

DETERMINANTES SOCIALES Y DE GÉNERO RELACIONADOS A LAS INEQUIDADES DE SALUD EN UNA COMUNIDAD DE ARGENTINA

SOCIAL AND GENDER DETERMINANTS RELATED TO HEALTH INEQUITIES IN A COMMUNITY IN ARGENTINA

DETERMINANTES SOCIAIS E DE GÊNERO RELACIONADOS ÀS INIQUIDADES EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE NA ARGENTINA

Claudia Mariela Nieves¹, Daniela Luz Moyano², José Bernardo Gandini³.

Las inequidades en el acceso a servicios de salud, afectan de forma negativa a la salud de sus usuarios. Existen marcadas diferencias entre países, inclusive hacia el interior de un mismo país, especialmente de los considerados en vías de desarrollo. Los factores educativos, sociales y económicos se reconocen entre los más importantes que influyen en su determinación. En este artículo se exploran cuáles inconvenientes reportan los usuarios frecuentes del sistema público de salud del interior de La Rioja, Argentina, para acceder a los servicios de salud disponibles, a partir de sus propias valoraciones, en relación a determinantes sociales, nivel educativo y género. Los hallazgos refieren que los usuarios presentan inequidades según sus niveles de educación y género.

Conceptos clave:

Que se sabe del tema:

Disminuir las inequidades en salud, es un objetivo sanitario. El acceso y la utilización de los servicios de salud, representan dimensiones influyentes en las desigualdades prevenibles, vistos como oportunidades sanitarias. Se conocen como factores determinantes que afectan el acceso a los servicios de salud, a las clases sociales, bajos recursos económicos y baja educación.

Que se aporta con el trabajo:

Se describe una realidad sanitaria del interior de Argentina en relación a las inequidades en el acceso a servicios de salud respecto al género y determinantes sociales. Se aportan nuevos conocimientos relacionados a sus vínculos y niveles de riesgos en grupos poblacionales para acceder al sistema de salud.

Resumen:

Introducción: El estudio analiza realidades sanitarias sociales y de género en cuanto al acceso al sistema público de salud del interior argentino. **Objetivo:** analizar la relación entre determinantes sociales, género, con las inequidades de acceso en usuarios frecuentes del sistema público de salud de una región de Argentina. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y analítico, datos relevados entre marzo y noviembre del 2018 por muestreo de variación máxima, con análisis de frecuencias absolutas, relativas, error estándar, intervalos de confianza; análisis multivariado de regresión logística con IC del 95% y significancia estadística de $p < 0,05$. **Resultados.** Con un $n=345$, en modelo ajustado, el ser mujer aumento 2,2 veces más el riesgo de tener inconvenientes en el acceso al sistema de salud ($p=0,032$). Las personas con nivel educativo primario o menor tienen 2,4 veces más de riesgo de pagar valores iguales o mayores a 71,4 dólares por atención en salud en sistema sanitario público con respecto a los de mayor nivel educativo ($p=0,000$). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre localización urbana/rural, con las variables de inconvenientes en el acceso a la atención de salud y el gasto de bolsillo. **Conclusión:** Las inequidades sociales medido por nivel de educación y género tienen un impacto negativo en el alcance del derecho al acceso universal de salud en población analizada. Se recomienda revisar iniciativas estatales que busquen reducir inequidades en salud desde un enfoque de determinantes sociales y de género.

Palabras clave: inequidad social; servicios de salud; disparidades en atención de salud; desigualdad de género.

Abstract:

Introduction: The study analyzes social and gender health realities regarding access to public health systems in the Argentine interior. **Objective:** to analyze the relationship between social determinants, gender, with inequities of access in frequent users of the public health system in a region of Argentina. **Methods:** Descriptive, cross-sectional and analytical study, data collected between March and November 2018 by maximum variation sampling, with analysis of absolute, relative frequencies, standard error, confidence intervals; Multivariate logistic regression analysis with 95% CI and statistical significance of $p < 0.05$. **Results:** With an $n = 345$, in an adjusted model, being a woman increased the risk of having problems in accessing the health system 2.2 times more ($p = 0.032$). People with a primary education level or less are 2.4 times more at risk of paying values equal to or greater than \$ 71.4 for health care in the public health system compared to those with a higher educational level ($p = 0.000$). No statistically significant associations were found between urban / rural location, with the variables of inconveniences in access to health care and out-of-pocket spending. **Conclusion:** Social inequities measured by level of education and gender have a negative impact on the scope of the right to universal access to health in the analyzed population. It is recommended to review state initiatives that seek to reduce health inequities from a perspective of social and gender determinants.

Keywords: social inequity; Health services; disparities in health care; gender inequality.

Resumo

Introdução: O estudo analisa as realidades sociais e de saúde de gênero no acesso aos sistemas de saúde pública no interior argentino. **Objetivo:** analisar a relação entre determinantes sociais, gênero e desigualdades de acesso em usuários frequentes do sistema público de saúde em uma região da Argentina. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e analítico, dados coletados entre março e novembro de 2018 por amostragem por variação máxima, com análise de frequências absolutas, relativas, erro padrão, intervalos de confiança; Análise de regressão logística multivariada com IC95% e significância estatística de $p < 0,05$. **Resultados:** Com $n = 345$, em um modelo ajustado, ser mulher aumentou em 2,2 vezes o risco de ter problemas para acessar o sistema de saúde ($p = 0,032$). Pessoas com nível de ensino fundamental ou menos têm 2,4 vezes mais risco de pagar valores iguais ou superiores a US \$ 71,4 pelos cuidados de saúde no sistema público de saúde em comparação com aqueles com nível educacional mais alto ($p = 0,000$). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre localização urbana / rural, com as variáveis inconvenientes no acesso aos cuidados de saúde e gastos diretos. **Conclusão:** As desigualdades sociais medidas por nível de educação e gênero têm um impacto negativo no escopo do direito ao acesso universal à saúde na população analisada. Recomenda-se revisar as iniciativas estaduais que buscam reduzir as inequidades em saúde sob uma perspectiva de determinantes sociais e de gênero.

Palavras-chave: desigualdade social; serviços de saúde; disparidades nos cuidados de saúde; desigualdade de gênero

1- Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de La Rioja; La Rioja, Argentina. Zona Sanitaria 5. Ministerio de Salud. La Rioja; Argentina. E-mail de contacto: marielanievas04@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9144-4226>

2- Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de La Matanza. Buenos Aires; Argentina. E-mail de contacto: moyanodaniela12@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2728-9708>

3- Cátedra Medicina II. U. H. M. I. N° 1. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba; Argentina. E-mail de contacto: drqandini@yahoo.com.ar

Recibido: 2020-08-02 Aceptado: 2020-09-10

DOI: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.29769>



© Universidad Nacional de Córdoba

Introducción

América Latina y el Caribe (ALC) continúa siendo la región más inequitativa del mundo; un 29% de la población se encuentra por debajo del umbral de pobreza y el 40% más pobre recibe menos del 15% del total de los ingresos⁽¹⁾. A su vez, las inequidades en salud adquieren un lugar central dentro de los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define inequidad como desigualdades evitables en materia de salud entre grupos poblacionales de un mismo país. Como factores influyentes que afectan la utilización de los servicios de salud, se identificó a clases sociales, menores recursos económicos y menor educación⁽²⁾. Algunos países iniciaron reformas tendientes a disminuir inequidades mediante un acercamiento a la cobertura universal de salud, como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Perú, Uruguay y Venezuela, tanto desde la oferta de servicios, financiamiento, prestaciones a ciudadanos sin cobertura, como así también intervenciones para aliviar la pobreza⁽³⁾. Autores analizaron el acceso a los servicios de salud⁽⁴⁾; inclusive en causales relacionadas con el acceso más allá del sector salud⁽⁵⁾; o Donabedian, quien argumenta que acceder a un servicio sanitario es precisamente el “uso” del servicio y no meramente su instalación⁽⁶⁾. También se observó desigualdades y determinantes sociales⁽⁷⁻⁸⁾, en grupos específicos, en poblaciones vulnerables, en pacientes hospitalizados, detectando en todos los casos la presencia de inequidades en el acceso a servicios de salud⁽⁹⁻¹⁰⁾; o en la atención médica efectiva⁽¹¹⁾, con brechas de acceso entre los grupos, injustas y evitables; inclusive, en desigualdades de riqueza en relación al acceso de servicios de salud⁽¹²⁾.

Objetivo

Analizar el vínculo entre determinantes sociales y de género con inequidades en el acceso a servicios públicos de salud en usuarios y usuarias frecuentes de la región sanitaria quinta (V) de la provincia de La Rioja, Argentina.

Métodos

Estudio tipo descriptivo, transversal y analítico a partir de datos primarios. La población estuvo conformada por usuarios frecuentes del sistema sanitario público de la quinta zona sanitaria de la provincia de La Rioja, Argentina. Esta zona está conformada por 30.399 habitantes de localidades urbanas y rurales de cuatro departamentos, Ocampo, Belgrano, Chamental y Ángel Vicente Peñaloza. El tamaño muestral mínimo se estimó mediante el software Win Epi, tomando un nivel de confianza del 95%. La muestra final de encuestados se delimitó mediante muestreo aleatorio por cuotas mínimas a alcanzar considerando zonas urbanas y rurales.

Criterios de inclusión: Usuarios frecuentes del sistema de salud público, de diferentes géneros, con edades mayores a 18 años y que hayan brindado el consentimiento informado para participar de la investigación.

Criterios de exclusión: presentar alguna discapacidad intelectual que imposibilite completar de forma autoadministrada la encuesta, barreras idiomáticas o cualquier otra situación que no permitió responder de manera autónoma la encuesta.

Variables dependientes: “inequidad en el acceso a servicios de salud”, definida como circunstancias y factores condicionantes que perciben los usuarios como oportunidades para utilizar los servicios públicos de salud⁽¹³⁾.

Las categorías fueron:

-Inconvenientes en el acceso a servicios de salud (definida y valorada como causas desfavorables auto-percibidas para acceder al servicio de salud).

-Inconvenientes en la atención de salud (definida como los motivos por los cuales el usuario percibió tener inconvenientes para ser atendido).

-Gasto de bolsillo en salud (definida como el gasto que debe realizar el usuario para atender su salud, ocasionado cuando acude para ser atendido, y se genera según la capacidad de” resolución de los centros públicos de salud).

Variables independientes:

-Género: definida como el auto-reporte del propio participante.

-Determinantes sociales⁽¹³⁾: definido como las condiciones de vida de los/as usuarios/as con capacidad influyente para el acceso al servicio de salud.

Categorías seleccionadas:

Educación: Máximo nivel educativo alcanzado auto-reportado definido como primaria, secundaria, terciaria o universitaria (completa/incompleta).

Zona de localización: definida según zona urbana o rural, considerando el lugar de residencia habitual.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Se utilizó una encuesta de 61 preguntas auto-administrada, que indagó características sociodemográficas como edad, género, conformación familiar, recepción de ayuda social, entre otros; y datos de percepción por el/la usuario/a sobre inequidades en el acceso a servicios públicos de salud. Las preguntas sobre aspectos de inequidades fueron construidas a partir de lo propuesto por Alazraqui y Spinelli⁽¹⁴⁾, y relevadas por agentes sanitarios previamente capacitados que accedieron a las zonas urbanas y rurales relevando los datos en el propio hogar del encuestado/a.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y co-variables de interés. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para datos categóricos, prevalencias, error estándar e intervalos de confianza. En el análisis multivariado se emplearon modelos explicativos de regresión logística múltiple; donde se consideró un intervalo de confianza del 95% y valor de significancia estadística de $p < 0,05$. En todos los análisis se utilizó el software estadístico Stata versión 14.0.

Consideraciones éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por el comité de capacitación, docencia e investigación de la Zona Sanitaria 5 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de La Rioja. Se solicitó consentimiento a todos los/as sujetos luego de haber sido exhaustivamente informados y haber

comprendido la información recibida a cerca del propósito, duración, beneficios, confidencialidad y metodología de trabajo de este estudio; donde tomaron voluntariamente la decisión de participar, firmando el correspondiente formulario de consentimiento informado. Se garantizaron todos los requerimientos éticos, según normas internacionales, y normativa de ética en investigaciones a nivel nacional y provincial.

Resultados

Análisis descriptivo

La muestra final estuvo constituida por 345 participantes, entre marzo y septiembre del año 2018, 61,1% auto-reportaron género femenino y 38,1% masculino; entre 18 a 30 años el 22,2%, de 31 a 60 años el 62,6%, y mayores de 61 años el 16,7%. El nivel educativo estuvo conformado por primario en el 36,8%, secundario en el 43,5%, terciario en el 15,5% y universitario en el 4,3%. Residía en zonas urbanas el 41,7%, mientras que el 58,3% en zonas rurales. (Tabla 1).

Tabla N° 1: Características generales de la muestra poblacional bajo análisis (n=345)

	n (%)
Sexo	
femenino	201 (61,1%)
masculino	128 (38,1%)
Edad	
entre 18 y 30 años	73 (22,2%)
entre 31 y 60 años	206 (62,6)
más de 61 años	55 (16,7%)
Nivel educación	
primario	121 (36,8%)
secundario	143 (43,5%)
terciario	51 (15,5%)
universitario	14 (4,3%)
Zona de localización	
urbano	144 (41,7%)
rural	201 (58,3%)

La constitución familiar estuvo conformada en el 50,2% por madre y padre con un promedio entre 3 y 4 hijos. No recibieron ayuda social de entidad oficial el 67,2%; el 71,4% consideró a su vida en familia como buena y el 17,6% muy buena. El 69,6% refirieron no tener enfermedad la presencia de enfermedades crónicas en su entorno familiar próximo, mientras que si lo tenían en el 31,6%, de estas el 42% correspondió a hipertensión arterial y 23% a diabetes como las más frecuentes. Solo el 12,5% presentó inconvenientes en el acceso a los servicios de salud, y no lo presentó el 87,5%. La atención sanitaria se consideró en el 74,8% como buena, 4,6% muy buena y el 20,7% regular. Si bien el 58,4% no presentó ninguna dificultad para las prestaciones del servicio público de salud, de los que sí tuvieron inconvenientes fueron en el 22,5% para la consulta médica, el 7,9% con las consultas odontológicas, 7,3% de enfermería; y menores proporciones en laboratorio y rayos. Respecto al tipo de dificultad la mayor preocupación de los usuarios, correspondió al gasto de bolsillo que generaba ser atendido en el sistema público de salud, tanto en los usuarios frecuentes que sí disponían (51,1%) como los que no disponían (48,9%) de algún tipo de cobertura de salud. Indistintamente de la disponibilidad de cobertura de salud, el 93% concurre a un centro sanitario público cuando estuvo enfermo, y solo el 6,4% no lo realizó. Los motivos por los cuáles no lo hicieron en el 14,3% fue porque no lo consideró necesario y el 6,4% no tenía quien lo llevara, entre los más frecuentes. El 97,7% tuvo que esperar para ser atendido por un médico, 48% debió esperar entre 30 y 60 minutos, 35%

menos de media hora, y 17% más de una hora, por lo cual el tiempo de espera no significó un factor determinante de inaccesibilidad. La distancia geográfica, el trato, y el horario de atención, no representaron barreras en el acceso. En relación a limitantes por disponibilidad de equipamientos sanitarios, el 46,8% reportó que los centros de salud no tenían todo lo necesario, de ellos el 20,1% refirió como faltantes análisis clínicos, electrocardiogramas y medicamentos como los más insatisfechos.

El gasto de bolsillo fue una barrera relevante, el 90% refirió que el controlar su salud le implicó realizar gastos extras, no cubiertos por su obra social en el 46,4%. Dentro de los gastos que el usuario debió realizar, en el 29,2% correspondieron a gastos de laboratorio, medicamentos y estudios complementarios, el 20,4% a laboratorios y medicamentos, mientras que un 20,4% únicamente a medicamentos. Del 76% que refirió capacidad de pago para atender su salud, se agrupó en menos de 17 dólares en el 29,5%, entre 18 y 35 dólares en el 33,4%, y más de 35 dólares el 37,1%. De este gasto generado correspondió a la cuarta parte de sus ingresos mensuales en el 57,8%, entre la cuarta parte y la mitad en el 35,35% y más de la mitad en el 6,7% de las veces. El 40,7% respondió que lo abonó sin problemas, el 21,6% dijo que era muy caro e injusto, el 19,2% que fue caro, pero no le alcanzó sus ingresos para realizarlo, mientras que el 18,1% que era adecuado, pero no disponía los recursos para pagarlo. El 49,5% de la muestra expresó que el gasto de bolsillo que debió realizar para atender su salud le generó inconvenientes en otros aspectos

INEQUIDADES DEL ACCESO A LA SALUD

de su vida; dentro de ellos lo que más le costó en el 64,9% de las veces, fueron los estudios y medicamentos. El 41,6% optaron por consultar en farmacias comprando medicamentos sugeridos, como analgésicos (20,1%) y antiinflamatorios (11,9%).

Análisis multivariado

Como se muestra en el modelo ajustado de la Tabla 2, el ser mujer aumento 2,2 veces más el riesgo de tener inconvenientes en el acceso al sistema de salud (OR: 2,236 IC: 1,071-4,666), donde estas asociaciones fueron

estadísticamente significativas ($p=0,032$) tanto en los modelos crudo como ajustado por potenciales confundidores.

Si bien se encontró un OR de 1,44 cuando se relacionó la variable género con la de inconvenientes en la atención de salud, estos no fueron estadísticamente significativo en los modelos tanto crudo como ajustado ($p>0,05$) (Tabla 2). En cuanto al gasto de bolsillo relacionado con el género tampoco se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p>0,05$) (Tabla 2).

Tabla N° 2: Modelo de regresión logística múltiple entre inequidades de salud y género (n= 345), 2018

Inconvenientes en el acceso a servicios de salud	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC 95%	p	OR(1)	IC 95%	p
	2,072	1,011-4,249	0,047	2,239	1,073-4,674	0,032
Inconvenientes en la atención de salud	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
	1,44	0,844-2,456	0,181	1,507	0,869-2,613	0,144
Gasto de bolsillo en salud (mayor o igual a 71,4 dólares)	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
	1,268	0,808-1,991	0,301	1,224	0,757-1,978	0,409

Esta tabla informa el nivel de riesgo de inequidad en salud según las siguientes variables:

Variable independiente: Género: definida como hombre/mujer según auto-reporte

Variable dependiente: Inequidades de salud definida a través de:

Inconvenientes en el acceso a servicios de salud: definida como autopercepción del usuario/a encuestado/a sobre haber presentado alguna vez inconvenientes en el acceso a los servicios públicos de salud

Inconvenientes en la atención en salud: definida como autopercepción del usuario/a encuestado/a sobre haber presentado alguna vez inconvenientes en la atención brindada a través de los servicios públicos de salud

Gasto de bolsillo en salud: definida como gasto en salud en el último mes mayor o igual a 71,4 dólares/menor a 71,4 dólares

OR: (razón de odds) obtenido por un modelo de regresión logística

p: nivel de significancia estadística $<0,05$

Modelo 1: análisis bivariado entre inequidades de salud y género

Modelo 2: análisis multivariado. Modelo 1+ variables: edad definida como años cumplidos; lugar de residencia definida como rural/urbano; presencia de ayuda social (sí/no); cuantas personas conviven en la casa (número de convivientes); máximo nivel de educación definida como primario completo o menor/más de primario completo (dicotómica)

(1) Podemos observar que el ser mujer aumento 2,2 veces más el riesgo de tener inconvenientes en el acceso a servicios de salud

Las personas con nivel educativo primario o menor tuvieron 2 veces más de riesgos de pagar valores iguales o mayores a 71,4 dólares por atención en salud con respecto a los y las usuarios/as con mayor nivel educativo ($p=0,007$) (Tabla 3). En la relación entre la variable zona de localización con las variables de inconvenientes en el acceso a servicios de

salud, a la atención de salud y el gasto de bolsillo; no fueron estadísticamente significativos en ninguno de los modelos realizados ($p>0,05$) (Tabla 4).

Tabla N° 3. Modelo de regresión logística múltiple entre inequidades de salud y determinante social: nivel de educación (n= 345), 2018

	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	P
Inconvenientes en el acceso a servicios de salud	1,01	0,525-1,944	0,976	1,147	0,557-2,365	0,709
Inconvenientes en la atención de salud	1,176	0,691-2,003	0,548	1,187	0,665-2,119	0,562
Gasto de bolsillo en salud (mayor o igual a 71,4 dólares)	2,44	1,542-3,861	0	2,005	1,212-3,314	0,007

En esta tabla se informa el nivel de riesgo de inequidad en salud según las siguientes variables

Variable independiente: Determinante social: nivel de educación: definida como primario completo o menor/más de primario completo (dicotómica)

Variable dependiente: Inequidades de salud definida a través de:

Inconvenientes en el acceso a servicios de salud: definida como autopercepción del usuario/a encuestado/a sobre haber presentado alguna vez inconvenientes en el acceso a los servicios públicos de salud"

Inconvenientes en la atención en salud: definida como definida como autopercepción del usuario/a encuestado/a sobre haber presentado alguna vez inconvenientes en la atención brindada a través de los servicios públicos de salud

Gasto de bolsillo en salud: definida como gasto en salud en el último mes mayor o igual a 71,4 dólares/menor a 71,4 dólares

OR: (razón de odds) obtenido por un modelo de regresión logística

p: nivel de significancia estadística <0,05

Modelo 1: análisis bivariado entre inequidades de salud y nivel de educación

Modelo 2: análisis multivariado. Modelo 1+ variables: edad definida como años cumplidos; lugar de residencia definida como rural/urbano; presencia de ayuda social (si/no); cuantas personas conviven en la casa (número de convivientes); género (hombre/mujer)

(1) Podemos observar que personas con nivel educativo primario o menor tuvieron 2 veces mas riesgo de pagar valores iguales o mayores a 71,4 dolares por atender su salud, respecto a las personas con mayor nivel educativo

Tabla N° 4. Modelo de regresión logística múltiple entre inequidades de salud y determinante social: zona de localización. (n=345), 2018

	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p(1)
Inconvenientes en el acceso a servicios de salud	0,983	0,521-1,854	0,958	1,051	0,548-2,015	0,88
Inconvenientes en la atención de salud	1,233	0,736-2,064	0,425	1,321	0,778-2,244	0,302
Gasto de bolsillo en salud (mayor o igual a 71,4 dólares)	1,07	0,686-1,670	0,765	1,211	0,758-1,925	0,424

Esta tabla informa el nivel de riesgo de inequidad en salud según las siguientes variables:

Variable independiente: Determinante social: zona de localización: definida como rural/urbana según clasificación del INDEC

Variable dependiente: Inequidades de salud definida a través de:

Inconvenientes en el acceso a servicios de salud: definida como autopercepción del usuario/a encuestado/a sobre haber presentado alguna vez inconvenientes en el acceso a los servicios públicos de salud

Inconvenientes en la atención en salud: definida como definida como autopercepción del usuario/a encuestado/a sobre haber presentado alguna vez inconvenientes en la atención brindada a través de los servicios públicos de salud

Gasto de bolsillo en salud: definida como gasto en salud en el último mes mayor o igual a 71,4 dólares/menor a 71,4 dólares

OR: (razón de odds) obtenido por un modelo de regresión logística

p: nivel de significancia estadística <0,05

Modelo 1: análisis bivariado entre inequidades de salud y zona de localización

Modelo 2: análisis multivariado. Modelo 1+ variables: edad definida como años cumplidos; presencia de ayuda social (si/no); cuantas personas conviven en la casa (número de convivientes); género (hombre/mujer); máximo nivel de educación definida como primario completo o menor/más de primario completo (dicotómica)

(1) Podemos observar que según la zona de localización, ninguna variable resulto estadísticamente significativa

Discusión

Los inconvenientes financieros representan barreras importantes para alcanzar equidad y acceso a los servicios sanitarios⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, destacando los socioeconómicos, ambientales⁽¹⁸⁾; nivel educativo, vivir en zonas urbanas, ser de edad avanzada, y pertenecer al quintil más rico; la ruralidad y ciber salud⁽¹⁹⁻²⁰⁾; o determinantes socioculturales. Resultan necesarios sistemas de salud más inclusivos⁽²¹⁻²³⁾, siendo necesario la institucionalización de las mediciones y monitoreo de las desigualdades sociales en salud⁽²⁴⁾; o en la determinación del marco legal, gobernanza, planificación de servicios, o la insuficiente colaboración sub-óptima entre lo público y privado⁽²⁵⁻²⁶⁾.

En la región bajo análisis, el 12,5% de su población presentó dificultades en el acceso a los servicios públicos de salud, donde el nivel educativo represento un factor de barrera en consonancia con otras poblaciones⁽²⁷⁾.

En inequidades relacionadas al género, las mujeres experimentaron mayores barreras financieras que los hombres en relación a la atención⁽²⁸⁾, usan más los servicios de salud, y pagan primas de seguros más altos que los hombres⁽²⁹⁾ siendo concordante con nuestros hallazgos.

En todos los casos, el género exacerba la inequidad, tanto desde la demanda de los servicios, como desde la oferta del sistema público de salud.

Como lo constatamos en nuestro estudio, en el interior profundo de argentina, el género y el gasto de bolsillo representaron una limitante para acceder a los servicios públicos de salud, especialmente para grupos poblacionales desventajados por sus ingresos familiares y su nivel educativo.

El ser mujer aumento de manera marcada el riesgo de tener inconvenientes en el acceso al sistema de salud en el interior argentino.

Las personas con nivel educativo primario o menor tienen riesgo aumentado de pagar valores más elevados por atención en salud que quienes tienen niveles superiores.

No se hallaron significancias en cuanto a la influencia de determinantes sociales de localización como urbana o ruralidad.

El gasto de bolsillo represento un factor relevante a considerar para disminuir inequidades en el acceso a los servicios públicos de salud del interior profundo de Argentina siendo similar a lo postulado en otro estudio⁽²⁸⁾.

Otro resultado relevante de nuestro trabajo, indicaría que optimizar las complejidades de disponibilidad de exámenes complementarios básicos y de medicamentos en el primer nivel de atención, contribuiría a disminuir desigualdades en el acceso a la salud.

Limitaciones de responsabilidad:

La responsabilidad de la presente investigación es exclusiva de los autores..

Fuentes de apoyo:

Agentes sanitarios, de la zona sanitaria 5, del Ministerio de Salud de la provincia de La Rioja.
Esta investigación no contó con fuentes de financiación externa.

Originalidad:

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos:

Los participantes de este trabajo ceden el derecho de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la

Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

Conflicto de interés:

Los autores no tenemos conflictos de interés para declarar con respecto al presente manuscrito.

Bibliografía

- Bárcena Ibarra A, Byanyima W. *Latin America Is the World's Most Unequal Region. Here's How to Fix It.* 2016 *World Economic Forum*. Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2016/01/inequality-is-getting-worse-in-latin-america-here-s-how-to-fix-it>
- Mendoza-Sassi R, Beria J, Barros AJD. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática de los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*. 2001 Aug;17(4):819-832. doi: 10.1590/S0102-311X2001000400016.
- Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, de Paula JB, Rigoli F, Serrate PC, Wagstaff A. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015 Mar 28;385(9974):1230-47. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61646-9.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995 Mar;36(1):1-10.
- Sánchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31(3):260-8.
- Frenk M, Donabedian JA. In Memoriam. *Salud Pública de Mexico*. 2000;42(6).
- Borrell C. Desigualdades y servicios de salud. *Saúde e Sociedade*. 2006 Aug;15(2):9-22. doi: 10.1590/S0104-12902006000200003.
- Galante M, Konfino J, Ondarsuhu D, Goldberg L, O'Donnell V, Begue C, Gaudio M, King A, Sciarretta V, Iaspieri S, Ferrant D. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2015;6(24):22-29.
- de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rigoli F, de Salazar LM, Serrate PC, Ribeiro KG, Koller TS, Cruz FN, Atun R. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 2015 Apr 4;385(9975):1343-51. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61494-X.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.
- Fernández MDP, Gaspe MS, Gürtler RE. Inequalities in the social determinants of health and Chagas disease transmission risk in indigenous and creole households in the Argentine Chaco. *Parasit Vectors*. 2019 Apr 27;12(184). doi: 1186/s13071-019-3444-5.
- Adini B. Ethnic inequality within the elderly population in utilizing healthcare services. *Isr J Health Policy Res*. 2019 May 1;8(1):39. doi: 10.1186/s13584-019-0311-y.
- Salaverry García O. La inequidad en salud: Su desarrollo histórico. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. 2013 Oct;30(4):709-713
- Alazraqui M, Spinelli H. *Desigualdades en salud en el nivel local/municipal*. 1ra ed. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus, 2008.
- Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, Majdzadeh R, Kamali M. Financial Barriers to Access to Health Services for Adult People with Disability in Iran: The Challenges for Universal Health Coverage. *Iran J Public Health*. 2019 Mar;48(3):508-515.
- Thomson M. Who had access to doctors before and after new universal capitated subsidies in New Zealand? *Health Policy*. 2019 Aug; 123(8):756-764.
- Ballesteros M. Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. *X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires*

- Universidad de Buenos Aires; 2013 jul 1-6. Disponible en: <https://cdsa.aacademica.org/000-038/625.pdf>
18. Ozumba BC, Onyeneho NG, Chalupowski M, Subramanian SV. Inequities in Access to Maternal Health Care in Enugu State: Implications for Universal Health Coverage to Meet Vision 2030 in Nigeria. *Int Q Community Health Educ.* 2019 Apr;39(3):163-173. doi: 10.1177/0272684X18819977.
 19. Alam K, Mahumud RA, Alam F, Keramat SA, Erdiaw-Kwasie MO, Sarker AR. Determinants of access to eHealth services in regional Australia. *Int J Med Inform.* 2019 Nov;131:103960. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2019.103960.
 20. Pineda Restrepo BdC. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Universitas odontológica.* 2012;31(66):97-102
 21. Kabir A, Maitrot MRL, Ali A, Farhana N, Criel B. Qualitative exploration of sociocultural determinants of health inequities of Dalit population in Dhaka City, Bangladesh. *BMJ Open.* 2018 Dec 14;8(12):e022906. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022906.
 22. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa [Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review]. *Rev Panam Salud Publica.* 2013 Mar;33(3):223-9. Spanish. doi: 10.1590/s1020-49892013000300009.
 23. de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, de Salazar LM, Serrate PC, Ribeiro KG, Koller TS, Cruz FN, Atun R. Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos. *MEDICC.* 2015;17(1):s53-s61
 24. Maceira D. Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Cobertura universal de salud en Latinoamérica. *Revista Estado y Políticas Públicas.* 2020 Set;(14):155-179
 25. Mújica ÓJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás". *Rev. panam. salud pública.* 2019;43: e12. doi: 10.26633/RPSP.2019.12.
 26. Morteruel M, Rodriguez-Alvarez E, Martin U, Bacigalupe A. Inequalities in Health Services Usage in a National Health System Scheme: The Case of a Southern Social European Region. *Nurs Res.* 2018 Jan/Feb;67(1):26-34. doi: 10.1097/NNR.0000000000000256.
 27. Beckman AL, Bucholz EM, Zhang W, Xu X, Dreyer RP, Strait KM, Spertus JA, Krumholz HM, Spatz ES. Sex Differences in Financial Barriers and the Relationship to Recovery After Acute Myocardial Infarction. *J Am Heart Assoc.* 2016 Oct 14;5(10):e003923. doi: 10.1161/JAHA.116.003923.
 28. Milliez J. Economics and justice: the ethical aspects of inequity or inequality in health care. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1999 Dec;13(4):543-53. doi: 10.1053/beog.1999.0048.
 29. Vega J. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Rev Med Chil.* 2003 jun;131(6):669-78 doi: 10.4067/S0034-98872003000600012.
 30. Gómez Gómez E. Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública; MEDLINE.* 2002; 11(5-6):435-8.