

# Avances y brechas en salud



*Para las personas mayores en los países andinos*

Estudio cualitativo transversal realizado dentro del proceso de revisión a los 10 años de la implementación del Plan Madrid

**HelpAge International**

*personas mayores protagonistas*

HelpAge apoya a las personas mayores a reclamar sus derechos, desafiar la discriminación y luchar contra la pobreza, de modo que puedan llevar una vida digna, segura, sana y activa.

## Avances y brechas en salud

### *Para las personas mayores en los países andinos*

Estudio cualitativo transversal realizado dentro del proceso de revisión a los 10 años de la implementación del Plan Madrid

Estudio desarrollado por:

- María Dolores Castro, Consultora Investigadora en Bolivia
- María del Pilar Zuluaga Guerrero, Consultora Gerontóloga en Colombia
- William Waters, Investigador de la Universidad San Francisco de Quito, en Ecuador
- Elizabeth Sánchez, Consultora, Directora de la ONG CAPIS en Perú

Bajo la coordinación regional de Catherine Dusseau de Ibarra, Asesora Regional de Salud en HelpAge International en América Latina

Informe regional redactado por Catherine Dusseau

Gracias a María Isabel Rivera, María Dolores Castro y María del Pilar Zuluaga por sus aportes en la revisión del documento.

Publicado por HelpAge International / Centro de Desarrollo Regional para América Latina

Calle Vincenti N° 576; Sopocachi. La Paz, Bolivia

Sitio web: [www.helpagela.org](http://www.helpagela.org)

Correo electrónico: [info@helpagela.org](mailto:info@helpagela.org)

Tel: (591) (2) 2 416830

Fax: (591) (2) 2 410957

Copyright © 2013 HelpAge

Registro de caridad N° 288180 Reino Unido

Diagramación: Mariela Aramayo

Foto de portada: Jaime Ayra / Fundación Horizontes, afiliada a HelpAge International

Cualquier parte de esta publicación puede ser reproducida para fines no lucrativos salvo que se indique lo contrario.

Por favor acredite a HelpAge International y envíenos una copia del artículo o el enlace de red.

Estudio financiado por la cooperación sueca ASDI y la cooperación británica DFID



# Introducción

Como parte del proceso de revisión del Plan Madrid, las Naciones Unidas evalúan los grados de su implementación a los 10 años de ser aprobado en la Asamblea sobre Envejecimiento de Madrid en 2002. Los gobiernos nacionales tienen que presentar un informe de los avances realizados en la implementación de este Plan. En este sentido, varios países darán a conocer sus logros en la promulgación de políticas y leyes a favor de las personas mayores. Junto a los estados, las agencias internacionales, como las Naciones Unidas, también presentarán informes sobre su accionar en pro de la implementación del Plan. Debido a los mandatos y compromisos asumidos, estas organizaciones son las más indicadas para dar a conocer la realidad del envejecimiento en cifras y estadísticas. Sin embargo, la sociedad civil y las organizaciones de personas mayores pueden contribuir con otros aportes que no siempre son reflejados por los gobiernos, como es la voz de las personas mayores desde su propia vivencia en cuanto a la implementación efectiva del Plan Madrid y de los cambios ocurridos en esta última década, desde 2002. Por tanto, escuchar, recoger y sistematizar la opinión de las personas mayores responde al mandato del Comité Socioeconómico de Naciones Unidas aplicado a este proceso de revisión, bajo un enfoque llamado “*Bottom Up*” (desde la base a la cima).

A través de su red de socios y de organizaciones de personas mayores, HelpAge Internacional como sociedad civil desarrolló procesos de consulta y sistematización de las percepciones de hombres y mujeres mayores. Asimismo, el Centro de Desarrollo Regional para América Latina y algunos miembros de la red han participado en los procesos de elaboración, difusión e implementación del Plan Regional de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores, aprobado por el comité ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, en octubre de 2009. Dentro de este marco, es obligatorio no sólo buscar un mejor acceso a la salud para las personas mayores; sino contribuir a la investigación y monitoreo de los avances.

En 2011, la oficina regional de HelpAge decidió llevar a cabo un estudio cualitativo basado en una consulta a las personas mayores, sobre su acceso a salud. Dicho estudio fue llevado a cabo en los países andinos, en un proceso de “*reality check*”.

**El mundo está  
envejeciendo**

**no discriminemos  
por la edad**



HelpAge International

Teoría

Voces

Realidad

# Hipótesis



P. ONG / HelpAge International

Todos quienes trabajan para y/o con personas mayores; así como las propias organizaciones sienten de manera empírica que desde el 2002 han habido cambios importantes en términos de acceso a la salud. Se perciben avances; pero también limitaciones. Se observa que los sistemas de salud se han fortalecido, hay sin duda, más facilidades en la atención de la salud, iniciativas en micro seguros de salud para facilitar el acceso económico. Sin embargo, se escucha a diario la queja de la población y de las personas mayores, principalmente en áreas rurales, que los servicios son insuficientes o limitados y que generalmente faltan medicamentos.

En ese contexto, surge la necesidad de analizar de manera sistemática y precisa el acceso a salud de las personas mayores para explorar los avances en la implementación del *Plan Madrid* y de las políticas nacionales que lo concretan.

Si bien es importante reconocer los avances, no sólo para motivar a los actores al ver reconocidos sus esfuerzos sino también para analizar las experiencias exitosas a fin de fortalecer los resultados e impactos alcanzados. En paralelo, es necesario analizar de manera más fina las brechas que se deben cerrar en el corto y mediano plazo.

Se entiende la palabra “**brecha**” como la distancia que queda por recorrer entre una situación deseable, planteada en el Plan Madrid a través de las políticas, frente a la realidad cotidiana de las personas. Es importante identificar las brechas más grandes e importantes, para iniciar y sugerir las acciones necesarias para su cierre, y para conocer hacia dónde orientar los esfuerzos de los próximos años.

## Testimonio

*“Si los adultos mayores estamos sanos, podemos ayudar a nuestras familias y a nuestras comunidades,... participando, estando activos”*

*José, adulto mayor, de Chile*

**Fortalecer lo que hay**

**Identificar lo que falta**

La salud es un tema importante para las personas mayores. Más allá de sentirse una persona saludable, es importante para ellas seguir desarrollando sus actividades diarias, continuar activas y evitar depender de otros.

# Metodología

Esta investigación se realizó en cuatro países de la región andina: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

El objetivo general del estudio consistió en analizar, a partir de las voces de las personas mayores e informantes claves, el grado de alcance e impacto de las políticas de salud en las personas mayores.

Se aplicó una metodología cualitativa transversal, utilizando diferentes abordajes para cruzar y validar la información recogida. Se intentó implementar un enfoque innovador para reforzar los alcances de la metodología mencionada.

## Preguntas de investigación:

1- ¿Cómo es el acceso a la salud (las características del acceso, en particular, barreras y facilitadores) para diferentes tipos de personas mayores en la región en los cuatro países: personas urbanas o rurales; hombres y mujeres; mestizos e indígenas; jubilados/as y no jubilados/as.

2- ¿Cuál es el acceso, las vías y los patrones de acceso, según las diferentes necesidades de salud de las personas mayores, como enfermedades crónicas (ejemplo, hipertensión), eventos “catastróficos<sup>1</sup>” y secuelas invalidantes (post AVC y/o fracturas de cadera), acceso a prevención y continuidad de servicios (ejemplo, cáncer ginecológico o demencias)?

3- ¿Existen patrones repetitivos o grandes diferencias en las rutas de acceso?

4- ¿Se identifican brechas entre la realidad y las normas, leyes/políticas públicas?

5- ¿Cuándo funciona y cuándo no funciona el acceso? Por ejemplo, ¿Es mejor cuando hay aseguramiento? ¿Cuán disponible es la oferta de servicios?

6- Desde Madrid y Madrid +5 ¿Hay diferencias en las políticas, el acceso, las brechas?

7- ¿Existe participación en los servicios de salud por parte de las personas mayores. Ha progresado. En qué consiste. Qué impacto ha tenido, cuando existe?

La metodología incluye tres técnicas de recolección complementarias que a su vez validan la información de cada una de las otras:

- Entrevistas a profundidad, en base a una guía similar aplicada en los cuatro países, para explorar las rutas reales de acceso a la salud de las personas mayores.

- Grupos focales de personas mayores de 70 años, para validar las rutas de acceso y también para explorar los cambios percibidos por las personas mayores desde el 2002 (por eso, para los grupos focales, se reclutaron personas que ya eran mayores de 60 años en 2002).

- Grupos focales con personas mayores líderes y/o implicadas en incidencia y/o participación en el monitoreo de los servicios de salud, para tener una lectura de las rutas y avances en políticas.

Además se realizaron entrevistas a informantes claves para validar las rutas, la percepción de cambios y explorar el tema de la participación en salud desde la perspectiva de otros grupos de personas (que no sean personas mayores).

## 1) Rutas de acceso

**Objetivo específico:** Dibujar e ilustrar diferentes rutas de acceso a la salud para los diferentes grupos de personas mayores y frente a diferentes cuadros de salud.

Las entrevistas permiten esquematizar las rutas de acceso que experimentan las personas cuando necesitan atender su salud en un contexto real. Se entiende por rutas al conjunto de pasos y factores condicionantes que resultan de la toma de estos pasos, para encontrar solución a su problemática de salud.

La muestra incluyó una variedad de grupos de personas con posibles diferencias de acceso: personas del área urbana y del área rural, personas con y sin seguro de salud, ámbitos geográficos y culturales diferentes, pertenencia étnica y enfoque de género.

Adicionalmente, también se exploraron diferentes situaciones de salud ante varias necesidades frente a la respuesta en salud:

- Personas con hipertensión arterial (HTA): representando a un grupo de enfermedades no transmisibles (ENT)/enfermedades crónicas que se beneficiaría de programas de prevención, detección precoz y, por ende, tratamiento simple y seguimiento regular; así como la necesidad de la proximidad de los servicios de salud de baja complejidad de atención.
- Las fracturas (cadera y otras), generan cuadros agudos, necesitan una respuesta inmediata y de nivel de atención potencialmente más complejo; poca posibilidad de prevención (aparte de la prevención de caídas y osteoporosis) que demandan también la continuidad de servicios (control, educación.). Si este cuadro está mal aplicado, puede tener consecuencias importantes en la autonomía de las personas mayores.
- Las demencias, tema emergente de salud mental, la práctica indica que hay poco acceso a soluciones profesionales; este cuadro requiere labores de prevención, atención y seguimiento pero también un alto nivel de cuidados y educación familiar.

1. Definición: De acuerdo a la definición de Medicare<sup>46</sup>, un evento o enfermedad catastrófica, a modo general es: “Un problema de salud muy grave y costoso, que puede amenazar la vida del paciente o provocarle una discapacidad de largo plazo, además de causarle fuertes dificultades financieras, debido al alto costo de los servicios médicos asociados a este”<sup>47</sup>. [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), en lenguaje común: evento de salud inesperado y puede tener un impacto sobre la salud y el bolsillo de la persona.

Para la aplicación de esta metodología, bastante novedosa (poca literatura), no se conocía cuántos casos eran necesarios para alcanzar la “saturación” en la recolección de la información; es decir, cuál sería el número del caso a partir del cual ya no se recoge nueva información, ni se obtienen patrones diferentes. Se utilizó entonces, 30 casos como una cantidad corrientemente utilizada, como base cualitativamente aceptable para la validación de los hallazgos.

### Árbol de selección de las entrevistas

Para cada una de las 3 enfermedades



La información recogida fue analizada según los siguientes ejes : (para cada enfermedad/cuadro de salud)

- **Primer eje:** Los pasos tomados para buscar respuestas: “me pasó eso”, “fui allá”, “me hicieron eso”, “ luego pasó lo otro” .... sirvieron para reconstituir la historia del estado general de salud, a la vez, generar tendencias y patrones de rutas ya existentes.
- **Segundo eje:** Se definieron los criterios de decisión que determinaron estos pasos.
- **Tercer eje:** Se identificaron las barreras y los facilitadores en la toma de decisión y el acceso a las respuestas en salud.
- **Cuarto eje:** Se exploraron el tema de los costos reales para la gente.

Posteriormente, los patrones identificados se compararon con las rutas oficiales generadas por las normas, modelos sanitarios y programas de salud vigentes en cada país donde se desarrolló el estudio.

## 2) Grupos focales

En los grupos focales se buscó:

- Validar y discutir sobre las rutas de acceso a los servicios de salud experimentadas por las personas mayores.
- Recoger las percepciones de estas personas sobre los cambios ocurridos (o no) en los 10 últimos años.

Se seleccionaron personas mayores de 70 años que cumplieran con dos criterios básicos: ser actualmente una persona mayor y haber sido hace 10 años una persona mayor, tiempo de vigencia del Plan Madrid, a fin de experimentar los cambios en el periodo.

## 3) Grupos focales con monitores

En los grupos focales con personas mayores líderes de organizaciones o capacitadas para monitorear los servicios de salud, se buscó también validar las rutas de acceso y analizar los cambios ocurridos, pero con personas organizadas en grupos, para tener una visión más colectiva. Adicionalmente, con estas personas, capacitadas en temas de derecho a la salud, fue posible explorar respecto a la participación en la toma de decisión y diseño de programas en salud.

# Aplicación

Se realizaron 91 entrevistas para conocer las **Rutas de Acceso**, de las cuales el 60% de las personas mayores participantes fueron mujeres.

De las 91 entrevistas aplicadas, 42% correspondían a personas con problemas de hipertensión arterial, 29% a fracturas y 25% a casos de demencias. Algunas de las personas padecían simultáneamente varias enfermedades (comorbilidad).

Se realizaron 20 grupos focales con un total de 152 personas mayores participantes, de las cuales 55% fueron mujeres, además tres grupos focales con 20 personas mayores “monitores”, es decir personas mayores que fueron capacitadas para monitorear la aplicación de los programas de salud en Bolivia<sup>2</sup>.

Se realizaron 28 entrevistas a informantes clave, la mayoría de estos participantes correspondían al personal de salud.

Los resultados, adicionalmente, se pudieron comparar y fortalecer con información recolectada en otra investigación desarrollada paralelamente por HelpAge International con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) a nivel global. Aunque los países que participaron en este estudio no fueron los mismos (Chile, Paraguay y Nicaragua), aun así, se pudo comprobar que las tendencias captadas a través de los grupos focales (metodología principal aplicada en dicha investigación, presentada en octubre 2012)<sup>3</sup> reflejan situaciones y percepciones muy parecidas.

En el presente estudio, uno de los aprendizajes obtenidos es que se necesita un tiempo relativamente largo para identificar los casos, además de desarrollar los contactos usuales en los lugares de estudio. Por ejemplo, se encontraron con facilidad casos de hipertensión arterial a partir de las organizaciones de personas mayores y a partir de los servicios; pero fue más difícil encontrar casos de fracturas y aún más difícil, identificar situaciones de demencias dentro del cronograma del estudio.

Sin embargo, el número de entrevistas realizadas fue suficiente para alcanzar la saturación de la información sobre las rutas de acceso. Los resultados encontrados fueron reiterativos para generar una certeza razonable sobre su validez. A pesar de ello, el estudio no logró determinar cuál sería el número ideal de entrevistas para asegurar “la saturación” de la información y la validez e integralidad de los resultados encontrados en este tipo de investigaciones.

*2. La capacitación en derechos y monitoreo en el resto de los países andinos es reciente entre las organizaciones de personas mayores, en particular en Colombia. Por lo que ha sido imposible, dentro de la logística del estudio, conformar grupos focales de monitores en los otros países.*

*3. Consulta con las personas mayores para el documento Envejecimiento en el Siglo XXI. Una Celebración y un Desafío, octubre de 2012, UNFPA y HelpAge International.*

Un reto para los investigadores sociales fue realizar diagramas o modelos de comportamiento colectivo para objetivar patrones, a partir de la información subjetiva de cada experiencia particular y grupal. Bajo esa premisa, el estudio representó un reto estimulante para el grupo de investigación.

País	Localidades urbanas	Localidades rurales
Bolivia	La Paz El Alto Santa Cruz Tarija	Tito Yupanqui Cotoca
Colombia	Bogotá	Montes de María Córdoba Nariño
Perú	Lima Urbano Piura Ayacucho	Piura Rural Ayacucho rural Lima rural
Ecuador	-	Alangasí y Sangolquí, Sur Quito

Elizabeth Mayta/ Fundación Horizontes, afiliada a HelpAge



# Principales hallazgos

Muchos de los resultados que se presentan a continuación aparentemente no son una novedad. Sin embargo, los hallazgos respaldan las percepciones empíricas que se tenían, a la vez que identifican y especifican las brechas más importantes sobre las cuales hay que impulsar el diseño y puesta en marcha de acciones para mejorar el acceso y la prestación de servicios de salud para las personas mayores tanto del área urbana como rural.

En los países andinos, la población mayor de las zonas rurales sigue siendo un número importante y representan entre el 40 al 50% del total de la población de 60 años y más. De la misma manera, las culturas nativas continúan teniendo una importante influencia no sólo en los usos y costumbres, sino también en las percepciones que la gente mayor pueda tener sobre los servicios de salud “occidentales” y de las propias enfermedades.



María Dolores Castro / HelpAge International

*Hospital de Clínicas, hospital público de 3er nivel de la ciudad de La Paz, Bolivia*

## Testimonio

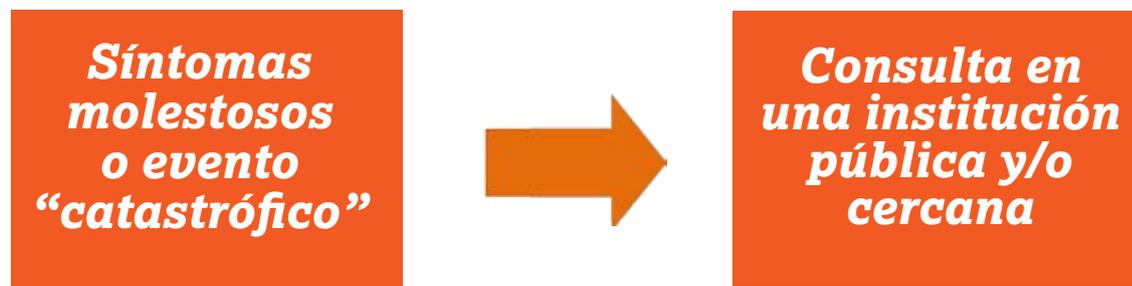
*“Me dedico a la agricultura. En mi comunidad tengo mis animalitos, eso cuido. Más estoy en el campo que en la ciudad. En la casa no me cuido mucho, si me agarra alguna enfermedad, tomo un matecito. Esta es mi primera vez en el SSPAM<sup>4</sup>”*

*Jesusa, 71 años, vive en la Comunidad Parki-Corco, del municipio de Copacabana, La Paz, Bolivia*

4. SSPAM, Seguro de Salud para las personas adultas mayores en Bolivia. Derecho establecido en la Ley 3323, que otorga un seguro de salud a todos los bolivianos y las bolivianas mayores de 60 años que no tengan seguro (es decir el 75% de la población adulta mayor).

# Hallazgo 1: Las rutas en salud son repetitivas y cortas...

El estudio evidenció que las rutas de acceso a la salud, independientemente de la enfermedad, las categorías de personas y los países son bastantes fáciles de establecer por cuanto son básicas y repetitivas. El patrón básico es el siguiente:



## Testimonios

*“Mandarse a arreglar, sobar, bañarse con hierbas: manzanilla, hierbabuena y esa otra hierba, esas tres hierbas”*

*Concepción, 80 años, Bogotá Colombia*

*“No nos miran ni hacen un diagnóstico. Sin vernos, nos dan medicamentos”*

*Persona mayor, Bolivia*



- Hay un acontecimiento concreto que motiva la búsqueda/demanda de un recurso en salud fuera de la persona misma.

***“me duele demasiado” o “tuve un accidente que me impide trabajar” o “me desmayé”***

La razón para buscar los servicios de salud no está determinada por una razón preventiva o por ansiedad de confirmar que la persona está o no con alguna enfermedad.

- Sin embargo, este primer paso hacia la búsqueda de una solución externa, se hace después de una estrategia de “contención”, que por lo general significa sobrellevar las cosas sin recursos externos, ignorar los síntomas, aguantar y/o someterse a un auto tratamiento. Esta estrategia es válida tanto para las ciudades, con el uso remedios caseros y compra directa en farmacia, como para el campo, por el uso y conocimientos de las propiedades medicinales de plantas.
- En la mayoría de los casos no hay continuidad del servicio después de la primera consulta (primer paso). Es decir, la relación con el servicio de salud se termina muchas veces en este primer paso. Se interrumpe la ruta, la cual en teoría no tendría que cortarse (se puede requerir ir a otro nivel de atención, o tener algún exámen complementario o un tratamiento o, en todo caso, la necesidad tendría que ser de control posterior o de prevención).
- En el análisis de las rutas elegidas por las personas mayores, no se detectaron diferencias de género entre mujeres y hombres.
- Es importante recalcar que la atención recibida en este primer paso se resume o se centra en la prescripción de medicamentos.

***Los derechos de las personas mayores***

***también son derechos humanos***

## Hallazgo 2: Hay poca prevención o detección...

Es necesario recalcar que el primer contacto entre la persona y los servicios se hace en caso de síntomas molestos o evento “catastrófico”. Muy pocas veces, se encontraron rutas que empiecen con una detección precoz fortuita o a raíz de actividades preventivas propuestas por los servicios de salud.

- A pesar de que el discurso de los profesionales y de la opinión pública habla hoy en día de la necesidad de prevención (cuidado de la salud, detección precoz de algunas enfermedades), en la práctica no hay prevención, o las actividades de prevención no han sido suficientemente desarrolladas.

*“Me empecé a cuidar cuando me tuvieron que llevar de urgencias...”*  
*Persona mayor, Bogotá, Colombia*

*“Lo que pasa es que la diabetes me dio hace 19 años, y antes de los 19, no ocupaba nunca ningún servicio de salud”*  
*Persona mayor, Ecuador*

## Hallazgo 3: El contacto se hace en una institución pública y/o cercana...

La primera intención, en general, es acudir a un centro de salud público (eso incluye la seguridad social). Es la puerta de entrada o punto de contacto más frecuente donde se diagnóstica y se recomienda un tratamiento.

- Es un primer paso válido tanto para las personas de la ciudad como para el área rural.
- En la ciudad a pesar de existir una mejor oferta privada, la decisión recae hacia una institución pública antes que la alternativa de un servicio privado como primera intención, aunque esta decisión se puede modificar posteriormente en la ruta (pasar del servicio público al privado).
- En las áreas rurales, se observa que la alternativa consiste en acudir a la medicina tradicional y sus especialistas. Sin embargo, contrariamente a lo que sucedía antes, esta alternativa ya no es siempre la primera elección o la única, puesto que se observan consultas en los dos sistemas: biomédico y tradicional)<sup>5</sup>.
- Es probable que la elección de una institución pública tenga que ver con la cercanía, es decir con la facilidad de acceso.

***Sur Oeste Colombia, zona donde habita la población indígena AWA y HelpAge International desarrolla un proyecto para mejorar los servicios en salud***

HelpAge Colombia



<sup>5</sup> En la medición de impacto del Proyecto de fortalecimiento del SSPAM en Municipios rurales de La Paz, Bolivia (Fundación Horizontes, financiado por ASDI), 39% de las personas entrevistadas reconocen ir primero al practicante de medicina tradicional y 59% prefieren ahora un centro de salud; aunque el reconocimiento de usar primero la medicina tradicional puede ser subestimado, las preferencias ya no son tan claras como hace 10 años.

## Hallazgo 4: Los principales factores de decisión se basan en la tenencia de un seguro (versus costo de bolsillo) y la cercanía del servicio.

Una vez que la persona ha decidido que la situación es insostenible y que se debe tomar la decisión de buscar “ayuda”, la decisión se basa sobre un análisis y confluencia de varios criterios:

- El tener o no un seguro que cubra los costos y, en caso contrario, anticipar la capacidad de pago disponible;
- La existencia de un servicio lo suficientemente próximo (distancia, horarios) y accesible (administrativo);
- También se encontraron otras razones, como la existencia de antecedentes personales o de personas conocidas; es decir si se ha ido a un servicio y no ha recibido buena atención o al contrario ha sido bien atendido; de la misma manera si una persona próxima (familia, amigo o vecino) ha tenido una buena o mala experiencia.
- No se han captado diferencias de género (más allá de lo obvio a saber que las mujeres mayores todavía tienen menos acceso a los seguros de salud dentro de la jubilación).
- Existen diferencias entre clase social, jubilados o no jubilados en los primeros pasos; pero estas diferencias fortalecen los criterios de elección mencionados anteriormente, no los modifican. Ejemplos: un jubilado tiene seguro de salud (seguridad social) entonces va en primera intención al servicio dependiente de su seguro; mientras que una persona no jubilada, sin seguro ni dinero, escoge la institución pública más cercana.
- De igual manera, la influencia de la tenencia de un seguro genera que la elección del lugar de atención en primera intención difiera en cada país.

Un ejemplo claro es Bolivia donde existe el SSPAM, el cual a pesar de todas sus deficiencias es reconocido como un factor determinante, permitiendo la atención. Mientras, el SIS en Perú o los POS en Colombia dejan muchos cuestionamientos por su difícil inclusión o su falta de integralidad en las prestaciones.

### *Afiche para promocionar el SSPAM implementado en Bolivia*



## Testimonios

*“...vino una ambulancia que me quiso llevar a una clínica privada habiendo el hospital público a unas pocas cuadras... viendo en la clínica privada que no tenía plata, me llevaron al hospital público. Me dieron unas pastillas y me mandaron a casa. Estuve mal tres días y fui al hospital público. Entré por emergencias y los traumatólogos; me dijeron que tenían que operarme, la prótesis costaba 4500 dólares porque el hospital no tiene prótesis. Nos tocó esperar meses para ahorrar...pero hay un programa de prótesis gratuitas por parte del gobierno y me dieron la prótesis gratis”*

*Nelson, 71 años, Quito, Ecuador*

*“Yo no he pagado nada por que tengo mi seguro, pero las pastillas que me dan no es suficiente, se acaban y tengo que comprar de la botica para seguir controlando mi presión”*

*Felicitas Palomino, 76 años  
Huamanguilla, Perú*

## Hallazgo 5: Hay varias barreras y facilitadores...

De las barreras comunes para el acceso a los servicios en salud, son aún calificadas por las personas mayores como significativas, en particular las siguientes:

- El no contar con un seguro (o los medios económicos) para pagar o tener una respuesta externa, como ser una consulta o un tratamiento.
- Por otra parte, el vivir lejos de un centro de salud; es el caso de la poca oferta rural, en particular.

Estas dos barreras no son específicas para la persona mayor, sino que son válidas también para otros grupos etáreos ya que son parte de las debilidades de los sistemas de salud. Sin embargo, debido a los niveles de pobreza encontrados entre las personas mayores de los países andinos, la falta de capacidad de pago para acceder a los servicios de salud se hace más evidente en las personas mayores quienes suelen requerir de estos servicios con mayor frecuencia que otros grupos. Igualmente la dificultad para movilizarse afecta a muchas personas mayores, en particular a las de más edad y hace que las dificultades en cuanto al acceso espacial sean identificadas como clave.

Sin embargo, sobre estas dos barreras, las cuales se esperaban encontrar, se deben señalar otras dos dificultades que, si bien no eran inesperadas, sorprenden por la fuerza y coincidencia en los testimonios de los cuatro países andinos, tanto en las ciudades como en el campo:

- **El no contar con apoyo familiar** (o de otra persona) para acudir hasta los servicios; particularmente una barrera importante en caso de discapacidad; de allí la importancia de disponer de apoyo familiar o de una organización/grupo.
- A la vez y muy ligado al punto anterior, **el costo del transporte (área rural y urbana) o la complejidad para encontrar un transporte adecuado**, hace imposible o muy difícil el acceso.

Estas barreras fueron señaladas como claves en reportes de proyectos y consultas de la red HelpAge<sup>6</sup>. El impacto de estas dificultades merece que se proporcione una atención particular a estos temas.

Otras barreras identificadas fueron:

- El haber tenido antecedentes o experiencias previas negativas, como por ejemplo la falta de eficacia de un tratamiento recetado o haber recibido malos tratos con anterioridad en un servicio de salud, el paciente prefiere pensar dos veces antes de acudir nuevamente a un servicio.
- La falta de conocimiento sobre la salud, sobre las propias necesidades en salud (como el autocuidado) evita que se tomen ciertas decisiones o se tomen alternativas equivocadas; como la de no acudir al servicio, asistir a un servicio de tercer nivel (de máxima complejidad) de manera innecesaria, retirarse el yeso, interrumpir un tratamiento con medicamentos, exigir inyecciones en lugar de pastillas, etc.
- Se escucha con frecuencia los siguientes reclamos: “nunca tienen medicamentos”, “los médicos son malos”. Es a veces difícil distinguir una valoración de una experiencia anterior y la repetición de generalidades expresadas por la opinión pública sobre “los servicios de salud” en general.

Si bien estas últimas barreras no son las que más resalta la gente; a la vez, pueden ser subsanadas con facilidad, contando con la información correcta, el convencimiento y una adecuada atención por parte del personal de salud.

*“Yo le sugeriría a las personas, leer cuanto antes el carnet que le da a uno su nueva EPS y saber dónde ir, porque yo fui a un punto donde no debía de ir, no tenían esa atención que uno necesita...”*

**Emilia, 69 años, Bogotá Colombia**

6. Reportes internos de Tanzania y Cambodia.

## Testimonios

*“Para ir a la posta tengo que salir de mi comunidad a pie hasta la carretera que esta a una hora si estoy bien, pero si se eleva mi presión ando como borracha con dolor de cabeza y me demoro más en llegar a la carretera, de ahí tomo un carro y me lleva a la posta. Tengo mucho miedo de mi enfermedad y tengo una pregunta dice si sube mas mi presión me puedo morir tengo miedo por eso”*

**Felicitas Palomino, 76 años, Ayacucho, Perú**

*“Luego de ser diagnosticada empecé a asistir a un Club para personas mayores. Realizábamos diferentes actividades que nos hacían sentir bien: caminatas y ejercicios. Luego de tres años el club se terminó y de ahí para acá me dependió mucho mi enfermedad porque me puse a pensar mucho. Yo quería mucho a la doctora, ella tenía algo y cuando yo salía del consultorio salía alentada. De los que estábamos en ese Club, están muertos casi todos”*

**Tulia Ramírez, 72 años Bogotá, Colombia**

*“... la pastilla que me da la posta es muy poquito cuando dejo de tomar mi presión sube hasta 160 y mi hijo vino y me llevó de emergencia a la clínica por que ya estuve muy mal”*

**Felicitas Palomino, 76 años Ayacucho, Perú**

# Hallazgo 6: El gasto de bolsillo sigue siendo una carga y una barrera...

## Testimonio

*“Como no tenía dinero, (el SSPAM) era la única forma de hacerme curar. Esta curación me hubiera costado dinero; pero ha sido totalmente gratuita”*

*Persona mayor, Santa Cruz, Bolivia*

Las enfermedades no transmisibles y crónicas son las que prevalecen entre las personas mayores y, por ende, generan la necesidad de tratamientos de larga duración. El pago por los tratamientos, consultas especializadas y transporte, en caso de no tener un seguro o un seguro que no cubre estas prestaciones, se vuelve particularmente álgido.

Aunque el estudio no analizó el tema de la disponibilidad de medicamentos, los testimonios indican que la no disponibilidad de los medicamentos en las unidades de salud es una barrera. Aunque estén los medicamentos para las enfermedades no transmisibles en las listas nacionales de medicamentos autorizados y re-emboisados por los seguros, su disponibilidad en las unidades de salud no está asegurada, y conllevan a un gasto de bolsillo para el paciente.

## Frases testimoniales

*“Mi madre toma su medicamento cada día una vez al día para la memoria, como no hay especialista en el seguro, tiene que hacer gastos extras mensuales: la consulta le cuesta 50 soles, los medicamentos un promedio de 80 soles, en suma 130 soles mensuales que cuesta mucho. Gasta teniendo seguro”*

*Miriam, Perú*

*Cuida a su madre que padece Alzheimer*

*“Yo tengo que llevar a mi señora tres veces a la semana a neurosicología. Son aproximadamente 14 sesiones al mes, a un costo de \$40.000 pesos cada sesión. Adicional a esto, tenemos que cubrir los costos de los medicamentos que suman \$400.000 pesos”*

*Francisco, Colombia*

*Cuida a su esposa con diabetes y Alzheimer*

*“...toca comprarlos y cuestan como entre veinte, treinta son caros porque esos no los cubre el carnet. Es que hay drogas que pasan de \$10.000 pesos y no los cubren, apenas pasan el Diclofenaco que vale \$1.000 el sobresito, el Naproxeno, la ampolla esa de vitamina esa es la que entregan”*

*Grupo focal N° 3, Montes de María, Colombia*

En una región de países de ingresos medios, se olvida con facilidad que el tema económico es un factor clave para grupos numerosos de personas y que el gasto de bolsillo sigue siendo una barrera en el acceso a servicios de salud.

Son muchos testimonios que recalcan la importancia del seguro. Sin embargo, aún asegurados, es frecuente encontrar que el ciclo de una atención adecuada queda vulnerado por la no integralidad de las prestaciones o su no financiamiento y, por ende, por la incapacidad de las personas mayores a solventar un gasto de “bolsillo”.

Muchos tratamientos no tienen lugar o se interrumpen por la no disponibilidad de medicamentos e insumos o por falta de dinero.

El tema del gasto de bolsillo en particular para la compra de medicamentos ha sido identificado también en otros países de la región.<sup>7</sup>



## Testimonios

*“Cuando voy al médico y no tengo la platita para los remedios, ahí está, te quedaste con la receta. Y en el hospital regional, si pedis turno, tres meses vas a tener que esperar...”*

*Persona mayor, Paraguay*

*“Estoy enferma, tengo diabetes y el centro de salud no tiene medicamentos”*

*Persona mayor, Paraguay*

*“Estoy enferma y en el centro de salud no tienen medicamentos, y cuesta 450 córdobas, cómo los voy a comprar si soy pobre”*

*Persona mayor, Nicaragua*

7. Consulta con las personas mayores para el documento *Envejecimiento en el Siglo 21: Una Celebración y un Desafío*, octubre de 2012, UNFPA y HelpAge International.

## Hallazgo 7: Hay avances

La información recolectada en los testimonios y los grupos focales confirma que se perciben cambios positivos en el acceso a salud:

- **La oferta de servicios** (presencia y acceso) ha mejorado. Hay más postas, centros y hospitales, incluso en áreas rurales, de lo que había 10 años antes.

*“Se han creado más postas, antes no había”*  
*Persona mayor, Chile*

- Aunque la gente, incluyendo las personas mayores, no buscan ni practican acciones de prevención y, pese a que los prestadores no desarrollan muchas actividades de prevención, todos reconocen de manera espontánea su necesidad; no era el caso en investigaciones anteriores.

*“Si no nos cuidamos, nos morimos o nos enfermamos”*

*Basilio, Santa Cruz, Bolivia*

- El personal de salud dice atender a más personas mayores en sus establecimientos que antes; tienen una percepción del envejecimiento poblacional, lo que les lleva a reflexionar y solicitar más/mejor formación.
- Aunque la formación del personal de salud no sea la adecuada para atender a las personas mayores y más aun a aquellas que han sido diagnosticadas con enfermedades no transmisibles (enfocada más hacia la salud materno infantil y a las enfermedades agudas), los prestadores han percibido que necesitan cualificarse con formación sobre envejecimiento, con conocimientos básicos de geriatría y gerontología para ofrecer una atención más efectiva; a la vez esta percepción indica que el personal empieza a reconocer más las necesidades en salud de las personas mayores.

*“Yo he dicho en las reuniones y en los cursos que hago que lo primero que deben hacer médico y enfermera es instruirse en eso, porque hay mucha gente que ni siquiera sabe qué es a pesar de trabajar en un hospital o un centro de salud” .*

*Leonor esposa y cuidadora de Joaquín con diagnóstico de Alzheimer, Bogotá, Colombia.*

- Aunque la respuesta encontrada por las personas mayores a su solicitud de atención es muchas veces sucinta, inadecuada y de poca calidad, es notable observar que, cuando las personas mayores buscaron un contacto con los servicios, han recibido atención en la mayoría de los casos. En muchos casos, la existencia de un seguro ha viabilizado esa atención.

*“Antes esto no era el SSPAM... con el SSPAM ha mejorado la atención. La atención es más rápida. El único problema es la falta de medicamentos”*

*Ismael, El Alto, Bolivia*

- Otro cambio percibido en la investigación, es que se observa un mayor nivel de conocimiento y de exigencia de sus derechos que hace 10 años: esta es una oportunidad para mejorar las condiciones de salud y atención de las personas mayores. Este hecho se observó a partir del conocimiento individual y colectivo, resultado de su participación a través de sus organizaciones y del ejercicio al derecho al monitoreo de los servicios de salud.

### Frases testimoniales

*“Bien, que voy a decir. Primera vez que vengo de años. Con decirle que no conocía este lugar...De muchos años estoy viniendo. He sido una persona sana y por eso no venía aquí. He venido al médico y por suerte el médico me ha atendido bien”*

*María Luz, 67 años, Tarija, Bolivia*

*“esa enfermedad la ven en **EsSalud** y tengo que sacar sus citas. Felizmente ahora es vía telefónica; ya no como cuando vivía mi padre que tenía que sacar sus citas personalmente muy de madrugada”*

*Marina, hija de Miriam, Perú*

*“Bueno ante eso, ha cambiado mucho porque la verdad es por los problemas que están sucediendo ahí de administración; pero la verdad es que sí ha cambiado, porque anteriormente carecían de cosas para atender a uno y tenía uno que comprar una jeringa, cualquier cosa que se necesitara, una sonda, hasta unas carpetas para meter la historia”*

*Grupo Focal, Montes de María, Colombia*

*“Ha cambiado mucho por ejemplo yo nunca tomé un taller ni nada ni sabía que yo era hipertensa que yo sufría del corazón que yo no podía comer sal, todo eso, o sea habían ejercicios para eso y no sabía”. “Ha cambiado porque a veces a mí el médico me pregunta qué más necesita para yo mandarle exámenes. Entonces eso me ha gustado porque antes tenía que uno pedir el favor y he notado que sí ha mejorado la atención en ese sentido”. “La otra ventaja aquí es que los traen de la Secretaría de Salud de Usaquén para la vacunación. Cada año nos vacunan aquí y nos dan el curso de cómo debemos tomar la droga y charlas muy importantes sobre la salud”.*

*Grupo Focal, Bogotá Colombia*

*“Yo pienso que a nosotros se nos salió de las manos tenerla en la casa, fue muy difícil, fue muy doloroso llevarla a un sitio, pero en este momento yo voy y la visito y veo que ella está atendida ... inclusive la niña de la cocina, yo llegó y mi mami tiene la piernas encima y ella le está haciendo masajes... y la señora del hogar también la consciente mucho... yo he estado ahí... yo llego a cualquier hora , no tengo limitación de horario para llegar”*

*Martha hija de Ana Cecilia, 77 años, Bogotá, Colombia*

*Ana Cecilia fue diagnosticada con Alzheimer*

## Hallazgo 8: Las brechas aún son muchas...

Para resumir se puede agrupar a las brechas en el acceso a salud en cuatro categorías:

- **El acceso financiero a la salud** sigue siendo un impedimento mayor para las personas mayores; algunos países tienen seguros, otros no; muchos de estos “seguros” no son lo suficientemente integrales como para garantizar una atención adecuada;
- **La continuidad de servicios** está lejos de ser la regla, sin embargo es fundamental para mantener la funcionalidad y calidad de vida de las personas mayores, en particular las que padecen enfermedades crónicas;
- **Los cambios demográfico y epidemiológico todavía no son asumidos por los sistemas y servicios de salud;** los programas y presupuestos siguen focalizados en Madre/Niño y enfermedades agudas;
- **La salud mental y las demencias** están totalmente desatendidas.



### Testimonios

*“y en la posta sólo te atienden una sola vez al mes con tu seguro del SIS y tengo que pagar si voy más veces a la posta. Y las pastillas sólo son calmantes no nos hacen nada, si dejo de tomar me pongo mal.”*

*“Yo no he pagado nada por que tengo mi seguro, pero las pastillas que me dan no son suficiente, se acaban y tengo que comprar de la botica para seguir controlando mi presión”*

*Felicitas, Palomino, 76 años, Perú  
Padece hipertensión y está asegurada al SIS*

*“...sólo la artrosis que tengo en la rodilla por eso siempre ando delicada de la rodilla. Se me ha acabado la medicación y estoy a un paso para hacerme la prótesis, pero no me animo, sinceramente. El seguro no cubre la prótesis, no cubre”*

*María Luz, Tarija, Bolivia*

*“A mi me tratan bien. Bueno gracias a Dios sí, porque a uno le dan sus medicinas porque las mandan de allá... le dan a uno sus medicinas gracias a Dios. A veces no se las dan a tiempo, porque no las mandan para acá de allá de Cartagena, a veces uno dura hasta dos días sin tomarla, pero es por eso”*

*Bertha Maria, 68 años, Montes de María Colombia*

Debemos insistir sobre la insuficiente continuidad del servicio. La no continuidad se manifiesta por:

- No se cumple la secuencia Prevención/Atención/Seguimiento, necesaria a una atención integral y adecuada
- La ruta siempre se interrumpe, en general después del primer contacto o después de la resolución del problema agudo;
- La interrupción tiene severas consecuencias sobre la salud, la calidad de vida y la funcionalidad de las personas;
- El seguimiento a mediano plazo y las alternativas de seguimientos (oferta) son los que más hacen falta;
- No hay suficiente coordinación con otros sectores, en particular no se trabaja el tema del apoyo domiciliario, apoyos familiares y cuidadores.

La atención existe aunque no siempre de buena calidad y efectiva; está muy orientada en las tendencias de los sistemas actuales, formados para resolver problemas agudos. La resolución de problemas sigue basada en el tratamiento con medicamentos.

### Testimonio

*Tiene seguro, pero el seguro no tiene oferta para demencia por eso buscaron atención en una clínica particular, por falta de especialistas en Seguro Social de Ayacucho para los problemas mentales: en ESSALUD le han diagnosticado el mal pero no atienden bien la enfermedad de mi mamá por que no hay especialistas”*

*Marina (Hija de Miriam, persona mayor con demencia), Huamanga Ayacucho, Perú*

El ser atendido en condiciones de no continuidad puede convertir a la ruta de acceso en muy complicada; a pesar de disponer de un modelo de atención establecido y un seguro universal.

Obsérvese los pasos de María, 65 años, El Alto, Bolivia:

*“A ratos me duele la cabeza, parece que tengo calor y mi ojo también se está cerrando. Después de un rato, se me quiere cerrar. Las manos quieren también encogerse. En las mañanitas con salivita me curo”*

En una campaña de salud en un colegio, le tomaron la presión y le informaron que tenía hipertensión arterial:

*“¿Yo? no voy a discutir, ¿no ve? Como soy humilde “ya” le he dicho”*

Para atender su hipertensión a través del seguro debía ir a un hospital; pero al mismo tiempo la refirieron a otro centro de salud para tratar la dolencia de sus ojos:

*“Para el dolor de mis ojos me dieron un papel para que vaya al Satélite (hospital de 2do nivel) luego vas a ir abajo, al hospital Arco Iris”*

Pero María no fue a ninguno, por la dificultad de movilizarse; tampoco quiso ir por desconfianza y temor pues le mencionaron también la posibilidad de una operación (cataratas).

Ha cambiado el lugar de seguimiento (centro público de salud):

*“una vez he venido, pero harto me han hecho esperar. No hay plata para los medicamentos, -cómprense dicen. Nosotros no tenemos plata, así no más tenemos que estar”*

La falta de información sobre prevención, y oferta de servicios en las personas mayores; pero más que todo, sobre el estado de salud de cada una y el desconocimiento para controlar las enfermedades continúa siendo insuficiente. Se debe enfatizar el derecho a la información en salud.

*“No conozco lo que es el SSPAM, como hoy es mi primer día que vengo a una atención, no sé en que consiste eso. A mí, nunca me han explicado”*  
Maximiliano, Cotoca, Bolivia

*“Necesitamos más información sobre los programas que existen en salud, porque muchas veces uno no sabe de la existencia de los servicios, por eso uno no les utiliza.”*

*Persona mayor, Chile*

Finalmente, los diferentes factores del concepto de calidad del servicio hace que sea difícil analizar en qué aspectos los sistemas de salud han progresado o no. Sin embargo, no sólo muchas de las brechas mencionadas revelan la insuficiencia de la calidad de los servicios de salud; sino que dividen la opinión:

## Testimonios

*“pero es muy genérico, tiene derecho a la salud, pero a cuál salud, a qué servicios de la salud, en dónde la salud. Tiene derecho a la salud sí, pero para dónde?”*

*Entonces hay leyes que hablan de eso pero son muy genéricas, así como hablan de la fila preferencial, de descuentos en determinados eventos”*

*Grupo focal, Bogotá*

*“¿Cómo lo atienden a uno? Sí ha cambiado muchísimo, sí ha mejorado muchísimo para mí ha sido magnífico”*

*Grupo focal de Bogotá, Colombia*

*“Está mejor la atención, antes había harta gente acá, niños, embarazadas y viejitos. Ahora hay menos, no sé por qué, la atención sigue bien, lo malo es el tema de la ficha, hay que venir temprano porque son pocas y hay que tener suerte a veces se llena la agenda de consulta y tienes que esperar, o hasta que te reprogramen. Si está lleno pierdes todo el día y nada que hacer”*

*María, 73 años, Santa Cruz*

*“...me saqué el yeso. Ya me molestaba, no podía ni bañarme; yo me saqué personalmente el yeso porque ir allá (al servicio), esperar, perder el tiempo, yo opté por sacármelo. No me dijeron cuánto tiempo va a tardar mi recuperación, solamente iba, recibía la atención; nunca dicen nada los médicos, se hacen a los opas. A mí, me molesta eso, porque uno siempre quiere saber que tiene uno...”*

*Persona mayor, Bolivia*

# Hallazgo 9: La ruta no es la misma para todas las enfermedades o necesidades...



HelpAge Colombia

Existen notables diferencias según los cuadros de salud...

## Para la hipertensión arterial:

- No hay prevención o poca prevención.
- Existe una atención inmediata en todos los niveles y en la mayoría de los casos, se provee un tratamiento con medicamentos.
- Hacen falta actividades de prevención en estilos de vida y alternativas de control de la enfermedad.

## Para las fracturas:

- Hay muy poca prevención (osteoporosis, caídas).
- Existe atención.
- La reducción y fisioterapia son deficientes, con las consecuentes secuelas (inmovilidad, inseguridad, dolores y dependencia).

*“Les puedo decir; con cuidado van a caminar, que no van andar mal, así me ha pasado a mí, eso les puedo decir. El SSPAM bien lindo es, les puedo decir. Te ayuda, les puedo decir que se hagan inscribir, así he recibido ayuda”*  
Hilda, La Paz, Bolivia

*“he debido ir unas tres veces. La única buena atención diré yo fue cuando me fracturé la mano; esa vez, yo fui, me curaron. No voy a decir que no, aunque mal pero me curaron”*

*René, Santa Cruz, Bolivia*

Leonarda, El Alto. No fue “macillada”(enyesada), un médico particular la cura sólo con “pastillas”. Sin embargo, tiene muchos dolores. Se automedica con Diclofenac cuando el dolor es demasiado fuerte. Pero ahora tiene miedo.

*“De ha poquito estoy mejorando. El naturista también me ha curado. Con hierbitas y lagarto”*

## Para las demencias:

- Existe un desconocimiento casi total por parte del personal y de la población sobre este tipo de enfermedades.
- En resumen, no hay atención ni detección a nivel de atención primaria.
- La atención a las demencias está excluida de muchos seguros, lo que implica un costo de bolsillo elevado para la familia.
- No hay servicios de apoyo.

## Testimonios

Francisco tiene 80 años, es médico y el cuidador principal de Francy, persona mayor con demencia. Bogotá, Colombia:

*“La verdad no hemos utilizado los servicios de la EPS, siempre utilizamos la medicina prepagada, o preferimos ir a un médico privado. Contamos con servicios de consulta y hospitalización para Personas Mayores, pero en realidad no hay una atención especial para personas diagnosticadas con Alzheimer. El servicio de salud no cuenta con programa de prevención, debido al desconocimiento de las causas de la enfermedad”*

*“...la niña que viene en el servicio de ambulancia es una voluntaria... no sabe que es Alzheimer... dice.. señora levante la mano.. usted esta bien??. ella no te va a contestar... ella no entiende nada ... si acaso me entiende a mi ... que le diga mamá!!! Porque me conoce... Pero a una persona extraña no y menos... levante el brazo... siéntese... que no te entiende... le tuve que decir tres veces que mi mamá no entendía esas órdenes...”*  
Hija y cuidadora de Helena, 78 Años Bogotá, Colombia

# Conclusiones y recomendaciones

Las personas mayores tienen expectativas:

*“Un buen servicio tiene que ser rápido, para uno que está por morir; uno quiere mejorar rápido, uno quiere eso cuando está enfermo. Uno quiere estar sano no para uno o dos días. Las medicinas tienen que entregarse rápido, ver qué medicina se necesita más”*

**Basilio, 71 años, Santa Cruz, Bolivia**

*“Yo le sugeriría a las entidades de salud que habiliten más instituciones especializadas para que cuando el paciente lo requiera se pueda internar. Igualmente, buscar la forma de que el POS cubra los gastos completos del tratamiento. También les diría a los familiares de personas con Alzheimer que participen”*

**Francisco, Colombia**

*“Quisiera que haya más buenos médicos en la posta de Huamanguilla para que no tenga que ir a Ayacucho. Si me empeoro, ir a Ayacucho me cuesta mucho dinero”.*

**Felicitas Palomino, 76 años, Perú**

Desde 2002, se observan importantes avances en tema de políticas y programas en salud a partir de los gobiernos, empezando por el Plan Regional para la Salud y Envejecimiento de la OPS (2009), el Plan AUGEN en Chile, el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM) en Bolivia, entre otros.

Existe un mayor reconocimiento acerca de la importancia de las enfermedades crónicas en la carga epidemiológica en América Latina y el Caribe, como lo demuestra la participación de la región en la Cumbre de Nueva York (2010), la existencia de planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Si embargo, la reforma y mejoramiento de nuestros sistemas de salud continúa siendo una necesidad, la cual se precisa atender a la brevedad. Los buenos resultados de los programas comparados con la limitada (hasta la fecha) inversión hacia este grupo poblacional de mayores de 60 años, han mostrado vías de mejoramiento, los cuales hay que seguir.

Considerando las brechas identificadas y confirmadas en el presente estudio, se puede definir algunos énfasis para el trabajo a futuro:

- Seguir mejorando la red de servicios de proximidad, incluyendo más servicios de atención primaria;

parece una recomendación trillada pero todavía en la estructura de nuestros sistemas de salud, la atención primaria se ve aún poco reflejada.

- Trabajar para mejorar el acceso que todavía hace falta en nuestra región: la distancia al servicio más cercano, el transporte y acompañamiento; así como el acceso financiero (seguros integrales e inclusivos).

- Dentro de las dimensiones del acceso se debe incluir la adecuación epidemiológica; ya que el actual modelo de salud de nuestros países se enfoca en la atención materno infantil, los cuadros agudos y lo curativo. Si no se hace esta adecuación; no se podrán atender los nuevos desafíos emergentes de las necesidades en salud de las personas mayores y de las enfermedades no transmisibles.

- Trabajar en la continuidad del servicio es parte de la adaptación necesaria del sistema de salud al desafío, tanto del envejecimiento como del cambio epidemiológico. Una primera medida en este sentido sería la densificación de las actividades de prevención y del autocuidado, las cuales son actualmente incipientes; la introducción de nuevas alternativas de seguimiento (atención domiciliaria, nuevos servicios como la fisioterapia...) sería otra forma.

- Parte de documentos tan importantes como el Plan Madrid y la Estrategia Regional para la Salud de las personas mayores, son una estrategia fundamental para la formación del recurso humano que aborde a la persona mayor y a los nuevos desafíos epidemiológicos.

- La participación en salud de la propia gente durante el ciclo de vida; incluye el autocuidado pero también la participación en la planificación y monitoreo de los servicios. Si bien se han presentado cambios positivos en la participación, es todavía insuficiente y se debe seguir en la aplicación de este derecho.

Para trabajar hacia las soluciones, las barreras pueden ser revertidas:

- La oportunidad de tener un seguro facilita el acceso (ver punto 4).
- Incrementar los servicios de cercanía de atención primaria.

- Organizar el transporte.

- Sensibilizar a la familia o desarrollar la atención domiciliaria para el acompañamiento (ejemplo de la nueva experiencia del PADOMI en Perú).

Pese que ya no constituye la única alternativa para las personas mayores en particular del área rural, la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales sigue siendo un recurso insuficientemente explorado y utilizado, el cual tiene el beneficio de ser cercano a la gente así como probablemente más barato (tratamientos). En los países andinos donde sigue habiendo una cohabitación de varias culturas y poblaciones indígenas, este recurso debe ser mejor estudiado e integrado en las rutas de acceso. Por ejemplo, un primer paso se ha dado en Bolivia con la creación de un Vice ministerio de medicina tradicional y el reconocimiento en la Ley del Seguro de los remedios tradicionales en base a plantas. Pero se debe seguir con la persecución de sistemas integrados.

*“Decirle lo que yo le hago a él para que le hiciera a la persona aquella. Así sobarle el cuerpo, moverle las manos, estirarle las piernas para ver si... le han dado botellas, para que le eche a la botella le he puesto verbena, clavito, canela, así esas cosas así se pone al sol y se le unta en las piernas en los brazos”.*

**Esposa y cuidadora de Aurelio, 99 años Montes de María Colombia**

Hemos visto, a través de la investigación llevada a cabo en los cuatro países; así como también a través de la experiencia, que existen iniciativas para ir cerrando las brechas. Se necesita revisar y medir los impactos, así como difundir y multiplicar las buenas prácticas.

La complejidad de la atención en salud frente a problemas como las enfermedades no transmisibles y el impacto de los determinantes sociales hacen que la responsabilidad de una vida saludable no recaiga solamente sobre los servicios de salud. Todos los actores, Estado, sistemas de salud, comunidades e individuos, deben asumir cierto grado de responsabilidad en cuanto al cuidado de la salud.

*“son entidades que prestan primeros auxilios. Van a donde tú las llames, tú dices tu cédula, tienes un carnet que ellos te dan y van a atenderla inmediatamente”*  
**Grupo Focal Bogotá**

# Políticas y leyes en salud en los países de estudio

Bolivia	Colombia
<p><b>Leyes</b> Ley 3323 del SSPAM.</p> <p><b>Políticas y Programas</b> Política SAFCI (modelo de atención en salud familiar, comunitaria e intercultural).</p> <p><b>Aseguramiento</b> SSPAM (acceso gratuito para el usuario mayor de 60 años, pago a través de prima anual a partir del presupuesto municipal) o Seguridad social de corto plazo para los jubilados.</p> <p><b>Rutas y prestaciones</b> Tres niveles de atención con entrada en el primer nivel (menor complejidad, atención primaria: Referencia y contrareferencia) Prestaciones integrales (consulta, especialidades, hospitalización, tratamientos, exámenes y rehabilitación).</p>	<p><b>Leyes</b> Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011.</p> <p><b>Políticas y Programas</b> Política de Atención en Salud desde un modelo asistencialista. Con la última reforma en salud, Ley 1438 se privilegia la Atención Primaria en Salud.</p> <p><b>Aseguramiento</b> Régimen Contributivo para personas con capacidad de pago Régimen Subsidiado para personas sin capacidad de pago. La atención en salud para las personas que no están afiliadas y que no tienen capacidad de pago está a cargo del Estado.</p> <p><b>Rutas y prestaciones</b> Tres niveles de atención por complejidad: a) Primer Nivel: menor complejidad, atención primaria en salud. b) Segundo Nivel: complejidad mediana, especializaciones básicas; c) Tercer Nivel: alta complejidad con todas las especializaciones y las subespecializaciones.</p> <p><b>Sistema de referencia y contra referencia</b> Prestaciones: a) Plan Obligatorio de Salud incluye consulta de medicina general, especialidades, hospitalización, tratamientos, exámenes definidos, rehabilitación, b) Plan de Intervenciones Colectivas (Atención de Urgencias, Atención frente a Emergencias y Desastres, Atención de Accidentes Laborales y Enfermedades profesionales, Planes complementarios).</p>
Ecuador	Perú
<p><b>Leyes</b></p> <p><b>Políticas y Programas</b> Transformación Sectorial de Salud, MSP, 2009 (organización en nivel nacional de políticas, regional de operativización de las redes, nivel distrital de prestaciones), Modelo de gestión desconcentrado. Políticas Integrales de Salud para los adultos mayores, MSP 2007.</p> <p><b>Aseguramiento</b> Sistema de Seguridad Social con diferentes regímenes.</p> <p><b>Rutas y prestaciones:</b> Prestaciones integrales (atención, farmacológica, quirúrgica, hospitalarias, odontológica, ortesis y prótesis, gastos de movilidad); modelo con niveles de atención.</p>	<p><b>Leyes</b> Ley 29344 - Ley del Aseguramiento Universal en Salud - AUS</p> <p><b>Políticas y Programas</b> RM 464 - MINSA 2011, Modelo de Atención en Salud Basado en la Familia y la Comunidad - MAIS (modelo de atención en salud familiar y comunitaria), Plan Nacional de Enfermedades no Transmisibles.</p> <p><b>Aseguramiento</b> AUS en su modelo subsidiado - se soporta el Seguro Integral de Salud - SIS (acceso gratuito a los establecimientos de salud de MINSA en los diferentes niveles para el usuario catalogado en condición de pobreza por el Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH, para todas las edades y personas de 60 años y más, el pago a través del MINSA).</p> <p><b>Rutas y prestaciones:</b> Tres niveles de atención con entrada en el primer nivel (menor complejidad, atención primaria).</p> <p><b>Sistema de referencia y contra referencia</b> Prestaciones focalizadas (consulta, especialidades, hospitalización, tratamientos, exámenes).</p> <p>NOTA: La persona adulta mayor se beneficia de manera transversal del Programa de ENT - cobertura para Diabetes, Hipertensión arterial, Cataratas. Oncológico: sólo CA Cérvix y Próstata.</p>

**Hay avances sin embargo las brechas son muchas: los sistemas de salud y los determinantes de la salud no son amigables, ni adecuados para las personas mayores.**

## Brechas

Poca prevención

Desinformación

No hay un abordaje de acceso cultural

Faltan medicamentos

Personal de salud no preparado

Falta de empatía y malos tratos

Déficit de servicios en salud mental

Falta de continuidad de servicios

Oferta rural insuficiente

Hay políticas y programas

Hay iniciativas de gratuidad y aseguramiento

Hay iniciativas de programas amigables: dental, atención domiciliaria

Hay iniciativas para trabajar sobre determinantes sociales como la seguridad alimentaria

*...los sistemas de salud y los determinantes de la salud están lejos de ser amigables y adecuados para las personas mayores.*

Antonio Olmos/ HelpAge International 2011

