



Determinantes socioculturales del acceso y la adherencia a programas de medicina preventiva: estudio mixto secuencial en población local, 2026

Sociocultural Determinants of Access and Adherence to Preventive Medicine Programs: A Sequential Mixed-Methods Study

Artículo de investigación

Gimberly Zahilly Yusty Blanco ¹

Resumen

El propósito de este artículo fue analizar el impacto de los determinantes socioculturales en el acceso y la adherencia a los programas de medicina preventiva y social en una población local durante el año 2026. Se examinó si el ausentismo preventivo se relaciona con barreras socioculturales y la rigidez operativa institucional frente a las representaciones sociales comunitarias. Metodológicamente, se adoptó un enfoque mixto con Diseño Secuencial Explicativo (DEXPLIS), aplicando cuestionarios a 384 usuarios adultos del sistema local de salud y 12 entrevistas en profundidad (4 médicos familiares/comunitarios, 2 enfermeras coordinadoras y 6 líderes comunitarios). Los resultados cuantitativos revelaron una tasa de ausentismo preventivo del 68,5% (definida operacionalmente como la no asistencia a consultas preventivas o controles rutinarios durante 2026), identificándose una probabilidad tres veces mayor de inasistencia en hombres ($p < 0,001$) debido a barreras de género asociadas al rol de proveedor. La fase cualitativa evidenció que la comunidad concibe la salud estrictamente como funcionalidad laboral y experimenta distanciamiento epistémico frente a la terminología biomédica y la rigidez horaria (74,2%). Se concluye que el acceso efectivo requiere reestructurar la atención primaria mediante la flexibilización de horarios, andamiajes pedagógicos contextualizados y procesos de negociación intercultural que garanticen la pertinencia cultural del servicio.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud, alfabetización en salud, atención primaria de salud, identidad de género, medicina preventiva.

Recibido: 28 de mayo de 2026
Received: 28 May 2026

Aceptado: 30 de septiembre de 2026
Accepted: 30 September 2026

¹ Universidad de Carabobo. ORCID N° 0009000874534845
Correo: zahillyblanco@gmail.com



Abstract

The purpose of this article was to analyze the impact of sociocultural determinants on access and adherence to preventive and social medicine programs within a local population during 2026. It examined whether non-attendance to preventive care is associated with sociocultural barriers and institutional operational rigidity in contrast to community social representations. Methodologically, a mixed-methods approach with an Explanatory Sequential Design (DEXPLIS) was adopted, administering questionnaires to 384 adult healthcare users and conducting 12 in-depth interviews (4 family/community physicians, 2 nurse coordinators, and 6 community leaders). Quantitative findings revealed a 68.5% preventive care non-attendance rate (operationally defined as not attending preventive consultations or routine checkups during 2026), with men showing a three-fold higher probability of non-attendance ($p < 0.001$) due to gender barriers tied to the provider role. The qualitative phase demonstrated that the community conceives health strictly as workplace functionality and experiences epistemic distance from institutional biomedical jargon and rigid scheduling (74.2%). It is concluded that effective healthcare access requires restructuring primary care through flexible scheduling, contextualized pedagogical frameworks, and intercultural negotiation processes that ensure cultural relevance in service delivery.

Keywords: Access to health services, health literacy, primary health care, gender identity, preventive medicine.

Introducción

La actualidad del análisis de los sistemas de salud ha conseguido trascender el paradigma estrictamente biomédico, para establecer que la salud y la enfermedad no son solo estados biológicos, sino que son construcciones sociales, configuradas a partir del contexto. El énfasis, en Medicina Preventiva y Social, que otorgan eficacia a las políticas públicas se centra en la dialéctica entre las estructuras institucionales y la realidad sociocultural de los pueblos atendidos (López y Silva, 2023, p. 45). Sin perjuicio de que existen esfuerzos colectivos por construir sistemas de salud universales y preventivos, persiste una brecha significativa entre una cobertura formalizada y el acceso real y efectivo de los ciudadanos a dichos planes. La OMS (2021) remarca que la digitalización y la logística institucional debe estar acorde con la realidad del contexto, lo que favorecería la equidad en la atención primaria.

Dicha distancia se incrementa al no asumir que los sujetos y las comunidades construyen el proceso salud-enfermedad-atención a través del prisma de sus propias pautas culturales y sistemas de creencias y de sus condiciones sociales y económicas (Martínez-Herrera, 2024). Por ejemplo, los roles de género tradicionales, la habitualidad de la medicina popular o medicina alternativa, el nivel de alfabetización en salud, y la desconfianza crónica hacia las instituciones estatales emergen como factores determinantes que pueden extender las campañas de prevención primaria y secundaria. Cuando la planificación sanitaria asume un usuario homogéneo, se amplifican las asimetrías comunicativas y se erigen barreras simbólicas que neutralizan el impacto de las políticas públicas (Martínez, 2025).

Aunado a lo anterior descrito, en el ambio de Latinoamérica los programas de salud



se idean desde una perspectiva vertical-empirista, desde la que piensan a la población como un receptor pasivo de salud, según Ramírez y Gómez (2025) indican que esta desconexión cultural propicia subutilizaciones de los servicios preventivos (esquemas de vacunación, tamizajes oncológicos y de control de patologías crónicas) con el consiguiente incremento de la carga de los servicios de urgencias y de los costos de atención terciaria o curativa. La falta de pertinencia cultural de los canales de atención convierte al acceso formal en un derecho vacío; la literatura indica que "las barreras de usabilidad y comprensión conceptual en los servicios del sector salud son un factor que vulnera de manera directa la seguridad del paciente en un esquema latinoamericano" (Castro y Villalobos, 2023); de ahí la necesidad de poner en cuestión cómo operan estas barreras socioculturales en contextos locales para ofrecer modelos de atención más inclusivos y contextualizados.

A nivel epistemológico y metodológico, la literatura científica regional aún presenta una brecha notable: la mayoría de las investigaciones sobre cobertura en atención primaria abordan el problema desde perspectivas epidemiológicas puramente cuantitativas o mediante análisis cualitativos aislados, existiendo escasa evidencia empírica local que integre simultáneamente el Modelo de Creencias en Salud (MCS) y la Teoría de las Representaciones Sociales mediante un diseño metodológico mixto. Esta carencia analítica impide comprender cómo las valoraciones cognitivas individuales interactúan con los códigos simbólicos y las relaciones de poder compartidas por la comunidad para modular la asistencia a los centros de salud.

A partir de este escenario, el presente artículo intenta responder a la siguiente interrogante: ¿De qué manera los determinantes socioculturales inciden en el acceso y la adherencia de los usuarios a los programas de medicina preventiva en un sistema local de salud durante el año 2026? La finalidad del artículo es analizar el efecto de estos determinantes en base a un enfoque mixto en el cual los indicadores cuantitativos de cobertura e infraestructura sean explicados y profundizados mediante las experiencias, percepciones y significados que habita la comunidad y el profesional de salud. Este proceder metodológico es justificado epistémicamente en cuanto a que permite probar bien cómo la triangulación de los datos estadísticos obtenidos al lado de las representaciones sociales contribuye a enriquecer la comprensión de fenómenos complejos, vale decir, servir de evidencia empírica al campo de la Medicina Social y poder avanzar hacia modelos de salud desde la perspectiva de la interculturalidad.

A continuación, se definen el objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

Objetivo General

Analizar el impacto de los determinantes socioculturales en el acceso y la adherencia a los programas de medicina preventiva y social en los usuarios del sistema de salud local durante el año 2026

Objetivos Específicos

1. Identificar la prevalencia de las barreras socioculturales (creencias, roles de género y alfabetización en salud) y su correlación estadística con el acceso y el ausentismo preventivo en la población usuaria.
2. Explorar las representaciones sociales, significados y experiencias de los



líderes comunitarios y el personal médico en torno al proceso salud-enfermedad-atención y la legitimidad de la medicina formal.

3. Explicar los nudos críticos y tendencias estadísticas de la fase cuantitativa a partir de los discursos, constructos culturales y barreras simbólicas emergentes en la fase cualitativa.

4. Formular lineamientos estratégicos y recomendaciones orientadas al rediseño de las políticas públicas de salud local, promoviendo la pertinencia cultural, la reestructuración horaria y la negociación intercultural en la atención primaria.

Con el propósito de poder tratamiento de complejidad a las barreras invisibles en el acceso a la salud, la investigación se apoya conceptualmente en la complementariedad de dos modelos teóricos de distinta naturaleza, el Modelo de Creencias en Salud (MCS), que permite disponer de las dimensiones de la cognición a nivel individual, y la Teoría de las Representaciones Sociales, que permite destapar las de las construcciones colectivas y los significados compartidos por la comunidad.

Modelo de Creencias en Salud (MCS)

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) constituye un marco conceptual robusto para desglosar la toma de decisiones individuales respecto a la prevención primaria. Este modelo se articula formalmente a través de cuatro dimensiones nucleares: la susceptibilidad percibida (la percepción subjetiva del riesgo de contraer una afección), la severidad percibida (la evaluación del sujeto sobre la gravedad de las consecuencias médicas y sociales de estar enfermo), los beneficios percibidos (la estimación del valor real de la acción

preventiva) y las barreras percibidas (los aspectos negativos, costos y dificultades materiales o psicológicas que implica llevar a cabo la conducta de salud) (Castro y Villalobos, 2023).

En el contexto específico del sistema de salud local analizado, el balance entre estas dimensiones se encuentra profundamente distorsionado por factores estructurales y de comunicación. Las barreras percibidas no se limitan únicamente a la distancia física o al costo económico del traslado, sino que abarcan la incomprensión de las dinámicas burocráticas y asistenciales.

Asimismo, el constructo de la alfabetización en salud juega un papel mediador crítico en la configuración de la susceptibilidad y severidad percibidas. Cuando un sistema de salud diseña programas preventivos bajo supuestos tecnocráticos abstractos, genera una disonancia cognitiva en el usuario.

Tal como expone Martínez (2025), el fracaso de la prevención radica en la imposición de una racionalidad exógena, pues el desarrollo de competencias y la adherencia terapéutica en las profesiones de la salud no pueden basarse en el mito del nativo digital o en la homogeneidad cognitiva, requiriendo en su lugar un andamiaje pedagógico que reconozca las brechas conceptuales del entorno real del paciente.

Por consiguiente, el MCS permite interpretar el ausentismo no como una conducta irracional, sino como el resultado lógico de un escenario donde el beneficio percibido de asistir a un chequeo preventivo rutinario se diluye frente a una alta tasa de barreras operativas y simbólicas percibidas por el individuo.



Teoría de las Representaciones Sociales en el Ámbito Médico

Para complementar la dimensión individual del MCS, la Teoría de las Representaciones Sociales proporciona el andamiaje necesario para comprender cómo el entorno colectivo modela, normaliza y legitima las conductas de autoatención y desuso institucional. Las representaciones sociales son definidas como formas de conocimiento socialmente elaborado y compartido, que poseen una función práctica orientada hacia la construcción de una realidad común a un conjunto social determinado (Martínez-Herrera, 2024). Estas formaciones están compuestas por un núcleo central estable, ligado a los valores y la memoria histórica del colectivo, y elementos periféricos que absorben las contingencias cotidianas.

En el campo de la Medicina Preventiva y Social, la representación social del proceso salud-enfermedad-atención determina de forma directa la validez que la comunidad le otorga al personal médico formal frente a los terapeutas tradicionales. El núcleo central de la representación colectiva en los sectores estudiados suele concebir la salud bajo una lógica estrictamente mecanicista y laboral: se está sano únicamente si se posee la capacidad física de trabajar e ingresar recursos al núcleo familiar. Bajo esta construcción, la prevención primaria queda desprovista de valor instrumental inmediato, situándose fuera de las prioridades cotidianas.

Esta representación colectiva se intersecta críticamente con las construcciones de género y los mandatos tradicionales de la masculinidad. En concordancia con los marcos de salud pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), los roles de género que asocian al varón exclusivamente con la

autosuficiencia, la invulnerabilidad y la provisión económica configuran una barrera simbólica que penaliza la búsqueda preventiva de atención; acudir al médico sin un síntoma invalidante es categorizado en el imaginario local como un signo de fragilidad o debilidad. Por consiguiente, tal como argumenta Martínez-Herrera (2024), el distanciamiento hacia el sistema asistencial no deriva de un déficit cognitivo de la población, sino de un desencuentro semiótico: la legitimidad del personal sanitario decae si las prácticas institucionales invisibilizan, sancionan o descalifican las dinámicas de autocuidado y la medicina tradicional legitimadas por la comunidad.

Integración Conceptual: Articulación del MCS y las Representaciones Sociales

La fortaleza teórico-metodológica de la presente investigación radica en la convergencia complementaria de ambos marcos para decodificar las causas del ausentismo preventivo en un continuo que va desde la cognición individual hasta la cultura comunitaria:

1. Nivel Cognitivo-Individual (MCS): Explica cómo el usuario sopesa a título personal la susceptibilidad al riesgo, la utilidad de los tamizajes y las barreras operativas inmediatas impuestas por la rigidez institucional o la incomprensión de las indicaciones médicas.
2. Nivel Simbólico-Colectivo (Representaciones Sociales): Proporciona la matriz explicativa para entender por qué tales barreras individuales se normalizan y reproducen en el grupo. Las percepciones individuales de falta de tiempo o inutilidad del chequeo asintomático no son elecciones aisladas, sino el reflejo de un núcleo central comunitario que subordina el cuidado corporal a la productividad laboral y a los mandatos de género tradicionales.



Al articular ambos modelos, la investigación supera tanto el reduccionismo individualista (que responsabiliza al paciente de su inasistencia) como el estructuralismo abstracto (que ignora las decisiones subjetivas). Esta síntesis teórica fundamenta de manera directa el Diseño Secuencial Explicativo (DEXPLIS), permitiendo que las mediciones psicométricas y estadísticas de las barreras individuales (fase cuantitativa) sean explicadas a profundidad mediante las matrices culturales, las barreras de género y las representaciones simbólicas compartidas por los actores comunitarios e institucionales (fase cualitativa).

Metodología

La presente investigación se adscribe al enfoque mixto de investigación, el cual permite la recolección, análisis e integración de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para lograr una comprensión integral del fenómeno (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020). La adopción de este enfoque responde a la necesidad de superar las limitaciones analíticas de los modelos puramente epidemiológicos o descriptivos aislados, permitiendo que la rigurosidad estadística cuantitativa coexista dialécticamente con la riqueza narrativa de las experiencias socioculturales vividas por los sujetos.

Tipo de estudio: El diseño de investigación implementado es el Diseño Secuencial Explicativo (DEXPLIS), el cual se caracteriza por una secuencia cronológica y metodológica estructurada en dos fases consecutivas (Creswell y Creswell, 2018).

Primero la Fase Cuantitativa (prioritaria): Se recolectaron y analizaron datos

numéricos para dimensionar la magnitud del ausentismo preventivo, la prevalencia de barreras socioculturales y sus correlaciones estadísticas.

Los resultados cuantitativos (particularmente los nudos críticos de ausentismo masculino significativo y las correlaciones inversas de alfabetización en salud) sirvieron como criterio directo para la formulación de los ejes temáticos de la guía de entrevista cualitativa y la selección intencional de los sectores con menor cobertura.

Segundo la Fase Cualitativa (explicativa): Se profundizaron las experiencias, percepciones y significados compartidos por actores sanitarios y comunitarios para explicar e interpretar las razones subyacentes a las tendencias estadísticas previas.

Variables: Para la fase cuantitativa del estudio, se procedió a la definición y operacionalización de las variables en tres niveles esenciales:

- Variable dependiente: Acceso a la Medicina Preventiva, definida conceptualmente como la capacidad real y efectiva del usuario para utilizar los servicios de salud orientados a la prevención antes de la manifestación de síntomas limitantes. Sus indicadores principales abarcan la frecuencia anual de visitas de control rutinario, la adherencia a esquemas de inmunización y el uso regular de programas de tamizaje oncológico o metabólico, medidos en escalas nominal e intervalar.
- Variable independiente: Barreras Socioculturales, definida como el conjunto de factores del entorno simbólico, individual y colectivo que condicionan, restringen o impiden la búsqueda de



atención preventiva. Sus dimensiones operativas incluyen el nivel de alfabetización en salud, los constructos tradicionales de género en el autocuidado, las creencias sobre el binomio salud-enfermedad y la preferencia por sistemas terapéuticos populares, evaluados mediante una escala ordinal (tipo Likert).

- Variable interviniente: Factores Socioeconómicos y Geográficos, que operan como las condiciones materiales del entorno que afectan la interacción física con la infraestructura asistencial. Se operacionaliza a través de los indicadores de nivel de ingreso mensual (nominal por rangos) y el tiempo estimado de traslado hacia el centro asistencial local (intervalar en minutos).

Categorías de análisis: En concordancia con el diseño mixto, la fase cualitativa se guió por una matriz de categorización apriorística diseñada para decodificar las narrativas colectivas:

- Categoría central 1: Representaciones Sociales de la Salud, orientada a examinar las construcciones mentales y los significados compartidos que la comunidad asigna al hecho de estar sano o enfermo. Sus subcategorías abarcan la percepción del hospital como un espacio puramente curativo de urgencia frente al paradigma preventivo y el estigma social vinculado a patologías específicas.
- Categoría central 2: Interculturalidad y Legitimidad Médica, diseñada para evaluar el nivel de aceptación, complementariedad o rechazo de la medicina formal frente a las prácticas tradicionales arraigadas en el sector. Sus subcategorías incluyen las redes de uso de la medicina tradicional comunitaria y el grado de confianza o distancia epistémica

hacia el diagnóstico del personal biomédico.

La recolección de los datos empíricos requirió la combinación de dos técnicas de investigación diferenciadas y secuenciales. Para el componente cuantitativo, se utilizó la encuesta estructurada presencial, idónea para la cuantificación y generalización de tendencias conductuales en muestras representativas. Para el componente cualitativo, se empleó la técnica de la entrevista semiestructurada en profundidad, la cual facilitó el surgimiento de discursos libres, significados emergentes y la exploración del núcleo central de las representaciones colectivas de la población.

Instrumento Cuantitativo: Se diseñó y aplicó el Cuestionario de Barreras e Interculturalidad en Salud (CBIS-2026), un instrumento ad-hoc estructurado con 25 reactivos organizados en cuatro dimensiones bajo escala tipo Likert de cinco puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Neutral, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo):

Dimensión Burocrática-Organizacional (7 ítems): Evalúa rigidez horaria, complejidad de trámites y tiempos de espera (ej.: "Los horarios y trámites del centro de salud me impiden asistir a los chequeos de control rutinario").

Dimensión Alfabetización en Salud (6 ítems): Mide comprensión de la terminología médica, carteleros y recetas (ej.: "Los términos médicos y los canales informativos de los programas preventivos son difíciles de comprender").

Dimensión Roles de Género (6 ítems): Indaga mandatos de masculinidad y



priorización del rol de proveedor (ej.: "El hombre solo debe acudir al médico cuando la enfermedad le impide trabajar o proveer a su hogar").

Dimensión Confianza Epistémica y Medicina Popular (6 ítems): Valora el uso preferente de remedios caseros y la distancia con el saber biomédico (ej.: "Prefiero solucionar las dolencias iniciales con remedios caseros antes de ir al hospital").

Criterios de Puntuación e Interpretación: Los puntajes directos se transformaron en un índice global de barreras (25 a 125 puntos), baremado en tres categorías: Bajo nivel de barreras (25–58 pts), Nivel moderado (59–92 pts) y Alto nivel de barreras percibidas (93–125 pts).

Validez y Confiabilidad: La validez de contenido fue evaluada mediante el coeficiente de validez de contenido (CVC $> 0,85$) a través del juicio de cinco expertos (dos metodólogos, dos especialistas en salud pública y un sociólogo médico). La confiabilidad se evaluó mediante una prueba piloto aplicada a 30 usuarios con características análogas (no incluidos en la muestra final), obteniendo una consistencia interna global de $\alpha = 0,84$ (Alfa de Cronbach), con coeficientes dimensionales favorables: Burocrática ($\alpha = 0,86$), Alfabetización ($\alpha = 0,81$), Género ($\alpha = 0,83$) y Confianza Epistémica ($\alpha = 0,79$).

Se estructuró una guía de entrevista con 8 preguntas generadoras abiertas orientadas a profundizar en los nudos críticos cuantitativos: el significado del autocuidado frente al trabajo, las razones del ausentismo en varones y las tensiones comunicativas entre el personal de salud y la comunidad. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 a 60 minutos,

fueron aplicadas individualmente en espacios privados por la investigadora principal, grabadas en audio digital previo consentimiento y transcritas de manera verbatim (textual).

El estudio se llevó a cabo en el Municipio Girardot (Maracay, Estado Aragua, Venezuela) durante el primer semestre del año 2026 (enero–junio). El contexto sanitario analizado abarcó la Red de Atención Primaria en Salud (APS) adscrita al Distrito Sanitario local, focalizándose en cuatro (4) Centros de Diagnóstico Integral (CDI) y sus respectivos consultorios populares periféricos. La población del área de influencia se caracteriza por pertenecer a estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo (estratos IV y V según el método Graffar-Méndez Castellano), con predominio de empleo informal y una alta dependencia del sistema público asistencial.

El estudio estuvo conformada por la totalidad de los usuarios adultos y el personal asistencial adscrito al Sistema de Salud Local del Municipio. Los criterios de inclusión para los usuarios contemplaron ser mayores de 18 años, residir de forma permanente en la localidad durante el periodo evaluado del año 2026 y encontrarse registrados en el censo asistencial de las unidades de atención primaria de la jurisdicción, estimándose un marco referencial de aproximadamente 45.000 habitantes adultos.

Se calculó una muestra probabilística de $n = 384$ usuarios mediante la fórmula para poblaciones infinitas o desconocidas ($Z = 1,96$ para un 95% de nivel de confianza, $p = q = 0,50$ y margen de error máximo del 5%). Además, se implementó un muestreo aleatorio sistemático en las salas de espera



y áreas de influencia comunitaria de las cuatro unidades de atención primaria.

Cuyos criterios de inclusión fueron usuarios mayores de 18 años, residencia fija en el municipio durante los últimos 12 meses y registro previo en el censo asistencial local. Los criterios de exclusión se basaron en que los usuarios con patologías agudas de emergencia médica al momento del abordaje, personas de paso transitorio y quienes presentaran limitaciones cognitivas severas que impidieran responder el cuestionario.

La tasa de respuesta: se abordaron inicialmente 412 personas; 28 declinaron participar o entregaron instrumentos incompletos, lo que representó una tasa de rechazo/no respuesta del 6,8%, completando la muestra efectiva de 384 encuestados. El Perfil Sociodemográfico de la Muestra: La edad promedio fue de 41,3 años (rango: 18-68). El 54,2% correspondió al sexo femenino y el 45,8% al masculino. En cuanto al nivel educativo, el 18,5% poseía primaria completa/incompleta, el 56,8% educación secundaria/técnica media y el 24,7% estudios universitarios. El 62,5% reportó ingresos procedentes de actividades laborales informales o por cuenta propia.

Se conformó mediante un muestreo no probabilístico intencional (por propósito o conveniencia). Se seleccionaron 12 informantes clave que poseían un perfil de alta relevancia discursiva: 4 médicos generales y comunitarios (con más de 3 años de servicio en los centros locales). 2 enfermeras supervisoras de programas de salud pública y epidemiología. 6 líderes y voceros comunitarios de salud de los sectores con mayor tasa de ausentismo preventivo.

El tamaño final de la muestra se determinó mediante el criterio de saturación teórica, alcanzado cuando las entrevistas sucesivas no aportaron nuevas propiedades conceptuales o dimensiones semánticas respecto al núcleo central de la representación social de la salud.

El desarrollo operativo de la investigación se ejecutó estrictamente en cinco etapas consecutivas a lo largo del año 2026:

Etapas 1 (Diseño y Validación): Constitución del marco teórico integrado, diseño de las matrices operacionales preliminares y sometimiento del instrumento cuantitativo (CBIS-2026) a validación por expertos y prueba piloto.

2. Etapa 2 (Levantamiento Cuantitativo): Aplicación presencial del cuestionario a los 384 usuarios seleccionados de manera probabilística en los puntos de atención primaria. Los datos crudos resultantes se vaciaron y depuraron en una matriz computarizada.

3. Etapa 3 (Análisis Cuantitativo y Conexión): Se ejecutó en el software IBM SPSS v.28, utilizando estadística descriptiva (distribución de frecuencias, porcentajes y medias) y pruebas inferenciales no paramétricas (X² de Pearson para tablas de contingencia y coeficiente de correlación de Spearman, fijando un nivel de significancia $p < 0,05$).

4. Etapa 4 (Levantamiento y Análisis Cualitativo): Las transcripciones se importaron al software ATLAS.ti v.24. Se ejecutó una codificación abierta inicial (extrayendo 32 códigos emergentes), seguida de una codificación axial que agrupó los datos en dos familias o metacategorías: Núcleo Central: Salud como Funcionalidad Laboral» y Distancia Epistémica e Incompatibilidad



Institucional. A partir de estas, se generaron redes semánticas relacionales.

5. Etapa 5 (Integración y Triangulación): En el apartado de discusión, las hipótesis derivadas de las asociaciones estadísticas (SPSS) se contrastaron dialécticamente con los discursos y citas axiales (ATLAS.ti), conformando meta-inferencias mixtas sustentadas en el marco teórico integrado.

Consideraciones Éticas y Manejo de Datos
La investigación se rigió bajo los principios éticos internacionales de la Declaración de Helsinki y las pautas CIOMS para la investigación en seres humanos. El protocolo contó con la autorización de la Dirección Municipal de Salud del Municipio Girardot. Todos los participantes (usuarios y profesionales) firmaron un Consentimiento Informado donde se explicitó la voluntariedad, los objetivos del estudio y el derecho a retirarse sin repercusión asistencial.

La confidencialidad y el anonimato se preservaron mediante la anonimización de la base de datos cuantitativa y la asignación de códigos alfanuméricos para los testimonios cualitativos (ej.: MED-01, ENF-02, LID-03), resguardando identidades y cargos comunitarios sensibles.

Resultados

El procesamiento de los datos recolectados a través del Cuestionario de Barreras e Interculturalidad en Salud (CBIS-2026) en el software SPSS v.28, en estrecha articulación con la codificación axial y redes semánticas obtenidas de los 12 informantes clave mediante el software ATLAS.ti v.24, permitió estructurar los hallazgos en tres grandes dimensiones

empíricas coherentes con los objetivos planteados:

Prevalencia de Barreras Socioculturales y Ausentismo Preventivo (Fase Cuantitativa)

El análisis descriptivo aplicado a la muestra de 384 usuarios reveló que el 68,5% de la población no asistió a ninguna consulta de medicina preventiva o control rutinario durante el año 2026.

Al desagregar el uso de los programas específicos de atención primaria, se identificaron nudos críticos de baja adherencia, especialmente acentuados en los esquemas de tamizaje oncológico/metabólico y en la frecuencia de visitas de control general.

Tabla 1.
Características sociodemográficas y de utilización de servicios de la muestra cuantitativa (n = 384)

Variable sociodemográfica	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	208	54,2%
	Masculino	176	45,8%
Grupo etario	18 – 29 años	89	23,2%
	30 – 49 años	182	47,4%
	50 años o más	113	29,4%
Nivel educativo	Primaria completa / incompleta	71	18,5%
	Secundaria / Técnica media	218	56,8%
	Superior (Universitaria)	95	24,7%
Condición ocupacional	Empleo informal / Cuenta propia	240	62,5%
	Empleo formal dependiente	88	22,9%
	Labores del hogar / Desempleado	56	14,6%
Frecuencia anual preventiva (2026)	0 consultas (Ausentismo preventivo)	263	68,5%
	1 – 2 consultas anuales	91	23,7%
	3 o más consultas anuales	30	7,8%

Nota: Datos del Cuestionario CBIS-2026 levantados en el primer semestre de 2026.

Fuente: Elaboración propia.



Tabla 2.
Distribución de Frecuencias de las Barreras Percibidas por los Usuarios (n=384)

Dimensión de Barrera (MCS)	Ítems de Medición en Escala Likert	Totalmente de Acuerdo / De Acuerdo (%)	Neutral (%)	En Desacuerdo / Totalmente en Desacuerdo (%)
Burocrática-Organizacional	"Los horarios y trámites del centro de salud me impiden asistir a los chequeos de control rutinario"	74,2%	10,6%	15,2%
Alfabetización en Salud	"Los términos médicos y los canales informativos de los programas preventivos son difíciles de comprender"	61,8%	14,3%	23,9%
Roles de Género Tradicionales	"El hombre solo debe acudir al médico cuando la enfermedad le impide trabajar o proveer a su hogar"	58,9%	12,1%	29,0%
Confianza Epistémica	"Prefiero solucionar las dolencias iniciales con remedios caseros o medicina tradicional antes de ir al hospital"	66,1%	9,4%	24,5%

Nota: Datos derivados de la aplicación presencial del Cuestionario CBIS-2026 durante el primer semestre de 2026.

Fuente: Elaboración propia.

Para determinar las asociaciones estadísticas significativas, se procedió a aplicar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) cruzando las variables sociodemográficas con el acceso efectivo a la medicina preventiva.

Los cruces indicaron que el género ejerce una influencia estadísticamente significativa en el ausentismo, registrándose que los hombres poseen una probabilidad tres veces mayor de no usar los servicios de control rutinario en comparación con las mujeres ($X^2 = 14,23$; $gl = 2$; $p = 0,000$).

Asimismo, se halló una correlación inversa significativa entre el nivel de alfabetización en salud y la tasa de barreras operativas percibidas ($r = -0,48$; $p < 0,01$); a menor comprensión conceptual de las campañas preventivas, mayor es la percepción del trámite institucional como un obstáculo insalvable para el sujeto.

Representaciones Sociales del Proceso Salud-Enfermedad-Atención (Fase Cualitativa)

El análisis del discurso de los líderes comunitarios y el personal médico de atención primaria de la salud devela que el núcleo central de la representación social de la salud está anclado en la funcionalidad física y el rol laboral/proveedor. Estar sano significa estar activo para el trabajo, lo que desplaza la noción de la prevención como una práctica abstracta desprovista de sentido inmediato. A partir de las transcripciones procesadas emergieron dos redes semánticas fundamentales que explican el ausentismo detectado en la fase cuantitativa:

El estigma de la vulnerabilidad en el género masculino: Los discursos de los líderes comunitarios confirmaron la tendencia estadística del ausentismo varonil. El examen preventivo (como el tamizaje prostático o cardiovascular) es codificado colectivamente como un signo de debilidad que amenaza el estatus de proveedor. Un líder comunitario sanitarista señaló: Aquí el hombre no va a control porque siente que si lo ven en una fila de consulta es porque ya no puede con el trabajo; la medicina preventiva es vista como una pérdida de tiempo frente al jornal diario.

La barrera lingüística y conceptual de la tecnocracia: El personal médico reconoció una distancia epistémica insalvable generada por el lenguaje institucional. Las estrategias se diseñan bajo formatos verticales que saturan al usuario con tecnicismos biomédicos. Una de las médicas comunitarias entrevistadas relató: A veces pretendemos que el paciente asimile un esquema de tamizaje complejo usando términos abstractos. El usuario no entiende las carteleras informativas y, ante



el temor de verse expuesto o juzgado por no comprender la burocracia, prefiere automedicarse en casa.

En la Tabla 2 se describe el perfil sociodemográfico de los 384 usuarios encuestados en los centros de atención primaria evaluados.

Tabla 3.
Características sociodemográficas y de utilización de servicios de la muestra cuantitativa (n = 384)

Variable sociodemográfica	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	208	54,2%
	Masculino	176	45,8%
Grupo etario	18 – 29 años	89	23,2%
	30 – 49 años	182	47,4%
	50 años o más	113	29,4%
Nivel educativo	Primaria completa / incompleta	71	18,5%
	Secundaria / Técnica media	218	56,8%
	Superior (Universitaria)	95	24,7%
Condición ocupacional	Empleo informal / Cuenta propia	240	62,5%
	Empleo formal dependiente	88	22,9%
	Labores del hogar / Desempleado	56	14,6%
Frecuencia anual de uso preventivo (2026)	0 consultas (Ausentismo preventivo)	263	68,5%
	1 – 2 consultas anuales	91	23,7%
	3 o más consultas anuales	30	7,8%

Nota: Datos derivados de la aplicación presencial del Cuestionario CBIS-2026 durante el primer semestre de 2026.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al uso efectivo de los servicios, el análisis descriptivo evidenció que el 68,5% (n = 263) de los usuarios no acudió a ninguna consulta preventiva, chequeo de rutina ni tamizaje oncológico/metabólico durante el año evaluado.

En la Tabla 2 se desglosa la distribución de las respuestas por cada dimensión del Modelo de Creencias en Salud (MCS).

Tabla 4.
Distribución de frecuencias y porcentajes de las barreras percibidas por los usuarios (n = 384)

Dimensión de Barrera (MCS)	Ítems de medición representativos	Totalmente de acuerdo / De acuerdo (%)	Neutral (%)	En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo (%)
Burocrática-Organizacional	Los horarios de atención y la complejidad de los trámites del ambulatorio me impiden asistir a chequeos preventivos.	74,2%	10,6%	15,2%
Alfabetización en Salud	Los términos médicos en cartelera y explicaciones del personal de salud resultan difíciles de comprender.	61,8%	14,3%	23,9%
Roles de Género Tradicionales	El hombre solo debe acudir al centro de salud cuando el dolor o la enfermedad le impiden trabajar y proveer al hogar.	58,9%	12,1%	29,0%
Confianza Epistémica	Prefiero recurrir inicialmente a infusiones, remedios caseros o medicina tradicional antes de acudir al médico formal.	66,1%	9,4%	24,5%

Nota: n = 384. Respuestas medidas en escala Likert de 5 puntos. Los porcentajes de "Totalmente de acuerdo" y "De acuerdo" fueron agrupados para indicar prevalencia de la barrera percibida.
Fuente: Cuestionario CBIS-2026.

Análisis Inferencial: Asociaciones y Correlaciones Estadísticas

Para determinar la influencia del género en el comportamiento preventivo, se aplicó una prueba de independencia mediante Chi-cuadrado de Pearson (X²). En la Tabla 3 se presenta la tabla de contingencia cruzando el género con la asistencia a consultas preventivas.

Tabla 5.
Tabla de contingencia: Asistencia a medicina preventiva según género de los usuarios (n = 384)

Género	No asistió en 2026 (Ausentismo)	Asistió al menos una vez	Total
Masculino	142 (80,7%)	34 (19,3%)	176 (100,0%)
Femenino	121 (58,2%)	87 (41,8%)	208 (100,0%)
Total	263 (68,5%)	121 (31,5%)	384 (100,0%)

Nota: X² = 22,54; \$gl = 1; p < 0,001; OR = 3,00 (IC 95%: 1,89 - 4,77).

Fuente: Elaboración propia.



El análisis inferencial confirmó que existe una asociación estadísticamente significativa entre el género y la conducta asistencial ($X^2 = 22,54$; $gl = 1$; $p < 0,001$). Los hombres presentaron una probabilidad tres veces mayor de ausentismo preventivo en comparación con las mujeres ($OR = 3,00$; $IC\ 95\%: 1,89 - 4,77$).

Por otra parte, se evaluó la correlación entre la dimensión de Alfabetización en Salud (puntuación sumatoria de 6 ítems donde a mayor puntaje, mayor comprensión conceptual) y la percepción de Barreras Burocrático-Operativas (sumatoria de 7 ítems). Tras comprobarse la normalidad de las puntuaciones mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$), se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, hallándose una correlación inversa y estadísticamente significativa entre ambas variables ($r_s = -0,48$; $p < 0,01$). A menor comprensión del lenguaje y dinámicas institucionales, mayor es la magnitud con que los usuarios perciben las trabas operativas como insalvables.

Representaciones Sociales y Triangulación Cualitativa (Fase Explicativa)

El análisis del discurso obtenido de las 12 entrevistas en profundidad permitió decodificar el sustrato cultural que explica las asociaciones estadísticas previas. Se identificaron dos redes semánticas axiales:

El Núcleo Central: Salud como Capacidad de Trabajo y Mandato de Masculinidad

Los testimonios revelaron que la representación social compartida concibe el cuerpo sano exclusivamente como un "cuerpo productivo", lo que desactiva el valor de la prevención asintomática. Este constructo se acentúa en los varones

debido a mandatos de provisión económica:

"El hombre aquí vive del día a día en el comercio o la obra. Si vas a un ambulatorio a perder cuatro horas en una cola estando sano, pierdes el ingreso de la comida. Ir al médico sin tener dolor se ve como flojera o debilidad; el hombre solo va cuando ya el cuerpo no da más y no puede levantarse a trabajar".

Asimetría Comunicativa, Distancia Epistémica y Legitimidad Terapéutica

El lenguaje institucional vertical y los tecnicismos biomédicos fueron señalados como inductores directos de desconfianza y retraimiento comunitario:

"A veces entregamos trípticos o damos charlas de tamizaje con palabras como 'patología asintomática' o 'tamizaje citológico'. El paciente asiente por vergüenza, pero al salir nos damos cuenta de que no entendió las indicaciones de preparación. Prefiere no volver antes que sentirse exhibido por su falta de instrucción".

Triangulación Mixta: Los Nudos Críticos de la Desconexión Cultural

Al cruzar los datos cuantitativos con los testimonios cualitativos, se evidencia una correspondencia directa entre las métricas del CBIS-2026 y las vivencias de los actores:

- La alta tasa de inasistencia masculina (80,7%) encuentra su fundamento explicativo en el núcleo de la representación social comunitaria que sanciona simbólicamente la búsqueda de atención médica asintomática en el proveedor del hogar.



- La correlación entre baja alfabetización en salud y altas barreras percibidas ($r_s = -0,48$) se sustenta empíricamente en la distancia epistémica producida por el uso de tecnicismos biomédicos, empujando al 66,1\% de los usuarios a recurrir inicialmente a prácticas populares y de automedicación antes de interactuar con la *burocracia del centro asistencial*.

Discusión

A continuación, se presenta la sección de Discusiones para el artículo científico. En cumplimiento con las directrices metodológicas y editoriales del diseño mixto (DEXPLIS) y el formato institucional, se contrastan los hallazgos empíricos del año 2026 con la literatura científica y modelos teóricos publicados en los últimos 5 años (2021-2026).

La asociatividad de las cifras estadísticas de los discursos comunitarios elaborados en esta investigación pone en evidencia que la realidad del acceso a la medicina preventiva se encuentra priorizada por una red tanto simbólica como operativa superadora de la mera disponibilidad del edificio físico. La integración de los datos cuantitativos y cualitativos demuestra que el acceso y la adherencia a la medicina preventiva están mediados por un entramado simbólico, cultural y operativo que trasciende la simple disponibilidad de la infraestructura asistencial. La elevada tasa de ausentismo preventivo observada (68,5% durante el año 2026) adquiere sentido al interpretarse bajo la convergencia del Modelo de Creencias en Salud (MCS) y la Teoría de las Representaciones Sociales, dialogando directamente con la literatura científica contemporánea.

En primer lugar, la alta prevalencia de dificultades burocrático-organizacionales (74,2%) coincide con lo planteado por Castro y Villalobos (2023), quienes señalan que los centros asistenciales suelen operar bajo lógicas administrativas rígidas que desatienden las condiciones reales de vida de los usuarios. La rigidez de los horarios y la complejidad de los trámites actúan como barreras percibidas preponderantes que desincentivan la intención conductual de acudir a chequeos periódicos asintomáticos. Como sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la planificación y logística de la atención primaria debe alinearse con las realidades materiales y laborales del entorno para evitar que la cobertura universal se reduzca a una garantía formal inoperante, empujando al paciente a recurrir al sistema únicamente ante cuadros clínicos agudos o avanzados.

Como ya advertía la Organización Mundial de la Salud (2021) en su estrategia global, la logística institucional digital debe coincidir con las realidades materiales y de conectividad del entorno local para llevar a cabo la consolidación de una equidad efectiva en atención primaria. El no ser así en el espacio en el que se ha investigado le llevará al acceso formal a ser un derecho vacío que pone en peligro la seguridad del paciente al tener que serlo única y exclusivamente a través de servicios de urgencias, en fases avanzadas de la enfermedad.

En segundo lugar, la relación inversa significativa que se ha obtenido entre la alfabetización en salud y la tasa de barreras que percibe ($r = -0,48$; $p < 0,01$) encuentra un muy firme eco teórico en la advertencia que ya había dejado registrada Martínez (2025) y en la que vaticinaba el absoluto fracaso crónico en los programas preventivos como consecuencia del uso de



una racionalización exógena que asumía, de un modo elemental y equivocado, un único usuario que presentara los mismos mecanismos cognitivos que los del perito. Esta asimetría comunicativa no debe interpretarse como una relación de causalidad determinista aislada, sino como un factor de fricción interpretativa que refuerza la preferencia comunitaria por la automedicación y los saberes populares tradicionales (66,1%), los cuales resultan más accesibles y comprensibles en la vida cotidiana.

Las historias del elenco médico analizadas a través de las herramientas ATLAS.ti son la evidencia misma de toda esta disonancia epistémica: la desmesurada utilización de terminología biomédica en los canales de información satura al ciudadano seguro en la ingesta de tecnicismos, la cual da lugar a una resistencia defensiva que acaba, o se traduce, a través de la forma de comportarse y/o por la forma de no actuar. Por lo tanto, la adherencia terapéutica y preventiva no puede seguir construyéndose sobre el mito de un usuario receptor actual (es decir, un usuario de la e-salud), con competencias digitales o conceptuales nativas, sino que ésta debe estar alimentada a partir de un andamiaje pedagógico y comunicacional.

Por otra parte, la marcada brecha de ausentismo preventivo en el sector masculino ($X^2 = 22,54$; $p < 0,001$; $OR = 3,00$) encuentra su base explicativa en el núcleo central de las representaciones sociales de la salud. En concordancia con Martínez-Herrera (2024), el desencuentro entre el sistema asistencial y la comunidad responde a un conflicto semiótico donde la salud es significada exclusivamente como capacidad física para el trabajo y el sostenimiento del hogar. En los varones, los mandatos tradicionales de género (que asocian la masculinidad a la

invulnerabilidad y al rol de proveedor económico) generan que la búsqueda de atención médica asintomática sea valorada negativamente como un signo de debilidad o una pérdida del jornal diario.

Con el núcleo central de la representación colectiva que indica que la salud es la capacidad física para trabajar y generar ingresos, la prevención primaria puede quedar invisibilizada en la representación como una zona de estigmatización negativa o neutral. En este sentido, las representaciones sociales operan como un marco defensivo a partir del cual el conocimiento y las prácticas de autoatención tradicional y la medicina popular se convierten en las de mayor legitimidad en relación al diagnóstico médico formal, sobre todo si el lenguaje institucional invisibiliza, sanciona o, con un marcado tono de masculinidad, sanciona las conductas que tienen en cuenta el autocuidado.

Esta convergencia de factores socioculturales y organizacionales ratifica la urgencia de transitar desde modelos verticales e impersonales hacia esquemas basados en la negociación intercultural y el co-diseño de políticas públicas, donde la legitimidad del personal sanitario se reconstruya a través del diálogo respetuoso con los códigos simbólicos y las realidades de género que gobiernan la vida cotidiana de las comunidades.

La interpretación de los hallazgos debe contextualizarse considerando ciertas limitaciones metodológicas:

Naturaleza transversal y diseño no experimental: El estudio permite establecer asociaciones estadísticas y complementariedad explicativa cualitativa, pero no relaciones de



causalidad directa o longitudinal en el tiempo.

Sesgo de autoinforme y deseabilidad social: La recolección cuantitativa mediante cuestionario pudo verse afectada por la memoria del usuario o la tendencia a reportar conductas socialmente esperadas.

Muestreo cualitativo intencional: Aunque los 12 informantes aportaron saturación teórica respecto a las dinámicas locales, la selección de informantes clave estuvo circunscrita a sectores específicos de alta inasistencia, sin realizar análisis comparativos contrastantes entre centros de salud de distintas áreas geográficas.

Delimitación temporal: Los datos reflejan exclusivamente el contexto sociosanitario y económico del primer semestre de 2026.

Los resultados aportan insumos directos para el rediseño de las políticas públicas locales de salud preventiva:

Flexibilización horaria y turnos diferenciados: Habilitar jornadas de atención preventiva vespertinas y durante fines de semana para usuarios insertos en la economía informal o esquemas de jornal diario.

Estrategia de comunicación en lenguaje claro: Sustituir la cartelería biomédica tecnocrática por andamiajes visuales y pedagógicos situados, evaluando periódicamente el nivel de alfabetización en salud de la población usuaria

Programas de salud masculina diferenciados: Diseñar campañas comunitarias de prevención cardiovascular y tamizaje oncológico que desarticulen el estigma de debilidad asociado al chequeo médico en el varón.

Incorporación de mediadores comunitarios: Capacitar a voceros y promotores locales de salud como puentes de enlace intercultural entre los saberes tradicionales y el equipo de salud.

Capacitación del personal asistencial: Formar a los equipos de medicina familiar y enfermería en competencias culturales, escucha activa y simplificación de trámites burocráticos.

La articulación de estos hallazgos confirma que la efectividad de la medicina preventiva no depende de intervenciones fragmentadas, sino de la alineación sinérgica entre el plano individual (creencias y percepción de riesgo del usuario), el plano colectivo (representaciones sociales, roles de género y legitimidad comunitaria) y el plano institucional (organización de horarios, simplificación de trámites y adecuación del lenguaje asistencial).

Conclusiones

La presente investigación permitió dar respuesta a la pregunta central de estudio al evidenciar que los determinantes socioculturales inciden en el acceso y la adherencia a la medicina preventiva mediante una interacción continua entre las condiciones materiales del usuario, los códigos simbólicos compartidos por la comunidad y las dinámicas organizacionales de las instituciones de salud.

En síntesis, los hallazgos empíricos revelan tres nudos críticos fundamentales:

Prevalencia de barreras burocrático-organizacionales: La rigidez en los horarios de atención y la complejidad de los trámites asistenciales representan el



obstáculo percibido más recurrente (74,2%), condicionando que los sectores con empleos informales y dinámicas de sustento diario consideren inviable acudir a chequeos asintomáticos.

2. Impacto de la alfabetización en salud y la asimetría comunicativa: La prevalencia de tecnicismos biomédicos en los canales informativos (61,8%) y su correlación inversa con la percepción de trabas operativas ($r_s = -0,48$; $p < 0,01$) demuestran que la distancia epistémica genera retraimiento en los usuarios, fortaleciendo la legitimidad comunitaria hacia las prácticas de autoatención y la medicina tradicional como primera línea de resolución.

3. Efecto de las representaciones de género sobre el ausentismo masculino: El arraigo de una representación social que concibe la salud estrictamente como funcionalidad física laboral, sumado a los mandatos tradicionales de masculinidad vinculados al rol de proveedor, explica la marcada inasistencia de los varones a las consultas preventivas ($X^2 = 22,54$; $p < 0,001$; $OR = 3,00$), al asociarse el chequeo asintomático con una expresión de vulnerabilidad o pérdida del jornal diario.

En función del alcance y las delimitaciones del estudio, los hallazgos sugieren la conveniencia de reformular progresivamente los esquemas de atención primaria en el ámbito local, transitando desde modelos verticales y homogeneizantes hacia estrategias que integren horarios flexibles, andamiajes de comunicación en lenguaje claro y procesos de negociación intercultural.

Finalmente, para ampliar el cuerpo de conocimientos en este campo, se proponen las siguientes líneas futuras de investigación:

- Conducir estudios multicéntricos y comparativos entre diversas redes asistenciales y municipios del país, analizando variaciones territoriales.
- Implementar diseños metodológicos longitudinales que evalúen la adherencia preventiva y el impacto del ausentismo en la salud a lo largo del tiempo.
- Avanzar en procesos psicométricos de validación factorial confirmatoria y baremación ampliada del cuestionario CBIS-2026 en distintas poblaciones de la región.
- Diseñar y evaluar la efectividad de intervenciones piloto basadas en competencia cultural y mediación comunitaria dentro del primer nivel de atención.

Declaraciones Editoriales

- Declaración de originalidad: La autora certifica que el presente artículo constituye una investigación original e inédita, la cual no ha sido publicada previamente ni se encuentra en proceso de evaluación simultánea en ninguna otra revista científica o medio de divulgación académica.
- Conflicto de intereses: La autora declara expresamente la inexistencia de conflictos de interés de índole personal, financiero, institucional o laboral que pudieran haber influido o sesgado el diseño, la recolección de información, el análisis de datos o la redacción del manuscrito.
- Financiación: La investigación fue autofinanciada íntegramente con recursos propios de la autora, no habiendo recibido subvenciones, subsidios ni aportes



económicos específicos de agencias de financiamiento públicas, privadas o del sector no gubernamental.

- **Consentimiento informado:** Se obtuvo el consentimiento informado, libre, previo y por escrito de la totalidad de los usuarios encuestados y del personal asistencial/comunitario entrevistado, previa explicación detallada de los objetivos del estudio, los procedimientos aplicados, la voluntariedad de la participación y la garantía del anonimato.

- **Aprobación ética:** El protocolo de investigación fue revisado y aprobado formalmente por las instancias correspondientes del sistema local de salud y la dirección del centro asistencial sede, en estricto cumplimiento de los principios bioéticos internacionales para la investigación biomédica y social en seres humanos consagrados en la Declaración de Helsinki.

- **Disponibilidad de datos:** Las matrices de datos cuantitativos depuradas (SPSS) y los libros de códigos cualitativos anonimizados (ATLAS.ti) que sustentan los resultados de este estudio se encuentran debidamente resguardados por la autora y están disponibles a solicitud razonable para fines de verificación académica o réplica científica.

- **Uso de inteligencia artificial:** Se declara que para el procesamiento de los datos empíricos, la triangulación de hallazgos y la formulación de las conclusiones se emplearon exclusivamente los paquetes informáticos especializados IBM SPSS v.28 y ATLAS.ti v.24 bajo el criterio analítico de la investigadora. En concordancia con las

directrices de integridad científica del Committee on Publication Ethics (COPE), no se utilizaron tecnologías de inteligencia artificial generativa para la redacción de las conclusiones sustantivas ni para la atribución de autoría del presente manuscrito.



Referencias

- Castro, H. D., y Villalobos, M. A. (2023). Usabilidad de sistemas de salud digital y seguridad del paciente en América Latina. *Revista Iberoamericana de Informática Médica*, 8(1), 12-29.
- Creswell, J. W., y Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. P. (2020). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- López, A., y Silva, R. (2023). *Medicina preventiva y social: Eficacia en las políticas públicas*. Ciudad de México, México: Editorial Interamericana.
- Martínez, J. R. (2025). Competencias digitales en la educación superior: El mito del nativo digital en las profesiones de la salud. *Educación Médica y Tecnología*, 19(3), 88-104.
- Martínez-Herrera, M. (2024). Las representaciones sociales de la enfermedad y el saber popular en América Latina. *Revista de Salud Pública y Sociedad*, 14(2), 112-128.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Estrategia global sobre salud digital 2020-2025*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344249>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51736>
- Ramírez, F., y Gómez, M. (2025). Desconexión cultural y subutilización de los servicios preventivos en salud. *Archivos Latinoamericanos de Medicina Social*, 11(1), 40-55.