



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Barreras percibidas para el acceso efectivo a servicios públicos de salud en Oaxaca, México

Perceived barriers to effective access to public health services in Oaxaca, Mexico.

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.3.6247

Edgar Ulises Osorio Guzmán ¹ 

Juan José Barrios Gutiérrez ² 

Gregorio García Aguilar ³ 

Ana M. González Villoria ⁴ 

Correspondencia: Ana M. González Villoria. Dirección Postal: Instituto de Ciencias de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Avenida San Claudio S/N. Col. San Manuel. C.P. 72570. Puebla, Puebla, México.

Correo electrónico: ruth.gonzalezv@correo.buap.mx.



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Doctor en Sociología. Posdoctorante en la Facultad de Filosofía de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. P Puebla, Puebla, México.

² Maestro en Salud Pública. Estudiante de doctorado Instituto Nacional de Ecología INECOL Xalapa de Enríquez, Veracruz, México.

³ Doctor en Ciencias de Comportamiento. Profesor investigador. Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Puebla, México.

⁴ Doctora en Ciencias de la Salud Pública. Posdoctorante en el Instituto de Ciencias de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Puebla, México.



Resumen

Objetivo: Analizar las barreras percibidas para el acceso a los servicios de salud y su asociación con el sexo, la edad y la región de residencia en adultos de las regiones Mixteca y Costa de Oaxaca, México.

Materiales y métodos: Se realizó estudio observacional, transversal y analítico en 247 personas adultas de 18 a 59 años, seleccionados mediante muestreo por conveniencia. Se aplicó el cuestionario Actitud ante la enfermedad, validado previamente. Las barreras se describieron mediante frecuencias. Las asociaciones bivariadas se evaluaron con χ^2 de Pearson o Fisher. Se ajustaron modelos de regresión logística binaria para estimar razones de momios ajustadas (ORa) e IC95%.

Resultados: Las principales barreras fueron la insatisfacción con el servicio recibido (59.1%), el trato inadecuado del personal de salud (48.6%) y la falta de disponibilidad del médico (47.0%). El análisis multivariado mostró asociaciones independientes según sexo y región. Los hombres presentaron mayor probabilidad de percibir el costo, la falta de confianza en los servicios y la preferencia por la medicina tradicional como obstáculos, mientras que los residentes de la Mixteca reportaron diferencias en la disponibilidad del personal médico y la calidad de la atención respecto a la Costa.

Conclusiones: Las barreras para el acceso efectivo estuvieron determinadas por factores individuales y por aspectos relacionados con la organización de los servicios. Se requieren estrategias con enfoque territorial e intercultural para fortalecer la disponibilidad y la calidad de la atención y reducir las desigualdades en el acceso efectivo.

Palabras Claves: Accesibilidad a los servicios de salud; Servicios de salud; Atención primaria de salud; Salud pública.

Abstract

Objective: To analyse the perceived barriers to access to health services and their association with sex, age, and region of residence in adults from the Mixteca region and Costa de Oaxaca, Mexico.

Materials and methods: An observational, cross-sectional and analytical study was conducted in 247 adults aged 18 to 59 years, selected by convenience sampling. Data was collected using the previously validated Attitude Towards Illness questionnaire. Perceived barriers were summarized using frequencies. Bivariate associations were assessed using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test. Binary logistic regression models were fitted to estimate adjusted odds ratios (aOR) and 95% CI.

Results: The most frequently reported barriers were dissatisfaction with the healthcare services received (59.1%), inadequate treatment by healthcare personnel (48.6%), and limited physician availability at healthcare facilities (47.0%). Multi-variable analysis showed independent associations with sex and region of residence. Men were more likely to consider healthcare costs, lack of confidence in public health services, and a preference for traditional medicine as barriers to healthcare utilization, whereas participants from the Mixteca region differed from those living in the Costa region in their perceptions of physician availability and the quality of healthcare services.

Conclusions: Barriers to effective access to public health services were influenced by both individual characteristics and organizational factors related to health services organisation. Territorial and intercultural approach strategies are needed to reduce inequalities in effective access to public healthcare and strengthen service availability and quality.

Keywords: Health Services Accessibility; Health Services; Primary Health Care; Public Health.

• Fecha de recibido: 21 de mayo de 2026 • Fecha de aceptado: 11 de agosto de 2026
• Fecha de publicación: 12 de agosto de 2026

Introducción

El acceso efectivo a los servicios públicos de salud constituye un componente central de los sistemas sanitarios orientados a la equidad. No obstante, la cobertura formal no garantiza por sí sola el uso oportuno y continuo de los servicios, ya que factores institucionales, socioculturales y territoriales pueden generar barreras que limitan su uso¹. En contextos de desigualdad social y regional, estas barreras adquieren particular relevancia al reproducir diferencias evitables en las oportunidades de atención y cuidado².

Diversos marcos conceptuales sobre el acceso a los servicios de salud han señalado que la utilización no depende únicamente de la disponibilidad física de los servicios, sino también de su aceptabilidad, asequibilidad y adecuación cultural^{3,4}. Desde esta perspectiva, las barreras percibidas representan una dimensión clave del acceso, al reflejar la interacción entre experiencias individuales y condiciones estructurales del sistema sanitario⁵. Analizar dichas barreras permite comprender cómo distintos grupos poblacionales experimentan de manera desigual los servicios públicos de salud.

En México, aunque existen estudios sobre utilización de servicios sanitarios, persiste evidencia limitada sobre la configuración de las percepciones de los usuarios en regiones con marcadas desigualdades territoriales y socioculturales^{6,7}. Las regiones Mixteca y Costa del estado de Oaxaca constituyen escenarios particularmente relevantes debido a sus condiciones históricas de marginación y diversidad cultural. En este contexto, el presente estudio busca describir las barreras percibidas para el acceso a servicios públicos de salud, considerando diferencias por sexo y grupo de edad, con el fin de aportar evidencia útil para el diseño de estrategias orientadas a mejorar la equidad en el acceso.

Desde una perspectiva de salud pública, el acceso efectivo se concibe como un proceso multidimensional que resulta de la interacción entre las características de los servicios de salud y la capacidad de la población para utilizarlos cuando los necesita. Este enfoque trasciende la medición de la cobertura formal y permite identificar brechas entre el derecho a la atención y su ejercicio real. En contextos de desigualdad estructural, el análisis de las barreras percibidas por la población constituye una herramienta relevante para evidenciar mecanismos persistentes de exclusión en el acceso a los servicios públicos de salud^{1,8,9}.

El proceso salud–enfermedad–atención es un fenómeno complejo que resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales^{10,11}. Las explicaciones contemporáneas han superado los enfoques unifactoriales, reconociendo que la salud no puede entenderse únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado dinámico de bienestar físico, mental y social¹². En este marco, la manera en que las personas perciben los síntomas, interpretan su gravedad y deciden buscar atención médica constituye un elemento central para comprender el uso efectivo de los servicios de salud¹³.



A pesar de los esfuerzos por ampliar la cobertura sanitaria, el acceso efectivo a los servicios públicos de salud continúa siendo desigual, especialmente en contextos caracterizados por vulnerabilidad social y diversidad cultural^{13,14}. Estudios previos han señalado que las limitaciones para el acceso efectivo a estos servicios se asocian con barreras institucionales y estructurales, como la distancia geográfica, la disponibilidad y continuidad del personal médico, la calidad del trato y la confianza en las instituciones^{15,16}. Estas barreras no afectan de manera homogénea a la población y pueden expresarse de forma diferenciada según características sociodemográficas como el sexo y la edad, contribuyendo a la persistencia de inequidades en salud¹⁷.

El marco de los Determinantes Sociales de la Salud ha permitido evidenciar cómo las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y trabajan influyen en sus oportunidades de mantener la salud y acceder a la atención^{18,19}. No obstante, este enfoque estructural se ve fortalecido al complementarse con modelos de comportamiento en salud que explican los procesos cognitivos y perceptuales involucrados en la toma de decisiones individuales. El Modelo de Creencias en Salud plantea que la adopción de conductas de búsqueda de atención depende de la susceptibilidad y severidad percibidas, así como del balance entre beneficios esperados y barreras percibidas²⁰. De manera similar, el modelo conductual de acceso efectivo a servicios de salud de Andersen destaca la interacción entre factores predisponentes, habilitadores y de necesidad en el acceso efectivo a los servicios²¹.

En contextos como el estado de Oaxaca, caracterizado por una amplia diversidad cultural, lingüística y geográfica, estas dinámicas adquieren particular relevancia. La coexistencia de sistemas médicos biomédicos y tradicionales, junto con condiciones estructurales de desigualdad, puede influir en la percepción de la enfermedad y en las decisiones relacionadas con la búsqueda de atención^{22,23,24}. Sin embargo, existe evidencia limitada que analice cuantitativamente las barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud, considerando diferencias por sexo y edad.

El objetivo del presente estudio es analizar las barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud, estratificadas por sexo y grupo de edad, en una población del estado de Oaxaca. Para ello, se realizó un estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, cuyo diseño se basó en modelos de comportamiento en salud, y se llevaron a cabo análisis estadísticos comparativos para identificar diferencias significativas entre los grupos poblacionales.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, cuyo objetivo fue identificar las barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud y analizar su distribución según sexo, grupo de edad y región de residencia en una población del estado de Oaxaca.

El presente estudio se reporta siguiendo las recomendaciones de la guía Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para estudios observacionales transversales. La lista STROBE se incluye como material suplementario (S2).

La población de estudio estuvo conformada por personas de 18 a 59 años residentes en las regiones Mixteca y Costa del estado de Oaxaca. Se incluyeron participantes que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron cuestionarios incompletos o con información insuficiente para el análisis. El límite superior de edad se estableció debido a que el instrumento original fue diseñado y validado para población adulta dentro de ese intervalo etario.

El tamaño de muestra se consideró adecuado para un análisis descriptivo y comparativo, ya que permitió estimar proporciones con un nivel de confianza del 95% y un error absoluto máximo aproximado de $\pm 6\%$, asumiendo una proporción esperada conservadora del 50%.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. El trabajo de campo se llevó a cabo en comunidades de las regiones Mixteca y Costa del estado de Oaxaca, con el apoyo de las autoridades municipales, quienes facilitaron el acceso a la población y la logística para la aplicación del cuestionario. Se invitó a participar de manera voluntaria a personas adultas residentes en las localidades seleccionadas que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Antes de la aplicación del instrumento, se explicó el objetivo del estudio y se solicitó el consentimiento informado de cada participante. Se incluyeron personas de 18 a 59 años residentes en las regiones de estudio que aceptaron participar voluntariamente, mientras que se excluyeron los cuestionarios incompletos o con información insuficiente para su análisis. Inicialmente se estimó un tamaño de muestra teórico con fines de referencia para orientar el trabajo de campo; sin embargo, debido a que la selección de los participantes fue por conveniencia y dependió de la participación voluntaria de la población, la muestra final quedó constituida por 247 participantes. En consecuencia, los análisis realizados corresponden a un estudio observacional de carácter exploratorio y los resultados deben interpretarse en el contexto del diseño de muestreo empleado.

La información se obtuvo mediante el cuestionario *Actitud ante la enfermedad*, cuya confiabilidad y validez fueron evaluadas previamente en población adulta de las regiones Mixteca y Costa del estado de Oaxaca, mostrando propiedades psicométricas adecuadas para su utilización en el presente estudio. La información se obtuvo mediante el cuestionario Actitud ante la enfermedad, diseñado con base en el Modelo de Creencias en Salud para evaluar las percepciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención. La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante la consistencia interna utilizando los coeficientes alfa de Cronbach y alfa ordinal. La escala general mostró una consistencia interna adecuada, con un alfa de Cronbach de 0.728 y un alfa ordinal de 0.760. Debido a que las subescalas presentaron coeficientes inferiores a los recomendados para un análisis independiente, las inferencias del presente estudio se realizaron utilizando la escala global.

La validez de apariencia fue establecida mediante la revisión de expertos de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP, México) y de la Universidad de Oviedo (España). La validez de constructo se evaluó mediante un análisis factorial exploratorio utilizando el método de componentes principales con rotación ortogonal Varimax. La adecuación de la muestra se verificó mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.703$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 951.091$; $gl = 190$; $p < 0.001$).



Se conservaron los factores con autovalores ≥ 1 y se consideraron cargas factoriales ≥ 0.40 como criterio de pertenencia de los ítems a cada componente. El análisis identificó seis componentes que explicaron el 55.1 % de la varianza total, confirmando una estructura factorial adecuada para la aplicación del instrumento en la población de estudio.

Para el presente estudio se utilizaron los apartados correspondientes a características sociodemográficas, acceso efectivo a los servicios públicos de salud y barreras percibidas para su utilización. Las cuales fueron evaluadas mediante ítems dicotómicos (Sí/No), que exploran barreras: institucionales y de calidad de la atención (insatisfacción con el servicio, trato recibido y disponibilidad del personal médico), geográficas (distancia al lugar de atención), económicas y administrativas (costo del servicio y afiliación), culturales (preferencia por la medicina tradicional y percepción de ineficacia del modelo biomédico).

La variable dependiente correspondió a las barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud, operacionalizadas mediante las razones reportadas por los participantes para no utilizar los servicios públicos de salud. Las variables independientes fueron el sexo, el grupo de edad y la región de residencia.

La selección de las variables incluidas en el presente estudio se sustentó en el Modelo Conductual de Utilización de Servicios de Salud propuesto por Andersen, el cual explica que el uso de los servicios de salud está determinado por la interacción de factores predisponentes, factores facilitadores y factores de necesidad. Este modelo constituye uno de los marcos conceptuales más ampliamente utilizados para el estudio del acceso y utilización de los servicios de salud, al reconocer que las decisiones relacionadas con la búsqueda de atención no dependen exclusivamente de la presencia de enfermedad, sino también de características individuales, sociales y del propio sistema de salud. Con base en este modelo se incorporaron variables predisponentes, como sexo, edad y escolaridad; variables relacionadas con el contexto geográfico, representadas por la región de residencia; y variables vinculadas con la utilización de los servicios públicos de salud y las razones reportadas para su no utilización. Estas últimas permitieron identificar barreras percibidas para el acceso, incluyendo aspectos económicos, organizacionales, culturales y relacionados con la calidad de la atención. La selección de estas variables permitió evaluar diferentes componentes asociados al acceso efectivo a los servicios públicos de salud desde una perspectiva integral, en concordancia con el marco conceptual propuesto por Andersen.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software R (versión 2024.12.1+563). Inicialmente se efectuó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante la prueba de χ^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron menores de cinco. El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0.05$. Las pruebas de asociación bivariadas mediante χ^2 de Pearson y la prueba exacta de Fisher tuvieron un carácter exploratorio y se utilizaron para identificar posibles diferencias entre grupos.

Con el propósito de controlar el posible efecto de variables de confusión, se ajustaron modelos de regresión logística binaria múltiple para las principales barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud. Cada barrera fue considerada como variable dependiente dicotómica (1 = presencia de la razón; 0 = ausencia de la razón). Como variables independientes se incluyeron simultáneamente el sexo, el grupo de edad y la región de residencia. Las categorías de referencia fueron mujeres, participantes de 18 a 29 años y residentes de la región Costa. Los resultados se expresan mediante razones de momios ajustadas (ORa), intervalos de confianza del 95% (IC95%) y valores de p. El ajuste de los modelos se evaluó mediante el pseudo R^2 de McFadden y el criterio de información de Akaike (AIC).

La investigación se apegó a las normas éticas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (112) y fue aprobada por las Comisiones Institucionales de Ética e Investigación de la Universidad de la Sierra Sur, mediante el dictamen con folio CEI-14/2023. En atención a la protección de la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas participantes, se incluyó un apartado de consentimiento informado, mediante el cual se explicó el objetivo del estudio, la naturaleza voluntaria de la participación y el uso exclusivamente académico de la información recolectada. Toda la información obtenida fue tratada como confidencial. Los participantes no fueron identificados por su nombre, sino mediante un código numérico, garantizando el anonimato durante el procesamiento, análisis y difusión de los resultados. Los datos generados en este estudio se utilizaron únicamente con fines de investigación científica.

Resultados

Del total de 247 personas encuestadas, se identificaron diversas razones por las cuales la población enfrenta barreras para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud, las cuales se agrupan principalmente en barreras institucionales, de calidad del servicio, de confianza, de acceso geográfico, económicas y culturales.

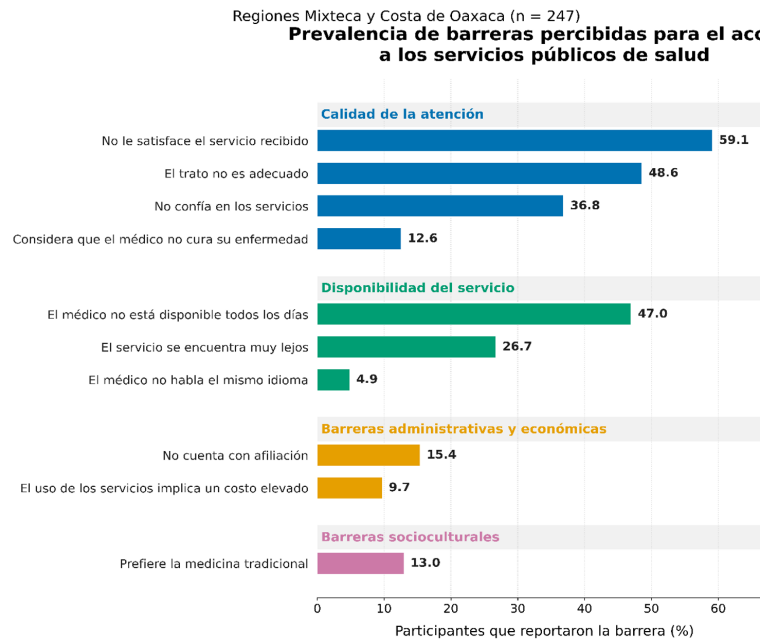
La razón más frecuentemente reportada fue la insatisfacción con el servicio recibido (59.1%), seguida del trato inadecuado por parte del personal de salud (48.6%) y de la falta de disponibilidad continua del médico en las unidades de atención (47.0%). En menor proporción, los participantes señalaron barreras asociadas con la falta de confianza en los servicios, la distancia geográfica, la falta de afiliación, el costo de la atención y la preferencia por la medicina tradicional.

Barreras percibidas para el acceso efectivo según sexo y grupo de edad

La Figura 1 muestra la distribución de las principales barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud, estratificadas por sexo y grupo de edad. En ambos sexos, las barreras más frecuentes estuvieron relacionadas con la calidad de la atención y la organización de los servicios, destacando la insatisfacción con el servicio recibido, el trato inadecuado por parte del personal de salud y la falta de disponibilidad continua del médico en las unidades de atención.



Figura 1. Prevalencia de las barreras percibidas a la no utilización de los servicios públicos de salud



Fuente: Elaboración propia.

Aunque el patrón general fue similar entre mujeres y hombres, se observaron algunas diferencias en la frecuencia de determinadas barreras. Los hombres reportaron con mayor frecuencia razones relacionadas con el costo de los servicios, la falta de afiliación y la preferencia por la medicina tradicional como alternativa de atención, mientras que las mujeres mostraron porcentajes ligeramente mayores de insatisfacción con el servicio recibido. Asimismo, la percepción de falta de confianza en los servicios públicos de salud fue más frecuente entre los hombres.

Al analizar los resultados por grupo de edad, las barreras relacionadas con la calidad de la atención predominaron en los tres grupos evaluados. La insatisfacción con el servicio recibido y la falta de disponibilidad del médico fueron las razones más frecuentes en todos los grupos; sin embargo, la percepción del costo como barrera mostró un incremento conforme aumentó la edad de los participantes, mientras que la falta de afiliación adquirió mayor importancia relativa en el grupo de 45 a 59 años.

Las comparaciones bivariadas mediante pruebas de χ^2 mostraron que la mayoría de las barreras percibidas no difirió significativamente entre mujeres y hombres (Tabla 1). No obstante, la preferencia por la medicina tradicional presentó una asociación significativa con el sexo ($p = 0.0279$), siendo más frecuente entre los hombres. En cuanto al grupo de edad, únicamente la percepción del costo de los servicios de salud mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.0107$), observándose una mayor frecuencia en los participantes de mayor edad. Las demás barreras no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos analizados. Aunque mostraron diferencias numéricas

entre grupos, estas no alcanzaron significancia estadística ($p > 0.05$). En consecuencia, la interpretación de las asociaciones se sustentó principalmente en los modelos de regresión logística ajustados, los cuales permitieron estimar la magnitud de los efectos mediante razones de momios ajustadas e intervalos de confianza del 95%.

Tabla 1. Comparación de las barreras percibidas para el acceso efectivo según sexo y grupo de edad

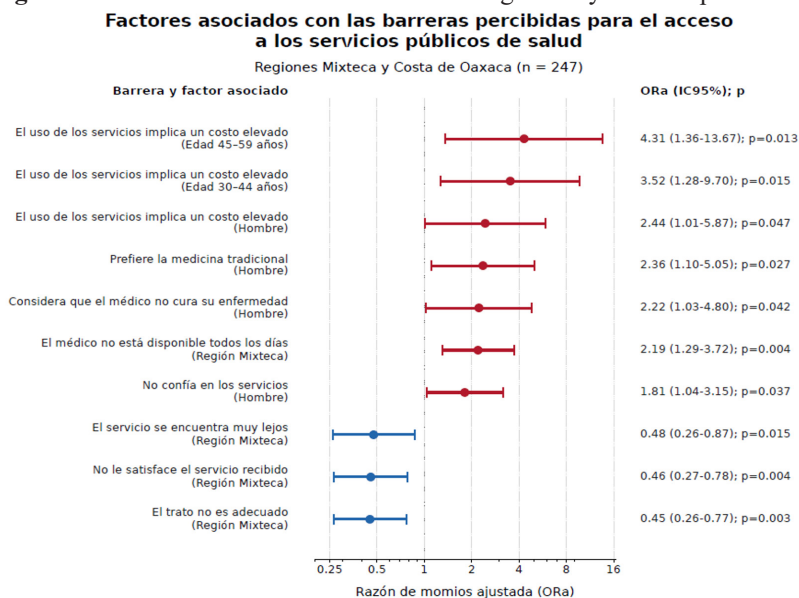
Razón	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total, n (%)	p (sexo)	18–29 años n (%)	30–44 años n (%)	45–59 años n (%)	p (edad)
Le cuesta mucho dinero utilizarlos	12 (7.1)	12 (15.4)	24 (9.7)	0.070	9 (5.6)	9 (15.8)	6 (20.0)	0.011
Por tradición (medicina tradicional)	16 (9.5)	16 (20.5)	32 (13.0)	0.028	19 (11.9)	8 (14.0)	5 (16.7)	0.744

Fuente: Elaboración propia.

Análisis multivariado

Con el objetivo de identificar los factores asociados de manera independiente con las principales barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud, se ajustaron modelos de regresión logística binaria múltiple para cada una de las razones de no utilización de los servicios, controlando simultáneamente por sexo, grupo de edad y región de residencia (Figura 2).

Figura 2. Asociación entre variables sociodemográficas y barreras percibidas



Fuente: Elaboración propia.

Después del ajuste, la región de residencia mostró las asociaciones más consistentes. En comparación con los participantes de la región Costa, los residentes de la Mixteca presentaron menor probabilidad de considerar la distancia como una barrera para acceder a los servicios públicos de salud ($ORa = 0.48$; $IC95\%: 0.26-0.87$; $p = 0.015$), menor probabilidad de reportar insatisfacción con los servicios de salud ($ORa = 0.46$; $IC95\%: 0.27-0.78$; $p = 0.004$) y menor probabilidad de señalar un trato inadecuado por parte del personal sanitario ($ORa = 0.45$; $IC95\%: 0.26-0.77$; $p = 0.003$). En contraste, los participantes de la Mixteca presentaron una mayor probabilidad de indicar que el médico no estaba disponible todos los días en la unidad de salud ($ORa = 2.19$; $IC95\%: 1.29-3.72$; $p = 0.004$) (Tabla 2).

En cuanto al sexo, los hombres presentaron una mayor probabilidad de considerar el costo como una barrera para utilizar los servicios públicos de salud ($ORa = 2.44$; $IC95\%: 1.01-5.87$; $p = 0.047$). Asimismo, mostraron una mayor probabilidad de reportar falta de confianza en los servicios públicos ($ORa = 1.81$; $IC95\%: 1.04-3.15$; $p = 0.037$), considerar que el médico no resolvería su problema de salud ($ORa = 2.22$; $IC95\%: 1.03-4.80$; $p = 0.042$) y preferir la medicina tradicional como alternativa de atención ($ORa = 2.36$; $IC95\%: 1.10-5.05$; $p = 0.027$).

Respecto al grupo de edad, los participantes de 30 a 44 años presentaron una mayor probabilidad de considerar el costo como una barrera para el uso de los servicios públicos de salud ($ORa = 3.52$; $IC95\%: 1.28-9.70$; $p = 0.015$). Una asociación similar se observó en el grupo de 45 a 59 años ($ORa = 4.31$; $IC95\%: 1.36-13.67$; $p = 0.013$). No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la edad y las demás barreras evaluadas.

Tabla 4. Factores asociados con las principales barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud

Barrera	Factor asociado	ORa	IC95%	p
Distancia al servicio	Región Mixteca	0.48	0.26–0.87	0.015
Médico no disponible	Región Mixteca	2.19	1.29–3.72	0.004
Insatisfacción con el servicio	Región Mixteca	0.46	0.27–0.78	0.004
Trato inadecuado	Región Mixteca	0.45	0.26–0.77	0.003
Costo elevado	Hombre	2.44	1.01–5.87	0.047
Costo elevado	Edad 30–44 años	3.52	1.28–9.70	0.015
Costo elevado	Edad 45–59 años	4.31	1.36–13.67	0.013
Falta de confianza	Hombre	1.81	1.04–3.15	0.037
El médico no cura su enfermedad	Hombre	2.22	1.03–4.80	0.042
Preferencia por medicina tradicional	Hombre	2.36	1.10–5.05	0.027

Nota: ORa: razón de momios ajustada. Modelos ajustados por sexo, grupo de edad y región de residencia. Categorías de referencia: mujeres, 18–29 años y región Costa.

Fuente: Elaboración propia.

Entre los factores predisponentes, el sexo mostró asociaciones independientes con diversas barreras relacionadas con la utilización de los servicios de salud. En comparación con las mujeres, los hombres presentaron una mayor probabilidad de considerar el costo de la atención como un obstáculo ($ORa = 2.44$; $IC95\%: 1.01-5.87$), manifestar falta de confianza en los servicios públicos de salud ($ORa = 1.81$; $IC95\%: 1.04-3.15$), percibir que el médico no resolvería su problema de salud ($ORa = 2.22$; $IC95\%: 1.03-4.80$) y preferir la medicina tradicional como alternativa de atención ($ORa = 2.36$; $IC95\%: 1.10-5.05$). Por su parte, la edad mostró una influencia más limitada, ya que únicamente se asoció con la percepción del costo económico como barrera para acceder a los servicios públicos de salud, observándose una mayor probabilidad en los grupos de 30 a 44 años ($ORa = 3.52$; $IC95\%: 1.28-9.70$) y de 45 a 59 años ($ORa = 4.31$; $IC95\%: 1.36-13.67$), en comparación con los participantes de 18 a 29 años.

Respecto a los factores facilitadores, la región de residencia fue la variable que presentó las asociaciones más consistentes. Los participantes de la región Mixteca mostraron menor probabilidad de considerar la distancia como una barrera para acceder a los servicios públicos de salud ($ORa = 0.48$; $IC95\%: 0.26-0.87$), así como de reportar insatisfacción con el servicio recibido ($ORa = 0.46$; $IC95\%: 0.27-0.78$) y un trato inadecuado por parte del personal sanitario ($ORa = 0.45$; $IC95\%: 0.26-0.77$). En contraste, presentaron una mayor probabilidad de señalar que el médico no se encontraba disponible todos los días en la unidad de salud ($ORa = 2.19$; $IC95\%: 1.29-3.72$), lo que evidencia diferencias territoriales relacionadas con la disponibilidad de los servicios.

Discusión

Los resultados del presente estudio evidencian que las barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud en las regiones Mixteca y Costa del estado de Oaxaca constituyen un fenómeno multidimensional en el que interactúan factores individuales, organizacionales y contextuales. En particular, el análisis multivariado mostró que el sexo se asoció con barreras relacionadas con el costo, la confianza en los servicios y la preferencia por la medicina tradicional, mientras que la región de residencia explicó principalmente las diferencias observadas en la disponibilidad del personal médico y en la percepción de la calidad de la atención. Estos hallazgos son consistentes con el Modelo Conductual de Utilización de los Servicios de Salud propuesto por Andersen, el cual establece que la utilización de los servicios sanitarios es el resultado de la interacción entre factores predisponentes, factores facilitadores y necesidades percibidas de atención, además de las características propias del sistema de salud que pueden favorecer o limitar el acceso efectivo^{3,4}. Desde esta perspectiva, el acceso no depende exclusivamente de la disponibilidad física de los servicios, sino también de la manera en que las personas perciben su calidad, accesibilidad, aceptabilidad y capacidad de respuesta. Esta interpretación coincide con el marco conceptual de Levesque, el cual plantea que el acceso efectivo se construye a partir de la interacción entre las capacidades de la población y la capacidad del sistema sanitario para responder de manera oportuna, aceptable y de calidad¹.



En el presente estudio, la región de residencia, considerada dentro del modelo de Andersen como un factor facilitador, fue la variable que presentó las asociaciones independientes más consistentes. Los participantes de la región Mixteca mostraron menor probabilidad de considerar la distancia, la insatisfacción con el servicio y el trato recibido como barreras para acceder a los servicios públicos de salud; sin embargo, reportaron una mayor probabilidad de señalar la falta de disponibilidad del médico como una limitación importante. Estos resultados sugieren que las diferencias territoriales no sólo reflejan desigualdades en infraestructura o cobertura, sino también diferencias en la organización y continuidad de los servicios de salud. Diversos estudios realizados en México y América Latina han demostrado que la disponibilidad de recursos humanos, la continuidad de la atención y la calidad percibida representan componentes fundamentales del acceso efectivo, incluso en contextos donde la cobertura institucional es elevada^{6,7,16,21,27,28}.

Los hallazgos relacionados con el sexo, considerado un factor predisponente dentro del Modelo de Andersen, también aportan evidencia relevante. Después del ajuste por edad y región de residencia, los hombres presentaron mayor probabilidad de identificar el costo como una barrera para utilizar los servicios públicos de salud, así como de manifestar falta de confianza en los servicios, considerar que el médico no resolvería su problema de salud y preferir la medicina tradicional como primera alternativa de atención. Estas asociaciones sugieren que la utilización de los servicios sanitarios no depende únicamente de la existencia de establecimientos de salud, sino también de aspectos culturales y de la percepción que los individuos tienen sobre la utilidad y efectividad de la atención médica. Este comportamiento coincide con lo descrito por Courtenay²⁹, quien señala que las construcciones sociales de la masculinidad favorecen una menor utilización de los servicios preventivos y una búsqueda tardía de atención médica. En el contexto mexicano, se han señalado que las normas de género continúan influyendo en la forma en que los hombres establecen su relación con los servicios públicos de salud, particularmente en estados con alta diversidad cultural como Oaxaca³⁰.

Por otra parte, la edad mostró una influencia más limitada sobre las barreras percibidas. En el análisis ajustado, únicamente la percepción del costo permaneció asociada con los grupos de mayor edad. Este resultado sugiere que, aun cuando los servicios públicos han ampliado su cobertura, los gastos indirectos relacionados con el transporte, los medicamentos o la pérdida de ingresos continúan representando obstáculos importantes para determinados grupos poblacionales. Estudios recientes realizados en México han documentado que el gasto de bolsillo persiste como una fuente significativa de inequidad en el acceso efectivo, especialmente entre personas que viven en condiciones de vulnerabilidad social y económica^{31,32}. Estos resultados respaldan la importancia de considerar los determinantes sociales de la salud como parte integral del análisis del acceso a los servicios sanitarios^{10,14,33}.

La elevada frecuencia de participantes que manifestaron preferencia por la medicina tradicional o consideraron que determinadas enfermedades no pueden ser tratadas por los médicos pone de manifiesto la persistencia de prácticas culturales que continúan desempeñando un papel relevante en las estrategias de atención de la población. Sin embargo, el análisis multivariado mostró que esta percepción estuvo asociada principalmente con el sexo masculino y no con la región de residencia, lo que

sugiere que los factores culturales interactúan con características individuales además del contexto geográfico. En Oaxaca, la coexistencia entre la medicina tradicional y la medicina institucional constituye una característica histórica del proceso salud-enfermedad-atención y responde a la diversidad cultural presente en la entidad^{23,24,34}. En este sentido, más que representar sistemas excluyentes, ambas formas de atención coexisten y son utilizadas de manera complementaria por numerosos grupos sociales^{22,36}. Estos resultados refuerzan la necesidad de fortalecer modelos interculturales de atención que reconozcan las prácticas tradicionales y promuevan una relación de confianza entre los servicios públicos y las comunidades.

En conjunto, los hallazgos muestran que las principales barreras para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud se concentran en tres dimensiones fundamentales del Modelo de Andersen. Los factores predisponentes, representados por el sexo y, en menor medida, por la edad, influyen principalmente en la percepción del costo, la confianza en los servicios y la preferencia por la medicina tradicional. Los factores facilitadores, representados por la región de residencia y la disponibilidad de los servicios, condicionan la oportunidad y continuidad de la atención. Finalmente, las barreras percibidas relacionadas con la calidad de la atención, el trato recibido y la disponibilidad del personal médico constituyen elementos determinantes para la utilización efectiva de los servicios sanitarios. Esta integración permite comprender que mejorar el acceso efectivo requiere intervenciones simultáneas sobre la organización de los servicios, la calidad de la atención y las condiciones sociales y culturales de la población, más allá de incrementar únicamente la cobertura institucional.

Entre las limitaciones del estudio debe señalarse que su diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Asimismo, la utilización de un muestreo no probabilístico por conveniencia limita la posibilidad de generalizar los resultados a toda la población del estado de Oaxaca. La información obtenida se basó en percepciones autorreportadas, por lo que no puede descartarse la presencia de sesgos de memoria o de deseabilidad social. Adicionalmente, el reducido número de participantes en el grupo de mayor edad pudo disminuir la potencia estadística para detectar algunas diferencias entre grupos. Finalmente, los análisis bivariados se realizaron con un propósito exploratorio; por ello, las principales interpretaciones del estudio se sustentan en los modelos de regresión logística ajustados, los cuales permitieron controlar simultáneamente el efecto del sexo, la edad y la región de residencia.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia relevante sobre los factores que condicionan el acceso efectivo a los servicios públicos de salud en un contexto caracterizado por importantes desigualdades sociales, geográficas y culturales. Los resultados contribuyen a fortalecer la evidencia disponible para el diseño de políticas públicas orientadas a mejorar la disponibilidad y continuidad de los servicios, fortalecer la calidad de la atención y desarrollar estrategias culturalmente pertinentes que promuevan la confianza de la población en el sistema sanitario. Desde una perspectiva de salud pública, estos hallazgos apoyan la necesidad de avanzar hacia modelos de atención centrados en las personas, con enfoque territorial e intercultural, que contribuyan a reducir las desigualdades en el acceso efectivo y favorezcan el cumplimiento de los objetivos de cobertura universal en salud^{8,13,18,21}.



Conclusiones

El presente estudio cumplió el objetivo de analizar las barreras percibidas para el acceso efectivo a los servicios públicos de salud y su asociación con el sexo, el grupo de edad y la región de residencia en población adulta de las regiones Mixteca y Costa del estado de Oaxaca. Los resultados de este estudio muestran que las barreras percibidas para el acceso a los servicios públicos de salud no responden únicamente a decisiones individuales, sino que reflejan dimensiones estructurales e institucionales que condicionan la experiencia de atención en contextos de desigualdad regional.

El análisis multivariado mostró que el sexo y la región de residencia fueron los factores con mayor influencia sobre la percepción de las barreras para el acceso efectivo, mientras que la edad se asoció principalmente con la percepción del costo económico como obstáculo para utilizar los servicios públicos de salud. Estos hallazgos respaldan el Modelo Conductual de Utilización de los Servicios de Salud de Andersen, al demostrar que el acceso efectivo está determinado por la interacción entre factores predisponentes y facilitadores, más que por decisiones individuales aisladas.

Es necesario fortalecer la disponibilidad y continuidad del personal de salud, mejorar la calidad percibida de la atención e incorporar estrategias con enfoque territorial e intercultural que respondan a las características sociales y culturales de la población. Estas acciones contribuirían a reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y proporcionar evidencia útil para el diseño de políticas públicas orientadas a promover una atención primaria más equitativa, accesible y centrada en las necesidades de las comunidades.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Consideraciones éticas

La aprobación del proyecto comprende levantamiento de información en campo utilizando los instrumentos metodológicos que se anexaron al protocolo y publicación de los resultados con apego a la normatividad en materia de protección de datos personales y derechos de autor.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: GGA, AMGV; Curación de datos: JJBG, GGA, AMGV; Análisis formal: GGA, AMGV; Adquisición de financiamiento: GGA; Investigación: JJBG, GGA, AMGV; Metodología: GGA, AMGV; Administración del proyecto: GGA; Recursos: GGA; Software: AMGV; Supervisión: GGA; Validación: JJBG, GGA, AMGV; Visualización: AMGV; Redacción – borrador original: AMGV; Redacción: revisión y edición: EUO, JJBG, GGA, AMGV.

Financiamiento

Sin financiamiento externo.

Referencias

1. Cu A, Meister S, Lefebvre B, Ridde V. Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework—a scoping review. *International journal for equity in health*. 2021;20(1):116. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>
2. Alqassim A, El-Setouhy M. Impact of poverty on health. *Healthcare Access-New Threats, New Approaches: New Threats, New Approaches*. 2023;3. Doi: <https://doi.org/10.5772/intechopen.108704>
3. Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. Improving access to care in America. *Changing the US health care system: key issues in health services policy and management* 3a edición San Francisco: Jossey-Bass. 2007:3-31.
4. Travers JL, Hirschman KB, Naylor MD. Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. *BMC geriatrics*. 2020;20(1):58. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1405-7>
5. Sturgiss EA, Peart A, Richard L, Ball L, Hunik L, Chai TL, et al. Who is at the centre of what? A scoping review of the conceptualisation of 'centredness' in healthcare. *BMJ open*. 2022;12(5):e059400. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059400>.
6. Bautista-Arredondo S, Vargas-Flores A, Moreno-Aguilar LA, Colchero MA. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud pública de México*. Doi: <https://doi.org/10.21149/14813>



7. Garcia-Diaz R. Effective access to health care in Mexico. BMC Health Services Research. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08417-0>
8. Khatri RB, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Erku D, Endalamaw A, et al. People-centred primary health care: a scoping review. BMC Primary Care. 2023;24(1):236. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02194-3>
9. Chowdhury J, Ravi RP. Healthcare accessibility in developing countries: A global healthcare challenge. J Clin Biomed Res. 2022;4(152):2-5. Doi: [https://doi.org/10.47363/jcbr/2022\(4\)152](https://doi.org/10.47363/jcbr/2022(4)152)
10. Correia D, Mendes Á, Carnut L. La determinación social del proceso salud-enfermedad en el contexto latinoamericano. Gerencia y Políticas de Salud. 2023;22 Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.dsps>
11. Krieger N. Theorizing epidemiology, the stories bodies tell, and embodied truths: a status update on contending 21st CE epidemiological theories of disease distribution. International journal of social determinants of health and health services. 2024;54(4):331-42. Doi: <https://doi.org/10.1177/27551938241269188>
12. Wüthrich-Grossenbacher U. The need to widen the concept of health and to include the spiritual dimension. International Journal of Public Health. 2024;69:1606648. Doi: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606648>
13. Sena AGN, Schutt-Aine J, Arenas J, Akaba S. Momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2023;47:e42. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.42>
14. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. Public Health. 2019;172:22-30. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
15. Capurro D, Robledo M. Tendencia de la inequidad socioeconómica en la utilización de servicios de salud en el Paraguay. Disponible en: <https://icso.org.py/sitio/wp-content/uploads/2019/07/Documento-de-Trabajo-N%C2%B0-5.pdf>
16. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, Del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. Revista panamericana de salud pública. 2023;46:e94. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>
17. Weiss GL, Lonnquist LE. The sociology of health, healing, and illness. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 2000. Doi: <https://doi.org/10.4324/9781003359838>

18. World Health Organization (2024). Operational framework for monitoring social determinants of health equity. WHO. p18-25. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/375732>
19. Mikton C, De La Fuente-Núñez V, Officer A, Krug E. Ageism: a social determinant of health that has come of age. *The Lancet*. 2021;397(10282):1333-4, Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00524-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00524-9/fulltext)
20. Alyafei A, Easton-Carr R. The health belief model of behavior change. *StatPearls*. 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
21. Roberti J, Leslie HH, Doubova SV, Ranilla JM, Mazzoni A, Espinoza L, et al. Inequalities in health system coverage and quality: a cross-sectional survey of four Latin American countries. *The Lancet Global Health*. 2024;12(1):e145-e55. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00488-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00488-6/fulltext)
22. Alexis Riva Toledo . Más allá de lo Biomédico: Salud, enfermedad, atención y cuidado (Un estudio de caso) en Antropologías hechas en Ecuador: El quehacer antropológico. Volumen IV, Volumen 4. 2021. 2022. 503-520
23. Leos CS. Medicina tradicional en Santiago Pinotepa Nacional, Oaxaca. Algunas anotaciones sobre la noción del cuerpo y la enfermedad del grupo mixteco de la Costa Chica. *Mirada Antropológica*. 2024;19(27):62-74, Dispoble en: <https://rd.buap.mx/ojs-mirant/index.php/mirant/article/view/1418>
24. Menéndez EL. De omisiones especializadas: la biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios. *Salud colectiva*. 2023;19:e4539. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4539>
25. Olguín Gutiérrez C, Ceballos Garrido P, Guíñez Cabrera N, Mansilla Obando K. Percepción de la calidad del servicio: una mirada desde la perspectiva del sector de la salud. *Encuentros*. 2020;18(1). 10.15665/encuent.v18i01.2049. Doi: <https://doi.org/10.15665/encuent.v18i01.2049>
26. Sanz Tolosana E, Oliva Serrano J, editors. La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. *Anales del sistema sanitario de Navarra*; 2021. Doi: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0945>
27. Rodríguez CH, Gutiérrez JPL, Gutiérrez ML. Inequality in access to healthcare: a Latin American perspective. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023(3):355. Doi: <https://doi.org/10.56294/salud-cyt2023355>
28. Gutierrez J, Castañeda A, Agudelo-Botero M, Martínez-Valle A, Knight M, Lozano R. Performance evaluation of Mexico's health system at the national and subnational level, 1990–2019: an analysis of the health access and quality index. *Public Health*. 2024;236:7-14. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.07.009>



29. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*. 2000;50(10):1385-401. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
30. Cruz EA, Patiño DC, Torres AR. Género, masculinidades y redes integradas de servicios de salud en México: una mirada en Oaxaca. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*. 2025;6:e23091. Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17762449>
31. de Jesús Vértiz-Ramírez J, Ramírez-Palacios P, Ríos-Cázares G, Sánchez-Domínguez MS, del Pilar Ochoa-Torres M, De Negri-Filho AA, et al. Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*. 2024;66(4, jul-ago):556-70. Doi: <https://doi.org/10.21149/16199>
32. Macías-González F, Sánchez-Morales JE, Gaona-Pineda EB, Muñoz-Espinosa A, Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, et al. Gratuidad en los Institutos Nacionales de Salud de México: análisis del gasto de bolsillo directo e indirecto. *Salud Pública de México*. 2024;66(5, sept-oct):741-52. Doi: <https://doi.org/10.21149/15752>
33. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*: Oup Oxford; 2005.
34. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*. 2020;16: e2615. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
35. Murga DA, Arrazola AMM, Romero MIS, Choque JZ, Peredo DAA, Fuentes FP. Factores asociados a la preferencia de la medicina tradicional frente a la medicina convencional en la comunidad de Ckochis, Sucre. *Archivos Bolivianos de Medicina*. 2022;37(105):15-20. Doi: <https://doi.org/10.56469/abm.v37i105.1746>
36. González-Villoria AM, Sánchez Bandala MA, Barrios Gutiérrez JJ, Abeldaño Zuñiga RA. Use of Traditional Medicine in Indigenous Communities from Mexico: A Practice for Sustainable Development. In: Mbah MF, Leal Filho W, Ajaps S, editors. *Indigenous Methodologies, Research and Practices for Sustainable Development*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 241-54. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-031-12326-9_14