones, control infantil de crecimiento y desarrollo, salud bucal, control prenatal, programas de DM, HTA del adulto mayor.
- Servicios asistenciales: consulta médica general, consulta odontológica, consulta de especialidad (neumología, pediatría, ginecología) consulta psicológica, clínica VICITS (Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual), laboratorio básico, curaciones, atención farmacéutica.

3. ENFOQUE DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Es importante destacar que no toda desigualdad en salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas desigualdades que se consideran “innecesarias, evitables y, además, injustas” y que se asocian a desventajas sistemáticas en el plano socioeconómico. Operacionalmente, la equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias remediables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacidad o morir por causas prevenibles. (Whitehead, 1990)

Asimismo, la equidad de género en la atención de la salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres; exige, por el contrario, que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico. La equidad de género en el acceso a la atención supone, entonces, que:

- Los recursos de atención se asignen diferencialmente según las necesidades particulares de mujeres y hombres.

- Los servicios se reciban de acuerdo con las necesidades de cada sexo.
- Los servicios se paguen según la capacidad económica de las personas, no según la necesidad o riesgo diferencial por sexo. (Braveman, 1998)

Desde una perspectiva de género, el eje central del análisis de la atención de la salud es el impacto de la división por sexo del trabajo y del poder sobre el acceso diferencial a recursos que posibilitan el pago directo de servicios o la participación en planes contributivos de aseguramiento público o privado. La atención de la salud es solo uno de los determinantes del estado de salud, pero uno importante, particularmente para las mujeres. Pese a los avances en el conocimiento y la tecnología médica, el acceso a la atención de la salud continúa marcado por profundas desigualdades entre países y en un mismo país. A las inequidades en el acceso socioeconómico, geográfico y cultural se han sumado las creadas por políticas recientes de reforma del sector que han promovido esquemas de financiamiento privatizador y regresivo. Tales políticas, además de restringir el acceso a la atención, pueden imponer costos “empobrecedores” a aquellos que logran acceder, agudizando así inequidades existentes en las condiciones de vida. (Evans T, 2001)

4. HIPÓTESIS EXPLICATIVAS DE LAS DIFERENCIAS POR SEXO EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

4.1. HIPÓTESIS DE LA NECESIDAD DIFERENCIAL

Las mujeres tienen una necesidad objetiva de servicios de salud mayor que los hombres. Además de los problemas que comparten con los varones, las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio. Como han señalado numerosos estudios, la autopercepción de la enfermedad es también sistemáticamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y esta diferencia se mantiene en diferentes culturas, regiones geográficas y estratos socioeconómicos. Tal percepción refleja la realidad objetiva de carácter epidemiológico, pero, como se plantea a continuación, responde

también a condicionamientos culturales de género que afectan al reconocimiento de las dolencias y a la libertad o inhibición para expresarlas. (Verbrugge, 1990)

4.2. HIPÓTESIS DE LA SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO

La socialización diferencial de mujeres y hombres influye sobre sus actitudes y conductas de búsqueda de atención de salud. Las expectativas culturales y el ejercicio de las mismas en cuanto al rol de “cuidadoras” de la salud hacen que las mujeres, más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud. En cambio, como han sugerido algunos estudios, entre ellos el componente cualitativo del proyecto en Colombia, los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio. La contribución de estos factores aprendidos a la conducta de búsqueda de atención es, sin embargo, difícil de dimensionar. Al respecto, varios autores coinciden en afirmar que, aunque las mujeres muestran una mayor preocupación por la salud y tienden a solicitar ayuda más frecuentemente que los hombres, cuando se enfrentan a problemas de salud graves, las mujeres y los hombres no difieren sustancialmente en su conducta de búsqueda de atención. (Verbrugge, 1990)

4.3. HIPÓTESIS REFERIDAS A FACTORES INSTITUCIONALES Y ESTRUCTURALES

Las hipótesis referidas al sistema de salud han sido las menos desarrolladas. Desde esta perspectiva, las diferencias de género en el acceso y utilización de servicios se ven, en parte, como función de los sesgos de género existentes en los sistemas de provisión y financiamiento de la atención de la salud que favorecen a uno u otro sexo. El sistema puede contribuir a una mayor utilización por parte de las mujeres a través de la medicalización de procesos biológicos, el subsidio financiero a cierto tipo de servicios (anticonceptivos, por ejemplo) y las ineficiencias en la provisión de atención que se derivan de la fragmentación de la atención. Además, la mayor utilización de servicios preventivos puede traducirse en una mayor exposición a la posibilidad de detección de síntomas y a la aparición de trastornos iatrogénicos que requieran una subsecuente

utilización. No obstante, el género todavía no se ha integrado en el análisis de los servicios de salud, que se ha limitado a considerar las necesidades asociadas a las diferencias biológicas de sexo.

Raramente se consideran las interacciones entre el sexo y variables no relacionadas con necesidades biológicas, tales como la cobertura y modalidad de aseguramiento, el nivel de ingreso discrecional, la autonomía en la toma de decisiones, la carga de responsabilidad familiar o los modelos de atención, pese a su potencial para producir inequidades en la atención y a la posibilidad de modificarlas a través de intervenciones. (Verbrugge, 1990)

HIPÓTESIS

- 1.** Hipótesis nula: Ser hombre o ser mujer es igual para el acceso a la atención en salud primaria.
Hipótesis alterna: Ser hombre o ser mujer no es igual para el acceso a la atención en salud primaria.
- 2.** Hipótesis nula: Tener barreras sociales o no tener barreras sociales es igual para el acceso a la atención sanitaria en salud primaria.
Hipótesis alterna: Tener barreras sociales o no tener barreras sociales no es igual para el acceso a la atención sanitaria en salud primaria.
- 3.** Hipótesis nula: Tener barreras organizacionales o no tener barreras organizacionales es igual para el acceso a la atención sanitaria en salud primaria.
Hipótesis alterna: Tener barreras organizacionales o no tener barreras organizacionales no es igual para el acceso a la atención sanitaria en salud primaria.

METODOLOGÍA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó un diseño observacional analítico, de tipo Cohorte retrospectivo, en una relación 1:1 por cada individuo de las cohortes, definiéndose de la siguiente manera:

- Cohortes hombres o expuesta: Hombres entre 18 a 60 años que habitan en el municipio de Aguilares.
- Cohortes mujeres o control: Mujeres entre 18 a 60 años que habitan en el municipio de Aguilares.

2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La recolección de datos se realizó en el período comprendido entre los meses de julio a agosto del año 2018.

3. POBLACIÓN

- a. **Universo:** Adultos entre 18 y 60 años
- b. **Población:** 6,982 adultos entre 18 a 60 años de edad del municipio de Aguilares.
- c. **Muestra:**

Tamaño de muestra: Tomando como valor de error alfa del 95% y un poder beta del 85%, esperando encontrar una diferencia del 25% de la no asistencia a la consulta entre hombres (50%) y mujeres (25%), usando el software estadístico libre OpenEpi.com, la opción de cálculo de tamaño de muestra para estudios de cohortes, se obtuvo con la fórmula de Fleiss un tamaño de muestra de 118 personas divididas en: 59 para la cohorte mujer y 59 para la cohorte hombre de 59.

Muestreo: el muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos.

Criterios de inclusión.

- Que viviera en el municipio de Aguilares.
- Que aceptarán participar en el estudio
- Hombres o mujeres entre las edades de 18-60 años.

Criterios de exclusión.

- Personas con Incapacidad mental que le dificulta la comprensión de la pregunta del instrumento de recolección de datos.
- Mujer que en el último año ha estado en gestación, parto, puerperio o control anticonceptivo.

4. VARIABLES

A. ENUMERACIÓN DE LAS VARIABLES

Barreras sociales

▪ Edad
▪ Núcleo familiar
▪ Responsable económico
▪ Tipo de trabajo
▪ Nivel socio económico
▪ Nivel educativo
▪ Costos adicionales
▪ Distancia del servicio de salud
▪ Violencia
▪ Estado civil
▪ Discapacidad

▪ Género
▪ Discriminación

Barreras Organizacionales

▪ Proveedor de la atención de salud
▪ Tiempo de espera para la atención
▪ Otorgamiento de citas
▪ Calidad de atención
▪ Satisfacción del servicio
▪ Incumplimiento de Horario
▪ Confidencialidad y privacidad

B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<i>Variable</i>	<i>Sub- variables</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Técnica</i>	<i>Instrumento</i>
Social	Edad	Número de días, meses, años cumplidos referidos por el usuario al momento de la entrevista.	Años	Encuesta	Cuestionario
	Núcleo familiar	Familiar nuclear o extendido.	Integrantes del hogar		
	Responsable económico	Es el responsable del sostén del hogar.	Si/No		
	Tipo de trabajo	Ocupación	Agricultor, mecánico y otros		
	Nivel socioeconómico	Es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Se clasifica por lo general en tres categorías, Alto, Medio, y Bajo en las cuales una familia puede ser ubicada.	Ingresos por hogar		
	Nivel educativo	Grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución.	Primaria Secundaria Bachillerato O nivel incompleto		
	Costos adicionales	Incurrir en costos adicionales para cubrir medicamentos, exámenes de laboratorio y transporte en la atención de salud.	Si/No		
	Distancia del servicio de salud	El centro de salud es cercano al encuestado.	Si/No		
	Violencia	La situación de violencia social lo limita para asistir al centro de salud.	Si/No		
	Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Soltero Casado Acompañado		
	Discapacidad	Es una condición que hace que una persona sea considerada como discapacitada. Esto quiere decir que el sujeto en cuestión tendrá dificultades para desarrollar tareas cotidianas y corrientes que, al resto de los individuos, no les resultan complicadas.	Si/No		
	Género	se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino	Hombre Mujer		
	Discriminación	Recibe trato ofensivo y despectivo por condición de género, situación económica u otra	Si/No		
Organizacionales	Tiempo de espera para la atención	El tiempo en el que solicita la atención en el servicio de salud y el inicio de esta por el profesional de salud es demasiado largo.	Si/No		
	Otorgamiento de citas para especialidad medica	El tiempo de espera para otorgamiento de cita médica con especialidades es demasiado largo.	Si/No		

Calidad en la atención	Percibe que en el servicio de salud la atención, los medicamentos y los instrumentos necesarios para realizar la atención son de calidad.	Si/No		
Empatía por el personal de salud	El personal lo trata con respeto y busca ayudarlo en su necesidad de atención.	Si/No		
Satisfacción del servicio recibido	El servicio recibido en el centro de salud cumplió la expectativa que tenía sobre la atención que recibiría.	Si/No		
Incumplimiento de horario	La distribución del período de atención del servicio de salud es adecuada.	Si/No		
Confidencialidad y privacidad	La información personal dada durante la consulta médica, se maneja con privacidad y no tiene acceso terceras personas a ello.	Si/No		

5. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias: La información original fue suministrada voluntariamente por las personas incluidas en el estudio ya que ellos fueron la fuente principal para el desarrollo del estudio.

6. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Técnica: La técnica utilizada, es la encuesta, que permitió recopilar la información en la muestra de estudio.

Instrumento: El cuestionario, el cual consta de cuatro partes: indicaciones; datos generales del usuario; aspectos sociales y aspectos organizacionales.

Formulado con un total de veintisiete preguntas: cuatro preguntas abiertas, nueve de opción múltiple, catorce preguntas cerradas.

Se buscaron individuos que quisieron participar, a través de visita domiciliar o en lugares públicos o en el centro de salud, que cumplieron los criterios de inclusión mencionados anteriormente, al encontrarlos se les explicó el tema de estudio, se les aclaró todas sus dudas y se administró una hoja para su consentimiento informado. En el caso que la persona identificada era analfabeta, se buscó un testigo, el cual no formó parte del equipo de investigación, administrándole al testigo la hoja de consentimiento informado e igualmente se aclararon todas sus dudas. Posteriormente se administró un cuestionario

que consta de preguntas cerradas, se leyó cada pregunta al participante, si este está de acuerdo, con el propósito de que no quede ninguna duda con cada pregunta y de esta manera hacer una mejor recopilación de datos.

7. CONSIDERACIONES ÉTICA

- Categoría de la investigación: investigación con riesgo leve, debido a que se utilizaron técnicas y métodos de encuesta, con lo que no se realizó ninguna intervención de variables fisiológicas, psicológicas y sociales, aunque la información puede ser utilizada de forma estigmatizadora que dañe a los encuestados.
- Privacidad y confidencialidad: el equipo investigador en el cuestionario no colocó datos personales del encuestado. Además, se garantizó la destrucción de toda la información originada para la realización de la investigación, después del cumplimiento de las evaluaciones correspondientes y de los tiempos establecidos en las normas internacionales.
- Consentimiento: el equipo investigador entregó el documento de información para las personas que participaron en el estudio (ver anexo N°1), posteriormente se solicitó el consentimiento informado individual (ver anexo N°2) previo a la encuesta, cualquiera podía suspender la encuesta en cualquier momento: sin embargo todos terminaron de llenar la encuesta. El consentimiento se realizó según criterios establecidos en los International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans/Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)
- Compartiendo los beneficios: el estudio se entregó a la institución colaboradora, y a cada encuestado se le proporcionó una dirección electrónica donde podrá solicitar una copia electrónica del estudio aprobado. (Ver anexo N°4)

8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN PROCESAMIENTO.

Los datos obtenidos fueron vaciados de las hojas de recolección de datos a una hoja en el programa excell® donde se había construido la matriz para la base de datos.

Luego esta matriz fue enviada a la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Medicina de la UES para que fuera procesada con el software estadístico SSPS® versión 24.

Los datos fueron procesados en estadística descriptiva para la caracterización de las dos cohortes: presentando la tabla inicial comparativa de características basales, en medidas de tendencia central y su respectiva dispersión para las variables cuantitativas y en frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, las cuales fueron también comparadas estadísticamente en búsqueda de posibles factores confusores.

Luego se realizó estadística inferencial: se realizó test de comprobación de hipótesis para la comprobación de las hipótesis previamente planteadas para este estudio, siempre manteniendo el nivel de insignificancia estadística del 0.05. Para variables cualitativas dicotómicas se usó chi cuadrado para el análisis univariado y la identificación de las variables a ser introducidas en el modelo multivariado para el que se utilizó regresión lineal. Y para las variables cuantitativas se hizo comparación de medias asumiendo varianzas no iguales.

En los casos de variables categóricas dicotómicas que muestren diferencia estadísticamente significativa, se procedió a calcular la magnitud de la diferencia por Riesgo Relativo (RR) con su respectivo intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

La muestra total incluida fue de 118 participantes, quedando en el grupo cohorte hombres= 59 personas y cohortes mujeres= 59 personas.

Características basales.

Al observar las características basales entre las dos cohortes, se encontró diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de variables basales sociodemográficas, excepto en el núcleo familiar. (Ver tabla N°1)

Tabla N°1 características basales de la población en estudio

Variable	Cohorte hombre	Cohorte mujer	P
Edad en años			
Media y Desviación estándar (DS)	40.85 años (DS \pm 11.440)	34.02 años (DS \pm 11.632)	0.002
Mediana y rangos	42 años (18-59)	32 años (18-57)	
Ocupación			
Estudiante	8	10	0.014
Trabajo formal	22	11	
Trabajo informal	22	18	
Desempleado	7	20	
Estado civil			
Soltero	27	19	0.030
Casado	20	34	
Otro	12	6	
Nivel educativo alcanzado			
Primaria	16	3	0.013
Secundaria	4	9	
Bachillerato	17	21	
Universitario incompleto	11	17	
Universitario completo	11	9	
Núcleo familiar			
Nuclear	48	42	0.279
Extensa	11	17	
Responsable económico			
Si	34	21	0.048
No	16	27	
Ambos	9	11	
Nivel socioeconómico			
Menor	27	28	0.516
Mayor	18	13	
Igual	14	18	

Sistema que consulta			
MINSAL	36	39	0.477
ISSS	14	8	
Privado	7	8	
Privado no lucrativo	2	4	

Fuente: muestra de 18 a 60 años, en el municipio de Aguilares, julio-agosto, 2018

Acceso a la atención sanitaria. (Objetivo general del estudio)

Al comparar el acceso a la atención sanitaria entre ambas cohortes, se encontró que la exposición de ser hombre en el test de comprobación de hipótesis se obtuvo una $p=0.010$, lo que nos hace rechazar la hipótesis nula de igualdad y decir que hay diferencia estadísticamente significativa entre ser hombre o ser mujer respecto al acceso a la atención sanitaria, con una magnitud de la diferencia por RR de 0.603 (IC 95% 0.429-0.846), observando un efecto protector del 40% en ser mujer para el acceso a la atención sanitaria.

Factores relacionados al acceso a la atención sanitaria.

1. Barreras sociales.

Al hacer el análisis univariado de las barreras sociales con el fin de hacer el modelo multivariado se encontró que núcleo familiar y ser responsable económico no dieron un valor de significancia estadística que permita descartar la hipótesis nula, por lo que no fueron tomados en cuenta en el modelo multivariado, las demás variables si fueron tomadas en cuenta. Ya en el análisis multivariado, se encontró que se sostiene el hallazgo de que ser hombre es un factor social relacionado al no acceso a la atención sanitaria, e igualmente la edad, el estado civil y el nivel educativo. (Ver tabla N° 2)

Tabla N°2. Barreras sociales y acceso a la atención sanitaria

Variable	Uso de atención sanitaria N= 80	No uso de atención sanitaria N= 38	Análisis univariado p	RR (IC 95%)	Análisis multivariado p
----------	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------	----------------------------

Genero				0.603 (0.429-0.846)	0.012*
Hombre	33	26	0.010		
Mujer	47	12			
Edad media y DS	30.83 (DS \pm 7.87)	51.39 (DS \pm 5.264)	0.000	Diferencia de medias= 20.570	
Estado civil					
Soltero	42	4	0.000		0.018*
Casado	32	22			
Otro	6	12			
Núcleo familiar					
Nuclear	64	26	0.174		NA
Extensa	16	12			
Responsable económico					
Si	40	15			
No	31	12	0.057		NA
Ambos	9	11			
Ocupación					
Estudiante	18	0	0.000		0.625
Trabajo formal	29	4			
Trabajo informal	18	22			
Desempleado	15	12			
Nivel educativo					
Primaria	1	18	0.000		0,000*
Secundaria	5	8			
Bachillerato	27	11			
Universitario Incompleto	28	0			
Universitario Completo	19	1			
Nivel socio económico					
Menor	27	28	0.000		0.633
Mayor	28	3			
Igual	25	7			

Fuente: muestra de 18 a 60 años, en el municipio de Aguilares, julio-agosto, 2018

Por lo que para barreras sociales se rechazan las hipótesis nulas de igualdad para el acceso a la atención sanitaria con respecto al género, estado civil y nivel educativo.

2. Barreras organizacionales.

Al hacer el análisis univariado de las barreras organizacionales categóricas con el fin de hacer el modelo multivariado encontramos que el tiempo de espera, el otorgamiento de

citas y la satisfacción no dieron un valor para descartar la hipótesis nula, por lo que no fueron tomados en cuenta en el modelo, mientras las demás variables si fueron tomadas en cuenta: sistema inscrito, violencia, discapacidad, genera costos extras, calidad de atención, y confidencialidad. Ya en el análisis multivariado, se encontró que solo el sistema inscrito fue un factor relacionado al no acceso a la atención sanitaria. (Ver tabla N°3)

Tabla N°3. Barreras organizacionales para el acceso a la atención sanitaria

Variable	Uso de atención sanitaria	No uso de atención sanitaria	Análisis univariado p	RR IC 95%	Análisis multivariado p
Sistema inscrito					
Minsal	52	23	0.000		0.000
ISSS	22	0			
Privado	6	9			
Privado no lucrativo	0	6			
Distancia					
Si	47	32	0.07		NA
No	33	6			
Violencia					
Si	61	37	0.003	0.655 0.545- 0.788	0.109
No	19	1			
Discapacidad					
Si	1	5	0.013	0.236 0.039- 1.420	0.535
No	79	33			
Genera costos extra					
Si	45	12	0.018	1.376 1.067- 1.775	0.245
No	35	26			
Tiempo de espera					
Si	57	32	0.170		NA
No	23	6			
Otorgamiento de citas					
Si	32	19	0.588		NA
No	12	5			
No se	36	14			

Calidad de atención					
Si	47	14	0.031	1.331	0.377
No	33	24		1.026- 1.727	
Satisfacción					
Si	54	19	0.073		NA
No	26	19			
Confidencialidad					
Si	36	9	0.040		0.187
No	26	21			
No se	18	8			

Fuente: muestra de 18 a 60 años, en el municipio de Aguilares, julio-agosto, 2018

Por lo que para barreras organizacionales se rechazan las hipótesis nulas de igualdad con respecto al acceso a la atención sanitaria para sistema inscrito. En el resto, se aceptan las hipótesis nulas.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el municipio de Aguilares, ubicado en la región metropolitana de San Salvador, el cual tiene aproximadamente 24,176 habitantes, de los

cuales 10,770 son hombres. Se tomó como muestra adultos de ambos géneros entre 18 a 60 años, habiendo calculado el tamaño con software estadístico libre esperando observar una diferencia del 25% de no consultas en los hombres, basado en los cálculos estimados de hombres que no acudieron a consulta en el año 2015. El tamaño de muestra fue alcanzado en el estudio, lo cual le da una fortaleza de precisión. (Dirección general de estadística y censos, DIGESTYC)

Por lo que los autores consideramos haber conseguido los objetivos propuestos en la presente investigación, ya que no solo se obtuvo el tamaño muestral deseado para control de los errores aleatorios, sino que también hubo adecuada participación y se controlaron los sesgos más importantes a pesar de haber realizado un muestreo no probabilístico, pero con mantenimiento de los criterios de inclusión preestablecidos.

Sin embargo una de las mayores dificultades que se encontró durante el proceso de recolección de datos fue el acceso a algunas colonias por la inseguridad social que vive el país, por lo que se pidió a la UCSF que apoyara con personal y de esta forma asistir con promotores de salud, enfermeras y médico de campo. Otra dificultad, fue encontrar varias casas cerradas o falta de interés, y motivación para la participación o contestar algunas preguntas por parte de los encuestados cuando se realizó la visita domiciliar; sin embargo accedieron a finalizar la encuesta por lo que se tomaron en cuenta sus respuestas teniendo al final de todas las dificultades, una baja tasa de no respondedores.

Cuando se encontraban participantes en lugares públicos como el parque central del municipio de Aguilares algunas personas no sabía leer, por lo que había que buscar un testigo y en muchas ocasiones fue difícil encontrarlo o si se encontraba este no quería participar.

Con el presente diseño pudimos comprobar la observación siempre mencionada, que los hombres acuden menos al sistema sanitario, o dicho de otro modo, el género hombre es un factor de riesgo para la no asistencia al sistema sanitario.

Llama mucho la atención que cuando se profundiza en las barreras sociales y organizacionales, pudimos ver en nuestra muestra, que las barreras sociales son más que las organizacionales con respecto al acceso a la atención sanitaria.

Entre las barreras sociales, el nivel educativo es coherente con el principio que a mayor nivel educativo hay mayor acceso a la atención sanitaria, que en nuestra serie pudimos ver que en el grupo que no tuvo acceso, el 47.37% habían hechos estudios hasta primaria. Pero al contrario, es difícil encontrar una explicación lógica al hecho que el 58% de los que no tienen acceso sean casados.

Se puede establecer que existe una relación entre el nivel de escolaridad y el acceso a los servicios de salud ya que la educación es un factor importante para que hombres y jóvenes accedan y mejoren sus condiciones de salud; los hombres con mayor nivel educativo tienen menos hijos o los tienen más tarde y tienen muchas más probabilidades de tener mejores conocimientos sobre la salud. Según la OMS, afirma que: *La educación aumenta el estatus de la población y en las mujeres favorece su salud sexual y las protege de la violencia doméstica*, en este sentido, cobra importancia la relación entre la educación y el acceso o no a salud en los hombres. (OMS, 2010)

El nivel de educación puede tener un efecto sobre qué tan saludable es el paciente. La educación brinda las herramientas que se necesitan para tomar buenas decisiones sobre la salud. Las personas con más educación tienen más probabilidades de vivir más tiempo. Es más probable que participen en actividades saludables como hacer ejercicio y consultar a su médico regularmente. Son menos propensos a participar en actividades no saludables, como fumar. La educación también tiende a generar empleos mejor remunerados. A menudo vienen con beneficios, como seguro de salud, condiciones de trabajo más sanas. (Gonzales, 2016)

Si se aplica la Ley de atención inversa de Tudor, la cual establece que *la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida*, es decir a mayor necesidad se recibe menos cuidados, 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 (Tudor, 1971) Pero en nuestro caso, ambas variables no parecen estar relacionadas con esta ley inversa, ya que los más estudiados no son los más vulnerables, o pensar que los casados son una población vulnerable.

El nivel socioeconómico de una persona afecta su capacidad de recibir atención médica, los sectores desfavorecidos tienen más dificultades en reconocer y darle importancia a los síntomas de distintas enfermedades y, debido a la mayor frecuencia con que realizan un uso “intensivo” del cuerpo, tienden a soportar un mayor grado de malestar antes de realizar la consulta, a punto tal que en muchas ocasiones se retrasa hasta que las dolencias impidan la continuidad de la vida cotidiana. (Pública, 1998)

El nivel socioeconómico está relacionada con el nivel educativo, entre mayor es el nivel educativo de una persona mayor es la probabilidad de tener un trabajo mejor remunerado, y ofrezca seguro médico, las personas con un mayor salario tienen una mayor probabilidad de realizarse exámenes de laboratorio o gabinete o costearse medicamentos que son indicados por su médico en la consulta y no están disponibles en el establecimiento de salud. Por el contrario los pacientes con un bajo nivel socioeconómico tienen una menor probabilidad de realizarse exámenes, comprar medicamentos hasta tal punto de decepcionarse y dejar de asistir en forma rutinaria al centro de salud o definitivamente no asistir. Nuestro estudio, con el test de comprobación de hipótesis a nivel multivariado, se perdió el efecto visto en relación al nivel socioeconómico que se veía en análisis univariado ya que el 73.68% de los que no tienen acceso, referían tener ingresos menores al salario mínimo en contraposición al 33.75% en los que si tienen acceso. Probablemente se haya introducido un error beta ya en el análisis multivariado o sea influenciado por otras variables.

Las barreras laborales están relacionadas con el entorno de trabajo, la informalidad laboral, el acceso a condiciones laborales estables entre otros. El empleo en la mayoría de los casos, está relacionado con una barrera para acceder al tratamiento. (Ortiz rosa,

2004), y si bien en nuestro estudio la mayoría de las personas que no tuvieron acceso a la atención sanitaria se encontraban en el grupo del trabajo informal y del desempleo, habrían que ahondar en este tema de una forma más profunda y probablemente con un abordaje cualitativo ya que la atención sanitaria no tiene ningún costo en el MINSAL.

Según un estudio realizado en Colombia, sobre factores que determinan el acceso de salud de la población adulta, resulto que el estado civil es otra variable asociada a la decisión de consultar o no, el ser soltero representa una menor probabilidad de acceder a los servicios de consulta médica en los dos períodos, en el 2000, estar en unión libre también representa una desventaja en este sentido. En los dos años de estudio ser casado representa mayor oportunidad de acceder a los servicios. Con respecto al estado conyugal y financiamiento el 36 % de las personas casadas emplearon los recursos propios como fuente de financiación frente a 34 % de las personas viviendo en unión libre y separada y al 21 % de los solteros, hipótesis con comprobación vista en el presente estudio, donde ser soltero es un factor que limita el acceso a la salud. (Gonzales, 2016). En nuestro estudio la situación fue inversa, observamos que los casados son los que no acuden al sistema sanitario. Esto también debería poder abordarse desde otra perspectiva investigativa.

En cuanto a los diferenciales de porque los hombres no asisten al establecimiento de salud, en una investigación llevada a cabo por el grupo del Instituto FES explican las diferencias encontradas en hombres y mujeres. Los investigadores evidenciaron que los hombres tienen dificultades para percibir necesidades de salud y tienen una percepción de la enfermedad como fracaso, mientras en las mujeres la percepción de enfermedad se corresponde con un problema que se puede resolver. Las mujeres tuvieron una actitud positiva hacia la consulta, los médicos y el sistema de salud, los hombres en cambio tuvieron actitud *reacia* frente a los mismos factores, argumentaron falta de tiempo para realizar las gestiones de salud y afirmaron consultar solo cuando el problema de salud es grave, las mujeres por el contrario expresaron que el trabajo doméstico o remunerado sí les dejaba tiempo para las gestiones de salud y se perciben a sí mismas como cuidadoras de la salud de su familia. (Sarmiento L, 2015)

En el marco teórico se explican tres hipótesis de las diferencias por sexo en la utilización de los servicios: hipótesis referidas a factores institucionales y estructurales, hipótesis de la socialización de género e hipótesis de la necesidad diferencial. (Verbrugge, 1990). Sin embargo con los resultados obtenidos en este estudio la primera hipótesis se descarta ya que las barreras organizativas no son factores relacionados al acceso de la atención, mientras que las otras dos hipótesis si estas relacionadas con los resultados.

Se ha detectado que los hombres hacen un menor uso de los servicios de salud, principalmente para acudir a servicios preventivos o en el primer nivel de atención; también se ha explorado la asociación entre la noción de masculinidad y el acto de buscar atención para la salud. Brasil cuenta con una Política Nacional de Salud del Hombre, en la que se reconoce que los hombres son menos propensos al autocuidado y acuden a atención médica en etapas más avanzadas de enfermedad, lo cual implica, por una parte consecuencias negativas en su estado de salud y por otra un aumento en los costos de salud, debido a que sus padecimientos requieren mayor tecnología y personal especializado para el tratamiento. (Serra M, 2013)

Como han señalado numerosos estudios, la autopercepción de la enfermedad es también sistemáticamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y esta diferencia se mantiene en diferentes culturas, regiones geográficas y estratos socioeconómicos. Tal percepción refleja la realidad objetiva de carácter epidemiológico (Serra M, 2013).

Pero como se plantea a continuación, responde también a condicionamientos culturales de género que afectan al reconocimiento de las dolencias y a la libertad o inhibición para expresarlas.

Según la Hipótesis de la socialización de género, la socialización diferencial de mujeres y hombres influye sobre sus actitudes y conductas de búsqueda de atención de salud. Las expectativas culturales y el ejercicio de las mismas en cuanto al rol de "cuidadoras" de la salud hacen que las mujeres, más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud, en cambio los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención

como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio. (Ravassos C, 2014)

La contribución de estos factores aprendidos a la conducta de búsqueda de atención es, sin embargo, difícil de dimensionar. Al respecto, varios autores coinciden en afirmar que, las mujeres muestran una mayor preocupación por la salud y tienden a solicitar ayuda más frecuentemente que los hombres, cuando se enfrentan a problemas de salud graves. Este fenómeno fue destacado también en el estudio de Brasil (Serra M, 2013)

Las variables: núcleo familiar, responsable económico, violencia, discapacidad, costos extras, tiempo de espera, otorgamiento de citas, calidad de atención, satisfacción de la atención y confidencialidad no fueron estadísticamente significativas para explicar la decisión de consultar o no en el establecimiento de salud.

CONCLUSIONES

- La variable género (hombre/mujer), como barrera, social obtuvo un valor que permitió el rechazo de la hipótesis nula de igualdad entre ambos sexos, para el acceso a la atención sanitaria ($p=0.010$) lo que representa una barrera al acceso de los servicios de salud.
- Se presentó una diferencia entre las barreras identificadas en este estudio y las presentadas en la literatura: como el estado civil, encontramos como barrera el

estatus de casado. Pero si se observó que a menor nivel educativo hay menos acceso. Son determinantes sociales específicos que están presentando un impacto de forma negativa a la inequidad en salud en el municipio de Aguilares.

- En cuanto a las barreras administrativas propuestas en esta investigación para la población de Aguilares como: el tiempo de espera, otorgamiento de citas, costos extras, calidad de atención, satisfacción en el servicio y confidencialidad, no se pudo comprobar de forma estadística que afecten el acceso a la atención de salud, únicamente el sistema de salud al que se consulta.

RECOMENDACIONES

En cuanto a propuestas y estrategias para solventar barreras de acceso encontradas en esta investigación, se propone a la unidad comunitaria de salud de Aguilares:

- Realizar acercamientos escolares y comunitarios de promoción y prevención; dirigidos específicamente a adolescentes del sexo masculino, hombres y grupos familiares realizando actividades, como consulta médica, odontológica,

psicológica, mediante los cuales se logra la detección temprana de factores de riesgo y el diagnóstico oportuno de una o algunas de las patologías crónicas propias de este grupo poblacional, con el fin de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación.

- Realizar actividades educativas que aborden temas en torno a la salud masculina como estilos de vida no saludables (tabaquismo, exceso del consumo de alcohol, sedentarismo), estereotipos de género rígidos, falta de información como de los servicios de salud acerca de la salud del hombre y de esta forma ofrecer herramientas a la formación de usuarios, sobre la participación social en salud y el ejercicio de deberes y derechos. Se hace necesario implementar un proceso educativo que favorezca la habilitación de la población para que sea sujeto y no objeto del sistema de salud, y para que logre desarrollar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que le permitan conocer, comprender y apropiarse del sistema, logrando además ser ciudadanos corresponsables en el cuidado de su salud, y partícipes activos, vigilantes, dinamizadores y eficientes.
- Que el personal de salud de la unidad comunitaria participe y promueva diferentes actividades sociales dirigidas a las necesidades de la población masculina durante la semana internacional de la salud del hombre, la cual se celebra a nivel mundial desde el 12 al 18 de junio con el objetivo de crear conciencia a los hombres sobre la manera en que abordan su salud.
- Realizar constantemente capacitaciones para los trabajadores de salud del establecimiento, encaminadas a ofrecer herramientas para mejorar sus interacciones comunicativas con la población a través de la sensibilización con respecto a las condiciones socioeconómicas y a las vivencias de los usuarios, y de la conciencia de sus propias experiencias.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Aday, Angulo, Sepúlveda, Aguilera, Becerra, Vega, 2013).
- Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 1998. p. 2.
- Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. Cienc Saúde Colet. 2012;17(10):2569-78.
- Definición basada en: Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos. Gerenc y Políticas Salud 2001; 1:7–16.
- Diccionario de la Lengua Española. Madrid: RAE, 2001.

- Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds.). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001. p. 10.
- Factores asociados con múltiples barreras para acceder a la atención primaria: un análisis internacional. 2007.
- Fernandes LC, Bertoli AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2009; 43(4):595-603.
- Frost J, D.A., Sexual and reproductive health of US Latinas: a literature review. Occasional Report. The Alan Guttmacher Institute. New York, NY, 2006.
- Gulliford M, Figueroa-Muñoz 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):186-188.
- Hewitt Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974; 9(3):208-20.
- Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Canada, Minister of National Health and Welfare; 1981.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, variables e indicadores, enero-diciembre 2015.
- Ministerio de Salud. Dirección de Estudios Económicos e Inversión Pública (1998). El plan obligatorio de salud -POS- contributivo y subsidiado. Santafé de Bogotá, junio.
- Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health 2004; 58(8):655-8.
- OPS, Salud en las Américas. Capítulo 2. Condiciones de salud y sus tendencias. Regional. Publicación científica y técnica No.622, 2007. 1.
- Organización Internacional para las Migraciones 2013 España.
- Pechansky R, Thomas J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19(2):127-140.
- Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):213-20. 8.
- Plaza, B. y Barona, B. (1999). Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano. Santafé de Bogotá, Fundación Corona.
- Laditka, S.B. y Laditka, J.N. (2001) “Utilization, Cost and Access to Primary Care in Fee-For-Service and Managed Care Plans”, Journal of Health and Social Policy, Vol. 13, No 1, pp. 21-39.

- Restrepo, J. (2005). Cobertura y acceso a los servicios de salud. Ámbito nacional y regional. Congreso Nacional de Seguridad Social – Régimen Subsidiado. Medellín, 15 y 16 de septiembre de 2005.
- Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? European Observatory on health systems and policies series. 2006.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3):457-502.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (Population Division). World mortality report 2005.
- 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. 9-1.
- Verbrugge LM. Pathways in health and death. En: Apple R (ed.). Women, health and medicine in America. New York: Garland; 1990.
- Weisman CS. Women's health care. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1998. pp. 106–110.
- White A, Witty K. Men's under use of health services – finding alternative approaches. *J Men's Health.* 2009;6(2):95-7.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe; 1990.
- World Health Organization World Health Statistics. Global health indicators part 2010.

ANEXOS

Anexo 1 INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES

El presente trabajo sobre cuáles son las principales razones por las que se dificulta asistir al centro de salud en el municipio de Aguilares, julio-agosto, 2018. Sera realizado por Anner Escalante, Cindy Escobar, quienes trabajan en la Unidad de Salud local, se realiza

con el propósito de investigar si hay diferencias entre hombres y mujeres para ir a consultar al médico y si hay, cuales son las barreras que afectan más el acceso a los servicios de salud.

Estudios anteriores nivel mundial y regional, indican que los usuarios, está cada vez más insatisfechos con los servicios de salud por no satisfacer sus necesidades. Además, la distancia del servicio, su calidez, la edad también influyen en la búsqueda de la atención, sin embargo el sexo ha sido poco estudiado.

El tiempo de ejecución de este estudio será de julio a agosto del presente año, comparara a las mujeres y hombre, se pasara un cuestionario a 118 personas. El cuestionario no colocara sus datos personales por lo que la información que usted proporcione será confidencial. Su participación es de carácter voluntaria y usted tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin ningún tipo de represaría. Para esta investigación no se proporcionara ningún tipo de incentivos, por lo que agradecemos de antemano su participación voluntaria.

Anexo 2

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con la realización del presente estudio sobre acceso a los servicios de salud, se busca identificar cuáles son los factores que están asociados y que determinan la utilización de los mismos por la población, en este caso, en la población masculina. El

conocimiento de esos factores podrá instrumentalizar gestores en la planificación, operacionalización y evaluación de estrategias, programas y modelos de atención con la finalidad de promover la oferta y el acceso a los servicios, con la consecuente mejoría del perfil de salud en los hombres

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado medico

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

Declaración del investigador

He leído con precisión la hoja de información al participante potencial. Confirmo que el participante tuvo la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio y todas las preguntas han sido contestadas correctamente y en lo mejor de mi capacidad. Confirmo que el individuo no ha sido obligado a dar su consentimiento y el consentimiento ha sido

dado libre y voluntariamente. Se ha proporcionado una copia de este consentimiento informado al participante.

Anexo 3

CUESTIONARIO

Objetivo: Recolectar información sobre las barreras organizacionales y sociales que impiden o disminuyen el acceso a los servicios de salud por parte de los hombres mayores de 18 años

Indicaciones: El cuestionario consta de 27 preguntas las cuales serán leídas por el equipo de investigación, por favor conteste honestamente y si tiene alguna duda o pregunta podrá hacerla.

1. Género: Femenino:_____ Masculino:_____ Otro:_____
 2. ¿Cuál es su edad? _____
 3. ¿Cuál es su ocupación?_____
 4. Estado civil
 - A. Soltero_____
 - B. Casado_____
 - C. Otro:_____
 5. ¿Cuál es su nivel educativo alcanzado?
 - A. Primaria
 - B. Secundaria
 - C. Bachillerato
 - D. Universitario incompleto
 - E. Universitario
 6. ¿Cuándo tiene necesidad de atención medica usted a que centro de salud asiste?
 - A. Unidad de Salud
 - B. Seguro Social (clínica empresarial o comunal)
 - C. Otro:_____
 7. ¿Ha tenido necesidad de consultar en el último año en algún centro de salud?
 - A. SI
 - B. NO
 8. ¿Cuál fue la razón o causa de su asistencia al centro de salud?
-
9. ¿Cómo está compuesta su familia?
 - A. Nuclear
 - B. Extendida

 10. ¿Cuántos son los miembros de su hogar o familia?
 - A. Dos
 - B. Tres
 - C. Cuatro
 - D. Otro:_____
 11. ¿Es usted el responsable del sostén económico del hogar?

- A. SI
 - B. NO
 - C. Ambos (usted y su pareja)
 - D. Otro: _____
12. ¿Sus ingresos económicos familiares son igual, menor o mayor que el sueldo mínimo?
- A. Igual
 - B. Menor
 - C. Mayor
13. ¿Gasta más de \$1 en transporte para llegar al establecimiento de salud?
- A. SI
 - B. NO
14. ¿Usted incurre en costos adicionales para cubrir medicamentos, exámenes de laboratorio en la atención de salud?
- A. SI
 - B. NO
15. ¿Considera usted que el establecimiento de salud donde asiste esta cerca de su vivienda? A. SI
- B. NO
16. ¿La situación de violencia social le permite asistir al centro de salud?
- A. SI
 - B. NO
17. ¿Presenta alguna discapacidad física que le impida asistir al centro de salud?
- A. SI
 - B. NO
18. ¿Recibe un trato ofensivo y despectivo cuando asiste al centro de salud? (discriminación)
- A. SI
 - B. NO
19. ¿Por qué cree que recibe este trato ofensivo y despectivo?
- _____
- _____
20. ¿Considera que el tiempo de espera para recibir una consulta médica es largo?
- A. SI
 - B. NO
21. ¿El tiempo de espera para el otorgamiento de cita una médica con especialidades es largo? A. SI
- B. NO

C. NO HE SOLICITADO

22. ¿Percibe el servicio de atención, los medicamentos y los instrumentos necesarios para realizar la atención médica son de calidad?
A. SI
B. NO
23. ¿Considera que el tiempo que dura la consulta es suficiente?
A. SI
B. NO
24. ¿El personal del centro de salud lo trata con respeto y busca ayudarlo en sus necesidades? A. SI B. NO
25. ¿El servicio recibido en el centro de salud complació la expectativa que tenía sobre la atención que recibiría?
A. SI
B. NO
26. ¿El médico le explica su enfermedad con palabras sencillas que usted entiende?
A. SI
B. NO
27. ¿La información personal dada durante la consulta médica, se maneja con privacidad y no tiene acceso otras personas en el centro de salud donde asiste?
A. SI
B. NO
C. NO SE

Anexo 4

FORMULARIO DE ENTREGA DE ESTUDIO A LOS PARTICIPANTES

San Salvador, agosto 2018

Presente

Se realizó un estudio en el municipio de Aguilares con el propósito de investigar si hay diferencias entre hombres y mujeres para ir a consultar al médico y si hay, cuales son las barreras que afectan más el acceso a los servicios de salud.

Por este medio se hace entrega de una copia del estudio realizado en la ciudad de Aguilares durante el periodo de julio-agosto, 2018.

**BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD PRIMARIA, EN
HOMBRES DE 18 A 60 AÑOS, EN EL MUNICIPIO DE AGUILARES JULIO-
AGOSTO 2018.**

El estudio fue realizado por:

Anner Antonio Escalante Ardón

Cindy Maritza Escobar Lara