

Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas



Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas

Washington, D.C., 2023



**Década
del envejecimiento
saludable**
en las Américas

La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas
situación y desafíos

© **Organización Panamericana de la Salud, 2023**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326985>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	v
Siglas	vi
Introducción	1
Acceso a los servicios de salud	2
Conceptualización de las barreras	4
Barreras de acceso a los servicios de salud	7
Necesidades de atención de salud	7
Percepción de las necesidades y deseo de atención de salud	10
Aproximación de los servicios de salud	10
Habilidad para percibir las necesidades de atención de salud	11
Búsqueda de los servicios de salud	12
Aceptabilidad de los servicios de salud.....	12
Habilidad para buscar los servicios de salud	13
Alcance de los servicios de salud	15
Disponibilidad oportuna	16
Habilidad para alcanzar los servicios de salud.....	17
Utilización de los servicios de salud de atención primaria y hospitalaria.....	18
Asequibilidad	19
Habilidad de pago.....	20
Consecuencias de la atención de salud	22
Adecuación, continuidad y calidad de los servicios de salud	22
Habilidad para implicarse en el sistema.....	23
Barreras de acceso en el contexto de la pandemia de COVID-19	24
Recomendaciones	26
Necesidades de atención de salud	26
Percepción de las necesidades y deseo de atención.....	28
Búsqueda de los servicios de salud	29
Alcance de los servicios de salud	29

Utilización de los servicios de salud de atención primaria y hospitalaria.....	30
Consecuencias de la atención de salud.....	31
Recomendaciones orientadas a otros sectores	31
Contextualización de las recomendaciones	32
Problema complejo, solución compleja	32
Referencias	33

Índice de figuras

Figura 1. Marco de los bloques fundamentales del sistema de salud de la OMS	3
Figura 2. Un modelo conceptual del acceso a los servicios de salud.....	5
Figura 3. Índices de prevalencia de enfermedades y discapacidades en la población de 60 años o más en siete ciudades de América Latina y el Caribe, por grupo de edad, 1999-2000	8

Agradecimientos

Este informe fue elaborado por la Unidad de Curso de Vida Saludable del Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su redacción estuvo a cargo de Ana Lucía Rosado, con la colaboración de Carolina Hommes.

Esta publicación forma parte de una serie titulada *La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas: situación y desafíos* y es fruto de una iniciativa interinstitucional. La serie fue coordinada por Patricia Morsch, Enrique Vega y Pablo Villalobos, bajo la supervisión de Luis Andrés de Francisco Serpa y Marcos Espinal de la OPS.

El propósito de la serie es ofrecer actualizaciones periódicas sobre los distintos ámbitos de actuación de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) en la Región, así como sobre otros aspectos conexos. Se agradece la colaboración de los expertos y expertas de la OPS, del sistema de las Naciones Unidas, del sistema interamericano y del mundo académico que participaron en la iniciativa y formularon observaciones y recomendaciones esenciales para que el proyecto viera la luz.

Siglas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (encuesta)

Introducción

En el año 2025, las personas mayores representarán el 18,6% de la población total de la Región de las Américas (1). La transición demográfica generada por la disminución de la tasa de fecundidad y el incremento de la esperanza de vida ha logrado que cada vez existan más personas mayores. La tendencia en el futuro es que, en 25 años más, esta población se duplique en la Región (1). Por ese motivo, y en consonancia con las prioridades y objetivos del Programa de Envejecimiento Saludable de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es de vital importancia conocer las necesidades de atención de salud de esta población.

Esta mirada hacia el futuro nos obliga a conocer las necesidades específicas de las personas mayores. La salud infantil ha sido una prioridad para los sistemas de salud debido a la alta incidencia de enfermedades y mortalidad infantiles. Sin embargo, en algunas regiones, principalmente en los países desarrollados, estos indicadores han mejorado sustancialmente. No obstante, su población es cada vez más longeva y, al llegar a edades avanzadas, tiende a padecer múltiples enfermedades que pueden dar lugar a discapacidades y dependencia de cuidados. Estas afecciones constituyen actualmente la principal carga de enfermedad de los sistemas de salud. El conocimiento por parte de los Estados de este escenario poblacional, presente y futuro, los alerta a los Estados sobre la necesidad de adecuar los ecosistemas a las personas mayores.

Las personas mayores pueden presentar características que repercuten en su acceso a los servicios de salud, así como en su uso, en comparación con las jóvenes. Entre estas características se encuentran la vulnerabilidad económica y la dependencia de familiares más jóvenes, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y, derivado de ello, la polimedicación (2-4). Por lo tanto, resulta de vital importancia replantearse el diseño actual de los sistemas de salud y las condiciones sociales en las que viven las personas mayores, pues forman parte de los determinantes que promueven u obstaculizan su acceso a los servicios de salud.

Ante tal situación, este informe presenta algunas de las barreras específicas con las que se enfrentan las personas mayores para acceder a los servicios de salud en la Región de las Américas. La información presentada se obtuvo por medio de una revisión bibliográfica. Los términos usados en la búsqueda fueron *acceso, servicio de salud, personas*

mayores, Américas, Latinoamérica y Norteamérica. Como resultado, se encontraron estudios e investigaciones en los que se utilizaban datos de encuestas de población, literatura gris y documentos de posición.

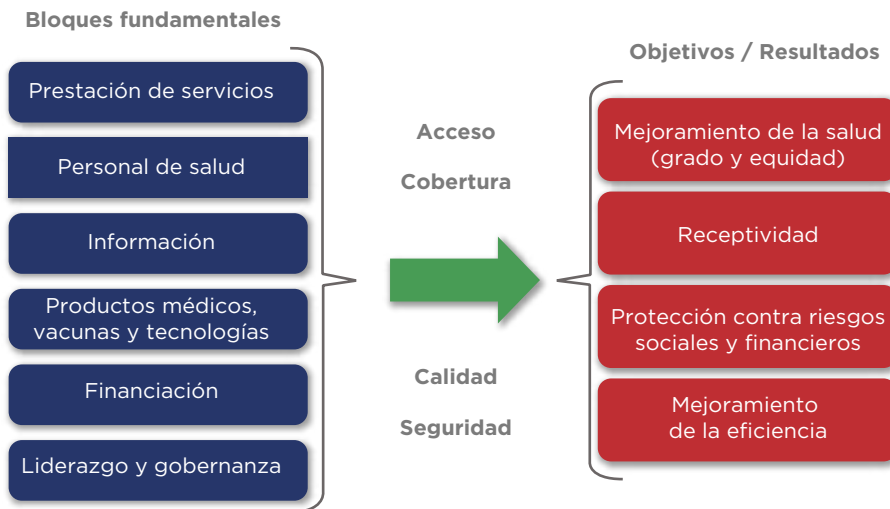
El objetivo de este proyecto es conocer las barreras a las que se enfrentan las personas mayores para acceder a los servicios de salud y proponer recomendaciones específicas para la Región con el fin de mejorar la salud y la vida de este grupo de población. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5), cuanto más accesible sea un sistema de salud, más personas lo utilizarán, ya que el acceso refleja los buenos o malos resultados finales del sistema (salud de la población, protección financiera y satisfacción de las personas). Los capítulos de este informe se organizaron con base en un modelo de acceso a los servicios de salud que pareció pertinente para el entendimiento de las barreras que perciben las personas mayores.

Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud es uno de los resultados intermedios, o métricas intermedias, de algunos de los modelos de desempeño de los sistemas de salud (6, 7). En el modelo de bloques fundamentales del sistema de salud de la OMS, además del acceso, también se establecen otros tres resultados intermedios: la calidad, la seguridad y la cobertura de los servicios de salud (véase la figura 1) (6, 7). Estos resultados intermedios se encuentran entre los seis bloques fundamentales de los sistemas de salud —1) la prestación de servicios; 2) el personal de salud; 3) la información; 4) los productos médicos, las vacunas y las tecnologías; 5) la financiación; y 6) el liderazgo y la gobernanza— y los cuatro objetivos o resultados finales de un sistema de salud —1) el mejoramiento del estado de salud de la población; 2) la receptividad de las personas; 3) la protección social y financiera; y 4) el mejoramiento de la eficiencia— (6, 7). Por tanto, conocer el desempeño de los resultados intermedios es de vital importancia para mejorar los resultados finales de un sistema de salud mediante la adaptación y la mejora de sus bloques fundamentales.

El acceso, tal como lo definen Murray y Frenk (8), es un medio instrumental más que un objetivo final. Asimismo, según el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* de la OMS (5), el acceso es un determinante de la respuesta a las legítimas expectativas de la población. En consecuencia, mejorar los determinantes del acceso a los servicios de salud ayudará a mejorar el estado de salud y la satisfacción de las personas, y a reducir el riesgo financiero.

Figura 1. Marco de los bloques fundamentales del sistema de salud de la OMS



Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Existen múltiples definiciones de acceso a los servicios de salud y no se dispone de un concepto estandarizado a escala mundial (9-11). La heterogeneidad del concepto persiste porque el acceso incluye varias dimensiones del sistema de salud, e incluso factores externos al mismo (esto es, determinantes sociales de la salud) (6, 11). Este informe utiliza la definición de *acceso* de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS: “El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan” (12).

Así como existen múltiples definiciones de acceso, tras ellas también coexisten diversas dimensiones que lo determinan (10, 13). Las dimensiones que se incluyen con más frecuencia en los modelos y definiciones de acceso son la disponibilidad, la accesibilidad geográfica y la aceptabilidad (13). Además de estas, se encuentran la asequibilidad o accesibilidad financiera, la cobertura eficaz y la organización del sistema. Existen, a su vez, autores¹ que catalogan estas dimensiones desde una perspectiva económica mediante factores relacionados con la oferta de los servicios (el sistema de salud) y las características de la demanda (las personas). El objetivo de dichas dimensiones es estructurar los diferentes factores que intervienen en el acceso a los servicios y, para poder medirlos, será necesario integrarlos en un modelo que los organice en el continuo de la búsqueda y el alcance de la atención.

¹ La OPS defiende la igualdad entre géneros y promueve el uso del lenguaje inclusivo. Sin embargo, en algunos párrafos se utiliza el masculino genérico con el fin de simplificar la lectura.

Conceptualización de las barreras

Las barreras son los factores que impiden el acceso a los servicios de salud. Como se ha mencionado, uno de los marcos conceptuales empleados para organizar las barreras de acceso a los servicios de salud es el que distingue entre los factores relacionados con la demanda y los asociados a la oferta del mercado de salud. En el lado de la demanda de los servicios de salud, se encuentran las barreras que inhabilitan a las personas mayores y sus familiares para acceder a los servicios. Suele tratarse de factores personales y contextuales de la comunidad en la que habitan. Por su parte, en los determinantes de la oferta, se visibilizan los factores propios del sistema de salud que condicionan el uso de los servicios ofertados a las personas mayores y sus familiares (9).

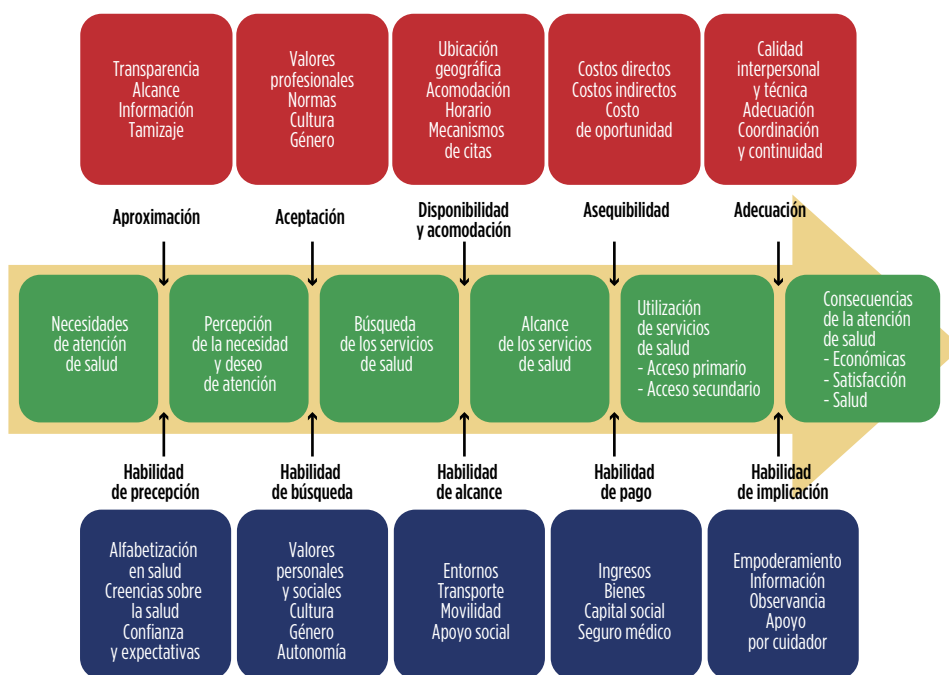
La mayoría de los modelos de acceso definen las características del sistema (oferta) como los principales factores que determinan la interacción de las personas con este. La realidad es que, como han determinado varios autores, también los factores, características y habilidades que existen en la comunidad, las personas y sus cuidadores o cuidadoras repercuten en el acceso a los servicios de salud (9, 10). En la publicación de Levesque et al. (10) se describe un modelo que contempla la oferta y la demanda en la continuidad del acceso a los servicios de salud. Este modelo resulta especialmente interesante para analizar las barreras de acceso para las personas mayores, ya que, además de contemplar cinco dimensiones del sistema de salud (oferta) que promueven o impiden el acceso, se establecen cinco habilidades de las personas, sus cuidadores o cuidadoras y las comunidades (demanda) para lograr un acceso efectivo. Este concepto de *habilidad* permite distinguir las capacidades de distintas poblaciones, lo que lo convierte en un modelo útil para caracterizar las barreras específicas a las que se enfrentan las personas mayores. Por tal motivo, en el presente informe se utilizará dicho modelo para describir los hallazgos sobre las barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas. La descripción de cada una de las etapas y dimensiones del acceso se describirá al inicio de la sección correspondiente.

Por otro lado, el modelo de Levesque et al. (10) permite establecer las barreras en el continuo de la atención, lo cual contribuye también a determinar las necesidades específicas de las personas mayores en las diferentes etapas de su interacción con el sistema de salud, con el fin de mejorar verdaderamente su salud y su satisfacción con el servicio. En este sentido, una encuesta de población realizada en el año 2000 en cuatro ciudades de la Región de las Américas (Ciudad de México, Montevideo, Santiago y São Paulo) reveló que el 70% de las personas mayores padecían una enfermedad crónica (2), lo cual nos permite

deducir que la mayor parte de este grupo de población establecerá un contacto frecuente y continuo con el sistema.

A fin de determinar las barreras con las que se encuentran las personas mayores para acceder a los servicios de salud, es necesario conocer los factores que intervienen en el continuo del acceso, tanto desde el punto de vista de la oferta (sistema de salud) como del de la demanda (personas/comunidad) (véase la figura 2).

Figura 2. Un modelo conceptual del acceso a los servicios de salud



Fuente: Adaptado de Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.

Como puede observarse, el acceso es el resultado de la interacción de múltiples factores (de la oferta y la demanda), por lo que intervenir en uno de ellos aumentará la probabilidad de que las personas mayores interactúen con el sistema y mejoren su estado de salud. No obstante, aunque establezcamos un marco conceptual para conocer de manera organizada las dimensiones con las que se corresponden las barreras de acceso, ha de tenerse presente que existen intersecciones entre ellos. Como mencionan Jacobs et al. (9), las barreras de acceso no siempre son mutuamente excluyentes, sino que pueden interactuar unas con otras e influenciarse entre sí. Asimismo, el uso de los servicios de salud no es equiparable al acceso, es simplemente una evidencia de que se logró acceder a los

servicios, sin tener en cuenta las barreras que hubo que superar o los determinantes que impidieron el acceso de otras personas, incluso cuando lo necesitaban (4, 14). Con todo, para mejorar el acceso a los servicios de salud de este grupo de población, será necesario reducir o eliminar las múltiples barreras a las que se enfrentan y diseñar sistemas centrados en las personas mayores, que les permitan interaccionar con el sistema de manera amigable.

En la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS se presenta además el concepto de acceso universal como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa” (12). Así, la determinación de las barreras que impiden el acceso, y la disminución o eliminación de estas, será el medio que permita ofrecer servicios de salud de manera equitativa a toda la población. De igual modo, de acuerdo con Wallace et al. (2), el acceso será equitativo cuando el único determinante para acudir a los servicios de salud sea la necesidad de atención de salud.

Para finalizar, el último bloque del modelo de Levesque et al. (10), relativo a las consecuencias de la atención de salud, está determinado por la habilidad de implicación de las personas y por la adecuación del sistema, dimensiones que, a su vez, se relacionan con la cobertura eficaz de los servicios de salud y con su calidad. La cobertura eficaz es un concepto de uso reciente, al que algunos modelos atribuyen subdimensiones como la calidad de los servicios y la oportunidad de utilizarlos cuando se requieran (13). Sin embargo, dado que en el modelo de bloques fundamentales del sistema de salud de la OMS, la calidad y cobertura se entienden como dos resultados intermedios independientes al acceso, no serán objeto de análisis en este informe. A este respecto, cabe señalar que otros autores han argumentado también que estos conceptos de adecuación no deben de ser integrados en el acceso (15). Lo mismo ocurre con la mayoría de las barreras derivadas de la falta de calidad de los servicios de salud, ya que se presentan una vez que la persona está utilizando los servicios. No obstante, si bien esta categoría no se incluye con detalle en el presente informe debido a que se escapa de su alcance, la calidad de los servicios representa un área de gran interés como objeto de investigación, ya que se asocia con las dificultades que enfrentan las personas mayores cuando interaccionan con el sistema (como tiempos de espera prolongados, complejidad de la atención debido a la multiplicidad de diagnósticos y especialistas e interacción con distintos niveles de atención).

Como hemos avanzado, el uso del modelo de Levesque et al. (10) permite establecer las necesidades y habilidades de la persona que determinan su acceso a los servicios de salud. En este informe se utilizará el concepto de persona, en lugar del de paciente, ya que se aplica un enfoque basado en la atención centrada en las personas.

Barreras de acceso a los servicios de salud

Necesidades de atención de salud

El primer paso para determinar las barreras de acceso a los servicios de salud es conocer las necesidades de atención de salud de la población. En este sentido, la investigación epidemiológica nos permite conocer las principales enfermedades y discapacidades a las que se enfrentan, en este caso, las personas mayores. Teniendo esto en cuenta, un primer punto de partida para que los sistemas exploren tales necesidades es mediante el concepto de envejecimiento saludable, acuñado por la OMS, el cual destaca la capacidad funcional y las capacidades intrínsecas de las personas mayores.

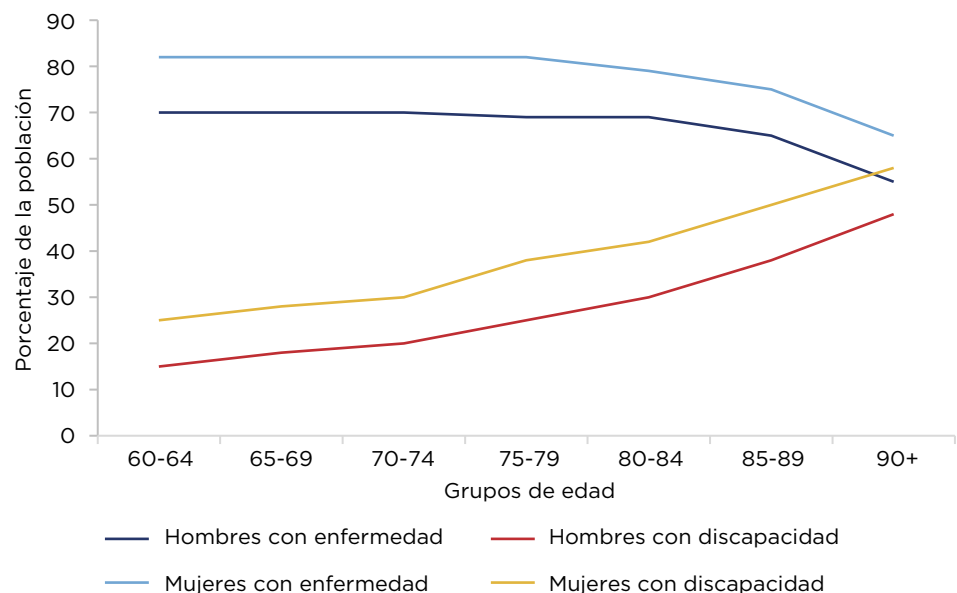
La capacidad funcional, que es la propiedad principal del envejecimiento saludable, se refiere a “los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella” (16). La determinación de estos atributos permitiría rediseñar los sistemas con el fin de que brinden una atención integrada y centrada en las personas mayores. Por su parte, la capacidad intrínseca hace referencia a “la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona” (16), por lo que es una parte fundamental de la capacidad funcional, junto con los entornos en los que viven las personas mayores.

Las necesidades de atención de salud de las personas mayores se han documentado en múltiples estudios. Así, en la Región de las Américas, entre el 70 y el 80% de las personas mayores padece una o más enfermedades crónicas. Además, el 50% padece múltiples enfermedades crónicas y el 60% toma tres o más medicamentos por prescripción médica (2, 4). Por el contrario, el análisis de una encuesta de población mostró que solo el 20,7% de las personas mayores de 60 años manifestaba tener buena salud (17).

De igual manera, sabemos que, a partir de los 60 años, las discapacidades comienzan a aumentar considerablemente. Según un análisis del envejecimiento en América Latina y el Caribe realizado

por el Banco Mundial (17), la prevalencia de la discapacidad aumenta progresivamente a partir de los 60 años, tanto en hombres como en mujeres (véase la figura 3). Así, cuanto mayor es la esperanza de vida, mayor es el porcentaje de personas con discapacidad. Por tanto, la labor de promoción de la salud a partir de los 60 años ha de incluir un enfoque que contemple medidas destinadas a la disminución de las discapacidades. Esto se encuentra relacionado con el enfoque del curso de vida, concepto impulsado por la OMS y la OPS desde hace unos años. La OPS lo define como “la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población” (18). Siguiendo esta definición, lo que se haga o se deje de hacer en cualquier período de la vida repercutirá en las trayectorias de salud y de capacidad, y, por ende, en los resultados de salud de las personas mayores.

Figura 3. Índices de prevalencia de enfermedades y discapacidades en la población de 60 años o más en siete ciudades de América Latina y el Caribe, por grupo de edad, 1999-2000



Fuente: Adaptado de Cotlear D. El envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina?. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2011. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2542?locale-attribute=es>.

Esta información deja claro que existe una necesidad de acceso a los servicios de salud por parte de las personas mayores, y para lograr satisfacerla será preciso que se perciban esas necesidades tanto desde el lado de la oferta como del de la demanda. En este sentido, la existencia

de sistemas de información que generen datos sobre las personas mayores es de vital importancia; sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud no miden adecuadamente las necesidades y diferencias que existen en las personas mayores mediante datos desglosados (17).

Las encuestas de población son un método de gran relevancia para identificar y medir las barreras de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, en la Región de las Américas, muchas de estas encuestas se realizan exclusivamente a niños, madres y adultos jóvenes de 49 años como máximo (por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud y la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados). Esto deja fuera las voces de las personas mayores, cuyas características y dificultades son completamente distintas a las de las poblaciones de menor edad. Con todo, en algunos países como México, Brasil, Estados Unidos de América y Canadá sí existen encuestas que se orientan específicamente a las personas mayores:

- México: Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2018)
- Brasil: Estudio longitudinal de salud de las personas mayores (ELSI) (2015)
- Estados Unidos de América: Health and Retirement Study (2016)
- Canadá y Estados Unidos de América: Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults in 11 Countries (2014)

Algunos de los resultados utilizados en este informe son fruto del análisis de los datos de alguna de estas encuestas.

Se encuentran, además, las encuestas nacionales de población, en algunas de las cuales se genera información desglosada por edad. La investigación realizada para este informe identificó solo una encuesta subregional centrada en las personas mayores en las Américas, que fue realizada entre los años 1999 y 2000 por la OPS con el nombre de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE). De esta encuesta se derivaron varios de los estudios y la información que aquí se detalla. No obstante, debido a que la encuesta se realizó hace ya más de 20 años, sería importante actualizar dicha información para conocer el contexto actual y rediseñar los sistemas de salud de acuerdo con las nuevas necesidades de las personas mayores. Así como en 1990 UNICEF instauró la Encuesta de Indicadores Múltiples por

Conglomerados, centrada en los niños, niñas y mujeres, sería necesario generar algo similar para las personas mayores.

Es importante mencionar también que las capacidades y necesidades de atención de salud de las personas mayores son heterogéneas. Esta cohorte presenta distintitos niveles de capacidad funcional, por lo que generalizar las características de algunas de las personas que la conforman excluiría a muchas otras, como, por ejemplo, aquellas que gozan de un envejecimiento saludable. Por otro lado, es importante señalar que la edad cronológica no implica necesariamente una pérdida de capacidad funcional o un mal estado de salud. Por ejemplo, existen personas de entre 60 y 69 años que tienen más necesidades de atención de salud que otras mayores de 70. Esta es la razón por la que, en las recomendaciones, se hace un llamado al estudio de la heterogeneidad de las necesidades, características y capacidades de las personas mayores.

Si bien la mayoría de los estudios considerados para realizar este informe hacen comparaciones entre las diferentes características (principalmente sociales) de las personas mayores, no se encontró ninguno que estableciera una comparación entre las habilidades de las personas mayores con relación a las de otras poblaciones más jóvenes. La realización de estudios centrados en la diferenciación de las barreras por grupos de edad podría resaltar que las personas mayores tienen más necesidades de atención de salud y, sin embargo, se encuentran con más barreras de acceso a estos servicios.

Percepción de las necesidades y deseo de atención de salud

Una vez que se conocen las necesidades de atención de salud, será importante que, en el lado de la oferta, el sistema de salud garantice la “aproximación” de los servicios correspondientes. En el lado de la demanda, las personas, cuidadores y comunidades responden a esa aproximación con la habilidad para percibir las necesidades de atención de salud (10).

Aproximación de los servicios de salud

La aproximación de los servicios de salud a la población es el factor que permite que los sistemas promuevan los recursos y servicios de salud disponibles para las diferentes poblaciones. Dentro de esta categoría, Levesque et al. (10) sitúan la transparencia, el alcance externo, la difusión de información y el tamizaje como medidas fundamentales para acercar el sistema a sus usuarios.

Después de conocer las necesidades específicas de las personas mayores, es esencial que el sistema de salud llegue a ellas mediante una comunicación dirigida específicamente a este grupo de población, ya que sus necesidades de atención son mayores y el acceso a los servicios de salud puede preservar en gran medida su capacidad funcional. Por ejemplo, la difusión de actividades preventivas y de inmunización, entre otras, es menor entre las personas mayores que detectaron barreras en su atención. De acuerdo con un estudio realizado en Estados Unidos de América, la probabilidad de recibir orientación relacionada con la medicina preventiva y la salud pública es menor en las personas mayores que perciben barreras de acceso a los servicios de salud. Asimismo, las personas mayores que percibían estas barreras tenían más probabilidades de no recibir la atención preventiva recomendable, como vacunas y exámenes periódicos, y más probabilidades de tener necesidades de atención de salud insatisfechas, las cuales aumentan cuando se perciben múltiples barreras (4). Las actividades preventivas son un eje vital para evitar las discapacidades y complicaciones derivadas de enfermedades crónicas, por lo que su difusión adecuada disminuirá la sensación de que existen barreras de acceso al sistema.

Una respuesta para mejorar la aproximación de los servicios de salud en algunos de los países de la Región de las Américas han sido las visitas médicas a domicilio. Estos programas han mostrado beneficios en la salud de las personas mayores (19). Debido a que son una variable de la ubicación de los servicios de salud, se tratarán en el subapartado sobre disponibilidad oportuna (14).

Habilidad para percibir las necesidades de atención de salud

Así como el sistema de salud tiene la responsabilidad de acercarse a las personas para mejorar el acceso, los usuarios también deben tener la habilidad para percibir sus necesidades de atención de salud para acudir a los servicios. Esta habilidad podría estar influenciada por el grado de alfabetización en salud, las creencias sobre las enfermedades y la salud, así como las expectativas que tienen las personas con respecto al sistema de salud y su confianza en él (10).

Las personas mayores de 60 años tienden a no utilizar los servicios de salud aun cuando perciben necesidades de atención. Según un informe del Banco Mundial en el que se analizan los datos del Programa de Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI), llevado a cabo entre 1997 y 1999 por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Comisión Económica para América Latina y el

Caribe (CEPAL), las brechas entre las necesidades y la utilización de los servicios de salud son más frecuentes en las personas mayores con respecto a las jóvenes, aunque similares a las de la infancia (17). En las personas mayores, la utilización de servicios de salud no aumentó con la misma rapidez que la percepción de la necesidad de acudir a estos servicios (17). Asimismo, se observó que estas brechas están más asociadas a los ingresos económicos que a la edad. No sorprende, por tanto, que la mayoría de los estudios publicados sobre las barreras con que se encuentran las personas mayores correlacionen principalmente las variables socioeconómicas con el acceso.

Por otra parte, el estado de salud de las personas mayores en la Región se ha relacionado con la probabilidad de acudir a un servicio médico en el último año. Las personas mayores que tenían una percepción mala de su salud, padecían una enfermedad crónica o una discapacidad para realizar actividades de la vida diaria presentaban una probabilidad menor de no haber visitado una consulta médica en el año previo al estudio y una mayor probabilidad de haber percibido barreras de acceso a los servicios de salud (2). Tales hallazgos podrán servir para dirigir a estos grupos específicos los esfuerzos encaminados a reducir las barreras de acceso.

Búsqueda de los servicios de salud

El tercer paso en el proceso de acceso a los servicios de salud contempla la búsqueda de los servicios disponibles. Desde el punto de vista de la oferta, la aceptabilidad está relacionada con las características culturales y sociales según las cuales se organizan los sistemas de salud (10). Esos fundamentos sobre los que están organizados los sistemas determinarán, en el lado de la demanda, la habilidad de las personas mayores para buscar servicios de salud a fin de satisfacer las necesidades de atención percibidas.

Aceptabilidad de los servicios de salud

De acuerdo con el modelo de Levesque et al. (10), los factores sociales y culturales del sistema de salud que determinan la aceptabilidad de los servicios incluyen los valores profesionales, las normas, la cultura y el género de los diversos profesionales de la salud. En la búsqueda de literatura realizada para la elaboración de este informe se encontró poca información sobre la relación de estos factores con la determinación de las personas mayores de acudir a los servicios de salud y las barreras de acceso con las que se encuentran.

Algunos de los hallazgos encontrados reflejan que el edadismo, definido como “los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad”, se ha identificado como una barrera de acceso a los servicios de salud para las personas mayores (20). En especial, el edadismo institucional —que incluye las normas y reglas de las instituciones— ha reducido el acceso de este grupo de población a procedimientos y tratamientos, y su participación en ensayos clínicos (3).

Con relación al edadismo, se detecta una falta de conocimientos sobre los aspectos y características que definen las enfermedades que suelen padecer las personas mayores entre los profesionales de la salud. El desconocimiento de sus necesidades específicas lleva a una disminución del número diagnósticos realizados o al retraso de los mismos (3). Esto impide el acceso oportuno a la atención de salud de las personas mayores, lo que, a su vez, podría generar más complicaciones y discapacidades. La falta de conocimiento de los profesionales de la salud podría ser un reflejo del edadismo de las instituciones de educación en salud o un sesgo hacia la priorización de la salud de las madres y los niños y niñas establecidas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Durante su formación, el estudiantado de medicina pasa tres veces más tiempo aprendiendo sobre pediatría del que dedica a formarse en geriatría. Incluso se han encontrado planes académicos en los que no se incluye ninguna formación en geriatría (3). El conocimiento por parte del personal de salud de las necesidades específicas de las personas mayores ayudará a mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud y, por ende, a reducir las barreras de acceso para este grupo poblacional. Con este fin, 194 naciones reunidas en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud establecieron la Campaña Mundial contra el Edadismo, con el objetivo de reducir o eliminar la discriminación de las personas mayores a causa de su edad (21). Sobre esta base, en el 2021 se publicó el *Informe mundial sobre el edadismo*, que ofrece evidencia y propone medidas específicas dirigidas a los Estados, y sus principales actores públicos y privados, para mejorar la situación actual del edadismo en el mundo (20). Además, se creó un [kit de herramientas](#) (22) a fin de que la población en general conozca lo que es el edadismo, aborde el tema en las comunidades, se concientice y difunda el mensaje en redes sociales con la etiqueta #AWorld4AllAges (un mundo para todas las edades).

Habilidad para buscar los servicios de salud

La habilidad de las personas para buscar los servicios de salud está relacionada con el conocimiento de las opciones disponibles y el derecho a la salud, así como con la autonomía y la capacidad para

buscar la atención. Según Levesque et al. (10), esta habilidad se ve influenciada por los valores personales, la cultura e, incluso, el género.

Aunque la edad ya es un determinante importante para el acceso de todas las personas, el desglose en grupos más pequeños de esta cohorte de más de 60 años muestra diferencias importantes entre ellas. En algunas ciudades de la Región de las Américas, la edad de las personas mayores se ha correlacionado con la probabilidad de acudir a los servicios médicos. Las personas de entre 60 y 69 años tienen más probabilidades de no haber acudido a un servicio de salud que las mayores de 69 años (2). Los motivos de estas diferencias podrían explorarse más detenidamente.

Entre las personas mayores, el factor de la discapacidad constituye una barrera importante, pues limita la autonomía e independencia en la búsqueda de los servicios de salud. La presencia de discapacidades en personas de más de 60 años es mayor que en las edades previas y, tal como se ha indicado anteriormente, estas aumentan de manera gradual con el paso de los años. Gran parte de estas características dan lugar a limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. Un estudio correlacionó estas actividades con la riqueza de las personas mayores. Así, aquellas con mayor poder adquisitivo tenían menos limitaciones que las de estratos socioeconómicos bajos (2). Por tanto, los programas para mejorar las actividades de la vida diaria se podrían dirigir de manera más específica a poblaciones con menos recursos. Otro ejemplo serían las discapacidades relacionadas con la comunicación o la salud mental. Un estudio realizado en estadounidenses con limitaciones del habla y sintomatología depresiva mostró que las personas con estas características eran más propensas a percibir barreras de acceso a los servicios de salud (4). Las personas con limitaciones cognitivas tienen una mayor probabilidad de percibir barreras relacionadas con la disponibilidad y la acomodación, y para las personas mayores con alguna dificultad del habla se apreciaron el cuádruple de barreras de acceso que en el caso de las personas que no presentaban ninguna dificultad (4). Estos hallazgos permiten concluir que es importante llevar a cabo investigaciones sobre qué barreras perciben estas cohortes con diferentes discapacidades.

En cuanto a las diferencias por género, existen varias publicaciones que hablan sobre el mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres mayores de 60 años que por los hombres del mismo grupo de edad. Después de controlar las diferencias entre las necesidades y los factores habilitadores, un estudio concluyó que, en comparación con los hombres, las mujeres mayores de 60 años eran más propensas

a acudir a los servicios de salud (2). De igual manera, se ha observado que, ante una cobertura universal, las personas mayores que detectaron barreras de disponibilidad tienen más probabilidades de ser hombres que mujeres. Esto podría verse reforzado por la noción de que las mujeres utilizan más servicios de atención primaria y reciben más información preventiva (4), lo cual puede deberse a que las mujeres usan en mayor medida los servicios de salud debido a la atención de salud reproductiva que reciben desde los 15 años en adelante. Con todo, algunos estudios han demostrado que, si se deja al margen la utilización de los servicios por factores ginecológicos y obstétricos, el uso de servicios de salud es el mismo entre hombres y mujeres (17).

Lo que no se puede dejar de lado es que en el momento en que las mujeres tienen contacto con un servicio de salud, con independencia del motivo, aumenta la probabilidad de que reciban información sobre promoción de la salud y de que participen en actividades preventivas y de tamizaje. De acuerdo con un análisis del Programa de Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI), las mujeres mayores perciben más problemas de salud que los hombres sin importar el nivel socioeconómico, lo cual se asoció también a la utilización de los servicios de salud (17). Por su parte, un estudio realizado en hombres mayores de 60 años constató que los factores que limitaban el uso de los servicios de salud de mediana y alta complejidad o la aceptación de una hospitalización en Brasil eran el analfabetismo, la carencia de seguro privado, el diagnóstico reciente de alguna enfermedad, los problemas de disfuncionalidad y la autopercepción de un muy mal estado de salud (23). Estos resultados específicos en los hombres muestran que la eficacia comunicativa resultará esencial para crear una buena relación y comunicación entre el personal de salud y los hombres mayores, ya que los estudios muestran que parecen ser más inactivos con respecto a su salud.

Alcance de los servicios de salud

La propiedad de alcanzar los servicios de salud dependerá, desde el punto de vista de la oferta, de su disponibilidad oportuna y, desde el de la demanda, de la habilidad de las personas mayores para llegar a esos servicios cuando los requieran (10). El alcance constituiría el cuarto bloque del acceso en el modelo utilizado en este informe.

Disponibilidad oportuna

La disponibilidad oportuna de un sistema de salud dependerá de que las instalaciones y el personal de salud se encuentren al alcance de la población en el momento preciso. Esta propiedad está determinada por el número de establecimientos de salud que existan (de primer, segundo y tercer nivel) y por la dotación de los recursos necesarios (humanos, insumos, etc.) para que estos puedan funcionar con eficacia (10). La mala distribución de tales recursos generará inequidad y, por lo tanto, barreras de acceso para las poblaciones desfavorecidas.

Se ha observado que el punto principal de contacto de las personas mayores con el sistema de salud es la atención primaria y que un mal acceso a los servicios de atención primaria, o un mejor acceso geográfico a hospitales, incrementa la tasa de hospitalizaciones y visitas al servicio de urgencias médicas en las personas mayores. De acuerdo con un análisis de la encuesta SABE, las visitas ambulatorias fueron el principal punto de entrada al sistema de salud en las personas mayores en América Latina y el Caribe (2), hallazgo que resulta importante para orientar los programas de cobertura dirigidos a la población mayor de 60 años. De igual manera, se ha visto que el acceso a la atención primaria puede diferir del acceso a la atención hospitalaria en este grupo de población. Algunos estudios publicados en Estados Unidos de América y Brasil constataron que las personas mayores con menos recursos económicos hacían mayor uso de los servicios de atención hospitalaria que las más ricas (14). Otro estudio realizado en Texas (Estados Unidos de América) demostró que las personas mayores que vivían en zonas con mal acceso a servicios de atención primaria y con acceso a servicios hospitalarios tenían más probabilidades de ser hospitalizadas y atendidas en unidades de emergencias médicas por afecciones susceptibles de tratamiento ambulatorio (que, de haber sido atendidas adecuadamente en atención primaria, no hubieran requerido hospitalización) (24). De modo similar, en Virginia (Estados Unidos de América), se demostró que el acceso a un centro de atención primaria está asociado con menores tasas de hospitalizaciones evitables en las personas mayores (25). Asimismo, se ha observado que, cuanto mayor sea el número de enfermedades crónicas que padece una persona mayor, más alta será la probabilidad de que sea hospitalizada (26). Aunque se desconocen los motivos por los cuales se generan estas diferencias, algunos autores alegan el poco uso de servicios preventivos y las mayores tasas de comorbilidad en los estratos más pobres (14).

Tal como se indicó en el apartado sobre la aproximación de los servicios de salud, los nuevos modelos de atención domiciliaria han mostrado

resultados satisfactorios en la reducción de las barreras de acceso para algunos grupos de personas mayores. Las visitas domiciliarias ayudan a disminuir la inequidad de acceso en poblaciones con menos recursos y a mejorar el acceso efectivo de las personas mayores (19). La mayoría de estos programas se realizan en comunidades rurales y con recursos escasos. Los programas de visitas médicas a domicilio en Brasil y Canadá, donde la mayoría del servicio es público, han demostrado resultar especialmente favorables para las personas más pobres (14), por lo que existen menos programas de visitas domiciliarias para personas mayores de quintiles de riqueza altos (2). Por otro lado, en Estados Unidos de América, donde la mayoría de estos programas están en manos de proveedores privados, las personas mayores con mayor poder adquisitivo son las que tienen más acceso (14). Lo que sí está claro es que estos programas han disminuido la barrera del transporte a las unidades de salud, por lo que será importante extenderlos a más personas mayores y contemplar también a las pertenecientes a quintiles más altos.

Habilidad para alcanzar los servicios de salud

Por su parte, las personas que necesiten atención de salud deberán tener la habilidad para alcanzar los servicios de salud gracias a una buena movilidad y capacidad de transportarse a los establecimientos médicos. Estos factores dependerán de los ecosistemas, entornos y zonas en las que viven, en este caso, las personas mayores (10).

Las personas mayores que viven en zonas rurales enfrentan una barrera de acceso importante. En Brasil, México, Chile y Uruguay, la mayoría vivían en comunidades urbanas en el momento en que se realizó la encuesta SABE, en 1999 (2). Un estudio detectó que las personas mayores de 60 años que viven en comunidades rurales en Estados Unidos de América identifican más barreras de acceso a los servicios que las que viven en comunidades urbanas (4). Por su parte, en México se observó que las personas mayores que vivían en comunidades rurales con menos de 2500 habitantes tenían menos probabilidades de haber estado hospitalizadas en el año previo y habían visitado una consulta médica con menor frecuencia que las personas mayores de zonas urbanas (27). Ligado a ello, otro estudio observó que las que viven en zonas rurales tienen un 77% menos de probabilidades de tener seguro médico que las que residen en zonas urbanas (28).

Los problemas de acceso asociados al transporte se han relacionado con el nivel socioeconómico y la edad. Las personas mayores con un nivel socioeconómico bajo se encuentran con más barreras de acceso

relacionadas con el transporte que las de los quintiles de riqueza más altos (14). Por su parte, las personas mayores de más edad tienen menos probabilidades de tener que hacer viajes largos a los servicios de salud (2). Por último, las personas mayores que viven en casas con un familiar que haya completado la educación secundaria tienen menos barreras de acceso por motivos geográficos, tardan menos tiempo en obtener una cita médica y el tiempo de espera en consulta es menor que en el caso de las personas mayores que viven con familiares con un nivel educativo inferior (2).

Para lograr comunidades y ciudades amigables con las personas mayores la OMS (29) publicó en el 2007 *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. En ella se formulan diversas recomendaciones para que los gobiernos y los responsables de la adopción de decisiones gubernamentales mejoren los entornos en los que viven las personas de más de 60 años. Al crear estos entornos amigables, este grupo de población tendrá más oportunidades para mantener y mejorar sus capacidades, y, por ende, su calidad de vida. Así pues, una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un entorno mejor para todos.

Utilización de los servicios de salud de atención primaria y hospitalaria

El bloque relativo a la utilización ha sido uno de los más estudiados en el continuo del acceso a los servicios de salud. Según Levesque et al. (10), el uso de los servicios dependerá, en el lado de la oferta, de la asequibilidad del sistema y, en el de la demanda, de la habilidad de pago de las personas. Partiendo de este precepto, el nivel socioeconómico se ha visto, por lo general, como una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores (10). Dado que no resulta fácil medir el acceso efectivo a los servicios de salud, para saber si existen diferencias entre los distintos grupos de población suele utilizarse el indicador indirecto de la utilización de estos servicios (11). No obstante, este indicador solo muestra una pequeña parte del camino, continuo y complejo, hacia el acceso a los servicios, por lo que resulta importante analizar también las otras dimensiones y no exclusivamente la económica, que es lo que suelen hacer la mayoría de las publicaciones actuales.

Asequibilidad

El sistema de salud es responsable de que los servicios sean asequibles para la población. Las características que definen la asequibilidad son factores como el costo de los servicios y los costos de oportunidad (10). En los países pertenecientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), y en la mayoría de los países europeos, donde se ofrece cobertura para personas mayores, se investigan las necesidades no satisfechas por el sistema de salud. Si bien se debería aplicar este mismo enfoque en la Región de las Américas, algunos países no proporcionan cobertura de salud a las personas mayores, lo cual constituye, indiscutiblemente, la primera barrera para acceder a los servicios de salud.

El nivel de desarrollo económico nacional se ha relacionado con el desempeño y funcionamiento adecuados de un sistema de salud. El nivel de acceso a los servicios de salud en las capitales de Brasil, Chile, México y Uruguay se ve influenciado por la riqueza nacional, el gasto en salud, y la organización y prestación de los servicios (2). De acuerdo con Wallace y Gutiérrez (2), el patrón de inequidad en el acceso a los servicios de salud para las personas mayores de algunas ciudades grandes de América Latina es el resultado de la interacción del patrón de desigualdad económica con el diseño del sistema de salud. Por ejemplo, cuando en 1999 se realizó la encuesta SABE en la Ciudad de México, la barrera de acceso más importante era la gran proporción de personas mayores que no contaban con un seguro médico. Otros estudios han constatado que existe una menor inequidad de acceso en los países con sistemas universales de salud y, por el contrario, una mayor inequidad y un favorecimiento de los estratos más ricos en el uso de los servicios de salud en aquellos en los que no se ofrece cobertura universal, como México (14).

Lograr la cobertura universal es un factor importante para disminuir las barreras; sin embargo, centrarse exclusivamente en políticas de asequibilidad no es suficiente. En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos de América, donde las personas mayores de 65 años cuentan con cobertura médica, cerca del 25% de las entrevistadas indicaron que percibían múltiples barreras en otras dimensiones del acceso (4). En Estados Unidos de América, el programa Medicare otorga un seguro médico a las personas de 65 años o más, lo cual implica que las de edades comprendidas entre los 60 y 65 años no son elegibles. En relación con esto, un estudio demostró que, de las personas que no tenían cobertura médica, el 90% eran menores de 65 años. A su vez, en este mismo grupo de edad, la probabilidad de detectar barreras en todas las dimensiones del acceso fue tres veces mayor (4).

Un aspecto importante que cabe destacar es que, aun cuando un sistema de salud ofrece cobertura universal, existen algunos medios para medir si el acceso a esos servicios es efectivo. Un ejemplo se encuentra en México, donde las personas jóvenes, a pesar de contar con un seguro médico público, incurrieron en gastos de bolsillo para visitar servicios médicos privados debido a la ineficacia e ineficiencia de los servicios de salud públicos (30). Asimismo, en las ciudades de Santiago y Ciudad de México, las personas mayores que acudieron a servicios de salud públicos necesitaron más tiempo de transporte hasta las unidades médicas, tardaron más en obtener una cita y los tiempos de espera en consulta fueron mayores en comparación con las que acudieron a proveedores privados (2).

Habilidad de pago

Una vez que se han establecido los costos del servicio, las personas determinarán si su habilidad de pago puede financiar sus necesidades de atención de salud sin incurrir en gastos catastróficos (10). Esta capacidad vendrá determinada principalmente por la capacidad de generar recursos económicos, que, en el caso de las personas mayores, ha sido una variable difícil de medir (14). El motivo de ello es que algunas de estas personas no reciben un ingreso directo por realizar una actividad laboral, sino que están sujetas a programas sociales, jubilaciones, ahorros o a los ingresos de familiares directos. Debido a esta complejidad de la variable económica, la encuesta SABE midió el nivel socioeconómico de las personas mayores en función de los bienes con los que contaban en su hogar. De acuerdo con el análisis de Wallace y Gutiérrez (2), la tasa de pobreza en personas mayores era distinta entre los cuatro países estudiados, al variar hasta un tercio en México, un 10% en Brasil y Chile, y un 2,4% en Uruguay.

El nivel socioeconómico se ha relacionado en gran medida con la utilización de los servicios de salud en las personas mayores. El acceso logrado (acudir o no al servicio de salud al detectar una necesidad de atención) se relacionó con la riqueza de las personas mayores en Santiago, la Ciudad de México y Montevideo, pero no en São Paulo, lo cual podría deberse a que Brasil cuenta con un sistema universal de salud (2). Los resultados de una revisión sistemática mostraron un menor uso de los servicios de salud y problemas en el acceso a los mismos en personas mayores con pocos recursos económicos y un nivel educativo básico, con variaciones en función del país y el tipo de servicios utilizados y cubiertos por los seguros médicos públicos (14). Asimismo, el nivel socioeconómico se relacionó con el hecho de acudir a no a un servicio de salud, independientemente de otras variables.

La correlación reflejó que las personas mayores de los estratos socioeconómicos bajos tenían menor probabilidad de acudir a una consulta médica en comparación con el grupo de nivel socioeconómico más alto (2). La misma relación se observó para las personas brasileñas mayores de 65 años que contaban con seguro médico, las cuales visitaron más veces una consulta médica en un año (14).

La influencia del nivel socioeconómico no solo está ligada a la utilización, sino también al acceso a servicios especializados o de nivel más alto. Una revisión sistemática mostró que, en la mayoría de los países, las personas mayores de estratos socioeconómicos altos tienen más probabilidad de consultar a especialistas que las pobres (14). Algo similar sucede con los servicios especializados, como, por ejemplo, los de odontología. En Brasil, las personas mayores con ingresos y educación superiores tenían más probabilidades de haber visitado un servicio de salud dental que las personas con ingresos y nivel educativo bajos (14). El servicio de odontología es uno de los servicios médicos en los que se manifiestan más inequidades en el acceso por estrato económico. Otro estudio poblacional sobre personas con diabetes de 50 años o más que forma parte del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) realizado en el 2018 constató que la probabilidad de que las personas con diabetes con seguro médico visitasen un servicio de odontología era un 57% mayor que la de las personas sin cobertura de salud. Asimismo, la automedicación fue menor en las personas con diabetes con seguro médico que entre aquellas que carecían de él (28).

El hecho de contar o no con un seguro médico está correlacionado con el mayor o menor número de barreras de acceso a los servicios de salud. El estudio poblacional mencionado sobre personas con diabetes que cuentan con seguro médico observó que la probabilidad de que estas acudan a los servicios médico es un 75% superior que en el caso de las que carecen de cobertura (28). La principal diferencia entre el nivel de utilización de los servicios de salud se debió a la disparidad en su cobertura. En Brasil, a pesar de tener un sistema de cobertura universal de salud, la población con seguro médico privado tiene una percepción mejor de su salud que la que está cubierta por el seguro público, y el no disponer de seguro médico privado se asoció con menos visitas a los servicios médicos (17, 27).

De igual manera, el tipo de seguro médico (público o privado) con el que cuentan las personas se ha correlacionado con la utilización de servicios médicos. Un análisis realizado en cuatro ciudades de América Latina identificó que el tipo de seguro médico que tenían las personas mayores estaba ligado a su estatus socioeconómico. Las personas de

estratos económicos altos son más propensas a tener seguros privados y las que se encuentran en estratos bajos tienden a tener seguros públicos. (2). En comparación con las personas mayores con seguro médico privado, aquellas con seguro público tenían menor probabilidad de acudir a una consulta médica, y las que no tenían ningún seguro médico presentaban una mayor probabilidad de no acudir ni una sola vez a los servicios médicos en el año previo a la encuesta (2).

Por último, las personas mayores de 60 años, incluso a pesar de contar con un sistema de cobertura universal, consideran los gastos de bolsillo como una barrera importante. En Estados Unidos de América, un factor que limita el uso de los servicios de salud son los pagos de bolsillo, ya que el programa que cubre a las personas mayores de 65 años, Medicare, no financia todos los gastos del servicio de salud (14). Un estudio de Fitzpatrick et al. (14) constató que el 22,3% de las personas mayores en Estados Unidos de América identifican al gasto de bolsillo como una barrera importante de acceso a las consultas médicas, seguida de los problemas de transporte (21%).

Consecuencias de la atención de salud

La última etapa del acceso a los servicios de salud refleja los resultados u objetivos finales de un sistema de salud, es decir, las consecuencias de la atención de salud. Estas incluyen la mejora de la salud, la protección económica y la satisfacción de las personas con el servicio. Las propiedades relativas a la adecuación del sistema de salud, en el lado de la oferta, y a la habilidad de las personas para implicarse en dicho sistema, en el de la demanda, mejorarán estos resultados finales (10).

Como ya se ha mencionado previamente, esta relación con el sistema refleja parte de la cobertura eficaz, la calidad de los servicios de salud y la interacción con el sistema. Por ello y debido a que integra factores que van más allá de las barreras de acceso, no fue objeto de principal interés en la revisión bibliográfica sobre las barreras de acceso para las personas mayores. A pesar de ello, y por ser un tema relevante para este grupo de población debido a la interacción constante que tienen con el sistema, en este apartado se reconocen algunas iniciativas de la Región de las Américas que persiguen mejorar tales dimensiones.

Adecuación, continuidad y calidad de los servicios de salud

La adecuación del sistema de salud para que su uso dé lugar a mejores resultados de salud dependerá de la calidad técnica e interpersonal

de los servicios, la adecuación y una coordinación y continuidad de la atención adecuadas (10).

La mayoría de las personas mayores padecen enfermedades crónicas, lo cual implica que su interacción con el sistema sea constante y compleja. Además, su atención requiere el contacto con distintos niveles de atención y especialistas, por lo que es de vital importancia crear sistemas integrados y centrados en las necesidades de las personas mayores.

El concepto de *atención integral de salud* refleja la respuesta a esta necesidad de las personas mayores. La OMS define la atención integral como los servicios de salud que son administrados y prestados para que las personas reciban atención continua encaminada a la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la gestión de enfermedades, la rehabilitación y los servicios paliativos de manera coordinada entre los distintos niveles e instalaciones del sector de la salud, y más allá de él, y de acuerdo con sus necesidades durante el curso de vida (31).

El Institute for Healthcare Improvement (IHI) de Estados Unidos de América impulsa actualmente una campaña llamada Age-Friendly Health Systems (sistemas de salud amigables con las personas mayores) con un enfoque más dirigido al nivel meso de los servicios (hospitales). Se trata de un marco conceptual que integra cuatro puntos principales: armonizar la atención con lo que más le importa a la persona, determinar si los medicamentos no interfieren en sus necesidades, prevenir la demencia y el delirio, y promover la actividad en beneficio de la movilidad.

Otra herramienta para mejorar la adecuación y calidad de los servicios de salud para las personas mayores es el manual *Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*, publicada en español por la OPS (32). En ella se formulan una serie de recomendaciones para que los profesionales de la salud de atención primaria y comunitaria detecten y promuevan la atención con el fin de desacelerar las pérdidas de capacidad intrínseca de las personas mayores. Al difundir esta información preventiva y centrada en este grupo de población, se lograría, a su vez, mejorar su calidad de vida.

Habilidad para implicarse en el sistema

Por último, las personas deben tener habilidad para implicarse en el sistema y participar en su propio tratamiento y atención. Esto

podrá estar determinado por factores como el empoderamiento, la información que tengan a su alcance, la observancia y el apoyo de un cuidador o cuidadora (10). El determinante del cuidador también será un factor clave para las personas mayores que tengan alguna dependencia o limitación en las actividades de la vida diaria.

Barreras de acceso en el contexto de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha repercutido en la salud de muchas personas, especialmente la de las personas mayores (33). Aunque la alta mortalidad por infección por SARS-Cov-2 en mayores de 70 años ha sido una de las consecuencias más visibles de la emergencia global, no ha sido la única (1, 34). Las medidas de distanciamiento y aislamiento social han interferido en la forma de prestar servicios de diferentes tipos y, por tanto, han incrementado las barreras de acceso para poblaciones vulnerables como las personas mayores (35, 36).

La necesidad de atención de salud de esta población es evidente y ya existen estudios que han documentado el deterioro de personas mayores con enfermedades cognitivas por la falta de acceso a servicios de salud en la pandemia (34). Según un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (34), se plantean seis retos para el cuidado de las personas mayores en la pandemia: 1) los pocos recursos materiales y de gestión para un escenario de tal magnitud como la pandemia, 2) el reducido número de cuidadores que rotan entre los diversos servicios de cuidados a largo plazo, 3) una idea equivocada de la habilidad y los recursos de los servicios de cuidados a largo plazo, 4) la descoordinación entre los servicios de cuidados y los servicios de salud, 5) la insuficiente atención a las consecuencias del aislamiento en la salud mental y 6) el edadismo.

Tal como se mencionó en el subapartado sobre la disponibilidad oportuna, los programas de atención domiciliaria han mostrado mejoras en los resultados de salud de las personas mayores. Algunos gobiernos de América Latina y el Caribe han implementado más programas de este tipo para mejorar el acceso de las personas mayores a los servicios sociales y de salud durante la pandemia de COVID-19. En Chile, por ejemplo, se han sumado esfuerzos para la entrega de medicamentos y alimentos, así como de pensiones,

y la prestación de servicios de salud en los domicilios de las personas mayores con dificultades de movilidad (37).

Por otro lado, las tecnologías de la información y la telemedicina han sido una de las soluciones que han ofrecido los sistemas de salud para acercar los servicios de salud, y promover la actividad física y la movilidad ante las medidas de distanciamiento social (1). En Chile se ejecutaron programas de seguimiento y asistencia médica para personas mayores. En la Habana (Cuba) algunas asociaciones civiles han ofrecido asistencia médica por teléfono. En Guadalajara (México) se instauró una línea telefónica para dar apoyo social y psicológico a las personas mayores (36). Aunque estas iniciativas son bien recibidas, el problema es que no todas las personas mayores cuentan con los recursos tecnológicos y habilidades para lograr un acceso efectivo a estos servicios. Se ha observado que las personas mayores y las mujeres tienen menor probabilidad de estar conectadas a Internet que las personas jóvenes y los hombres (38). Por tanto, para reducir las barreras de acceso a estos servicios digitales será necesario reducir la brecha digital para las personas mayores.

La pandemia ha generado un cambio de paradigma en la forma de prestar los servicios de salud. Así, se está produciendo una transición de la atención en persona hacia los servicios virtuales y la telemedicina. Es probable que esta tendencia continúe, por lo que será importante crear programas y medidas gubernamentales que mejoren el acceso a las tecnologías, la conectividad y las habilidades para su uso en las personas mayores.

Recomendaciones

Las recomendaciones están categorizadas en los mismos bloques de análisis en los que se presentaron las barreras.

Necesidades de atención de salud

Mejorar las métricas y la investigación sobre el acceso en las personas mayores:

Mediante la recolección de datos específicos sobre personas mayores:

- o Identificar a las personas mayores como un grupo vulnerable y en condiciones de inequidad en el acceso. Será necesario investigar en mayor profundidad las diferencias entre las poblaciones joven y adulta con respecto a las personas mayores. La mayoría de los estudios actuales hacen comparaciones entre las personas mayores, pero no con miras a su diferenciación de las más jóvenes. La realización de estudios centrados en diferenciar las barreras por grupos de edad podría resaltar que las personas mayores tienen más necesidades de atención salud y, sin embargo, se encuentran con más barreras de acceso a estos servicios; de este modo, se podrían diseñar programas y medidas dirigidos a ellas. Un punto de partida podría encontrarse en el informe de referencia de la Década del Envejecimiento Saludable de la OMS (38), en el que se encuentra información sobre el envejecimiento saludable a escala mundial desde un enfoque centrado en las capacidades intrínsecas y funcionales, y no solamente la enfermedad.
- o Reconocer la heterogeneidad de las capacidades y características de las personas mayores para así promover medidas específicas para grupos con similitudes (véase más adelante la información sobre análisis de clases latentes). Estos datos podrían desglosarse, por ejemplo, por edad, género, capacidad económica, estado de salud, etc.
- o Incluir nuevos métodos de recolección de datos sobre personas mayores, como la realización de encuestas en todos los niveles de atención, sobre satisfacción y calidad, o la utilización de los sistemas de información médicos y de información cualitativa (13) .
- o Hacer un esfuerzo a escala regional, como el realizado entre los años 1999 y 2000 mediante la encuesta SABE, para recolectar datos específicos de las personas mayores en toda la Región de las Américas, siguiendo el ejemplo de la Encuesta de Indicadores

Múltiples por Conglomerados, que se centra de manera específica la salud infantil y materna de algunos países de la Región.

Mediante nuevos métodos de investigación:

- o Métodos mixtos: realizar estudios que apliquen métodos mixtos para recabar información cualitativa sobre las barreras a las que se enfrentan las personas mayores y determinar los motivos subyacentes (10).
- o Análisis multivariado: debido a la complejidad e interacción de las dimensiones del acceso a los servicios de salud, y a la participación de factores relacionados tanto con el sistema de salud como con las personas mayores, es necesario realizar estudios de análisis multivariados.
- o Análisis espacial: los estudios de análisis espacial se han utilizado en otras regiones para medir el acceso a los servicios de salud y correlacionarlo con variables como la edad de las personas mayores.
- o Análisis de clases latentes: las capacidades intrínsecas difieren entre las personas mayores, por lo que se deben realizar investigaciones diseñadas como análisis de clases latentes en las que se agrupe a las personas mayores con habilidades o limitaciones similares para poder medir el acceso a los servicios de salud de cada cohorte.

Mediante un enfoque basado en la interacción con los servicios y su calidad:

- o Una interacción adecuada y fácil con los servicios de salud para las personas mayores es un imperativo de un sistema de salud de calidad y centrado en la persona. Ha de resaltarse este enfoque para adaptar los procesos de interacción con el sistema a las necesidades de las personas mayores de 60 años. Con este fin, han de contemplarse las siguientes medidas:
 - Realizar encuestas con resultados percibidos por el paciente (Patient Reported Outcomes Measures [PROMs]).
 - Realizar encuestas de satisfacción de las personas mayores.
 - Realizar estudios cualitativos sobre la calidad interpersonal y técnica del servicio.

- o Crear un modelo como el propuesto por Levesque et al. (10), pero que, en vez de plantear un continuo de atención para las personas mayores, proponga un diagrama que refleje la atención cíclica y la continuidad (podría ser una flecha que gire).
- o Tomar ejemplos de modelos de prestación de servicios con un enfoque centrado en las personas, como los siguientes:
 - La campaña que realiza actualmente el Institute for Healthcare Improvement (IHI) de Estados Unidos de América para promover el marco Age-Friendly Health Systems (sistemas de salud amigables con las personas mayores).
 - La estrategia de atención integrada para las personas mayores (ICOPE, por sus siglas en inglés) de la OMS.

Percepción de las necesidades y deseo de atención

Sistema de salud (oferta): aproximación de los servicios de salud

- o Comunicar los servicios ofertados para personas mayores, desde las actividades preventivas, como vacunas y exámenes periódicos, hasta la atención primaria de las enfermedades crónicas.
- o Promocionar programas de salud comunitarios en materia de prevención, seguimiento e intervención temprana que lleguen específicamente a las personas mayores con el fin de disminuir la pérdida de capacidades.
- o Reducir las barreras de acceso a los servicios de telemedicina y salud virtual mediante la provisión de tecnologías y la formación sobre su uso.

Personas/comunidad (demanda): habilidad para percibir las necesidades de atención de salud

- o Realizar estudios de análisis cualitativos en los que se exploren temas basados en las respuestas a la pregunta “¿Qué es lo más importante para usted?” (“What matters to you?”) a fin de conocer las necesidades reales de las personas mayores ante sus percepciones en materia de salud.
- o Promover campañas de alfabetización en salud adaptadas a las necesidades de las personas mayores.

Búsqueda de los servicios de salud

Sistema de salud (oferta): aceptabilidad de los servicios de salud

- o Combatir el edadismo:
 - Incrementar y mejorar la educación y el tiempo de formación de los profesionales de la salud sobre las necesidades y capacidades de las personas mayores, lo cual resulta vital para disminuir los efectos adversos y mejorar la calidad de la atención específica para esta población.
 - Emplear las herramientas publicadas en el marco de la Campaña Mundial contra el Edadismo, como el kit de herramientas (22), con el fin de iniciar conversaciones sobre el tema.

Personas/comunidad (demanda): habilidad para buscar los servicios de salud

- o Reconocer que entre las personas mayores existen diferencias por grupos de edad. Partiendo de la heterogeneidad de las características de las personas mayores, es importante conocer los motivos por los que algunos grupos de edad han comunicado menos visitas médicas.
- o Crear programas para mejorar las actividades de la vida diaria en poblaciones con menos recursos, ya que son las que muestran mayores limitaciones.
- o Implementar programas que combatan las principales discapacidades de las personas mayores (esto es, la carga de la enfermedad).
- o Incentivar a los hombres mayores para que identifiquen sus necesidades de atención de salud y acudan a los servicios correspondientes, especialmente para participar en actividades preventivas y de promoción de la salud.

Alcance de los servicios de salud

Sistema de salud (oferta): disponibilidad oportuna

- o Implementar programas de atención domiciliaria para las personas mayores que lo necesiten. Estos modelos han demostrado grandes beneficios en los resultados de salud. Con todo, han de

implementarse adoptando un enfoque basado en la equidad para alcanzar a personas de todos los estratos sociales.

- o Ubicar centros de atención primaria en comunidades rurales y con recursos escasos. Esta medida ha mostrado una mejora en los tiempos de desplazamiento a los servicios de salud para las personas mayores que viven en esas zonas (2).
- o Aplicar estudios de análisis espacial a la investigación sobre las barreras de alcance de los servicios de salud en las personas mayores de la Región de las Américas.
- o Computar los recursos humanos que disponen de formación específica y pueden atender las necesidades de las personas mayores.
- o Mejorar los indicadores sobre profesionales de geriatría y equipos multidisciplinarios de atención específicos para personas mayores.

Personas/comunidad (demanda): habilidad para alcanzar los servicios de salud

- o Promover programas específicos para personas mayores que viven en comunidades rurales, ya que muestran más barreras de acceso. Asimismo, priorizar a las poblaciones mayores que no vivan en ciudades amigables.
- o Poner en práctica las recomendaciones de la publicación *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía* (28) de la OMS.

Utilización de los servicios de salud de atención primaria y hospitalaria

Sistema de salud (oferta): asequibilidad

- o Ante la ausencia de cobertura universal, otorgar prioridad al acceso de las poblaciones vulnerables (9). En este caso, los países pueden centrarse en programas de cobertura específicos para las personas mayores. Los servicios cubiertos podrían seleccionarse de acuerdo con las prioridades y principales necesidades de atención de salud de las personas mayores en cada contexto local o regional.
- o Fortalecer los servicios de atención primaria, ya que son la puerta principal de acceso para las personas mayores, y demuestran contribuir a la mejora de su salud (2).

Personas/comunidad (demanda): habilidad de pago

- o Lograr la colaboración con el sector social, que en algunos países ofrece programas de protección económica para las personas mayores. Esto resulta importante, ya que ese dinero puede ser utilizado para costear servicios que no cubren los seguros médicos públicos, como los odontológicos y especializados, que son los que muestran más barreras de acceso para los estratos socioeconómicos bajos.
- o Promover empleos que contribuyan a la activación económica de las personas mayores.

Consecuencias de la atención de salud

Sistema de salud (oferta): adecuación, continuidad y calidad de los servicios de salud

- o Rediseñar los sistemas de salud para crear sistemas de comunicación y referencia centrados en las personas mayores, y brindar así servicios de salud de alta calidad que faciliten el acceso a las poblaciones vulnerables (39).
- o Proporcionar herramientas que faciliten la interacción con el sistema de salud y la observancia de los tratamientos para las personas mayores y sus cuidadores o cuidadoras.

Personas/comunidad (demanda): habilidad para implicarse en el sistema

- o Integrar a los cuidadores y cuidadoras en todas las etapas de la atención médica.
- o Incluir programas de empoderamiento y difusión de información para contactar con los servicios de salud en caso de necesidad.

Recomendaciones orientadas a otros sectores

Tal como demuestra el informe, si bien la cobertura de los servicios de salud constituye un pilar fundamental del acceso, no es el único. Resulta, por tanto, necesario crear más programas encaminados a combatir específicamente las barreras que no tienen carácter económico. Debido a la multiplicidad de barreras a las que se enfrentan las personas mayores, para poder reducirlas es necesario el trabajo de varios sectores que afectan su vida diaria. Esto es aún más cierto

en el actual escenario de la COVID-19, en el que los servicios sociales y de salud podrían generar sinergias para acercarse (presencial o digitalmente) a las personas mayores.

Contextualización de las recomendaciones

Todas estas recomendaciones se deberán concebir, adaptar y aceptar en función del contexto de cada país. El informe pone de manifiesto la heterogeneidad de las barreras entre los países de la Región. Así, por ejemplo, algunos tienen una tasa de pobreza mayor y otros ofrecen una cobertura específica o universal de salud. Realizar un análisis local de las condiciones políticas, culturales y geográficas, así como de los recursos disponibles, será fundamental para diseñar programas que resulten eficaces para reducir las barreras de acceso (9).

Problema complejo, solución compleja

Asimismo, ha de recordarse que, de ser posible, las soluciones que se pretendan aplicar deberán contemplar programas que repercutan en la oferta y en la demanda, y hacer frente a todo tipo de barreras y no únicamente a la financiera.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2020 [fecha de consulta: X de X del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>.
2. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):394-409. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000500012>.
3. Inouye SK. Creación de un sistema de salud contra el edadismo para mejorar la atención que recibimos nosotros mismos ahora y en el futuro. *Nature Aging*. 2021;1(2):150-2. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/creacion-sistema-salud-contra-edadismo-para-mejorar-atencion-que-recibimos-nosotros>.
4. Thorpe JM, Thorpe CT, Kennelty KA, Pandhi N. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):181. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-181>.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.
6. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press; 2008.
7. Organización Mundial de la Salud. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
8. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 2000;78:717-731. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/268164/PMC2560787.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan*. 2012;27(4):288-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr038>.

10. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
11. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1136:161-171. Disponible en: <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>.
12. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Resolución CDR53/5, Rev. 2]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>.
13. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e96. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.96>.
14. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2017;51:50. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>.
15. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex*. 1985;27(5):438-453. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf.
17. Cotlear D. El envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina?. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2011. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2542?locale-attribute=es>.
18. Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368>.
19. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1102-1111. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010005000038>.

20. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Edadismo - Resumen. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240020504>.
21. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016–2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana [documento WHA69.3]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R3-sp.pdf?ua=1.
22. Organización Mundial de la Salud. Campaña mundial contra el edadismo - Kit de herramientas. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/global-campaign-to-combat-ageism-toolkit>.
23. Bibiano AMB, de Lima Silva V, da Silveira Moreira R. Factors associated with the use of health services by elderly men in Brazil: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2019;19(1):859. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7232-0>.
24. Huang Y, Meyer P, Jin L. Spatial access to health care and elderly ambulatory care sensitive hospitalizations. Public Health. 2019;169:76-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.005>.
25. Daly MR, Mellor JM, Millones M. Do avoidable hospitalization rates among older adults differ by geographic access to primary care physicians? Health Serv Res. 2018;53(Suppl 1):3245-3264. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12736>.
26. Wang HHX, Wang JJ, Lawson KD, Wong SYS, Wong MCS, Li FJ, et al. Relationships of multimorbidity and income with hospital admissions in 3 health care systems. Ann Fam Med. 2015;13(2):164-167. Disponible en: <https://doi.org/10.1370/afm.1757>.
27. Salinas JJ, Al Snih S, Markides K, Ray LA, Angel RJ. The rural-urban divide: health services utilization among older Mexicans in Mexico. J Rural Health. 2010;26(4):333-341. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00297.x>.
28. García Pérez A, González-Aragón Pineda AE, Villanueva Gutiérrez T. Access to healthcare services between insured and uninsured adults aged ≥50 years with diabetes in Mexico: the Mexican Health and Aging Study (MHAS-2018). Public Health. 2021;194:176-181. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.006>.
29. Organización Mundial de la Salud. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

30. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Dolci GF, Ávila MH. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):186. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-186>.
31. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 2018;8(4):e021194. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>.
32. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>.
33. Sands LP, Albert SM, Suitor JJ. Understanding and addressing older adults' needs during COVID-19. *Innov Aging*. 2020;4(3):igaa019. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa019>.
34. Ortega I, Sancho M, Stampini M. Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid-19: lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. (Documento para Discusión; N.º 1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0003111>.
35. Naciones Unidas. Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons. Nueva York: Naciones Unidas; 2020. Disponible en: <https://unsdg.un.org/es/resources/resumen-de-politicas-el-impacto-de-la-covid-19-en-las-personas-mayores>.
36. Rivera-Hernandez M, Ferdows NB, Kumar A. The impact of the COVID-19 epidemic on older adults in rural and urban areas in Mexico. *J Gerontol B Psychol Sci soc Sci*. 2021;76(7):e268-e274. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa227>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Un panorama de las ciudades y comunidades amigables con las personas mayores en las Américas durante la pandemia de COVID-19. Experiencia adquirida. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54661>.
38. Organización Mundial de la Salud. Decade of healthy ageing: baseline report. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>.
39. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e1252. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).

Con el objetivo de perfilar el conocimiento actual disponible sobre la situación de la salud y el bienestar de las personas mayores en la Región de las Américas durante la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) de las Naciones Unidas, así como de orientar las acciones encaminadas a favorecer el envejecimiento saludable, se presenta este informe en el que se exponen las principales barreras que enfrentan las personas mayores en el acceso a los servicios de salud.

En él se identifican seis barreras de acceso a los servicios de salud: necesidades de atención de salud, percepción de las necesidades, búsqueda de los servicios de salud, alcance, utilización y consecuencias de la atención (salud, satisfacción, protección económica), cuya descripción y análisis se han abordado desde el punto de vista de la oferta y de la demanda de los servicios de salud. Esta manera de tratar la temática permite profundizar en las barreras específicas que obstaculizan el acceso de las personas mayores a los servicios de salud, las cuales difieren en mayor o menor medida de las que enfrentan las personas de grupos de población más jóvenes. Además, se destacan factores como la pandemia de COVID-19, debido a que contribuyen de manera significativa al incremento de las barreras.

Esta publicación, que forma parte de la serie *La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas: situación y desafíos*, aporta elementos para que los países de la Región de las Américas puedan formular estrategias encaminadas a la eliminación de tales barreras, partiendo de que cuanto menores sean las barreras de acceso a los servicios de salud más se favorecerán la salud y el envejecimiento saludable.