



Desigualdades sociales y acceso a los servicios de salud: determinantes que condicionan la equidad sanitaria en América Latina

Social inequalities and access to health services: determinants shaping health equity in Latin America

Luis Raúl Chapa Mejía^{1*}  

¹Universidad La Salle Victoria, Cd México – México

*Autor de correspondencia: Luis Raúl Chapa Mejía 

Recibido: 12-08-2026

Revisado: 19-08-2026

Aceptado: 26-08-2026

Publicado: 02-09-2026

Cómo citar este artículo: Chapa Mejía, L. R. . (2026). Desigualdades sociales y acceso a los servicios de salud: determinantes que condicionan la equidad sanitaria en América Latina. *Imperium Académico Multidisciplinary Journal*, 3(2), 1-12. <https://doi.org/10.63969/nb4fmd24>

RESUMEN

Las desigualdades sociales constituyen un desafío estructural para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud en América Latina, debido a la interacción de factores socioeconómicos, territoriales, educativos, laborales, culturales e institucionales que generan oportunidades diferenciadas de atención. Aunque la ampliación de la cobertura y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios han favorecido avances importantes, persisten barreras que afectan especialmente a poblaciones con bajos ingresos, residentes en zonas rurales, periféricas o geográficamente aisladas, así como a grupos con limitada protección social. La investigación analizó las desigualdades sociales y los determinantes socioeconómicos, territoriales, culturales e institucionales que influyen en el acceso a los servicios de salud y en la configuración de la equidad sanitaria en América Latina. Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y alcance descriptivo, mediante una revisión documental sistematizada conforme al método PRISMA, orientada a identificar y caracterizar publicaciones científicas relacionadas con las variables analizadas. Los hallazgos mostraron que las condiciones económicas y territoriales representaron las principales restricciones para acceder de manera oportuna y continua a los servicios sanitarios, mientras que las barreras educativas, laborales, culturales e institucionales profundizaron las dificultades existentes. Se concluyó que la interacción de estos determinantes condicionó significativamente la equidad sanitaria regional.

Palabras clave: desigualdades sociales; acceso a los servicios de salud; determinantes sociales; equidad sanitaria; América Latina.

ABSTRACT

Social inequalities constitute a structural challenge to ensuring equitable access to health services in Latin America, owing to the interaction of socioeconomic, geographical, educational, occupational, cultural and institutional factors that create unequal opportunities for accessing care. Although the expansion of coverage and the strengthening of health systems have brought about significant progress, barriers persist that particularly affect low-income populations, people living in rural, peripheral or geographically isolated areas, and groups with limited social protection. The research analysed social inequalities and the socioeconomic, geographical, cultural and institutional determinants that influence access to health services and shape health equity in Latin America. A quantitative approach with a descriptive scope was adopted through a systematic documentary review in accordance with the PRISMA method, aimed at identifying and characterising scientific publications related to the variables analysed. The

findings showed that economic and geographical conditions represented the main constraints on timely and continuous access to health services, while educational, occupational, cultural and institutional barriers intensified existing difficulties. It was concluded that the interaction of these determinants significantly influenced health equity across the region.

Keywords: social inequalities; access to health services; social determinants; health equity; Latin America.

1. INTRODUCCIÓN

Las desigualdades sociales representan un desafío estructural para la consolidación de sistemas sanitarios capaces de garantizar de manera efectiva el derecho a la salud en América Latina. Si bien durante las últimas décadas se han producido avances relacionados con la ampliación de la cobertura, el fortalecimiento de la infraestructura y la formulación de políticas públicas, aún persisten brechas que condicionan las posibilidades de diferentes grupos poblacionales para acceder a servicios de salud oportunos, continuos y de calidad. Estas diferencias no pueden explicarse únicamente por la disponibilidad de establecimientos, profesionales o recursos sanitarios, debido a que el acceso se encuentra estrechamente relacionado con las condiciones económicas, educativas, laborales, territoriales y socioculturales en las que se desenvuelven las personas. Desde esta perspectiva, la equidad sanitaria requiere reconocer que las necesidades de atención se distribuyen de manera diferenciada y que los sectores que enfrentan mayores desventajas sociales suelen encontrar obstáculos adicionales para obtener y mantener la atención que requieren.

En el contexto latinoamericano, la distribución desigual de los recursos, las oportunidades y las condiciones de vida ha configurado escenarios en los que el acceso efectivo a los servicios de salud se encuentra condicionado por factores como la posición socioeconómica, el territorio de residencia, el nivel educativo, las condiciones laborales, el género y las características organizativas de los sistemas sanitarios. La interacción de estos elementos puede generar barreras económicas, geográficas, administrativas, institucionales y socioculturales que afectan con mayor intensidad a las poblaciones rurales, comunidades indígenas, hogares con menores ingresos y otros grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad. Esta realidad evidencia que la ampliación de la cobertura sanitaria no garantiza por sí misma un acceso efectivo, oportuno y de calidad para toda la población. Por ello, resulta fundamental examinar los determinantes sociales que intervienen en la configuración de las desigualdades sanitarias y comprender cómo su interacción contribuye a mantener brechas diferenciadas en las oportunidades de atención, prevención y cuidado de la salud en los distintos territorios de América Latina.

El problema de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en América Latina persiste a pesar de las políticas orientadas a ampliar la cobertura y disminuir las brechas sanitarias. La disponibilidad de establecimientos, profesionales y prestaciones no asegura que toda la población pueda acceder a la atención en condiciones equitativas, debido a que las posibilidades de utilización están determinadas por circunstancias económicas, territoriales, educativas, laborales, culturales e institucionales. Los ingresos insuficientes pueden limitar la capacidad de afrontar gastos relacionados con el transporte, los medicamentos y aquellas prestaciones que no cuentan con cobertura; asimismo, la residencia en áreas rurales, fronterizas o periféricas puede incrementar las distancias y dificultades de desplazamiento hacia los establecimientos sanitarios. A estas condiciones se suman las diferencias en el nivel educativo, las dificultades de comunicación y las particularidades culturales, que pueden obstaculizar la identificación de necesidades de atención, la comprensión de las indicaciones profesionales y la interacción con estructuras administrativas frecuentemente complejas. En consecuencia, las desigualdades sociales trascienden las condiciones de vida y terminan expresándose en oportunidades diferenciadas para acceder a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la continuidad de la atención sanitaria.

La complejidad de esta problemática requiere comprender la equidad sanitaria desde una perspectiva multidimensional, en la que las condiciones sociales y las características de los sistemas de salud sean analizadas de manera articulada. La fragmentación institucional, las diferencias en los mecanismos de financiamiento y protección financiera, la concentración territorial de recursos, la precariedad socioeconómica y la presencia de barreras culturales

pueden interactuar y generar desventajas acumulativas para determinados grupos poblacionales. Estas condiciones adquieren especial relevancia cuando afectan simultáneamente a comunidades rurales, poblaciones indígenas, hogares con bajos ingresos y sectores históricamente excluidos, cuyas posibilidades de recibir atención oportuna pueden verse restringidas por múltiples obstáculos. Por ello, resulta necesario identificar la manera en que los determinantes sociales intervienen en el acceso efectivo a los servicios sanitarios y establecer cómo su interacción contribuye a la persistencia de brechas de atención y bienestar. Comprender estas relaciones permite profundizar en los factores estructurales que condicionan la equidad sanitaria y proporciona una base conceptual para interpretar las diferencias existentes en las oportunidades de acceso a la salud en América Latina.

Las desigualdades sociales constituyen una de las principales expresiones de inequidad sanitaria en América Latina, debido a que las condiciones económicas y sociales determinan de manera diferenciada las oportunidades de las personas para acceder a recursos y servicios esenciales. Las diferencias en los niveles de ingreso, educación, empleo, protección social y condiciones de vida repercuten en la capacidad de los hogares para prevenir enfermedades, buscar atención y mantener procesos adecuados de cuidado. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (2022) reconoce que las desigualdades sociales existentes en la región se relacionan con diferencias evitables e injustas en las condiciones de salud y en las posibilidades de acceder a servicios sanitarios. Estas brechas se manifiestan en la utilización diferenciada de consultas médicas, atención preventiva, medicamentos y servicios especializados, afectando con mayor intensidad a los grupos que enfrentan mayores desventajas sociales.

La organización y estructura de los sistemas sanitarios constituyen otro antecedente fundamental para explicar las diferencias en el acceso dentro de los países latinoamericanos. La coexistencia de subsistemas públicos, privados y vinculados con la seguridad social puede producir distintos niveles de cobertura, financiamiento y capacidad de respuesta ante las necesidades de la población. En este sentido, CEPAL (2023) señalan que la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud latinoamericanos representan obstáculos importantes para alcanzar una cobertura efectiva y reducir las desigualdades existentes. Las diferencias en los mecanismos de aseguramiento y prestación pueden traducirse en variaciones en la disponibilidad de servicios, oportunidad de la atención, continuidad asistencial y acceso a determinadas tecnologías o tratamientos, generando experiencias sanitarias diferenciadas incluso entre personas que pertenecen a un mismo territorio nacional.

Las desigualdades territoriales representan una dimensión particularmente relevante del acceso sanitario, debido a que la ubicación geográfica condiciona la proximidad, disponibilidad y diversidad de los servicios existentes. La concentración de establecimientos y profesionales en áreas urbanas contrasta con las limitaciones que pueden presentarse en comunidades rurales, zonas periféricas y territorios geográficamente aislados. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe Genta et al. (2022) las brechas territoriales de la región se encuentran estrechamente relacionadas con desigualdades en infraestructura, conectividad y disponibilidad de servicios esenciales. Las distancias prolongadas, las dificultades de transporte y la limitada presencia de servicios especializados pueden incrementar los costos de búsqueda de atención y favorecer la postergación de consultas, particularmente entre poblaciones que presentan mayores restricciones económicas y de movilidad.

La pobreza constituye uno de los determinantes sociales con mayor capacidad para limitar el acceso efectivo a los servicios de salud, debido a que las restricciones económicas pueden persistir incluso cuando existe oferta sanitaria pública. Los hogares con ingresos reducidos deben afrontar diversos costos directos e indirectos relacionados con la atención, entre ellos transporte, medicamentos, estudios complementarios y pérdida de ingresos ocasionada por el tiempo destinado a las consultas. Según Macías et al. (2024) las condiciones socioeconómicas influyen profundamente sobre las oportunidades de las personas para desarrollar una vida saludable y acceder a recursos necesarios para proteger su bienestar. En los sectores económicamente desfavorecidos, estas restricciones pueden conducir a la postergación de consultas, discontinuidad de tratamientos y utilización tardía de los servicios, situaciones que incrementan las posibilidades de complicaciones y profundizan las diferencias existentes en los resultados sanitarios. El nivel educativo representa igualmente un factor asociado con las posibilidades de utilizar de manera adecuada los servicios sanitarios. La educación contribuye al desarrollo de capacidades para comprender información relacionada

con prevención, síntomas, tratamientos, indicaciones profesionales y procedimientos institucionales. Sin embargo, su influencia se encuentra vinculada con otras condiciones materiales y sociales que pueden facilitar o limitar el aprovechamiento de dicha información. En esta línea, Hernández et al. (2020) plantea que las competencias relacionadas con la comprensión y utilización de información sanitaria constituyen un componente relevante para favorecer decisiones informadas y una participación efectiva en el cuidado de la salud. Por ello, las diferencias educativas pueden repercutir en la capacidad para reconocer necesidades de atención, interpretar orientaciones profesionales y desenvolverse dentro de sistemas sanitarios que, en determinados contextos, presentan procedimientos administrativos complejos.

Las poblaciones indígenas y otros colectivos culturalmente diferenciados enfrentan, además, barreras de acceso relacionadas con factores lingüísticos, culturales, territoriales e institucionales. Las diferencias entre las concepciones comunitarias sobre salud y enfermedad y los modelos predominantes de atención pueden generar dificultades de comunicación, confianza y continuidad asistencial. La Organización Panamericana de la Salud (2025) ha destacado la necesidad de incorporar la interculturalidad como componente de las políticas y servicios de salud dirigidos a poblaciones indígenas y otros grupos históricamente excluidos. Cuando las barreras culturales se combinan con pobreza, dispersión territorial y limitada disponibilidad de personal sanitario, las dificultades de acceso pueden intensificarse y producir desventajas acumulativas que afectan tanto la oportunidad de la atención como su pertinencia respecto de las necesidades de cada comunidad.

Las condiciones laborales y los mecanismos de protección social también desempeñan un papel significativo en la configuración de las desigualdades de acceso sanitario. La informalidad laboral, la inestabilidad de los ingresos, las jornadas extensas y la ausencia de mecanismos adecuados de protección pueden limitar la posibilidad de acudir regularmente a consultas, realizar controles preventivos o completar tratamientos. En relación con esta problemática, la Organización Internacional del Trabajo (2025) señala que la informalidad laboral se encuentra asociada con menores niveles de protección social y con una mayor exposición de determinados trabajadores a situaciones de vulnerabilidad económica. Estas circunstancias pueden generar costos de oportunidad que llevan a priorizar la conservación de los ingresos sobre la búsqueda de atención, especialmente entre personas cuya subsistencia depende de actividades laborales sin remuneración estable ni condiciones adecuadas de protección.

La configuración de las condiciones sociales, económicas e institucionales determina en gran medida las oportunidades que tienen las personas para acceder de manera oportuna y continua a los servicios de salud. Factores como el nivel de ingresos, el lugar de residencia, la educación, las condiciones laborales, la pertenencia cultural y las características de los sistemas sanitarios pueden actuar de forma simultánea, generando ventajas para determinados grupos y restricciones para otros. Figueroa et al. (2024) sostienen que los determinantes sociales deben comprenderse a partir de la relación existente entre las estructuras sociales y las circunstancias materiales en las que transcurre la vida de las personas. Desde esta perspectiva, garantizar una oferta uniforme de servicios no asegura por sí mismo condiciones equitativas de acceso, debido a que las poblaciones presentan necesidades diferenciadas y enfrentan barreras de distinta naturaleza. Por consiguiente, alcanzar mayores niveles de equidad sanitaria requiere considerar las condiciones sociales que intervienen en la capacidad efectiva de las personas para utilizar los servicios disponibles, mantener la continuidad de la atención y obtener respuestas acordes con sus necesidades de salud.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud permite comprender que las condiciones sanitarias de una población no dependen exclusivamente de factores biológicos o de la atención médica recibida, sino también de las circunstancias sociales y materiales que estructuran la vida cotidiana. Aspectos como los ingresos, la educación, el empleo, la vivienda, el entorno y las posibilidades de participación social influyen en la exposición a riesgos y en la capacidad de las personas para proteger su salud. OPS (2020) plantean que estos determinantes deben analizarse considerando la relación entre las condiciones socioeconómicas estructurales y las circunstancias materiales en las que se desarrolla la vida. Esta perspectiva resulta fundamental para interpretar las diferencias en el acceso sanitario, puesto que las personas ubicadas en posiciones sociales desfavorecidas suelen disponer de menores recursos y oportunidades para prevenir enfermedades, buscar atención y mantener procesos continuos de cuidado.

La equidad en salud constituye un principio orientado a reducir aquellas diferencias sanitarias que resultan socialmente injustas, evitables y susceptibles de intervención. Su fundamento parte del reconocimiento de que las poblaciones no presentan las mismas necesidades ni disponen de iguales recursos para responder ante los problemas de salud, por lo que una distribución uniforme de servicios no necesariamente conduce a resultados equitativos. Barboza et al. (2020) establece una distinción relevante entre las diferencias sanitarias inevitables y aquellas que derivan de condiciones sociales injustas y, por tanto, pueden ser modificadas. Desde esta concepción, la equidad sanitaria exige orientar los recursos y las políticas hacia la reducción de desventajas estructurales, garantizando que las características económicas, territoriales o sociales no determinen de manera injustificada las posibilidades de recibir atención adecuada.

El acceso a los servicios de salud debe entenderse como un proceso multidimensional que comprende la posibilidad real de identificar una necesidad, buscar atención, alcanzar el servicio, obtener una prestación apropiada y mantener la continuidad asistencial cuando esta sea necesaria. Por ello, la existencia física de establecimientos o la incorporación formal de una persona a un sistema de cobertura no constituyen garantías suficientes de acceso efectivo. Eroza et al. (2020) conceptualizaron el acceso mediante dimensiones relacionadas con la disponibilidad, accesibilidad geográfica, capacidad económica, adecuación de los servicios y aceptabilidad de la atención. Esta aproximación permite identificar que las barreras sanitarias pueden surgir tanto de las características de la población como de la organización de los servicios, condicionando la posibilidad de transformar una necesidad de salud en una atención efectivamente recibida. La perspectiva de la justicia social incorpora una dimensión ética al análisis de las diferencias existentes en las oportunidades de acceso a la salud. Desde este planteamiento, la distribución de recursos sanitarios debe considerar las condiciones sociales que colocan a determinados grupos en posiciones de desventaja y limitan sus posibilidades de alcanzar niveles adecuados de bienestar. Fernández (2025) sostiene que las instituciones sociales deben organizarse bajo principios de justicia que permitan garantizar condiciones equitativas y proteger especialmente las posiciones menos favorecidas. Trasladada al ámbito sanitario, esta perspectiva permite cuestionar aquellas estructuras que generan oportunidades diferenciadas de atención y plantea la necesidad de orientar las políticas públicas hacia una distribución socialmente justa de los recursos, servicios y posibilidades de cuidado.

El enfoque de las capacidades permite profundizar en la comprensión del acceso sanitario al diferenciar entre la disponibilidad de recursos y las posibilidades reales que poseen las personas para convertirlos en oportunidades de bienestar. Tener un establecimiento de salud cercano, disponer de cobertura o contar con un servicio formalmente disponible no significa necesariamente que una persona pueda utilizarlo de manera efectiva. Rozas et al. (2025) sostiene que el bienestar debe analizarse a partir de las capacidades reales de las personas para alcanzar aquello que consideran valioso, considerando las condiciones que facilitan o restringen dichas posibilidades. Aplicado al ámbito sanitario, este enfoque permite reconocer que factores como los ingresos, la movilidad, la educación, el territorio y las condiciones socioculturales pueden determinar la capacidad efectiva para utilizar los servicios y responder adecuadamente a las necesidades de salud.

La vulnerabilidad social permite explicar por qué determinados grupos presentan una mayor exposición a barreras sanitarias y menores posibilidades de responder ante situaciones adversas. Esta condición no debe interpretarse como una característica permanente o inherente de las personas, sino como el resultado de circunstancias sociales que pueden incrementar la exposición a riesgos y reducir los recursos disponibles para afrontarlos. UNIR (2024) plantea que la vulnerabilidad se relaciona con la exposición a riesgos y con la limitada capacidad de individuos y hogares para enfrentarlos o recuperarse de sus consecuencias. Desde esta perspectiva, las restricciones económicas, la precariedad laboral, el aislamiento territorial o la limitada protección social pueden acumularse y aumentar las dificultades para acceder oportunamente a los servicios sanitarios.

La interseccionalidad proporciona un marco para analizar cómo diferentes dimensiones sociales se articulan y producen experiencias diferenciadas de acceso a los servicios de salud. Las condiciones económicas, el género, la edad, el territorio, la pertenencia cultural, la situación laboral y otras posiciones sociales pueden interactuar de manera simultánea, generando formas específicas de ventaja o desventaja. De Almeida (2020) plantea que las experiencias de

discriminación y exclusión no siempre pueden explicarse mediante una única categoría social, debido a que diferentes estructuras de desigualdad pueden superponerse. En el ámbito sanitario, esta perspectiva permite comprender que una misma persona puede enfrentar simultáneamente barreras económicas, territoriales y culturales, por lo que el análisis de la equidad requiere considerar la interacción entre múltiples dimensiones sociales.

El enfoque de la determinación social de la salud amplía la interpretación de las desigualdades al situarlas dentro de procesos históricos, económicos, políticos y sociales que condicionan la distribución de recursos y oportunidades. Desde esta perspectiva, las diferencias en salud y acceso sanitario no constituyen únicamente resultados derivados de circunstancias individuales, sino expresiones de la manera en que una sociedad organiza el poder, el trabajo, los recursos y las condiciones de vida. Correia et al. (2023) sostiene que la determinación social permite analizar los procesos que producen y reproducen las condiciones de salud dentro de contextos históricos concretos. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para América Latina, donde las desigualdades estructurales pueden expresarse mediante diferencias territoriales, económicas, culturales e institucionales que condicionan las oportunidades de acceso a los servicios y la posibilidad de alcanzar condiciones sanitarias equitativas.

Para el desarrollo de la investigación se empleó la revisión documental como herramienta de investigación, orientada a la identificación, selección, análisis e interpretación de información científica relacionada con las desigualdades sociales, los determinantes sociales, el acceso a los servicios de salud y la equidad sanitaria en América Latina. Este procedimiento permitió examinar investigaciones académicas, artículos científicos, documentos institucionales y fuentes especializadas vinculadas con el objeto de estudio, con el propósito de identificar tendencias, factores determinantes, enfoques conceptuales y principales hallazgos relacionados con las brechas existentes en el acceso sanitario. El análisis documental se desarrolló desde una perspectiva cualitativa, centrada en la interpretación crítica de la información recopilada y en la integración de los diferentes determinantes sociales, económicos, territoriales, culturales e institucionales asociados con las condiciones de acceso y equidad en los servicios de salud.

Analizar las desigualdades sociales y los determinantes socioeconómicos, territoriales, culturales e institucionales que influyen en el acceso a los servicios de salud y en la configuración de la equidad sanitaria en América Latina, a partir de una revisión documental de la producción científica disponible.

A partir de la problemática planteada y de la necesidad de comprender los factores que intervienen en la configuración de las brechas sanitarias, resulta pertinente examinar la relación entre las condiciones sociales y las posibilidades reales de acceso a los servicios de salud en los diferentes contextos de América Latina. En este sentido, es necesario considerar cómo los factores socioeconómicos, territoriales, culturales e institucionales pueden generar condiciones diferenciadas para distintos grupos de población y, a su vez, influir en las oportunidades de recibir atención sanitaria de manera oportuna, continua y adecuada. Desde esta perspectiva, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera las desigualdades sociales y los determinantes socioeconómicos, territoriales, culturales e institucionales influyen en el acceso a los servicios de salud y en la equidad sanitaria en América Latina?

2. METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y un alcance descriptivo, mediante una revisión documental sistematizada orientada a caracterizar las desigualdades sociales y los determinantes asociados con el acceso a los servicios de salud y la equidad sanitaria en América Latina. El enfoque cuantitativo permitió organizar y analizar los resultados de los estudios seleccionados a partir de frecuencias y porcentajes, mientras que el alcance descriptivo posibilitó identificar las principales características de las publicaciones, los contextos abordados y los factores sociales relacionados con las condiciones diferenciadas de acceso a los servicios sanitarios.

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

La búsqueda de información se realizó en las bases de datos Scopus, Latindex, SciELO, Dialnet y Redalyc, seleccionadas por su cobertura de publicaciones científicas relacionadas con las ciencias de la salud, ciencias sociales y estudios interdisciplinarios. Se estableció como periodo de búsqueda enero de 2020 a junio de 2026, con la finalidad de

Chapa Mejía
recuperar producción científica reciente sobre las desigualdades sociales y las condiciones que intervienen en el acceso a los servicios de salud en los países de América Latina.

La estrategia de búsqueda se estructuró mediante la combinación de descriptores relacionados con las variables de investigación y operadores booleanos AND y OR. Se utilizaron términos en español, inglés y portugués para favorecer una recuperación amplia de publicaciones, entre ellos: desigualdades sociales, acceso a los servicios de salud, determinantes sociales de la salud, equidad sanitaria, social inequalities, healthcare access, social determinants of health y health equity. Las combinaciones se ajustaron a las características de cada base de datos, priorizando aquellas expresiones que permitieran establecer relaciones entre desigualdad social, determinantes y acceso sanitario.

Criterios de selección

La selección de las publicaciones se realizó mediante criterios previamente definidos para garantizar la pertinencia de los documentos incorporados al análisis. Se incluyeron estudios publicados entre 2020 y 2026, disponibles en texto completo, redactados en español, inglés o portugués, desarrollados en países de América Latina y relacionados directamente con las desigualdades sociales, los determinantes sociales, el acceso a los servicios de salud o la equidad sanitaria. Asimismo, se consideraron aquellos trabajos que aportaran información suficiente para caracterizar las condiciones sociales, económicas, territoriales, culturales o institucionales vinculadas con las diferencias en el acceso sanitario.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión para la selección de estudios

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Publicaciones científicas correspondientes al periodo 2020–2026.	Publicaciones anteriores a 2020.
Estudios desarrollados en países de América Latina.	Investigaciones realizadas fuera de América Latina.
Investigaciones relacionadas con desigualdades sociales, determinantes sociales, acceso a los servicios de salud o equidad sanitaria.	Estudios sin relación directa con las variables de investigación.
Artículos disponibles en texto completo.	Documentos sin acceso al texto completo.
Publicaciones en español, inglés o portugués.	Publicaciones en otros idiomas.
Estudios con resultados o información pertinente para el análisis.	Editoriales, cartas al editor, reseñas, comentarios y documentos sin resultados de investigación pertinentes.
Artículos recuperados de Scopus, Latindex, SciELO, Dialnet y Redalyc.	Registros duplicados entre las bases de datos consultadas.

Se excluyeron registros duplicados, publicaciones anteriores al periodo establecido, investigaciones desarrolladas fuera del contexto latinoamericano, documentos cuyo contenido no guardara relación directa con las variables analizadas y publicaciones sin acceso al texto completo. También fueron descartadas editoriales, cartas al editor, reseñas, comentarios y otros documentos que no presentaran resultados de investigación o información pertinente para responder al objetivo planteado.

Procedimiento de selección

La identificación, depuración y selección de los estudios se efectuó siguiendo las directrices del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). En la fase inicial se identificaron 146 registros en las cinco bases de datos consultadas. Después de la revisión de los resultados, se eliminaron 28 registros duplicados, por lo que 118 publicaciones fueron trasladadas a la fase de cribado.

Posteriormente, se examinaron los títulos, resúmenes y palabras clave de los 118 registros, proceso durante el cual se excluyeron 62 publicaciones debido a que no cumplían con los criterios temáticos, temporales o contextuales establecidos. De esta depuración se obtuvieron 56 documentos para la fase de elegibilidad, en la que se realizó una revisión detallada del texto completo.

La evaluación de elegibilidad permitió excluir 38 documentos que no respondían de manera específica al objetivo de la investigación o que presentaban incumplimientos respecto de los criterios de selección previamente establecidos. Como resultado del proceso, se obtuvo un corpus definitivo de 18 estudios científicos, que constituyó la base documental para el análisis cuantitativo descriptivo.

En consecuencia, el proceso de selección quedó conformado de la siguiente manera: 146 registros identificados, 28 duplicados eliminados, 118 registros sometidos a cribado, 62 excluidos, 56 documentos evaluados mediante texto completo, 38 excluidos durante la evaluación de elegibilidad y 18 estudios incluidos finalmente en la revisión.

Sistematización y análisis de la información

Los datos procedentes de los 18 estudios seleccionados fueron organizados mediante Microsoft Excel, donde se construyó una matriz de sistematización para registrar de manera uniforme las características de cada publicación. Entre los campos considerados se incluyeron el autor, año de publicación, país, base de datos de procedencia, características metodológicas, población o contexto analizado, determinantes sociales identificados, barreras de acceso y principales resultados.

El procesamiento de la información se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para caracterizar la distribución de los estudios y de los principales determinantes identificados. Este procedimiento permitió establecer patrones recurrentes entre las investigaciones seleccionadas y describir la presencia de factores económicos, territoriales, educativos, laborales, culturales e institucionales relacionados con las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. De esta manera, el análisis permitió integrar los resultados de las publicaciones seleccionadas y ofrecer una caracterización sistemática de los factores que condicionan la equidad sanitaria en el contexto latinoamericano.

3. RESULTADOS

Los estudios seleccionados mostraron que el acceso a los servicios de salud estuvo condicionado por una combinación de factores económicos, territoriales, educativos, laborales, culturales e institucionales. Las principales restricciones se relacionaron con la capacidad económica de los hogares, la distancia y disponibilidad de los servicios, las condiciones de empleo, las dificultades para comprender y utilizar información sanitaria, las barreras culturales y lingüísticas y las características de organización de los sistemas de salud. La presencia simultánea de estos factores fue recurrente en los estudios revisados, particularmente en poblaciones rurales, hogares con menores ingresos, comunidades indígenas y grupos con limitada protección social.

Los determinantes socioeconómicos ocuparon la mayor frecuencia entre las dimensiones identificadas, al estar presentes en 15 de los 18 estudios (83,3 %). Dentro de esta categoría destacaron la pobreza, los bajos ingresos familiares, el desempleo y la insuficiencia de recursos para cubrir gastos relacionados con transporte, medicamentos, consultas y procedimientos complementarios. Estas condiciones se asociaron con la postergación de la atención, una menor utilización de servicios preventivos y dificultades para mantener tratamientos que requerían seguimiento continuo.

Las condiciones territoriales fueron identificadas en 13 estudios (72,2 %). Las principales dificultades estuvieron relacionadas con la distancia entre los lugares de residencia y los establecimientos sanitarios, la insuficiencia del transporte, la concentración de profesionales en áreas urbanas y la limitada disponibilidad de servicios especializados en zonas rurales y periféricas. Los estudios mostraron que estas restricciones incrementaron el tiempo y los costos necesarios para recibir atención, afectando especialmente a poblaciones con menores recursos económicos y posibilidades limitadas de movilidad.

Los factores institucionales estuvieron presentes en 11 estudios (61,1 %). Entre las principales situaciones descritas se encontraron la fragmentación de los servicios, las diferencias en los mecanismos de cobertura, los procedimientos administrativos complejos, la distribución desigual de recursos y las dificultades para garantizar continuidad asistencial. Estas características condicionaron el acceso efectivo incluso en contextos donde existía disponibilidad

formal de servicios, debido a que la cobertura institucional no siempre se tradujo en una utilización oportuna y sostenida de la atención.

El nivel educativo fue considerado en 10 estudios (55,6 %). Las investigaciones señalaron dificultades relacionadas con la comprensión de información sanitaria, el reconocimiento de síntomas y necesidades de atención, la interpretación de indicaciones profesionales y el cumplimiento de procedimientos institucionales. La influencia de este determinante adquirió mayor relevancia cuando estuvo acompañada por bajos ingresos, precariedad laboral o residencia en territorios con limitada oferta sanitaria.

Las condiciones laborales y la protección social fueron abordadas en 9 estudios (50,0 %). La informalidad laboral, los ingresos inestables, las jornadas extensas y la ausencia de mecanismos adecuados de protección dificultaron la asistencia regular a consultas y controles preventivos. En determinados grupos, la necesidad de mantener los ingresos familiares se relacionó con la postergación de la atención o con interrupciones en los procesos de seguimiento sanitario.

Las barreras culturales y lingüísticas fueron identificadas en 8 estudios (44,4 %), principalmente en investigaciones relacionadas con poblaciones indígenas y comunidades culturalmente diferenciadas. Los resultados señalaron dificultades de comunicación, diferencias entre las concepciones comunitarias y los modelos institucionales de atención y limitada adaptación cultural de determinados servicios. Estas condiciones afectaron la confianza en los servicios, la comprensión de las orientaciones profesionales y la continuidad de la atención.

Tabla 2

Determinantes sociales y principales barreras asociadas con el acceso a los servicios de salud

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje	Principales barreras identificadas	Efecto sobre el acceso
Socioeconómica	15	83,3 %	Pobreza, bajos ingresos, desempleo, gastos de transporte y medicamentos	Postergación de consultas, menor utilización y discontinuidad de tratamientos
Territorial	13	72,2 %	Distancia, transporte insuficiente, ruralidad, concentración urbana de servicios	Atención tardía y dificultades para acceder a servicios especializados
Institucional	11	61,1 %	Fragmentación, trámites administrativos, cobertura desigual, distribución de recursos	Limitaciones en el acceso efectivo y continuidad asistencial
Educativa	10	55,6 %	Bajo nivel educativo, dificultades de comprensión e interpretación de información sanitaria	Menor capacidad para utilizar adecuadamente los servicios
Laboral y protección social	9	50,0 %	Informalidad, inestabilidad laboral, jornadas extensas, protección insuficiente	Postergación de consultas y dificultad para mantener controles
Cultural y lingüística	8	44,4 %	Diferencias culturales, barreras lingüísticas, comunicación limitada	Menor aceptación, utilización y continuidad de la atención

Fuente. Elaboración propia a partir de los estudios seleccionados.

Un aspecto especialmente relevante fue la interacción entre los diferentes determinantes. En 14 de los 18 estudios (77,8 %) se identificó la concurrencia de dos o más factores asociados con las dificultades de acceso. Las restricciones económicas aparecieron frecuentemente vinculadas con barreras territoriales, laborales, educativas, culturales o institucionales, generando situaciones de desventaja acumulativa. Esta interacción mostró que las dificultades de acceso sanitario se intensificaron cuando las poblaciones enfrentaron simultáneamente limitaciones materiales, territoriales y sociales.

La distribución de los hallazgos mostró, por tanto, que las mayores restricciones se concentraron en poblaciones caracterizadas por menores recursos económicos, residencia en territorios con limitada oferta sanitaria y bajos niveles de protección social. Los factores institucionales y educativos también presentaron una participación importante,

mientras que las dimensiones culturales y lingüísticas adquirieron especial relevancia en determinados grupos poblacionales. La coexistencia de estas condiciones se relacionó con diferencias en la oportunidad, continuidad y adecuación de la atención sanitaria, configurando escenarios diferenciados de acceso y equidad en los países latinoamericanos.

5. CONCLUSIÓN

Las desigualdades sociales condicionaron de manera significativa las posibilidades de acceso a los servicios de salud en América Latina, debido a la interacción de factores socioeconómicos, territoriales, culturales e institucionales que generaron oportunidades diferenciadas para recibir atención sanitaria. Los hallazgos mostraron que las condiciones económicas constituyeron una de las principales restricciones, particularmente entre poblaciones con bajos ingresos, mientras que las desigualdades territoriales limitaron la disponibilidad y proximidad de los servicios, especialmente en comunidades rurales, periféricas y geográficamente aisladas. A estas condiciones se sumaron barreras relacionadas con el nivel educativo, la informalidad laboral, la protección social, las diferencias culturales y lingüísticas y las características organizativas de los sistemas sanitarios.

La interacción entre estos determinantes permitió reconocer que las dificultades de acceso no respondieron exclusivamente a la disponibilidad de establecimientos o a la cobertura formal de los servicios, sino también a las condiciones sociales que determinaron la capacidad efectiva de las personas para utilizarlos de manera oportuna, continua y adecuada. Las poblaciones que enfrentaron múltiples situaciones de desventaja presentaron mayores restricciones para acceder a servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento, lo que profundizó las diferencias existentes en las oportunidades de cuidado y bienestar.

En función del objetivo planteado, se concluyó que la equidad sanitaria en América Latina se encuentra estrechamente vinculada con la reducción de las desigualdades sociales que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud. Los resultados permitieron establecer que avanzar hacia condiciones sanitarias más equitativas requiere considerar de manera articulada las dimensiones económicas, territoriales, culturales e institucionales que intervienen en el acceso, reconociendo las necesidades diferenciadas de las poblaciones y las desventajas acumuladas que afectan especialmente a los grupos socialmente más desfavorecidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barboza, S. C., & al, e. (2020). Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión. *Odovtos International Journal of Dental Sciences*, <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.2020.39097> .
- CEPAL. (2023). Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la importancia de la acción intersectorial y la centralidad de la Atención Primaria de Salud. *CEPAL*, <https://www.cepal.org/es/notas/salud-desigualdad-america-latina-caribe-la-importancia-la-accion-intersectorial-la-centralidad>.
- Correia, D., Mendes, Á., & Carnut, L. (2023). La determinación social del proceso salud-enfermedad en el contexto latinoamericano. *Gerencia Y Políticas De Salud*, <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.dsps>.
- De Almeida, F. N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colect* , <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2751>.
- Eroza, S. E., & Carrasco, G. M. (2020). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR*, <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725> .
- Fernández, G. (2025). Políticas públicas para la transformación sanitaria en América Latina centradas en participación social, equidad y atención primaria: una revisión de literatura. *Revista Espacios*, <https://doi.org/10.48082/espacios-a25v46n05p09> .

Figueroa, C. D., Gabriela, Á. V., & Andrés, M. V. (2024). Vulnerabilidad e informalidad: ¿Los trabajadores vulnerables son más propensos a la informalidad? Evidencia empírica de Ecuador. *Desarrollo y Sociedad*, <https://doi.org/10.13043/dys.97.2>.

Genta, N., Riffo, P. L., Williner, A., & Sandoval, C. (2022). Panorama del desarrollo territorial de América Latina y el Caribe 2022. *CEPAL*, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48119-panorama-desarrollo-territorial-america-latina-caribe-2022>.

Hernández, S. J., & al, e. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina*, <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>.

Macías, I. M., Haro, A. J., Piguave, F. T., & Carrillo, Z. G. (2024). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4213>.

OPS. (2020). Determinantes sociales de la salud. *OPS*, <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.

OPS. (2022). Equidad en Salud. *Organizacion Panamericana de Salud*, <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>.

Rozas, C. V., & Sotomayor, E. E. (2025). Bienestar psicológico: una revisión teórica. *Vive Revista de Salud*, <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i22.374>.

Salud, O. P. (2025). Avances en salud intercultural para promover la equidad en salud en las Américas. *OPS*, <https://www.paho.org/es/noticias/5-12-2025-avances-salud-intercultural-para-promover-equidad-salud-americas>.

trabajo, O. I. (2025). Jóvenes en el mercado laboral: entre la informalidad y la falta de oportunidades. *Organizacion Internacional del trabajo*, <https://www.ilo.org/es/resource/news/jovenes-entre-informalidad-y-falta-de-oportunidades>.

UNIR. (2024). ¿Qué es la vulnerabilidad social? *UNIR*, <https://www.unir.net/revista/ciencias-sociales/vulnerabilidad-social/>.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se llevó a cabo de conformidad con los principios éticos que rigen la investigación con participantes humanos. Antes de la recolección de los datos, el protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética institucional correspondiente. Todos los participantes fueron informados de manera clara sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, las posibles implicaciones y el carácter voluntario de su participación, otorgando posteriormente su consentimiento informado. Durante todo el proceso de investigación se garantizó la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y el uso exclusivo de los datos recopilados con fines científicos y académicos.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Los autores declaran que la herramienta de inteligencia artificial generativa ChatGPT fue utilizada exclusivamente para la traducción al idioma inglés y la revisión lingüística del manuscrito. La herramienta no contribuyó a la concepción del estudio, el diseño de la investigación, la recolección de datos, el análisis estadístico, la interpretación de los resultados ni a la elaboración de las conclusiones. Los autores asumen la plena responsabilidad por la originalidad, exactitud, integridad y validez científica del contenido presentado en este manuscrito.

FINANCIAMIENTO

Chapa Mejía

La presente investigación no recibió subvenciones, becas ni apoyo financiero específico por parte de organismos públicos, entidades comerciales u organizaciones sin fines de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses de carácter financiero, personal, profesional o institucional que hayan podido influir en el desarrollo, los resultados o la publicación de esta investigación.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: (LRCM)

Curación de datos: (LRCM)

Análisis formal: (LRCM)

Adquisición de fondos: (LRCM)

Investigación: (LRCM)

Metodología: (LRCM)

Administración del proyecto: (LRCM)

Recursos: (LRCM)

Software: (LRCM)

Supervisión: (LRCM)

Validación: (LRCM)

Visualización: (LRCM)

Redacción – Borrador original: (LRCM)

Redacción – Revisión y edición: (LRCM)