

Accesibilidad a servicios de salud de adultos mayores. Percepciones en municipios seleccionados de La Habana

Rodríguez C. Aida¹
Collazo R. Milagros²
Calero R. Jorge L³
Álvarez V. Luisa⁴
Castañeda A. Ileana⁵

1. Escuela Nacional de Salud Pública, Dpto. de Economía de la Salud, Cuba, aidarc@infomed.sld.cu
2. Universidad Médica de La Habana, Instituto C. Básica Victoria de Girón, Dpto. de Salud Pública, Cuba, milagros.collazo@infomed.sld.cu
3. Universidad Médica de La Habana, Instituto de ciencias básicas Victoria de Girón, Cuba, jorge.calero@infomed.sld.cu
4. Instituto Nacional de Endocrinología, Cuba, lalvarez@infomed.sld.cu
5. Escuela Nacional de Salud Pública, Dpto. de Bioestadística, Cuba, ileca@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción. En Cuba las mejoras en las condiciones de vida, trabajo y salud han llevado a un aumento de la población anciana, que requiere servicios de salud de excelente calidad y accesibles. **Objetivo.** Identificar percepciones sobre la accesibilidad del adulto mayor a servicios de salud. **Método.** Investigación descriptiva, cualitativa, realizada entre 2012 y 2014 en 6 municipios de La Habana. Se realizaron 12 grupos focales con prestadores de servicios de salud y 18 con población de 60 años y más. **Resultados.** Se percibió incremento del número de personas a atender en los consultorios, aumento del tiempo de espera, y mayor distancia entre consultorios y viviendas de los ancianos. Se perciben brechas en la accesibilidad a los servicios de salud según necesidades sentidas, además refieren dificultades con el transporte a servicios especializados. Los adultos mayores manifiestan que no hay prioridad para su atención en los servicios de salud. También señalan insatisfacciones con la accesibilidad de carácter subjetivo, determinados por el escenario económico y procesos organizativos. **Conclusiones.** Se perciben insatisfacciones con la accesibilidad a servicios de salud para los adultos mayores. El envejecimiento de la población constituye un hecho irreversible, logro de las conquistas sociales en Cuba, y es un reto para el sector salud que requiere de la búsqueda de alternativas que sean eficientes y garanticen servicios, acorde con las necesidades de los adultos mayores.

Palabras clave: adulto mayor, accesibilidad a los servicios de salud

I. INTRODUCCIÓN

La población mundial de 60 años y más presenta tasas de crecimiento en el orden de 2,4% contra 1,7% para la población total. Se plantea, que en números absolutos, el grupo de ancianos aumentará de 616 millones que existían en el año 2002 a 1209 millones para el 2025, lo que originará que esta población se duplique cada 23 años.¹ América Latina, por su parte, muestra una situación importante respecto al grado de envejecimiento, en términos relativos y absolutos, se observarán índices especialmente altos en Chile, Cuba, Puerto Rico, y Trinidad y Tobago.²

En lo particular, Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos.²⁻⁴ En el año 2014^{5,6} existían en el país un total de 11 224190 personas, de los cuales 2 118219 eran mayores de 60 años, lo que representa el 19.0 % de la población total. El envejecimiento de la población cubana, como característica demográfica esencial del país, permite prever que las tendencias existentes en la actualidad se mantendrán y constituyen un escenario complejo, donde la adopción de medidas vinculadas con la dinámica demográfica, para atenuar su efecto sobre la sociedad, son de extrema relevancia y urgencia.⁷

En este contexto es preciso tener claro que el derecho a la salud significa que existan las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, como suele suceder con los adultos mayores. En el mundo es frecuente que este grupo poblacional se vea limitado al acceso a los servicios de salud, ya sea por razones económicas, geográficas o de otra índole, situación muy diferente a la que ocurre en Cuba, donde brindar servicios de salud de calidad y accesibles para toda la población es el objetivo central del sistema de salud.

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales: disponibilidad, suficiencia de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud, accesibilidad, referida a que los bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. Los mismos deberán tener calidad, estar en consonancia con la ética médica, ser culturalmente apropiados, responder a las necesidades de la población y tomar en cuenta el género y la etapa de la vida en que se encuentra la persona.⁸

Cuba cuenta con un sistema de salud de cobertura universal, de calidad, gratuito, accesible, regionalizado e integral, cuyo alcance va más allá de intrincadas geografías y no discrimina por afiliaciones políticas o religiosas; aunque no queda exento de algunas deficiencias. Actualmente en el marco del proceso de perfeccionamiento del modelo económico de Cuba, el sector salud ha

procedido a realizar transformaciones importantes, lo que ha incrementado el número de personas a atender por el médico y enfermera de la familia, además, se oferta un grupo de servicios en todos los policlínicos que antes no existían.⁹

Recientemente se concluyó un estudio que abordaba, desde un enfoque cualitativo, las necesidades de atención en salud de los adultos mayores en la provincia La Habana, en el surgieron percepciones vinculadas con la accesibilidad de este grupo poblacional a los servicios de salud, lo que motivó dedicar espacio al análisis de este aspecto y someterlo a consideración en este trabajo. Por ello este trabajo tiene como **objetivo** identificar las percepciones de la población de 60 años y más y prestadores de servicios sobre la accesibilidad a los servicios de salud del adulto mayor en municipios seleccionados de La Habana.

II. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con prestadores y adultos mayores de los servicios de salud, en el período comprendido entre el 2012 y 2014, que indagó sobre las percepciones de las necesidades de atención de la salud en el adulto mayor.

La selección muestral transitó por diferentes etapas, primero se consideró el índice de envejecimiento que cada municipio tenía respecto a la capital, para ello se tuvo en cuenta los rangos para el país por provincias y por municipios en el año 2010 de la ONEI.¹⁰ Posteriormente se escogieron por factibilidad económica, al azar, dos municipios por cada estrato, para un total de 6 municipios: más envejecidos (20% y más) Plaza de la Revolución y Diez de Octubre; medianamente envejecidos (entre 17 y 19,9%) Marianao y La Lisa y menos envejecidos (menor de 16,9%) Arroyo Naranjo y San Miguel del Padrón.

Para la selección de los prestadores y adultos mayores se escogieron los participantes a partir de un mínimo necesario en función de las técnicas utilizadas, hasta lograr que el discurso se hiciera reiterativo y no aportara nada nuevo. Se procedió a solicitar a las Direcciones Municipales correspondientes, previo consentimiento informado, las áreas de salud donde se realizaría el estudio y dentro de ellas los participantes.

Con relación al adulto mayor se tuvo en cuenta que en los grupos hubiera personas de diversos grupos de edades, de ambos sexos y diferentes condiciones socioeconómicas, para evitar sesgos en la información a recolectar. La selección se realizó en los consultorios. Se tuvieron en cuenta todas las personas de 60 años y más que fueron consideradas en el área de salud con capacidad física y mental y que expresaron su disposición a participar en el estudio. No se incluyeron aquellos con dificultades auditivas o para la expresión oral.

Los GF se conformaron por sexo. Se logró la saturación de la información con la ejecución de 18 GF y la participación de 165 personas de 60 años y más. Los grupos focales se realizaron en un local disponible del consultorio en horario opuesto al de consultas.

Dentro de los prestadores seleccionados se establecieron dos subgrupos para conseguir homogeneidad en cuanto a las prestaciones que dichos profesionales brindan: médicas y no médicas. Se realizaron 12 GF, en los que se logró la saturación teórica con la participación de 97 prestadores.

La ejecución de los GF tuvo una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos y el número de participantes por cada grupo osciló entre 7 y 10 individuos. Se contó con un moderador y el apoyo de un observador/anotador, cuyo papel en la discusión fue atender los medios de grabación utilizados, así como estar al tanto del proceso, es decir, el orden de intervención de los participantes y el lenguaje extraverbal que mostraron en el curso de la discusión (cansancio, agitación, estados de ánimos, aprobación o desacuerdo con los temas que se trataron, entre otros, de todo lo cual se hicieron anotaciones). Para la conducción de los GF se usó una guía temática que contenía los diferentes temas a abordar en la sesión.

Los participantes tuvieron completa libertad para decidir participar o no en el estudio, así como para brindar sus declaraciones. A todos se les entregó un modelo de consentimiento informado.

III. RESULTADOS

La información recopilada permitió disponer de criterios que expresaban, por parte del adulto mayor, satisfacción con la calidad de la atención que reciben de los servicios de salud, no obstante se observan algunas percepciones que muestran insatisfacción en relación con la accesibilidad a los servicios de salud.

De manera acentuada en las discusiones de los GF con usuarios, hacen referencia a la distancia – no usual hasta ahora- que existe entre los centros de salud y las viviendas de la población, lo que sumado a las características propias de la edad de estas personas y a las insuficientes alternativas de transporte disponibles constituyen limitaciones para el acceso a estas instalaciones.

Esta es una de las deficiencias, que a juicio de los autores, surge como consecuencia de no valorarse en toda su dimensión la población usuaria de estos servicios y no tomar en cuenta los criterios de los beneficiarios a la hora de tomar decisiones. El aumento considerable de los pacientes a atender provoca un tiempo elevado de espera los pacientes en los servicios para ser atendidos, los que mayoritariamente son adultos mayores.

En la actualidad la ubicación de los consultorios es una situación real que incide negativamente en el acceso de los adultos mayores a los servicios que brinda el consultorio y el policlínico.

En los discursos de los adultos mayores se refleja que no se toman en consideración las necesidades sentidas de los propios beneficiarios de los servicios de salud para la elaboración de políticas, programas y estrategias en salud. En este sentido la omisión de las necesidades sentidas de la población anciana se traduce en la sobrecarga de la atención en salud que demandan estas personas en los hospitales, policlínicos y consultorios del médico de la familia.

Otro aspecto que destacan es lo relacionado con la no prioridad otorgada en los servicios de salud al adulto mayor, pues sólo la misma es establecida y brindada a las embarazadas, lo que podría resolverse con facilidad mediante la asignación de determinados días u horarios destinados solo a la atención de este grupo poblacional.

Por su parte los prestadores de servicios en las discusiones de los grupos focales también se refieren a la distancia, no usual hasta ahora, que existe entre los centros de salud y las viviendas de la población.

Éstos y otros argumentos dan cuenta de que las dificultades del sector no sólo están enmarcadas en las necesidades económicas por las que ha atravesado, en los criterios vertidos se evidencian problemas organizativos que afectan el acceso a los servicios de salud.

También surgieron planteamientos e inconformidades, tanto por los adultos mayores como por los prestadores sobre la presencia de dificultades en cuanto al cumplimiento de las visitas de terreno (programadas según dispensarización, ingresos en el hogar, y discapacitados. Es importante destacar que el proceso de dispensarización ha sufrido adecuaciones en lo referente a la programación de controles y visitas de terreno según el grupo dispensarial en el que se ubica cada paciente, en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia publicado en el año 2011¹¹, sólo se programan una visita al hogar y un control en el consultorio, una vez al año para las personas de 60 años y más (como grupo priorizado) y en el caso de clasificar en el grupo III, reciben tres evaluaciones en el año: dos en la consulta y una en el terreno.

Los resultados muestran evidencias de situaciones que influyen negativamente en la accesibilidad de los adultos mayores a los servicios de salud, referidas fundamentalmente a la accesibilidad geográfica a los centros asistenciales, insatisfacción de los prestadores por la sobrecarga de trabajo que tienen y ausencia en la prioridad en la atención al adulto mayor.

Si bien los aspectos señalados, tanto por usuarios, como prestadores de los servicios de salud no constituyen limitaciones de importancia para el acceso a los servicios de salud por parte del adulto mayor, pero sí muestran brechas que deben considerarse, pues la población anciana seguirá creciendo y cada día será mayor la presencia de esta población en los servicios de salud.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

Se perciben insatisfacciones con la accesibilidad a servicios de salud para los adultos mayores, lo que constituye elementos a tomar en cuenta para la toma de decisiones por las instancias correspondientes para garantizar servicios de salud accesibles y con calidad de excelencia, acorde al objetivo central de la salud pública cubana.

El envejecimiento de la población constituye un hecho irreversible, logro de las conquistas sociales en Cuba, y es un reto para el sector salud que requiere de la búsqueda de alternativas que sean eficientes y garanticen servicios, acorde con las necesidades de los adultos mayores.

REFERENCIAS

1. OMS. Datos y cifras: 10 datos y cifras sobre el envejecimiento y ciclo de vida. 2010 [Citado 14 jul /2016]; Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/
2. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2007. Washington, D.C. [Citado 21 jul 2016]; Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf
3. Campos E. Características antropométricas, funcionales y nutricionales de los centenarios cubanos 2012 [Citado 21 jul 2016]; 97pp. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/564/1/Esmir_Camps.pdf
4. Loewy M. La vejez en las Américas. Perspectivas de Salud. Boletín de la OPS; 2004 [Citado 21 jul 2016]; 19(2): Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero19_articulo02.htm
5. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana, MINSAP; 2015.
6. Censo de población y viviendas 2012. ONEI; 2014 [Citado 21jul 2016 231pp. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2014-esp-e.pdf>.
7. Alfonso JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la Primera a la segunda transición demográfica. Rev. Cub. Salud. Públ. [Internet]. 2006; [Citado 18 jul 2016]; 32(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100002&lng=es&nrm=iso
8. Derecho a la salud, Nota Descriptiva N°323, Datos y cifras, Ginebra: OMS; 2013
9. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana : MINSAP;2010.

10. Alfonso JC. Impacto del Envejecimiento Poblacional en Cuba. Tema presentado en el Seminario Científico del Instituto de Ciencias Básicas y Pre-clínicas “Victoria de Girón”. La Habana, ISCM-H; 2010.
11. MINSAP. Programa del Médico y la enfermera de la familia. La Habana: ECIMED; 2011.