



Maestría en

SALUD PÚBLICA

AUTOR: Md. Santiago Patricio Ruiz Pérez

TUTOR: Dr. Ernesto Torres Terán

Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023.

Aprobación del tutor

Yo, Ernesto Iván Torres Terán, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023 del maestrante Santiago Patricio Ruiz Pérez, quién es autor exclusivo de la presente investigación, que es original y auténtica.

090605020-8

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo Santiago Patricio Ruiz Pérez, en calidad de autor del trabajo de titulación denominado Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023, de acuerdo a lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para que utilice el contenido que comprende el presente trabajo de titulación, con fines estrictamente académicos o de investigación.

050307219-1

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, Santiago Patricio Ruiz Pérez, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023 es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

050307219-1

Dedicatoria

A mi madre y hermanos, quienes han sido mi inspiración y apoyo constante. Su amor, paciencia y sacrificio han hecho posible este logro.

A mis profesores, por su sabiduría y orientación a lo largo de esta experiencia académica.

A mis amigos, por su aliento constante y comprensión en los momentos más desafiantes.

A mis pacientes que han confiado en el trabajo diario y constante durante mi año de rural.

A todos los que han contribuido de alguna manera en mi formación académica, en especial al personal del Centro de Salud San Buenaventura este logro es también de ustedes.

Dedicado con cariño y gratitud,

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de manera significativa a la realización de este trabajo de grado. Su apoyo, consejos y aliento fueron fundamentales para llevar a cabo este proyecto con éxito.

A mi tutor Dr. Ernesto Torres, por su orientación experta y dedicación a lo largo de todo el proceso de investigación. Sus conocimientos y consejos fueron invaluable y guiaron mi trabajo de manera excepcional.

A mi madre Patricia Pérez, hermanos y gran amigo Farley Higuera, por su apoyo incondicional a lo largo de mis años de estudio. Su amor, aliento y comprensión fueron una fuente constante de motivación.

Al director de la maestría en Salud Pública Dr. Fernando Sacoto por la oportunidad estudiar y descubrir esta noble carrera.

Este logro no hubiera sido posible sin el apoyo y la guía de todos ustedes. Les estoy profundamente agradecido.

Con gratitud, Santiago Ruiz Pérez

Índice

Aprobación del tutor	ii
Autorización de derechos de propiedad intelectual	iii
Certificación de autoría del trabajo de titulación	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice.....	vii
Índice de anexos.....	ix
Índice de figuras.....	x
Índice de tablas	xi
Resumen.....	12
Abstract.....	13
1. Introducción.....	14
2. Justificación.....	16
3. Problema.....	18
3.1. Planteamiento	18
3.2. Formulación del problema	19
4. Objetivos.....	20
4.1. Objetivo general	20
4.2. Objetivos específicos.....	20
5. Marco teórico y conceptual	21
6. Metodología y diseño de la investigación	47
6.1. Tipo de estudio.....	47
6.2. Área de estudio	47
6.3. Universo y muestra	47
6.4. Criterios de inclusión y exclusión	47

6.5.	Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
6.6.	Operacionalización de variables.....	50
6.7.	Plan de tabulación y análisis	54
6.8.	Procedimientos	54
7.	Resultados.....	56
8.	Discusión	64
9.	Conclusiones.....	69
10.	Recomendaciones	72
11.	Bibliografía	74
12.	Anexos	78
	Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	78
	Anexo 2. Solicitud para evaluación de cuestionario.....	86
	Anexo 3. Oficio aprobación de Cuestionario.....	88

Índice de anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	78
Anexo 2. Solicitud para evaluación de cuestionario	86
Anexo 3. Oficio aprobación de Cuestionario.....	88

Índice de figuras

Figura 1. Análisis del acceso propuesto por Aday y Andersen	28
Figura 2. Diseño y validación de instrumento de recolección de datos.....	48

Índice de tablas

Tabla 1. Cartera de servicios y personal del centro de salud San Buenaventura enero-junio 2023	35
Tabla 2. Causas de morbilidad general de la población de 65 años o más del primer semestre del año 2023 del Centro de salud San Buenaventura discriminado por sexo	42
Tabla 3. Características sociodemográficas de la población adulta mayor.....	56
Tabla 4. Antecedentes personales relacionados con la salud de los adultos mayores.....	57
Tabla 5. Características relacionadas al acceso a los servicios de salud en los adultos mayores.	58
Tabla 6. Recursos y organización del centro de salud.	58
Tabla 7. Disponibilidad de los servicios de salud.	59
Tabla 8. Satisfacción del paciente con el acceso a los recursos de salud y características sociodemográficas.....	61
Tabla 9. Satisfacción del paciente y relación con la organización de los servicios de salud. .	62

Resumen

Introducción: La accesibilidad a la atención de salud representa un importante problema en políticas sanitarias, particularmente en los adultos mayores, quienes son considerados como población prioritaria.

Objetivo: Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude al Centro de salud San Buenaventura del Cantón Latacunga, febrero - junio 2023.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, que incluyó a 51 adultos mayores seleccionados intencionalmente. Se diseñó un cuestionario dirigido a identificar las barreras de acceso a servicios de salud, aplicado mediante entrevista presencial. Se utilizó estadística descriptiva y las pruebas de Fisher o Chi-cuadrado para observar si existe una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción de los adultos mayores con el acceso a los servicios de salud.

Resultados: El 62,7% de los pacientes eran femeninos, el 84,3% mestizos, y el 47,1% casados. El 41,2% se tardaba de 10-20 min en llegar al centro de salud. El 35,3% no pudo acceder a los servicios de salud cuando lo requirieron, debido a problemas de transporte (33,3%). La atención fue facilitada en el 98% de los casos. Medicina general (60,8%) y medicina familiar (35,3%) fueron los servicios más solicitados y los menos disponibles. La satisfacción general del 90,2%, siendo el motivo de consulta totalmente resuelto en el 51% de los casos. La satisfacción del paciente se asoció con acceso al servicio de salud ($p=0,047$), con acceso difícil a algún servicio ($p=0,018$) y con motivo de consulta resuelto ($p=0,019$).

Conclusión: El acceso a la salud se vio afectado por problemas de transporte y por baja disponibilidad en los servicios de medicina general y familiar.

Palabras claves: servicios de salud, barreras de acceso, adultos mayores, satisfacción.

Abstract

Introduction: Accessibility to health care represents an important problem in health policies, particularly in older adults, who are considered a vulnerable population.

Objective: To identify the barriers to access to health services in the elderly population attending the San Buenaventura Health Center in Latacunga Canton, February - June 2023.

Methodology: Quantitative, descriptive and cross-sectional study, which included 51 intentionally selected older adults. A questionnaire was designed to identify barriers to access to health services, applied by means of a face-to-face interview. Descriptive statistics and Fisher or Chi-square tests were used to evaluate the association between variables.

Results: 62.7% of the patients were female, 84.3% were of mixed race, and 47.1% were married. 41.2% of the patients had been married for more than a year. The 41.2% took 10-20 min to get to the health center. 35.3% were unable to access health services when they required them, due to transportation problems (33.3%). Care was facilitated in 98% of cases. General medicine (60.8%) and family medicine (35.3%) were the most requested and least available services. Overall satisfaction was 90.2%, with the reason for consultation being fully resolved in 51% of cases. Patient satisfaction was associated with access to the health service ($p=0.047$), with difficult access to some service ($p=0.018$) and with reason for consultation resolved ($p=0.019$).

Conclusion: Access to health care was affected by transportation problems and low availability of general and family medicine services.

Key words: health services, access barriers, older adults, satisfaction.

1. Introducción

En el año 2050 se estima que más de 1500 millones de personas tengan 65 o más años, grupo etario que es considerado como adulto mayor. En Ecuador la proporción actual es del 7,4% con lo que se ratifica que está en un periodo de transición demográfica o envejecimiento poblacional (1), en los países del Sudeste Asiático (SEA), se ha proyectado que el porcentaje de personas de 60 años o más representará aproximadamente el 13,7% y el 20,3% de la población en los años 2030 y 2050, respectivamente (2).

El proceso de envejecimiento se asocia comúnmente con la pérdida gradual de masa muscular esquelética y una disminución de la función metabólica y la capacidad funcional (3). Otros desafíos incluyen enfermedades crónicas, deficiencias sensoriales (visión y audición), riesgo de caídas, problemas de movilidad y deterioro cognitivo (4). La carga de discapacidad entre los adultos mayores a nivel mundial se atribuye principalmente al deterioro funcional, la pérdida de visión y audición y el dolor (5). A pesar de los cambios fisiológicos que conducen a limitaciones, la evidencia ha demostrado que los adultos mayores pueden envejecer con éxito (6). Sin embargo, mantener la salud y el bienestar de este grupo vulnerable puede ser un desafío para cualquier sistema de salud, problema del cual no escapa Ecuador (7).

Ecuador, categorizado como un país de ingresos medios, está atravesando transiciones demográficas y epidemiológicas, lo que lleva a un envejecimiento de la población. Los desafíos relacionados con la prestación de servicios a un número cada vez mayor de ciudadanos que enfrentan el inevitable deterioro asociado con el aumento de la edad se reflejan en cómo se percibe el envejecimiento dentro de una sociedad culturalmente diversa, en un registro hecho en este país se han explorado las percepciones sobre el envejecimiento en adultos mayores, encontrándose que están determinadas por las enfermedades crónicas, la fatiga, la disminución de las capacidades sensoriales y la vulnerabilidad a los accidentes. Las barreras a la atención sanitaria se exacerbaban entre los miembros mayores de las comunidades indígenas, aunque en ciertos casos se pueden utilizar alternativas tradicionales, así mismo, el sentido de identidad cambia a medida que las personas mayores se vuelven menos capaces de cuidar la tierra y participar en actividades comunitarias, de igual forma las redes de apoyo familiar y comunitario para las personas mayores no son tan sólidas como comúnmente se cree (8).

El acceso es un componente crucial de la política de salud y se ha definido como "el uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores resultados de salud" (9). El acceso a la atención sanitaria resulta de la interfaz entre los individuos, los hogares, entornos

sociales y físicos y sistemas sanitarios (10). Hasta la fecha, se han utilizado numerosos marcos para conceptualizar el acceso a la atención sanitaria. Los marcos de acceso comúnmente utilizados incluyen el modelo conductual de uso de servicios de salud de Aday y Andersen, el marco de Frenk, el marco conceptual de Levesque para el acceso a la atención médica y el marco de Penchansky y Thomas. El acceso a la atención sanitaria según el marco de Penchansky y Thomas describe el acceso como el grado de "adaptación" entre las necesidades de los pacientes y el sistema sanitario (11) y el Aday y Andersen se centra en la relación entre las características individuales, las variables contextuales y la utilización de servicios de salud (12).

En términos generales, en la mayoría de las naciones de Latinoamérica, el sistema público de pensiones se caracteriza por su debilidad, ofreciendo prestaciones y cobertura insuficientes para garantizar la seguridad económica durante la vejez (13). En consecuencia, surge una mayor carga a nivel individual, familiar y social debido al aumento de las necesidades de atención médica en el proceso de envejecimiento. Además, la utilización de los servicios de atención médica se ve influenciada por diversos factores, como la pobreza y la accesibilidad (14). Las dificultades para acceder a los servicios de atención médica resultan en necesidades de salud no satisfechas, demoras en la atención y una gestión deficiente de enfermedades crónicas, lo que conduce a un aumento en las visitas a las salas de emergencia (15).

La cuestión del acceso a la atención de salud, y específicamente médica, es relevante tanto en Ecuador como en Latinoamérica. Por ejemplo, en Ecuador, se ha observado que la disponibilidad limitada de profesionales de la salud, la carencia de servicios y la infraestructura insuficiente son obstáculos para acceder a los servicios médicos (16). En el contexto de Latinoamérica, alrededor de un tercio de los ciudadanos han señalado las barreras de acceso como motivo de retrasos o falta de atención médica (17). Estas barreras incluyen dificultades para obtener citas, problemas de transporte y horarios de atención limitada. Es quizás esperable que estas problemáticas sean más frecuentes en países de América Latina, considerando que muchos de ellos presentan niveles de ingresos medios a bajos.

Por lo antes expuesto en el presente estudio se abordarán las barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023.

2. Justificación

De acuerdo con la Ley Orgánica de Adultos Mayores dictamina que el estado, ecuatoriano garantiza el derecho a la accesibilidad en todas sus formas, permite el uso de bienes y servicios, proporciona el acceso a fármacos incluyendo los necesarios para tratamientos especializados geriátrico-gerontológicos, asegura la atención de manera prioritaria e inmediata con servicios profesionales emergentes, suministros de medicamentos e insumos necesarios en los casos de emergencia, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin embargo no se conoce puntualmente hasta donde los adultos mayores gozan de un real acercamiento con el sistema sanitario si al contrario se ha profundizado las desigualdades, un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, polimedicación, discapacidad, dependencia de familiares más jóvenes así como la autorreferencia de una mala percepción de salud (23.2% de mujeres y 18% hombres refieren tener mala salud) complica el escenario haciendo difícil un normal desenvolvimiento e integración social de esta población. Por este motivo se pretende conocer las necesidades de atención de salud de los adultos mayores; con una clara identificación de posibles factores que aumenten el riesgo a un acceso adecuado, así como factores que promuevan u obstaculicen el acceso a los servicios de salud (18).

La relación entre la utilización de servicios de atención médica y las necesidades de salud reconocidas es sólida. Dado que la decisión de emplear servicios médicos es una elección personal, las personas tienden a recurrir a estos servicios cuando perciben algún problema que podría impactar su salud presente o futura. Sin embargo, debido a diversos factores como la disponibilidad de servicios de salud o los recursos económicos para costearlos, una porción de la población (especialmente aquellos en situación de pobreza o en condición de vulnerabilidad) podría enfrentar obstáculos para acceder a la atención médica a pesar de reconocer que tienen necesidades de salud.

En Ecuador, de acuerdo con una investigación realizada por el Banco Mundial en 2011 acerca del envejecimiento poblacional, se observó que el 57% de los hombres y el 67% de las mujeres de menor nivel económico presentaron necesidades de salud, lo que los condujo a buscar servicios médicos. Esto se contrapone con las poblaciones más jóvenes dentro del mismo grupo social, donde un 44% de hombres y un 51% de mujeres sintieron la necesidad de recurrir a los servicios de salud. La situación no cambia con el perfil más rico ya el 47% de los hombres y el 60% de las mujeres adultas mayores buscaron atención médica de acuerdo con su necesidad

percibida, y solo el 39 y el 47% de hombres y mujeres jóvenes respectivamente lo hicieron (19).

La demanda de atención de salud aumenta en aquellos de edad avanzada, los adultos mayores utilizan de manera frecuente los servicios de salud en comparación con los jóvenes y adultos jóvenes. En consecuencia, el proceso de envejecimiento en la región de América Latina y el Caribe (ALC) indudablemente incrementará la demanda de servicios de atención médica en la zona (19).

La importancia del proyecto se encuentra en mejorar la atención de los pacientes adultos mayores en el centro de salud San Buenaventura con la identificación de condiciones propias de la unidad y/o del paciente que representen una barrera para el uso de los servicios de salud, este estudio es la primera contribución con el que contará esta casa de salud sobre las barreras de acceso por tanto servirá como fuente informativa que permita generen mejores soluciones y nuevos estudios.

3. Problema

3.1. Planteamiento

Contextualización

El acceso a la salud es concebida de acuerdo al paradigma de estudio, según el modelo multicausal con enfoque de utilización se lo interpreta como “*la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, apropiados, oportunos y de calidad cuando se necesitan*”, es decir un uso real de los servicios, bajo la existencia de recursos, procedimientos, instituciones, percepción de la enfermedad, idioma, creencias y otras variables que influyen en el proceso de búsqueda y obtención de salud, por lo tanto, todo lo que impida a la población el uso adecuado de los servicios sanitarios constituye una barrera de acceso (20).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Pacto Regional de Atención Primaria de Salud, se propuso disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud en un 30% para el 2030, sin embargo la brecha entre la necesidad de atención médica y el nivel de acceso es intensa, que al contrario a lo planteado, sí se mantiene esta tendencia, hasta un tercio de la población mundial permanecerá desatendida, comprometiendo profundamente la equidad, accesibilidad y cobertura haciendo imposible el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (21).

Frente a estas circunstancias enfrentamos una transición demográfica mundial con un incremento paulatino de la población envejecida. En América Latina, se define como adulto mayor a aquellos individuos que tienen 65 años o más, aunque cada país puede ajustar este límite según su criterio (22).

Se estima que para el 2050 el porcentaje de mayores de 65 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Estas condiciones nos permiten reflexionar si el adulto mayor cuenta con las garantías necesarias para utilizar los servicios sanitarios, ya que en la actualidad solo en los países de la Región de las Américas, entre el 70 y el 80% de las personas mayores padece una o más enfermedades crónicas, alrededor del 60% toma tres o más medicamentos por prescripción médica, y la prevalencia de la discapacidad aumenta progresivamente a partir de los 60 años (23).

Ecuador no está exenta de esta transición, según las estadísticas demográficas locales, los adultos mayores representan un 7,6% del total de la población en el 2018, lo que implica un

aumento de 2,8 puntos porcentuales frente a los 2000, el índice de fecundidad es menos de 2,6 hijos, la esperanza de vida llega a 77,4 años cifra superior al promedio de la Región de las Américas, y representa un aumento de 6,3 años en comparación a los 2000. De ellos el porcentaje de la población con necesidades de salud percibidas es del 57% en adultos hombres y 68% en adultas mujeres (24).

En el contexto local la ciudad de Latacunga cantón de la provincia de Cotopaxi cuenta con 11 unidades de salud de ellas el centro de salud tipo B de San Buenaventura presta los servicios de a alrededor de 35.095 habitantes, de ellos 1414 (512 hombres y 902 mujeres) son adultos mayores que han acudido por primera o subsecuentemente. Este puesto sanitario aplica el programa de atención integral de salud del adulto mayor fortalecido por la estrategia “médico del barrio” brinda el cuidado periódico y sistemático en el consultorio y en el hogar, además son elementos participes con la conformación de clubs del adulto mayor, sin embargo, hasta el momento no se conoce el impacto que tuvo estos programas y estrategias en el acceso a los servicios.

3.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude al centro de salud San Buenaventura del Cantón Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023.

4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población adulta mayor en el contexto de acceso a los servicios de salud.
- Definir el conocimiento de los adultos mayores sobre la organización de la unidad San Buenaventura sobre la prestación de servicios de salud.
- Describir las barreras de acceso a la utilización de los servicios de salud de la población adulta mayor aplicando el modelo comportamental desarrollado por Aday y Andersen.
- Discutir la satisfacción del paciente con respecto a las características sociodemográficas, antecedentes personales de salud y las barreras de acceso a los servicios de salud.

5. Marco teórico y conceptual

Antecedentes investigativos

En el estudio descriptivo de Gonzales, L, mediante una encuesta a 423 personas se enfocó en la búsqueda de factores asociados con el acceso a la atención en salud de personas mayores de 60 años y se observó que el 85,6% de los participantes presentan barreras de acceso al momento de acceder en salud, siendo la dimensión “contacto real con los profesionales” la principal barrera convirtiéndose en un elemento clave para el monitoreo de la equidad en salud según la investigadora. En contraposición se identificó que “disponibilidad” representa un elemento facilitador, el contar con infraestructura, equipamiento, talento humano porque les permitió sentir confianza para acceder a la atención en salud demandada (25).

El trabajo de investigación transversal y analítico conducido por Mohamed y cols., en el cual se incluyeron a 370 usuarios de diferentes centros de salud de Arabia Saudita, con el objetivo de identificar las razones de la satisfacción o insatisfacción con el servicio y el efecto de los factores sociales en el nivel de satisfacción. Los autores reportaron que los hombres (84,3%) se encontraban más satisfechos con los servicios prestados por los centros de salud que las mujeres (79,8%), y que los niveles de satisfacción de las personas con educación primaria, intermedia y secundaria fueron 95,6%, 88,6% y 82,2%, respectivamente. El 84,6% de los sujetos casados estaban satisfechos con los servicios prestados, frente a 93 personas solteras (76,2%) y 23 viudas/divorciadas (85,2%). Además, también se documentó que el 82% de las personas con ingresos bajos, el 76,3% de las personas con ingresos medios y el 74% de las personas con ingresos altos estaban satisfechas con los servicios prestados por los centros sanitarios, sin embargo, de todas esta variables sociodemográficas, solo el grado de instrucción se asoció significativamente con la satisfacción del paciente ($p=0,014$) (26).

Otra investigación que indagó similares objetivos fue “El acceso a los bienes y servicios de salud de los adultos mayores desde una perspectiva multidimensional”, aquí se analizó la accesibilidad administrativa-organizacional, espacial geográfica, adaptativa y económica en 200 participantes y se encontró que el 57% debe esperar más de una semana por atención médica, alrededor de un 27% afirma no haber podido conseguir atención médica cuando la buscó y mencionan a la falta de turnos como el principal motivo (72%), el 60% de los adultos mayores se vieron inconformes con la infraestructura, un 40% experimentaron dificultades para conseguir los medicamentos recetados, alrededor del 10% percibieron un mal trato brindado por los profesionales y que el 17% de ellos no pueden cumplir el tratamiento sugerido por el

profesional por la imposibilidad de financiarlo, convirtiéndose estos indicadores en sus principales obstáculos que limitan el acceso los servicios, condicionando su salud inclusive podría aumentar el riesgo de muerte temprana (27).

En otro estudio analítico, donde se buscaba determinar la relación entre la satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe del personal de salud, el cual fue conducido por Pio-Cajaleon, se encontró que la satisfacción del paciente se asoció significativamente con cuidados que recibieron por del personal de salud, y con la dimensiones de cuidado humano, cuidados oportunos, cuidados continuos y cuidados libre de riesgo o seguro ($p \leq 0,01$), cada uno de los cuales representan factores que integran la calidad de servicio (28).

Ramos A, en su estudio descriptivo, caracterizó el uso de servicios en salud por los adultos mayores en un hospital en Perú que, mediante entrevistas y fichas de registro, observó que el uso estaba ligado a ciertas características sociodemográficas de los participantes, alrededor de un 20% no tenían nivel educativo y más del 30% de los entrevistados no contaban ni con la mitad del salario básico peruano al mes haciendo que el 26.1% de los adultos masculinos utilicen los servicios de forma continua, y en 39.1% de las mujeres no consecutiva. Estas correlaciones permitieron determinar que las variables sociodemográficas guardan alguna relación con el uso de los servicios de salud por adultos mayores (29).

Entre otros factores que afectan al acceso a los servicios de salud en los adultos mayores se identificaron en el estudio realizado por Montano K, en el 2018 en Lima, la falta de un seguro médico, la experiencia en la atención sanitaria, el desconocimiento sobre cobertura, el apoyo de familiar para acudir a un establecimiento de salud, la percepción de estar en buen estado de salud, la automedicación, la preferencia por medicina casera o una atención médica particular la necesidad de unidades de salud con infraestructura adecuada (30).

Así mismo, Hernández-Vásquez y cols., condujeron un estudio basado en un censo realizado por el Ministerio de Salud de Perú, con el objetivo de estimar la satisfacción con la atención en salud recibida en los establecimientos del MINSa y determinar sus factores asociados en adultos peruanos, reportando que el 74,3% de los usuarios declararon una satisfacción buena o muy buena con el servicio médico recibido. La menor satisfacción con el trato recibido estaba vinculada a padecer una enfermedad crónica, hablar la lengua materna y en residir en zonas con más de 2.000 habitantes ($p < 0,05$). Vivir en la selva estaba vinculado a mayores niveles declarados de satisfacción con la atención en salud recibida ($p < 0,05$) (31).

Por último en un estudio simultáneo transversal realizado en Colombia y Brasil en el 2015 con el mismo enfoque de búsqueda de barreras de acceso en la atención y utilización de los servicios de salud se identificó que en Colombia los principales problemas destacan, la afiliación, demoras en los turnos, barreras geográficas, el costo de atención, conflictos con aseguradoras y la inadecuada solución a los problemas de salud por los que acudieron inicialmente, mientras que en Brasil se enfatiza el déficit de profesionales en el primer nivel, limitaciones en el acceso a fármacos e instalaciones sanitarias poco equipadas que ocasionan tiempos de espera más elevados profundizando las inequidades en ambos países (32).

Acceso

El acceso tiene una variedad compleja de interpretaciones, partiendo desde su etimología considerándola como un acercamiento alcance, entrada a un lugar, o como el derecho u oportunidad de algo, entrada al trato o comunicación con alguien (33). Esta diversidad está ligada a planteamientos teóricos sobre el acceso a consecuencia del análisis de la cobertura en salud en los años setenta. No obstante, resulta difícil interpretar las lógicas de todas estas teorías, los marcos analíticos que impulsaron la toma de decisiones en los sistemas de salud y sus dudosas aproximaciones a los principios ético-morales y justicia en materia de acceso a los servicios. A continuación, se detalla cada uno de estos conocimientos con un enfoque histórico.

Acceso a servicios de salud en la lógica de “mínimos decentes”

El acceso dentro de esta concepción se enmarca en un derecho mínimo decente con la capacidad de otorgar un conjunto de servicios específicos y un nivel determinado de calidad, con un máximo de inconvenientes personales y costos para los pacientes es decir "una atención mínimamente decente o esencial" descuidando la atención óptima, de alta calidad, no atienden las necesidades de la población y no garantizan el derecho a la salud descuidando la esencia de la equidad. Esta lógica tiene serios problemas éticos, por sus características arbitrarias, limitadas porque no garantizan la integralidad, universalidad y la interdependencia al usar un servicio médico.

Acceso a servicios de salud en la lógica del mercado: oferta y demanda.

El acceso parte de las características de los proveedores de servicios o la oferta en el proceso mismo de la atención en salud, o en las características de los usuarios o la demanda, es una teoría flexible ya que incorpora la lógica epidemiológica multicausal.

Alrededor de los 70s, Bashshur y colaboradores propusieron el acceso como una relación funcional entre los servicios médicos los recursos y los usuarios; 3 años después Donabedian enfatizó en que los recursos disponibles son un factor mediador entre la habilidad para producir servicios y su consumo final. Ya para 1976 Salkever concibe al acceso como un atributo de los servicios de salud siendo Tanahashi el que lo plantea como un proceso donde interaccionan estos elementos a expensas de las características del sistema de salud, recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención.

Pechansky & Thomas en los 80's dan una estructura multidimensional a este proceso dentro de la disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad y aceptabilidad con capacidad de identificar problemas medibles como la utilización de servicios, particularmente en servicios de entrada, insatisfacción de los usuarios con los servicios que reciben y afectación de la práctica de los proveedores de servicios.

En 1985, Julio Frenk presenta el concepto de accesibilidad, como el proceso de buscar y recibir atención es decir en la relación funcional entre el conjunto de obstáculos relacionados con los recursos y las capacidades de la población para superarlos, distinguiendo este término de los conceptos de disponibilidad y acceso.

Acceso a servicios de salud en la lógica de la multicausalidad.

En esta concepción de acceso se incorpora a los modelos de oferta y demanda, factores organizados por niveles, de la persona y de las políticas sanitarias. Así, el acceso es resultante de factores de la oferta, como ubicación, disponibilidad, costo y conveniencia de los servicios, política pública, así como de los factores de demanda, entre ellos la carga de enfermedad, conocimiento, actitudes, habilidades y autocuidado.

Andersen y Aday son los pioneros dentro del modelo multicausal, inicialmente se enfocó solamente en el individuo, identificando su comportamiento, necesidades, características predisponentes y facilitadoras y no en las interacciones del proceso para lograr la atención en salud. Seguidamente se incluyen las características del sistema de salud concediéndole especial importancia a la política nacional de salud, a los recursos y su organización como determinantes del uso de los servicios. Posteriormente se considera la satisfacción del consumidor enfatizando en la conveniencia, disponibilidad, financiación, características del proveedor y calidad partiendo de las características de la población, el sistema de salud y el ambiente externo, que conllevan a prácticas individuales en salud y uso de servicios.

En el 2003 Shengelia expone factores que predisponen al acceso en el modelo multicausal inherentes a la persona y al sistema sanitario considerando a la percepción individual de enfermedad, aspectos culturales, sociales y epidemiológicos, los medios para el uso de los servicios de salud, los recursos, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones. Levesque posteriormente formulan dimensiones del acceso, ordenadas también como factores estas son accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y acomodación, asequibilidad y oportunidad.

Acceso a servicios de salud en la lógica de las necesidades

Bradshaw en 1972 define a la necesidad social en cuatro dimensiones: necesidad sentida o lo que se quiere de un servicio, expresada cuando la anterior se convierte en una acción, y necesidad comparativa entre poblaciones que reciben o no un servicio y pasa a ser una necesidad.

Para disponer de recursos, utilizan las características poblacionales como mortalidad, morbilidad y circunstancias socioeconómicas. La necesidad se define con patrones históricos de utilización de servicios de salud basados en los indicadores poblacionales.

Culyer & Wagstaff en 1993 Se enfrenta a una postura horizontal de acceso refiriendo que todas las personas con necesidades iguales deberían ser tratadas por igual proponiendo una vertical, que sugiere que las personas con necesidades mayores sean tratadas de manera más favorable que personas con necesidades menores.

Sin embargo, el concepto de necesidad no es correcto ya que no hay una consideración explícita sobre necesidades específicas por grupo socioeconómico o por características de la zona en la que viven las personas. Entonces que el concepto operacional de necesidad se derive del análisis de un representante o persona de cada uno de los grupos de población de interés, que presente algún nivel específico de necesidad clínica y sus circunstancias sociales. Solo así se podrá conocer la medida en que el acceso, la utilización, la calidad y los resultados de salud varían de acuerdo con el grupo de población en el que se encuentra una persona.

Acceso a servicios de salud en la lógica de justicia social y el derecho a la salud

superan el concepto mismo de acceso y lo enmarcan en principios éticos de justicia social redistributiva, de equidad en salud, y de derecho a la salud.

En el 2003 Paula Braveman junto con Gruskin que la equidad y los derechos humanos constituyen el marco para que las instituciones de salud lidien con la pobreza y la salud de sus poblaciones por medio de estrategias, institucionalización, fortalecimiento y expansión de las funciones de la salud pública, implementación de un financiamiento equitativo Health Systems: Putting Pieces Together. Para Ruger, una visión alternativa de equidad y justicia en el acceso a servicios de salud incluye un propósito ético de asegurar las condiciones sociales en las cuales todos los individuos tengan la capacidad de ser saludables, examinar las injusticias en el nivel de los recursos sanitarios, la calidad de esos recursos y su capacidad para permitir el funcionamiento eficaz.

Modelos para el análisis del acceso

Los marcos de análisis del acceso se han estudiado en base a 2 enfoques como ajuste y como utilización de servicios.

Acceso como ajuste.

Donabedian uno de los pioneros en proponer al acceso dentro del contexto de oferta y demanda dio una orientación al acceso como factor intermediario entre la producción de servicios y su consumo real, contando con una propiedad de ajuste en dependencia de las características de la población y los recursos disponibles y no solo una mera disponibilidad de ellos. Donabedian distingue dos dimensiones: la geográfica, medible por ejemplo a través de la distancia recorrida, el tiempo los costos que involucran a este desplazamiento y la socio-organizativa relacionada con la oferta.

Penchansky y Thomas ya citados, comparten la misma perspectiva asegurando que la demanda responde a la disponibilidad, volumen y tipo de servicios existentes sin embargo la capacidad de adaptación de la demanda a esta forma organizativa no garantiza un acceso a servicios de salud justo. Por su parte, Frenk propone un marco conceptual basado en el ajuste, distinguiendo los factores de resistencia u obstáculos del proceso como los ecológicos o geográficos, organizativos inherentes a la puerta de entrada y los relacionados con la atención oportuna dentro del establecimiento de salud, su estimación podría a fin de cuentas evaluar el acceso desde el punto de vista de los servicios y poder de utilización. Sin embargo, los estudios empíricos sobre acceso basados en estos marcos explicativos son escasos.

Acceso como utilización de los servicios.

Bajo esta perspectiva el acceso no solo se ajusta a las capacidades adaptativas de la oferta y la demanda sino es un elemento equiparable a la utilización de servicios pues incorpora componentes que promueva la búsqueda de la atención y la necesidad de salud en dependencia de factores inherentes a la población como actitudes, conocimiento sobre la enfermedad y la atención en salud, así como condicionantes socio-culturales.

El principal representante de este modelo de análisis es Andersen, quién aborda dos dimensiones del acceso: el acceso potencial refiriéndose a aquellos factores que predisponen a la utilización de servicios (creencias, actitudes, disponibilidad, organización del establecimiento) y el acceso real señalando a la utilización efectiva de servicios y la satisfacción.

La relación entre el acceso potencial y real incluye a las políticas de salud que afectan a los patrones de utilización, pero no las características de la población y estas a su vez pueden afectar directamente el uso de los servicios independientemente de las características de los servicios de salud como se ejemplifica en el siguiente esquema.

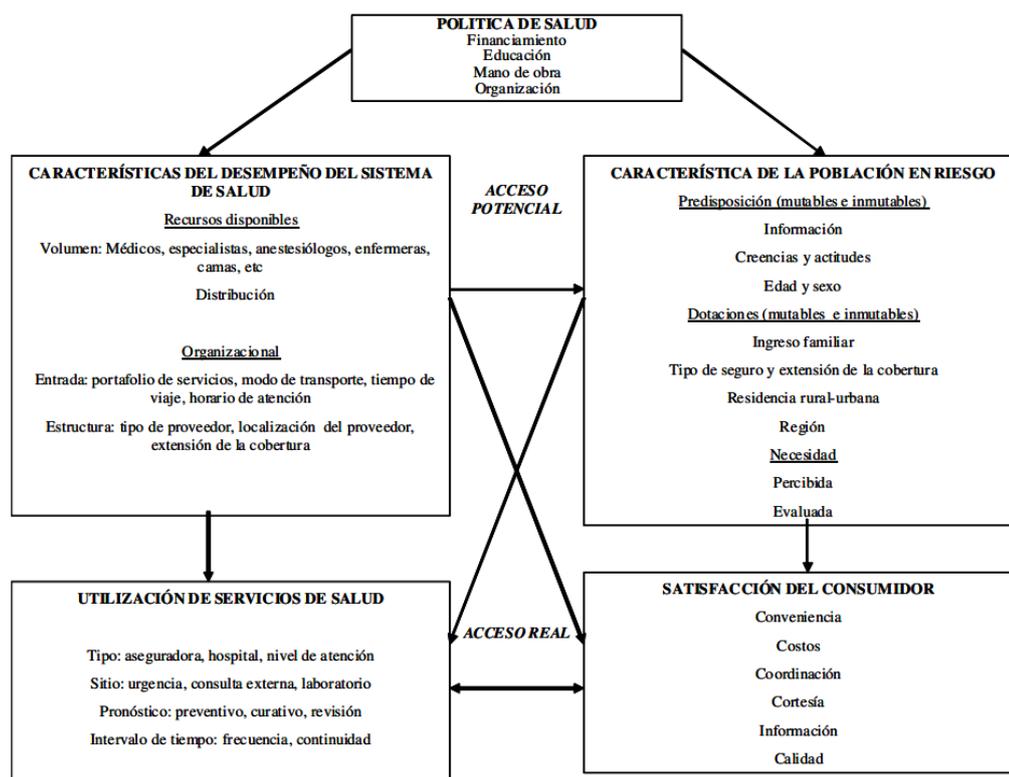
Indicadores según el modelo de Aday y Andersen

Indicadores de Acceso

La investigación sobre la utilización de servicios de salud tiene como objetivo describir los factores que afectan tanto el acceso a la atención médica como la capacidad de recibir los servicios necesarios. Además, busca medir aspectos como la ubicación, la frecuencia, el propósito y la forma en que estos factores facilitan u obstaculizan el proceso de obtener atención médica (34).

Con base en el marco presentado, se pueden identificar dos categorías principales de indicadores sociales relacionados con el concepto de acceso (Figura 1). Estas categorías son los indicadores de proceso y los indicadores de resultado. Los primeros se centran en analizar los aspectos relacionados con el proceso de acceso, como los pasos para obtener atención y los factores que influyen en dicho proceso. Por otro lado, los indicadores de resultado se enfocan en medir los resultados finales del acceso a la atención médica y evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (34).

Figura 1. Análisis del acceso propuesto por Aday y Andersen



Fuente: Aday y Andersen.

Indicadores de proceso

Los indicadores de proceso reflejan las características del sistema de entrega y de la población y qué tan satisfechos están los usuarios con él, se pueden clasificar según su grado de manipulabilidad por parte de la política de salud (34).

Indicadores con Propiedades mutables

Aquellas que pueden ser alterados, en el corto plazo, para afectar la utilización o satisfacción con atención, son considerados como indicadores sociales más significativos del acceso, por ejemplo: distribución de personal médico, cobertura de seguro (34).

Indicadores con propiedades inmutables

Organización

Las variables cuantificables que influyen en la entrada inicial al sistema podrían incluir el tiempo promedio de desplazamiento, el tiempo promedio de espera para obtener una cita, y el tiempo promedio de espera en la sala de espera del servicio. Además, se podría considerar el

tiempo promedio de respuesta desde la primera llamada para un servicio de urgencias hasta la llegada de la ambulancia (34).

Asimismo, se pueden recopilar datos sobre el tipo de práctica médica (individual, en asociación o en grupo), el tipo de proveedor de atención médica (médico general, especialista, personal auxiliar), el método de clasificación de pacientes (número y tipos de formularios de encuentro o admisión) y el tipo de proveedor médico que atendió primero. También, las horas de disponibilidad del proveedor o la instalación para brindar servicios podrían proporcionar medidas de las variables de la estructura organizacional (34).

Características de la población en riesgo

Se encuentran diversas variables que pueden cambiar con el tiempo, incluyendo factores predisponentes y habilitadores. Los factores predisponentes comprenden creencias generales sobre el cuidado de la salud, actitudes, conocimientos y fuentes de información relacionadas con la atención médica, así como estrés y ansiedad relacionados con la salud. Por otro lado, los factores habilitadores incluyen el nivel de ingresos, fuentes de ingresos, cobertura de seguro médico, alcance de la cobertura, método de pago, fuente habitual de atención médica, tiempo medio de desplazamiento, tiempo de espera para obtener citas y tiempo de espera en la consulta, entre otros aspectos (34).

En cuanto a las variables inmutables en estas dos categorías, no pueden ser modificadas y abarcan características como la edad, el sexo, el estado civil, el comportamiento de salud previo, el nivel educativo, la raza o el origen étnico, el tamaño y composición de la familia, la religión y la movilidad residencial. También, se consideran aspectos geográficos, como la región del país y el tipo de residencia (rural o urbana) (34).

Los datos relacionados con la necesidad percibida de atención médica pueden incluir el estado de salud auto percibido, síntomas de enfermedad y discapacidad. Por su parte, los indicadores de necesidad evaluada se derivan de información como la urgencia calificada por el médico, signos y síntomas observados y diagnósticos médicos, entre otros elementos (34).

Indicadores de resultado

Los indicadores de resultado, que son la utilización y la satisfacción, representan los resultados finales de la política de salud en relación con el "acceso" a los servicios. Estas medidas engloban tanto objetivos cuantificables como descripciones subjetivas sobre la experiencia de la población al interactuar con el sistema de salud. Tanto las medidas objetivas como las

subjetivas deben ser capaces de detectar cambios en las características del sistema de prestación de servicios y en las características de la población atendida. Es importante que estos indicadores sean sensibles para poder evaluar adecuadamente la efectividad de la política de salud en términos de acceso a la atención médica (34).

Las medidas de utilización

Las variables que considerar incluyen la especificación del tipo de servicio utilizado, el lugar donde se recibió la atención médica (como domicilio, oficina, clínica o hospital de internamiento), el propósito de la atención recibida (si fue preventiva o curativa) y el intervalo de tiempo involucrado (por ejemplo, la media de visitas a un médico en un periodo determinado). Además, se debe tener en cuenta la continuidad del cuidado, que implica el número de diferentes proveedores contactados durante un episodio específico de enfermedad (34).

En cuanto a las medidas de satisfacción del consumidor, se necesitarían datos relacionados con variables tales como el porcentaje de la población de estudio que se mostró satisfecha o insatisfecha con los servicios recibidos. También se deberían considerar aspectos como la conveniencia, el costo, la coordinación, la cortesía, la información médica y la calidad general de la atención. Además, es importante conocer el porcentaje de personas que deseaban atención médica pero no la obtuvieron, y obtener información sobre las razones que llevaron a esa situación (34).

Barreras de acceso

Las barreras representan los factores que dificultan el acceso a los servicios de salud. Un marco conceptual comúnmente empleado para categorizar estas barreras distingue entre factores relacionados con la demanda y aquellos asociados a la oferta en el mercado de salud (34).

En el ámbito de la demanda, se encuentran obstáculos que impiden a las personas mayores y sus familiares acceder a los servicios, usualmente relacionados con aspectos personales y contextuales de la comunidad en la que residen. Por otro lado, en los determinantes de la oferta, se destacan factores propios del sistema de salud que condicionan el uso de los servicios por parte de las personas mayores y sus familiares (34).

Aunque la mayoría de los modelos de acceso enfocan principalmente las características del sistema (oferta) como los principales factores determinantes de la interacción con los servicios, varios autores han demostrado que también las características y habilidades presentes en la

comunidad, las personas y sus cuidadores también influyen en el acceso a los servicios de salud. En el modelo propuesto por Aday y Andersen, puede valorar la continuidad del acceso a los servicios de salud y analizar las barreras en personas mayores, ya que además de identificar cinco dimensiones del sistema de salud que afectan el acceso, también establece cinco habilidades de las personas, cuidadores y comunidades para lograr un acceso efectivo (34).

La noción de habilidad en este modelo permite distinguir las capacidades de diferentes poblaciones, lo que resulta útil para caracterizar las barreras específicas que enfrentan las personas mayores (34).

Las barreras representan los factores que dificultan el acceso a los servicios de salud. Un marco conceptual comúnmente empleado para categorizar estas barreras distingue entre factores relacionados con la demanda y aquellos asociados a la oferta en el mercado de salud (34).

En el ámbito de la demanda, se encuentran obstáculos que impiden a las personas mayores y sus familiares acceder a los servicios, usualmente relacionados con aspectos personales y contextuales de la comunidad en la que residen. Por otro lado, en los determinantes de la oferta, se destacan factores propios del sistema de salud que condicionan el uso de los servicios por parte de las personas mayores y sus familiares (34).

Aunque la mayoría de los modelos de acceso enfocan principalmente las características del sistema (oferta) como los principales factores determinantes de la interacción con los servicios, varios autores han demostrado que también las características y habilidades presentes en la comunidad, las personas y sus cuidadores también influyen en el acceso a los servicios de salud. En el modelo propuesto por Aday y Andersen, puede valorar la continuidad del acceso a los servicios de salud y analizar las barreras en personas mayores (34).

La noción de habilidad en este modelo permite distinguir las capacidades de diferentes poblaciones, lo que resulta útil para caracterizar las barreras específicas que enfrentan las personas mayores (34).

Barreras para la utilización de los servicios:

a. **Barreras personales:** Estas incluyen el reconocimiento por parte del paciente de sus necesidades de servicios y su disposición para buscar atención médica. También se consideran las experiencias previas del paciente en situaciones similares y las expectativas que tiene sobre el servicio (34).

b. Barreras económicas: Principalmente relevantes en el caso de servicios del sector privado. Aunque los servicios públicos de salud generalmente son gratuitos, pueden surgir costos adicionales que no son cubiertos por los esquemas de aseguramiento, como gastos por tiempo perdido en el trabajo, transporte hacia las unidades médicas, atención dental y oftálmica, entre otros (34).

c. Barreras organizacionales: Estas implican demoras y tiempos de espera debido a la sobredemanda o a una utilización ineficiente de los recursos (34).

d. Barreras socioculturales. Las diversas culturas presentes entre el personal de los servicios y la población pueden generar obstáculos para acceder. Según Comes et al., esto también puede ser llamado barrera simbólica, ya que las percepciones sociales y representaciones imaginarias pueden convertirse en barreras (34).

Generalidades del Sistema de salud de Ecuador

Los sistemas de salud se basan en la relación de políticas, económicas e institucionales que tienen la responsabilidad de dirigir los procesos relacionados con la salud de la población. Estos sistemas se manifiestan a través de organizaciones, normas y servicios con el objetivo de lograr resultados coherentes con la concepción de salud predominante en la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el funcionamiento de un sistema de salud se basa principalmente en cuatro pilares: la rectoría, la provisión de servicios de salud, el financiamiento y los recursos humanos (35).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Ecuador muestra una configuración que combina elementos diversos y está caracterizada por su división y fragmentación. De acuerdo con datos proporcionados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), esta situación, junto con factores políticos adicionales, coloca al país en una posición de baja eficiencia en el sector de la salud. Ecuador se encuentra en el puesto 54 de 71 naciones analizadas en este contexto. Sin embargo, el informe del BID resalta la situación de la atención médica se mantiene a pesar de los avances e inversión realizada, que ascendió, la Organización Mundial de la Salud (OMS) respalda esta opinión.

Dentro de las principales características el SNS: se compone de dos sectores privado y público con un sistema de seguridad social financiado por contribuciones de empleados, empleadores y del estado y el segundo por la asistencia pública a cargo del Ministerio de Salud, que no está

respaldada por ningún tipo de aseguramiento. Paralelamente, hay opciones privadas para ciudadanos con mayores ingresos que pueden permitirse adquirir un seguro médico.

Referente a su financiación, la mayor porción de los recursos del Gobierno Nacional se destina a los salarios de su personal, lo cual equivale al 60% del total. A esto le sigue la asignación de fondos al suministro de insumos, con un 8,5%, y a la adquisición de medicamentos, con un 5,3%. Esto refleja que las prioridades no son necesariamente las necesidades de los usuarios.

Componentes para la organización del sistema público de salud

De acuerdo con el informe titulado "La salud en territorio", basado en datos de la Secretaría Nacional de Planificación Senplades, las presiones sociales por parte de la población para acceder a servicios de salud, junto con las demandas generadas por una estructura fragmentada y segmentada, llevaron al gobierno a buscar una mejora en la eficiencia y adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población. Para lograr esto, se implementó una reorganización administrativa a nivel de planificación, estableciendo niveles de zonas, distritos y circuitos en todo el país (con 9 zonas de planificación, 140 distritos y 1134 circuitos). Esta estructura tenía como objetivo identificar de manera más precisa las necesidades y ofrecer soluciones efectivas para los servicios públicos de salud en diferentes áreas geográficas, sin afectar la autonomía y funciones de las provincias, cantones o parroquias.

Niveles del sistema de salud

La prestación de servicios de salud en el SNS se organiza en niveles de atención, desde el nivel I al IV, y sigue una lógica de colaboración entre instituciones en redes y microrredes a nivel territorial. Esto permite una organización más eficiente de la oferta de servicios dentro del sistema de salud.

La estructura de los servicios de salud, diseñada siguiendo esta perspectiva, posibilita una gama de servicios que aseguran la capacidad de abordar y solucionar las necesidades y desafíos de salud de la población, manteniendo una continuidad esencial. Los niveles de atención consisten en una agrupación de centros de atención médica que, en concordancia con una normativa legal y jurídica, establecen diferentes niveles de complejidad necesarios para atender de manera eficaz y eficiente diversas necesidades de salud, variando en magnitud y gravedad. Estos centros solo recibirán autorización en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

El primer nivel de atención, al interactuar de manera directa con la comunidad, tiene la responsabilidad de atender a toda la población (abarcando aproximadamente el 90% de las consultas médicas). En este nivel, se espera que se aborden la mayoría de las necesidades esenciales y/o más comunes de la población. Los servicios ofrecidos se centran en proporcionar un cuidado integral enfocado en la familia, individuos y la comunidad, con un enfoque especial en la promoción y prevención de la salud. Estas acciones se realizan intra como extramural y funcionan como el punto de entrada al SNS.

El segundo nivel de atención engloba todas las actividades y servicios dedicados a la atención ambulatoria especializada, así como a aquellas que demandan hospitalización. Cumple la función de ser el nivel al que se deriva directamente desde el Primer Nivel de Atención. En esta fase, se introducen enfoques innovadores de atención que van más allá de la tradicional ocupación de camas hospitalarias, como la cirugía de carácter ambulatorio y la operación realizada en el hospital de día (Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio).

El tercer nivel de atención abarca los establecimientos que proveen tanto servicios ambulatorios como hospitalarios de especialidad y subespecialidad. Estos centros hospitalarios tienen un alcance nacional y se dedican a abordar problemas de salud altamente complejos. Cuentan con tecnología de vanguardia, intervenciones quirúrgicas de gran envergadura, realizan trasplantes, ofrecen unidades de cuidados intensivos y presentan subespecialidades debidamente reconocidas por la legislación vigente.

El cuarto nivel de atención se enfoca en llevar a cabo la experimentación clínica, la fase previa al registro o a la realización de procedimientos médicos. Estos procedimientos no cuentan con evidencia lo bastante sólida como para ser implementados a gran escala en la población. Sin embargo, han demostrado resultados positivos en casos aislados o a través de estudios de menor envergadura.

Caracterización la unidad de salud de estudio

En la provincia de Cotopaxi, se encuentra la ciudad de Latacunga, localizada en las cercanías del volcán Cotopaxi, lo que ha representado un riesgo potencial durante siglos en el área urbana. La ciudad se sitúa a una altitud de 2771 metros sobre el nivel del mar. Está conformada por las siguientes parroquias urbanas: Once de Noviembre, Belisario Quevedo, Aláquez, La Matriz, Eloy Alfaro, Juan Montalvo, Ignacio Flores, Mulaló, Poaló y San Buenaventura.

El recién establecido centro de salud San Buenaventura, de tipología “B” es responsable de 35.095 habitantes, de ellos 1414 (512 hombres y 902 mujeres) está localizado en el Barrio La Libertad al norte de la ciudad, fue inaugurado el 4 de agosto de 2014. Este centro ofrece servicios de Emergencias, Atención Médica General y atención especializada en medicina familiar, así como servicios de Odontología, Obstetricia, Psicología, Nutrición, Estimulación Temprana, Ecografía, Radiografía, Vacunación, Estadísticas, farmacia y laboratorio. Su horario de atención es de lunes a viernes, desde las 7:00 horas hasta las 19:00 horas.

Tabla 1. Cartera de servicios y personal del centro de salud San Buenaventura enero-junio 2023

Profesional	Numero
Médico/a familiar	2
Medico/a rural	7
Odontólogo/a	1
Odontólogo/a rural	2
Obstetricia/ Ginecología	2
Enfermera	2
Enfermero/a rural	5
Psicología	1
Nutrición	1
Estimulación temprana	1 (itinerante)
Terapia de lenguaje	1
Imagenología	1 (itinerante)
Estadística	4
Laboratorio	1
Farmacia	2
Terapia ocupacional	1 (itinerante)
Técnicos de atención primaria TAPS	3
Personal administrativo	1
Total	38

Fuente: Recursos humanos del centro de salud San Buenaventura.

Accesibilidad y localización del centro de salud San Buenaventura

En términos de accesibilidad y ubicación, el centro de salud San Buenaventura se encuentra situado en una zona de fácil acceso (urbano marginal norte), específicamente en el Barrio La Libertad, vía a barrio Monjas.

Trasporte

En cuanto al transporte público, existe la opción de utilizar la cooperativa de autobuses CITIBUS, que ofrece unidades con una frecuencia de paso cada 10 minutos, todos los días de la semana, y un tiempo de viaje de 1 hora desde el Sector del Niágara (sur de Latacunga). También está disponible la cooperativa de Buses Aláquez, que opera desde el sector sur de la ciudad hasta el sector Monjas, con un horario de 6:00 a 17:00 y una frecuencia de paso de 30 minutos de lunes a viernes. Para los sectores rurales y urbanos marginales adherentes al centro de salud no hay transporte público directo por lo que en general optan por 2 a 3 unidades para llegar al destino.

Desde una perspectiva de distancia, el Centro de Salud San Buenaventura se ubica a una distancia de 6.8 km de la unidad de referencia inicial, que es el Hospital Provincial General de Latacunga. Esta cercanía agiliza el proceso de acceso y llegada en situaciones que puedan requerir atención médica.

Servicios prestados por el centro de salud San Buenaventura

El enfoque principal de los servicios en el centro de salud San Buenaventura se centra en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de los pacientes. Al ser un centro de salud que pertenece al primer nivel de atención, San Buenaventura dispone de unidades de salud tanto públicas como privadas, trabajando de manera coordinada como una red de servicios médicos.

Red Pública Integral de Salud

La Red Pública Integral de Salud (RIPS) es la organización conjunta de las instituciones gubernamentales para ofrecer servicios de salud de manera continua, coordinada e integral a la población de Ecuador. Su objetivo fundamental es cerrar la brecha en la prestación de servicios de salud, reducir las disparidades en el acceso, mejorar la calidad, oportunidad y amplitud de los servicios médicos. La RIPS incluye la integración y funcionamiento de los diferentes subsistemas públicos de salud, respaldados por la estructura de la Red.

Con el propósito de garantizar una cooperación efectiva en la entrega de atención médica, en la Región 3 de Cotopaxi, se opera en conjunto con dos instituciones: el Hospital General Provincial de Latacunga y el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). En situaciones en las que los pacientes no sean miembros del IESS pero sean referidos desde el hospital provincial, se establecerá un costo por los servicios proporcionados, el cual será transferido por el Ministerio de Salud Pública al IESS, o viceversa, en función del caso. Además de esto, se lleva a cabo una colaboración interinstitucional con el Hospital Básico de la Base Aérea BACO, entidad del ISSFA, y el dispensario del Comando N9 de la Policía Nacional, que es una entidad del ISSPOL.

Servicios de salud tradicional y alternativa

La medicina ancestral tradicional andina es un sistema de atención médica que ha persistido a lo largo del tiempo gracias a los esfuerzos y la defensa realizada por las comunidades indígenas durante siglos. Este enfoque médico también implica diferentes niveles de especialización. En la parroquia de San Buenaventura, ninguno de los ocho Espacios de Atención Integral en Salud (EAIS) dispone de instalaciones para medicina ancestral ni tratamientos alternativos.

Unidades de transporte

En el distrito de Salud 05D01 Latacunga se cuentan con 5 vehículos y 1 ambulancia para brigadas médicas, además de 2 ambulancias pertenecientes al ECU 911. Para el centro de salud San Buenaventura, se asignan las ambulancias de acuerdo con la gravedad del caso, así como la disponibilidad.

Comité de usuarios

Club del adulto mayor: Proporciona un ambiente de encuentro y entretenimiento dirigido a personas mayores, donde puedan reunirse y compartir experiencias con sus pares. Este espacio fomenta una variedad de actividades que contribuyan a su bienestar general, cuyo objetivo primordial es mejorar, recuperar y fortalecer sus capacidades, habilidades y destrezas para promover y mantener niveles óptimos de independencia física, mental, social y vocacional. Además, busca garantizar su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

Entre otras funciones destacan:

- Ofrecer atención médica a través de una Evaluación Física Integral, teniendo en cuenta las enfermedades comunes.

- **Actividades de Promoción:** Atraer a las personas mayores de la zona para formar grupos y llevar a cabo programas educativos en salud, Realizar evaluaciones psicológicas para identificar a aquellos que podrían beneficiarse de grupos de apoyo mutuo entre pares o que necesiten apoyo emocional individual, crear entornos que fomenten la reflexión y la recreación, permitiendo el intercambio de conocimientos y perspectivas a través de la interacción entre diferentes generaciones, estimular la participación de la comunidad en apoyo a los adultos mayores y sus derechos.

Estrategia “Médico del barrio”

Finalmente, el Ministerio de Salud Pública en agosto del 2017 puso en marcha la estrategia conocida como "Médico del Barrio" y su Equipo de Atención Integral en Salud. Esta iniciativa tenía como objetivo fortalecer el enfoque de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, con un énfasis en la identificación de personas en condición de vulnerabilidad y prioritarias. Comprendía principalmente en diversas actividades, incluyendo la identificación, atracción y provisión de servicios de atención médica. Sin embargo, el centro de salud San Buenaventura no se cuenta con información disponible acerca de los resultados específicos relacionadas con la población adulta mayor. Hay que recalcar que la implementación de esta estrategia fue interrumpida en el primer trimestre de 2023 (36).

Sistema de programación de citas

El 171, una línea gratuita proporcionada por el MSP y se encuentra disponible para acceder a diversos servicios ofrecidos por este organismo gubernamental. Estos servicios comprenden la programación de citas médicas, orientación en temas de salud, registro de quejas y consultas relacionadas con calificaciones y atención a personas con discapacidad (37).

Por medio de una llamada gratuita realizada desde teléfonos móviles o fijos, es posible:

Programar citas médicas: Se pueden agendar citas en áreas como Medicina General, Obstetricia, Odontología y Psicología para aquellos usuarios que necesiten atención en los Centros de Salud.

Obtener orientación en promoción de la salud: Se brindan asesorías en temas de salud sexual y reproductiva, prevención de violencia sexual, cuidado materno e infantil, lactancia materna, salud mental, así como prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

Registrar quejas y elogios: Se permite recibir y registrar quejas relacionadas con los servicios de salud proporcionados. Además, es posible expresar elogios por la atención recibida por parte del MSP.

Proporcionar información a personas con discapacidad: Se ofrece información detallada sobre los requisitos para la calificación y recalificación, visitas a domicilio y ayudas técnicas dirigidas a personas con discapacidad (38).

Otros canales de agendamiento se encuentran: WhatsApp: <https://wabot.citas.med.ec/wa>, Página web: <https://www.citas.med.ec/>, Facebook Messenger: <https://m.me/citas.med.ec>, Aplicativo móvil: SaludEc

Aplicación Phuyu salud

La plataforma Phuyu salud simplifica la administración de las citas médicas en las instalaciones de salud que forman parte de la RPIS. Esto otorga a los profesionales de dichas instalaciones la capacidad de planificar y reprogramar citas médicas conforme a la gama de servicios disponibles. Además, la plataforma permite llevar a cabo interconsultas o derivar a instalaciones de salud de mayor especialización cuando la situación lo demande.

Situación de salud del adulto mayor en el Ecuador

Según las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), se observa que en el año 2019 la cantidad de adultos mayores en el país alcanzó la cifra de aproximadamente 1'264.423 personas. De este grupo, se determina que alrededor del 46% corresponde al género masculino, lo que equivale a unos 584.543 hombres. En contraste, el 54% restante, es decir, unas 679.880 personas, son mujeres. De acuerdo con las mismas proyecciones, se prevé que para el año 2020 la población de adultos mayores experimente un incremento, alcanzando un total estimado de 1'310.000 individuos. Esta cifra representa un aumento de 129.000 personas en relación con el año base 2017 denotando un crecimiento del 11% en el transcurso de tres años, desde el 2017 hasta el 2020. Además, en una perspectiva más amplia, este valor significa un crecimiento del 33% en comparación con el año 2010, evidenciando una tendencia constante de aumento en la población de adultos mayores a lo largo de esta década (39).

Nivel de instrucción

Según datos del MIES muestra un mayor porcentaje cuenta con educación secundaria incompleta, alcanzando un 38%. Le sigue de cerca aquellos que tienen educación primaria incompleta y, aún más preocupante, aquellos que no han tenido la oportunidad de acceder a ningún nivel educativo, ambos con porcentajes del 22% y 18% respectivamente. Estos números revelan que la mayoría de esta población adulta mayor ha acumulado un máximo de once años de educación, lo que subraya una problemática evidente. La preponderancia de niveles educativos nulos o sin concluir entre los adultos mayores plantea una situación de vulnerabilidad pronunciada. La carencia de una base educativa sólida limita su capacidad para afrontar los desafíos contemporáneos y acceder a oportunidades que podrían mejorar su calidad de vida. En lo que respecta a niveles educativos más avanzados, como la educación secundaria completa y la educación superior, se observan porcentajes más bajos, siendo estos del 10% y 9% respectivamente.

Nivel de ingreso a lo largo de los años

En relación con el nivel de ingreso obtenido a lo largo de la vida, se observa que los adultos mayores que son jefes de hogar enfrentan uno de los niveles más bajos de ingresos. Por ejemplo, el promedio de ingreso laboral para un adulto mayor es particularmente bajo cuando se encuentra en el rango de edad entre 70 y 73 años, situándose en torno a los USD 279. En contraste, durante la etapa más económicamente activa de su vida, este ingreso se eleva a un promedio de USD 566. Estos datos resaltan de manera clara la vulnerabilidad que afecta a este segmento de la población, ya que se constata una disminución del ingreso promedio a medida que avanza la edad. Esto se relaciona con que experimentan desafíos al intentar generar ingresos económicos, en gran parte debido a su avanzada edad. La percepción de que las personas de mayor edad no se ajustan a las "demandas del mercado laboral" juega un papel crucial.

Pobreza

La medición de la pobreza basada en los ingresos contrasta el ingreso total promedio por persona en una familia con el umbral de pobreza de ingresos, y aquellos individuos cuyo ingreso promedio per-cápita se sitúa por debajo de este umbral se consideran como personas en condición de pobreza. En este contexto, se observa que alrededor del 14,6% de la población de adultos mayores a nivel nacional se encuentra en situación de pobreza. Esta proporción se divide en un 9,6% en las áreas urbanas y un 24,2% en las zonas rurales, siendo Esmeraldas

(67%) y Zamora Chinchipe (48%) las provincias con mayor incidencia de adultos mayores en situación de pobreza, Cotopaxi también es una provincia afectada y se encuentre entre un margen de 22-41%.

Afiliación al seguro social

Del total nacional, un 69,21% forma parte del grupo que no está vinculado a la seguridad social, mientras que el 30,79% restante está afiliado. Esta última fracción se divide en dos subgrupos: aquellos que tienen una fuente de ingresos independiente, conformando el 66,23% en la categoría de afiliados cuentapropistas, y los afiliados que reciben una compensación económica, los cuales representan el 18,83%.

Características de la población general adscrita al centro de salud San Buenaventura

Centro de salud tipo B de San Buenaventura presta los servicios de a alrededor de 35.095 habitantes. Referente a la población general adscrita el 87.6% de ellos se reconocen como mestizos, lo cual equivale a 19,312 individuos. Por otra parte, la etnia indígena constituye el 1.7% de la población, representando a 330 pacientes atendidos, mientras que solamente un 0.01% se identificó como afroecuatorianos según datos del sistema pras filtrados para el año 2022.

La composición económica del sector se destaca principalmente por la presencia de la agricultura, ganadería, avicultura y pesca, que constituyen un 29.2% del total. Además, el comercio al por mayor y al por menor contribuye con un 15.9%, mientras que las industrias manufacturadas representan un 13.7%. Las áreas de administración pública y defensa aportan un 6.8%, el transporte y almacenamiento un 6.2%, y la construcción un 5.9%. Otros sectores incluyen la educación con un 5.7%, las actividades de alojamiento con un 3.4%, las responsabilidades domésticas como empleadores con un 2.9%, las atenciones de salud con un 2.3%, y finalmente, diversas otras actividades totalizan un 7.9%. De esta forma, se reflejan las diversas actividades presentes en este sector.

La mayoría de la población se encuentra matriculada en el nivel de educación primaria, con un 51.9%, seguido por el nivel secundario con un 22.1% y la educación básica con un 9.0%. A medida que la población avanza en los niveles educativos, estas cifras decrecen, indicando que gran parte no ha completado una educación superior. Esto conlleva a limitadas oportunidades laborales y una menor calidad de vida en Ecuador, donde solamente el 8.5% de la población posee un título universitario.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en Latacunga, el 86.4% de la población sabe leer y escribir, mientras que se registra un 13.6% de analfabetismo. Esta tasa de analfabetismo es más alta en comparación con otras provincias. En relación con las etnias presentes en Latacunga, el censo más reciente del INEC indica que la población indígena tiene la mayor tasa de analfabetismo, con un 20.4%. Lamentablemente no se cuenta con datos exclusivos referente a actividad económica, nivel de educación, alfabetismo de los adultos mayores.

Según datos obtenidos del sistema se reconoce que, de enero a junio 2023, han sido atendidos 1414 personas mayores de 65 años (512 hombres y 902 mujeres) por primera o subsecuentemente a esta casa de salud. Dentro de las enfermedades más frecuentemente reportadas se destacan afecciones agudas como dolor en las articulaciones, problemas digestivos funcionales como la dispepsia y el resfriado común, además de enfermedades crónicas como la hipertensión y la gastritis. Las demás se detallan a continuación:

Tabla 2. Causas de morbilidad general de la población de 65 años o más del primer semestre del año 2023 del Centro de salud San Buenaventura discriminado por sexo

No.	Causa de morbilidad Cie 10	Total	Hombre	Mujer
1	M255 dolor en articulación	81	22	59
2	K30x dispepsia funcional	27	7	20
3	J00x rinofaringitis aguda [resfriado común]	20	6	14
4	I10x hipertensión esencial (primaria)	18	8	10
5	N390 infección de vías urinarias, sitio no especificado	17	1	16
6	K297 gastritis, no especificada	16	7	9
7	R51x cefalea	14	3	11
8	B829 parasitosis intestinal, sin otra especificación	13	4	9
9	T784 alergia no especificada	11	4	7
10	H612 cerumen impactado	10	3	7
11	M170 gonartrosis primaria, bilateral	10	3	7
12	M179 gonartrosis, no especificada	10	2	8
13	E669 obesidad, no especificada	9	2	7
14	M544 lumbago con ciática	9	5	4
15	M545 lumbago no especificado	8	5	3
16	E039 hipotiroidismo, no especificado	7	1	6

17	E119 diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación	7	2	5
18	E660 obesidad debida a exceso de calorías	7	2	5
19	E782 hiperlipidemia Mixta	7	2	5
20	H110 pterigi6n	7		7
21	Demás causas de morbilidad	314	101	213
TOTAL		622	190	432

Fuente: Base de Datos de la Plataforma de Registro de Atenci6n PRAS y del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias Año 2023

Marco legal

Constituci6n de la república del Ecuador

Art. 11 numeral 2: Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religi6n, ideologí, afiliaci6n política, pasado judicial, condici6n socio-econ6mica, condici6n migratoria, orientaci6n sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. Cualquier tipo de discriminaci6n será objeto de sanción según la legislaci6n. El gobierno implementará medidas de acci6n positiva destinadas a fomentar la auténtica igualdad en apoyo de las personas con derechos que estén en circunstancias de desigualdad (40).

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realizaci6n se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentaci6n, la educaci6n, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El gobierno asegurará este derecho a través de estrategias que abarquen áreas econ6micas, sociales, culturales, educativas y medioambientales. Esto se traducirá en la disponibilidad constante, oportunidades iguales y una atenci6n que no excluya a programas, medidas y servicios que promuevan la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva. La oferta de servicios de atenci6n médica se basará en principios de igualdad, alcance universal, solidaridad, respeto a diversas culturas, calidad, eficiencia, efectividad, precauci6n y ética médica, incorporando una perspectiva de género y consideraci6n generacional (40).

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atenci6n prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusi6n social y econ6mica, y

protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (40).

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas (...) (40).

Art. 360.- “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con la medicina ancestral y alternativa” (40).

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de: (...) 3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social. (...) (...) 8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. 9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental (40).

Ley orgánica de salud

Principios y disposiciones fundamentales relacionadas con la población adulta mayor

Art3. g) Garantizar para las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez, en todas las etapas del envejecimiento (41).

Art4. b) Igualdad formal y material: Todas las personas adultas mayores son iguales ante la ley y gozarán de su protección y beneficio sin discriminación alguna. Se garantizará el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de satisfacciones necesarias para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción de ninguna naturaleza, respetando los enfoques de género, generacional, intercultural, movilidad humana, territorial y de integralidad de derechos (41).

De los deberes del estado, sociedad y la familia frente a las personas adultas mayores.

Art 9 b) Garantizar el acceso inmediato, permanente, y especializado a los servicios SNS, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable y a la prevención y el tratamiento prioritario de síndromes geriátricos, enfermedades catastróficas y de alta complejidad (41).

c) Garantizar la existencia de servicios especializados dirigidos a la población adulto mayor que brinden atención con calidad y calidez en todas las etapas del envejecimiento (41).

d) Acceso a los diversos programas de alimentación y protección socioeconómica que ejecuta la autoridad nacional de inclusión económica y social (41).

Ley orgánica de las personas adultas mayores

Principios y disposiciones fundamentales

Art3. g) Garantizar para las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez, en todas las etapas del envejecimiento (18).

Art4. b) Igualdad formal y material: Todas las personas adultas mayores son iguales ante la ley y gozarán de su protección y beneficio sin discriminación alguna. Se garantizará el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de satisfacciones necesarias para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción de ninguna naturaleza, respetando los enfoques de género, generacional, intercultural, movilidad humana, territorial y de integralidad de derechos (18).

De los deberes del estado, sociedad y la familia frente a las personas adultas mayores.

Art 9 b) Garantizar el acceso inmediato, permanente, y especializado a los servicios del SNS, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable y a la prevención y el tratamiento prioritario de síndromes geriátricos, enfermedades catastróficas y de alta complejidad (18).

c) Garantizar la existencia de servicios especializados dirigidos a la población adulto mayor que brinden atención con calidad y calidez en todas las etapas del envejecimiento (18).

d) Acceso a los diversos programas de alimentación y protección socioeconómica que ejecuta la autoridad nacional de inclusión económica y social (18).

Del derecho a la accesibilidad

Art. 38.- **Accesibilidad.** Se garantizará a las personas adultas mayores la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, eliminando barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. En toda obra pública y privada de acceso público, urbana o rural, deberán preverse accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para las personas adultas mayores (18).

Art. 42.- **Del derecho a la salud integral.** El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales, en las entidades que integran el SNS, con enfoque de género, generacional e intercultural (18).

Art. 59.- Lineamientos de política pública.

Asegurar a las personas adultas mayores el acceso a los servicios de salud integral, oportuna y de calidad; así como el acceso a la alimentación y nutrición acorde a sus necesidades (18).

.

6. Metodología y diseño de la investigación

6.1. Tipo de estudio

Cuantitativo, descriptivo, transversal.

6.2. Área de estudio

Barrio La Libertad al norte del Cantón Latacunga, exteriores del centro de salud tipo B San Buenaventura perteneciente al distrito 05D01.

6.3. Universo y muestra

Universo: el centro de salud Tipo B San Buenaventura cuenta con 1,063 adultos mayores adscritos según datos obtenidos de la sala situacional de la unidad en cuestión.

Muestra: No probabilística con la selección de 51 adultos mayores que cumplen con los criterios de inclusión.

6.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Adultos mayores adscritos y cuenten con historia clínica del centro de salud san Buenaventura.• Que gocen de autonomía para responder la encuesta.• Hayan sido atendidos más de 1 ocasión.• Hayan sido atendidos por cualquier profesional de la cartera de servicios.	<ul style="list-style-type: none">• Adultos mayores con limitaciones funcionales.• Adultos mayores atendidos por primera vez.• Aquellos que gocen de visitas domiciliarias subsecuentes por esta u otra casa de salud.• Aquellos que mantengan un grado de amistad o familiar con el investigador o con el personal de la unidad.

6.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método: Encuesta.

Técnica: Formulario.

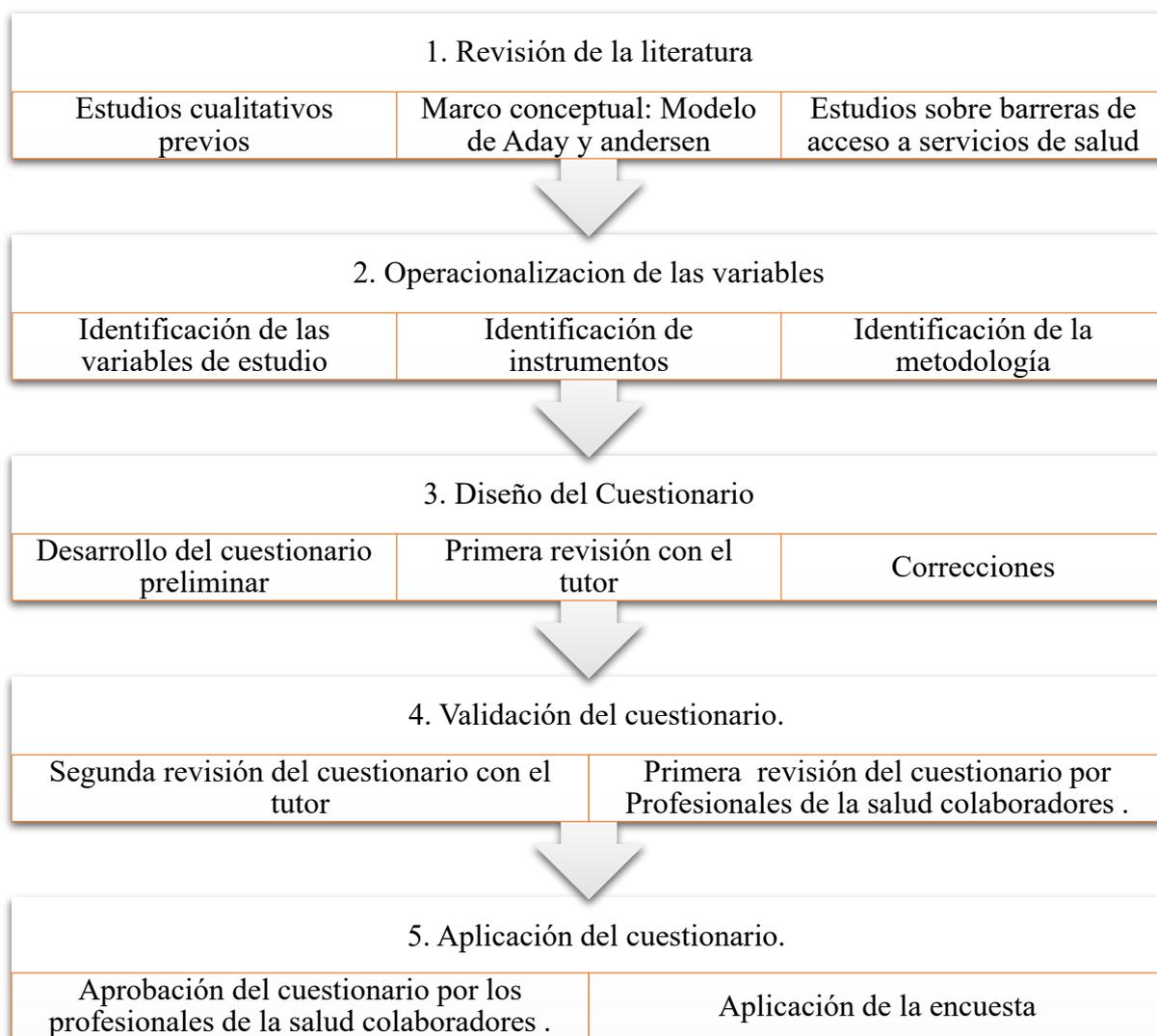
Instrumento: Cuestionario validado por profesionales colaboradores.

Recolección de datos

Se diseñó un cuestionario dirigido a identificar las barreras de acceso a los servicios de salud en el centro de salud San Buenaventura. Su elaboración se llevó a cabo en varias etapas

descritas a continuación (Figura 2).

Figura 2. Diseño y validación de instrumento de recolección de datos.



Elaborado por: autor (2023).

Estructura del cuestionario.

Manteniendo el modelo de acceso de Aday y Andersen se construyó el cuestionario con la finalidad de identificar las principales barreras de acuerdo con las dimensiones relacionadas con las características de la oferta y las relacionadas con las características de la población en estudio a excepción de los recursos estructurales y cartera de servicios ya que estos fueron tomados de los datos disponibles en los archivos digitales del centro de salud (Anexo 1).

Para asegurar la idoneidad del cuestionario, se contó con la participación de dos médicos familiares que trabajan en el primer nivel de atención. Uno de ellos pertenece a la unidad de salud San Buenaventura, mientras que el segundo colaborador desempeña su labor en la dirección de Salud 05D01 Latacunga. Estos colaboradores fueron seleccionados debido a su experiencia y conocimientos en el campo de la atención primaria en salud, lo que garantizó la validez de las preguntas formuladas. Finalmente, se tomaron en consideración todas sus sugerencias y se realizaron las correcciones correspondientes.

Las preguntas del cuestionario final fueron importadas a Google formularios para facilitar la aplicación de este. Estructuralmente se divide en tres secciones. La primera recoge datos sobre las características de la población la segunda sobre utilización de los servicios y la tercera sobre el nivel de satisfacción sobre el servicio de salud recibido.

6.6. Operacionalización de variables

Variables de estudio: barreras de acceso								
Variabl e	Definición operacional	Dimen- sión	Subdimensión	Tipo de variable	Indicador	Valor	Técnica de medición	Instrumento
Barreras de Acceso	Factores del servicio y de la población (modelo de acceso de Aday y Andersen) que limitan el uso de los servicios de salud.	Características de la población	Sexo	Cualitativa nominal	Porcentaje de encuestados en cada categoría de sexo		Encuesta	Cuestionario
			Autoidentidad	Cualitativa nominal	Porcentaje de encuestados de acuerdo con la identidad referida.			
			Edad	Cuantitativa discreta	Porcentaje de encuestados en cada rango de edad	Años cumplidos		
			Estado civil	Cualitativa nominal	Porcentaje de encuestados según su condición civil-legal.			
			Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Porcentaje de encuestados según el grado más elevado de estudios			
			Trabajo u ocupación	Cualitativa nominal	Porcentaje de encuestados según su ocupación referida			
			Condición económica	Cualitativa nominal	Mayor Sustento económico			
				Cualitativa nominal	Nivel de ingreso económico mensual	Mayor al sueldo básico 2023/ Menor al sueldo básico 2023		
			Distancia recorrida entre el domicilio y unidad de salud	Cuantitativa discreta	Tiempo medido en minutos que tarda en trasladarse desde el hogar al centro de salud	Minutos		
			Movilidad	Cualitativa nominal	Medio de transporte que usa habitualmente desde el domicilio hasta el centro de salud			
Estado de salud	Cualitativa ordinal	Autopercepción de estado de salud referida por el encuestado	1 Muy bueno 2 Bueno 3 Regular					

						4 Malo 5 Muy malo		
			Cualitativa nominal	Encuestados que refieren padecer alguna enfermedad y requiera medicación continua	Si No			
			Conocimiento sobre cartera de servicios de la unidad	Cualitativa nominal	Conocimiento sobre la cartera de servicios que brinda en el centro de salud	Si No		
			Días de atención	Cualitativa nominal	Conocimiento sobre los días de atención el centro de salud	Si No		
			Horario de atención	Cualitativa nominal	Conocimiento los horarios de atención en el centro de salud	Si No		
			Horarios de atención	Cualitativa nominal	Conocimiento sobre la cartera de servicios que brinda en el centro de salud	Conveniente Inconveniente No sabe		
	Utilización de los servicios	Servicio solicitado	Cualitativa nominal	Porcentaje del o los servicios de la cartera que son solicitados habitualmente		Encuesta	Cuestionario	
		Obtención de cita	Cualitativa nominal	Porcentaje del método utilizado para la asignación de cita	Semanas			
			Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido desde el agendamiento hasta la cita	Semanas			
			Cuantitativa discreta	Tiempo de espera desde la llegada hasta la atención	Minutos			
		Tiempo de espera	Cuantitativa discreta	Tiempo desde la llegada hasta la atención por el profesional	Minutos			
Medicación		Cualitativa ordinal	Porcentaje encuestados que reciben habitualmente la medicación e insumos prescritos y entregados por el centro de salud	1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. nunca				

		Problemas en acceder al servicio médico	Cualitativa nominal	Porcentaje de encuestados que han tenido problemas para acceder a los servicios de salud	Si No		
		Motivos para no acceder al servicio de salud	Cualitativa nominal	Motivos para no acceder al servicio de salud	Pregunta abierta		
		Servicio difícil de agendar	Cualitativa nominal	Porcentaje de servicio que ha resultado difícil acceder			
		Negación de la atención	Cualitativa nominal	Porcentaje de encuestados que les ha sido negada la atención	Si No	Encuesta	
		Servicio negado	Cualitativa nominal	Porcentaje de servicio negado		Encuesta	
	Satisfacción del usuario	Relación – profesional paciente	Cualitativa ordinal	Porcentaje de la percepción de la relación con el profesional de salud	1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Mala 5 Muy mala	Encuesta	Cuestionario
		Satisfacción	Cualitativa nominal	Porcentaje de autopercepción de satisfacción de la atención recibida	Si No	Encuesta	
		Solución del motivo de atención	Cualitativa ordinal	Porcentaje de autopercepción de solución de las circunstancias que lo llevo a usar los servicios	Total Parcial En absoluto	Encuesta	

Variable de estudio: servicios de salud							
Variable	Definición operacional	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Unidad de medida	Técnica de medición	Instrumento
Servicios de salud	Componentes de la unidad de salud que se ocupan para la prestación de servicios para los adultos mayores	Política de salud	Cualitativa nominal	Conocimiento sobre acceso prioritario a salud	Si No	Encuesta	Cuestionario
		Características del servicio	Cuantitativa discreta	Tiempo que transcurre desde la llegada hasta ser atendido en el servicio de emergencia	Minutos	Encuesta	Cuestionario
		Medicación	Cualitativa nominal	Porcentaje encuestados que reciben habitualmente la medicación e insumos prescritos y entregados por el centro de salud	1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. nunca	Encuesta	Cuestionario

6.7. Plan de tabulación y análisis

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel y posteriormente se migraron los datos a hoja del SPSS en su versión 24. Las variables cuantitativas se expresaron en media y desviación estándar, mientras que las cualitativas en recuentos o frecuencias absolutas y porcentajes o frecuencias relativas, se compararon las variables cualitativas mediante la prueba de Chi-Cuadrado o test de Fisher, tomando como asociación estadística aquella p menor de 0.05. Las variables fueron expuestas en tablas.

6.8. Procedimientos

1. Definición de objetivos y preguntas de investigación:
 - Se establecieron los objetivos específicos de la investigación.
 - Se formularon las preguntas de investigación.
2. Revisión bibliográfica:
 - Realizar una investigación de la literatura científica y estudios previos relacionados con las barreras de acceso a los servicios de salud para adultos mayores.
 - Identificar los enfoques metodológicos utilizados en investigaciones similares.
3. Diseño de la investigación:
 - Determinar el enfoque metodológico (en este caso cuantitativo) más adecuado para el estudio.
 - Seleccionar la población y la muestra de estudio (adultos mayores que acuden a la Unidad San Buenaventura durante el periodo febrero - junio 2023).
4. Instrumentos de recolección de datos:
 - Diseño del instrumento para recopilar información sobre las barreras de acceso, incluyendo preguntas sobre aspectos como disponibilidad, asequibilidad, distancia y calidad de los servicios de salud.
5. Recolección de datos:
 - Se aplicó el instrumento para la recolección de datos a la población seleccionada en la Unidad San Buenaventura a través de un formulario de Google Formularios, el cual fue

enviado a través del correo electrónico de los participantes.

- Se registraron las respuestas y se mantuvo la confidencialidad y la ética en la investigación.

6. Análisis de datos:

- Se codificaron y tabularon los datos recopilados.

7. Interpretación de resultados:

- Análisis y presentación de los resultados de manera coherente con los objetivos de la investigación.
- Se compararon los hallazgos con la literatura existente y discutir las implicaciones para la población estudiada.

8. Conclusiones y recomendaciones:

- Se resumieron las principales conclusiones obtenidas en relación con las barreras de acceso a los servicios de salud para adultos mayores en la Unidad San Buenaventura.
- Se propusieron recomendaciones basadas en los resultados para abordar estas barreras y mejorar la calidad de los servicios de salud.

10. Redacción del Informe Final:

- Se elaboró el informe final de la tesis, que incluyó la introducción, el marco teórico, la metodología, los resultados, las conclusiones y las recomendaciones.

7. Resultados

Se exponen los resultados en base a los objetivos planteados en el presente estudio de investigación.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población adulta mayor.

		Recuento	% del N de la columna
Genero	Femenino	32	62,7%
	Masculino	19	37,3%
Etnia	Mestizo	43	84,3%
	Indígena	7	13,7%
	Blanco	0	,0%
	Afroecuatoriano	0	,0%
	Otros	1	2,0%
Estado civil	Soltero	4	7,8%
	Casado	24	47,1%
	Divorciado/separado	5	9,8%
	Viudo	17	33,3%
	Unión libre	1	2,0%
Nivel de instrucción	Primaria incompleta	22	43,1%
	Primaria completa	10	19,6%
	Secundaria incompleta	9	17,6%
	Secundaria completa	8	15,7%
	Ninguno	1	2,0%
	Superior completa	1	2,0%
Ocupación	Ninguno	14	27,5%
	Agricultura	5	9,8%
	Comercio	5	9,8%
	Quehaceres domestico	16	31,4%
	Ganadería	3	5,9%
	Otros	8	15,7%
Sustento económico	Ninguna	11	21,6%
	Bono del estado	8	15,7%
	Pensión	4	7,8%
	Propia	11	21,6%
	Familiar	17	33,3%
Ingreso mensual	Menor al sueldo básico	43	84,3%
	Mayor al sueldo básico	8	15,7%

Edad: 73,96±6,61 años.
Elaboración propia (2023)

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 51 individuos, de los cuales, un 62,7% (n=32) eran del sexo femenino, el 84,3% (n=43) era de etnia mestiza, y el 47,1% (n=24) se encontraba casado. Además, se observó que la distribución de los sujetos seguía un patrón

descendente en la variable de niveles de educación, ubicándose la mayor proporción de ellos (43,1%; n=22) en la categoría de primaria incompleta, mientras que, la menor proporción se ubicó en la categoría de superior completa (2%; n=1). Así mismo, se encontró que la mayor proporción de pacientes se dedicaba a los quehaceres domésticos (31,4%; n=16), o bien, no tenían ninguna ocupación (27,5%; n=14). En el 33,3% (n=17) de los casos, el sustento económico del individuo dependía de la familia, siendo el ingreso mensual menor al básico en el 84,3% (n=43) de los sujetos.

Tabla 4. Antecedentes personales relacionados con la salud de los adultos mayores.

		Recuento	% del N de la columna
Como define su estado de salud	Bueno	13	25,5%
	Regular	31	60,8%
	Malo	7	13,7%
Enfermedad que amerite medicación frecuente	Si	42	82,4%
	No	9	17,6%
Artrosis	No	14	27,5%
	Si	37	72,5%
Diabetes mellitus 2	No	12	23,5%
	Si	39	76,5%
Hipertensión arterial	No	25	49,0%
	Si	26	51,0%
Hipotiroidismo	No	2	3,9%
	Si	49	96,1%
Gastritis crónica	No	2	3,9%
	Si	49	96,1%
Hiperplasia prostática	No	4	7,8%
	Si	47	92,2%
Artritis	No	1	2,0%
	Si	50	98,0%
Otra	No	8	15,7%
	Si	43	84,3%

Elaboración propia (2023)

El 60,8% (n=31) de los sujetos incluidos en el estudio definen su estado de salud como regular, padeciendo en el 82,4% (n=42) de los casos una enfermedad que amerita de medicación frecuente. Así, la hipertensión arterial (49%; n=25), seguida de la artrosis (27,5%; n=14) y de la diabetes mellitus tipo 2 (23,5%; n=12), fueron las comorbilidades crónicas más frecuentes en la muestra.

Tabla 5. Características relacionadas al acceso a los servicios de salud en los adultos mayores.

		Recuento	% del N de la columna
Tiempo entre domicilio y centro de salud	Menos de 10 min	9	17,6%
	De 10 a 20 min	21	41,2%
	De 20 a 30 min	17	33,3%
	De 30 a 60 min	4	7,8%
Medio de transporte	Bus público	31	60,8%
	Vehículo propio/ familiar	12	23,5%
	A pie	4	7,8%
	Taxi	4	7,8%

Elaboración propia (2023)

Ahora bien, al evaluar las características relacionadas al acceso a los servicios de salud en los adultos mayores, se encontró que el 41,2% (n=21) de los sujetos se tardaban entre 10 a 20 min para trasladarse al centro de salud, mientras que, el 33,3% (n=17) se tardaba de 20 a 30 min. Además, se observó que el bus público fue el medio de transporte que los individuos usaban con mayor frecuencia (60,8%; n=31).

Tabla 6. Recursos y organización del centro de salud.

		Recuento	% del N de la columna
Conoce los servicios de salud que oferta el CS-SBV	Si	22	43,1%
	No	29	56,9%
Conoce los días de atención	Si	44	86,3%
	No	7	13,7%
Conoce los horarios de atención	Si	33	64,7%
	No	18	35,3%
Que le parece los horarios de atención	No sabe	16	31,4%
	Inconvenientes	11	21,6%
	Convenientes	24	47,1%
Conoce usted que las personas mayores de 65 años	Si	41	80,4%
	No	10	19,6%
Qué servicio solicita frecuente	Medicina familiar	18	35,3%
	Medicina general	31	60,8%
	psicología	1	2,0%
	Odontología	1	2,0%
Habitualmente como consigue las citas	Agenda por sistema 171 por llamada o WhatsApp	21	41,2%
	Agenda directa por el profesional	30	58,8%

Elaboración propia (2023)

Con respecto a los recursos y organización del centro de salud San Buenaventura inherentes a la entrega del servicio sanitario para el adulto mayor, se observó que, el 56,9% (n=29) de la muestra desconocía los servicios que ofrecía este centro, sin embargo, el 86,3% (n=44) si conocía los días de atención, el 64,7% (n=33) conocía los horarios de atención, considerando que estos eran convenientes en el 47,1% de los casos (n=24). Además, se observó que el servicio de medicina general (60,8%; n=31) y el de medicina familiar (35,3%; n=18) fueron los más frecuentemente solicitados. El 58,8% (n=30) de los adultos mayores aseguraron que sus citas eran habitualmente agendadas directamente por el profesional.

Tabla 7. Disponibilidad de los servicios de salud.

		Recuento	% del N de la columna
Cuando su cita fue agendada por el sistema 171 ¿cuánto tiempo pasó desde el agendamiento?	2-3 semanas	29	56,9%
	1 mes	12	23,5%
	Más de 1 mes	8	15,7%
	1 semana	2	3,9%
Cuando fue agendado por el profesional cuanto tiempo paso desde que agendo su cita	2-3 semanas	15	29,4%
	1 mes	12	23,5%
	Menos de 1 semana	16	31,4%
	1 semana	8	15,7%
Cuando llego al centro de salud SVB cuanto tiempo espero para que le atendieran	Menos de 10 minutos	5	9,8%
	10-20 minutos	11	21,6%
	20-30 minutos	29	56,9%
	30-40 minutos	6	11,8%
Que le pareció el tiempo de espera	Normal	36	70,6%
	Corto	8	15,7%
	Largo	7	13,7%
En caso de una emergencia usted ha sido atendido en cuanto tiempo	No he sufrido una emergencia	14	27,5%
	Menos de 15 minutos	6	11,8%
	15- 30 minutos	11	21,6%
	30-45 minutos	15	29,4%
	45-60 minutos	5	9,8%
Recibe la medicación o insumos prescritos por el profesional en el mismo centro de salud	Nunca	4	7,8%
	Casi siempre	15	29,4%
	A veces	26	51,0%
	Siempre	6	11,8%
Alguna vez tuvo problema de salud y no pudo acceder a los servicios de salud	Si	18	35,3%
	No	33	64,7%
Si su respuesta anterior fue afirmativa cual es el motivo	Lejanía	1	5,6%
	Transporte	6	33,3%
	No hay turnos	5	27,8%
	No abre el fin de semana	4	22,2%

	Falta de dinero	2	11,1%
Qué tipo de servicio le ha resultado difícil acceder en el centro de salud	Medicina general	19	37,3%
	Medicina familiar	14	27,5%
	Odontología	1	2,0%
	Psicología	1	2,0%
	Ninguno	16	31,4%
Alguna vez le han negado la atención	Si	1	2,0%
	No	50	98,0%
En cual servicio	Odontología	1	100,0%
En las últimas atenciones cómo considera la relación entre el profesional y usted	Excelente	7	13,7%
	Muy buena	25	49,0%
	Buena	19	37,3%
Se encuentra satisfecho	Si	46	90,2%
	No	5	9,8%
El motivo por el que acudió fue resuelto	No fue resuelto en absoluto	2	3,9%
	Parcialmente	23	45,1%
	Totalmente	26	51,0%

Elaboración propia (2023)

En relación con la disponibilidad de los servicios de salud, se observó que, la mayoría de los adultos mayores aseguraba que su cita era agendada entre 2 y 3 semanas de su solicitud, cuando se utilizaba la vía telefónica (56,9%; n=29), mientras que, cuando la solicitaban a través del profesional, la cita era agendada en menos de una semana (31,4%; n=16). Además, se encontró que la mayor parte de los sujetos esperó entre 20 y 30 min para ser atendidos (56,9%; n=29), tiempo que fue percibido como normal en el 70,6% (n=36) de los casos. Los usuarios adultos mayores del centro de salud, afirmaron que, al momento de sufrir una emergencia el tiempo de atención fue de 30-45 min en el 29,4% (n=15) de los casos. Así mismo, el 51% (n=26) refirieron que solo a veces recibían la medicación o insumos prescritos por el profesional en el mismo centro de salud. El 35,3% (n=18) de los sujetos afirmaron que no pudieron acceder a los servicios de salud cuando lo requirieron, debido a problemas de transporte (33,3%; n=6). También se observó que los servicios de medicina general (37,3%; n=19) y de medicina familiar (27,5%; n=14) fueron los más difíciles de acceder. Además, se encontró que solo al 2% (n=1) de la muestra le fue negada la atención, hallazgo que sucedió en el servicio de odontología. La relación médico-paciente fue

percibida como muy buena en el 49% (n=25) de los casos, existiendo una satisfacción general del 90,2% (n=46), siendo el motivo de consulta totalmente resuelto en el 51% (n=26) de los casos.

Tabla 8. Satisfacción del paciente con el acceso a los recursos de salud y características sociodemográficas.

		Satisfacción del paciente				Chi cuadrado (p)	Test de Fisher
		Si		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Género	Femenino	31	67,4%	1	20,0%	4,333 (0,037)	0,058
	Masculino	15	32,6%	4	80,0%		
Etnia	Mestizo	38	82,6%	5	100,0%	1,031 (0,597)	-
	Indígena	7	15,2%	0	,0%		
	Blanco	0	,0%	0	,0%		
	Afroecuatoriano	0	,0%	0	,0%		
	Otros	1	2,2%	0	,0%		
Estado civil	Soltero	3	6,5%	1	20,0%	2,190 (0,701)	-
	Casado	21	45,7%	3	60,0%		
	Divorciado/separado	5	10,9%	0	,0%		
	Viudo	16	34,8%	1	20,0%		
	Unión libre	1	2,2%	0	,0%		
Nivel de instrucción	Primaria incompleta	19	41,3%	3	60,0%	4,109 (0,534)	-
	Primaria completa	10	21,7%	0	,0%		
	Secundaria incompleta	7	15,2%	2	40,0%		
	Secundaria completa	8	17,4%	0	,0%		
	Ninguno	1	2,2%	0	,0%		
Ocupación	Superior completa	1	2,2%	0	,0%	6,950 (0,224)	-
	Ninguno	13	28,3%	1	20,0%		
	Agricultura	4	8,7%	1	20,0%		
	Comercio	5	10,9%	0	,0%		
	Quehaceres domestico	16	34,8%	0	,0%		
	Ganadería	2	4,3%	1	20,0%		
Sustento económico	Otros	6	13,0%	2	40,0%	6,128 (0,190)	-
	Ninguna	11	23,9%	0	,0%		
	Bono del estado	8	17,4%	0	,0%		
	Pensión	4	8,7%	0	,0%		
	Propia	10	21,7%	1	20,0%		
Ingreso mensual	Familiar	13	28,3%	4	80,0%	0,078 (0,780)	0,590
	Menor al sueldo básico	39	84,8%	4	80,0%		
Tiempo entre domicilio y centro de salud	Mayor al sueldo básico	7	15,2%	1	20,0%	2,598 (0,458)	-
	Menos de 10 min	9	19,6%	0	,0%		
	De 10 a 20 min	19	41,3%	2	40,0%		
	De 20 a 30 min	14	30,4%	3	60,0%		
Medio de transporte	De 30 a 60 min	4	8,7%	0	,0%	1,236 (0,744)	-
	Bus público	27	58,7%	4	80,0%		
	Vehículo propio/ familiar	11	23,9%	1	20,0%		
	a pie	4	8,7%	0	,0%		
	Taxi	4	8,7%	0	,0%		

NS: No significativo ($p \geq 0.05$); S: Significativo ($p < 0,05$)

Elaboración propia (2023)

Al evaluar la satisfacción del paciente en relación con las características generales de la muestra, se encontró que el género fue la única variable sociodemográfica que se asoció significativamente con la satisfacción ($X^2= 4,333$; $p=0,037$), observando una mayor proporción de mujeres satisfechas en comparación a un mayor porcentaje de hombres insatisfechos, sin embargo, al evaluar la asociación con la prueba de Fisher, no se encontró una asociación significativa ($p=0,058$).

Tabla 9. Satisfacción del paciente y relación con la organización de los servicios de salud.

		Satisfacción del paciente				Chi cuadrado (p)	Test de Fisher
		Si		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Cuando su cita fue agendada por el sistema 171 cuanto paso desde el agendamiento	2-3 semanas	25	54,3%	4	80,0%	2,109 (0,550)	-
	1 mes	12	26,1%	0	0,0%		
	Más de 1 mes	7	15,2%	1	20,0%		
	1 semana	2	4,3%	0	0,0%		
Cuando fue agendado por el profesional cuanto tiempo paso desde que agendo su cita	2-3 semanas	12	26,1%	3	60,0%	2,891 (0,409)	-
	1 mes	11	23,9%	1	20,0%		
	Menos de 1 semana	15	32,6%	1	20,0%		
	1 semana	8	17,4%	0	,0%		
Cuando llego al centro de salud SVB cuanto tiempo espero para que le atendieran	Menos de 10 minutos	5	10,9%	0	0,0%	2,581 (0,461)	-
	10-20 minutos	11	23,9%	0	0,0%		
	20-30 minutos	25	54,3%	4	80,0%		
	30-40 minutos	5	10,9%	1	20,0%		
Que le pareció el tiempo de espera	Normal	32	69,6%	4	80,0%	1,098 (0,577)	-
	Corto	8	17,4%	0	,0%		
	Largo	6	13,0%	1	20,0%		
En caso de una emergencia usted ha sido atendido en cuanto tiempo	No he sufrido una emergencia	12	26,1%	2	40,0%	1,731 (0,758)	-
	Menos de 15 minutos	6	13,0%	0	,0%		
	15- 30 minutos	10	21,7%	1	20,0%		
	30-45 minutos	13	28,3%	2	40,0%		
	45-60 minutos	5	10,9%	0	,0%		
Recibe la medicación o insumos preescritos por el profesional en el mismo centro de salud	Nunca	4	8,7%	0	,0%	6,954 (0,073)	-
	Casi siempre	11	23,9%	4	80,0%		
	A veces	25	54,3%	1	20,0%		
	Siempre	6	13,0%	0	,0%		
Alguna vez tuvo problema de salud y no pudo acceder a los servicios de salud	Si	14	30,4%	4	80,0%	4,851 (0,028)	0,047
	No	32	69,6%	1	20,0%		
Si su respuesta anterior fue afirmativa cual es el motivo	Lejanía	1	7,1%	0	,0%	3,343 (0,502)	-
	Transporte	5	35,7%	1	25,0%		
	No hay turnos	3	21,4%	2	50,0%		
	No abre el fin de semana	4	28,6%	0	,0%		
	Falta de dinero	1	7,1%	1	25,0%		

Qué tipo de servicio le ha resultado difícil acceder en el CS	Medicina general	16	34,8%	3	60,0%	11,930 (0,018)	-
	Medicina familiar	13	28,3%	1	20,0%		
	Odontología	0	,0%	1	20,0%		
	Psicología	1	2,2%	0	,0%		
	Ninguno	16	34,8%	0	,0%		
Alguna vez le han negado la atención	Si	0	,0%	1	20,0%	9,384 (0,002)	0,098
	No	46	100,0%	4	80,0%		
En Cual servicio	Odontología	0	,0%	1	100,0%	-	-
En las Últimas atenciones Como considera la relación entre el profesional y usted	Excelente	7	15,2%	0	,0%	0,908 (0,635)	-
	Muy buena	22	47,8%	3	60,0%		
	Buena	17	37,0%	2	40,0%		
El motivo por el que acudió fue resuelto	No fue resuelto en absoluto	1	2,2%	1	20,0%	7,978 (0,019)	-
	Parcialmente	19	41,3%	4	80,0%		
	Totalmente	26	56,5%	0	,0%		

NS: No significativo ($p \geq 0,05$); S: Significativo ($p < 0,05$)

Elaboración propia (2023)

Al evaluar la satisfacción del paciente según las barreras de acceso al servicio de salud, se encontró que la satisfacción se asoció significativamente con acceso al servicio (Fisher=0,047), acceso difícil a algún servicio ($X^2= 11,930$; $p=0,018$) y con motivo de consulta resuelto ($X^2= 7,978$; $p=0,019$). De esta forma, se observó una mayor proporción de individuos insatisfechos que no lograron acceder al servicio de salud, al igual que se encontró un mayor porcentaje de pacientes insatisfechos entre los que opinaban que el servicio de medicina general y medicina familiar eran los más difíciles para agendar cita. Así mismo, se halló que aquellos adultos mayores cuyo motivo de consulta no fue resuelto, o bien, fue resuelto parcialmente, eran los que mostraban mayor insatisfacción con el servicio.

8. Discusión

La prestación y la utilización de los servicios sanitarios deben ajustarse a los principios de equidad, oportunidad y pertinencia. En este sentido, el acceso a la salud es la capacidad variable de la población para utilizar o ser atendida por los servicios sanitarios, enmarcada en consideraciones geográficas, económicas, organizativas y de disponibilidad. Este acceso es particularmente importante en las poblaciones prioritarias o frágiles con lo son los individuos de la tercera edad. Debido a esto, el propósito de la presente investigación fue identificar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude al Centro de salud San Buenaventura del Cantón Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023.

La muestra del presente estudio estaba conformada principalmente por adultos mayores del sexo femenino, de la etnia mestiza, por los casados, los que tenían primaria incompleta, y por los que se dedicaban a los quehaceres domésticos. Un tercio de los sujetos eran sustentados económicamente por los familiares, teniendo un ingreso mensual inferior al sueldo básico en la gran mayoría de los casos. Por su parte, en el estudio descriptivo y transversal de González-Vásquez (25), se encontró que la muestra estaba conformada predominantemente por sujetos masculinos, casados, mestizos, desempleados, con nivel de educación primaria, residenciados en zonas urbanas, y con poco apoyo social. De manera similar, en el estudio de Fernández (30), se reportó que la mayoría de los adultos mayores incluidos eran del sexo femenino, tenían un nivel de instrucción hasta primaria, eran casados, se dedicaban a un actividad independiente, por lo que se autofinanciaban sus gastos. Hallazgos similares fueron reportados por Kurpas y cols. (42) y por Ramos-Alania (29).

La mayoría de los sujetos incluidos en la presente investigación percibían que su estado de salud era regular, requiriendo en una gran proporción de los casos, alguna medicación frecuente para tratar la enfermedad. Además, se encontró que la hipertensión arterial, la artrosis y la diabetes mellitus tipo 2, fueron los antecedentes patológicos más frecuentes en la muestra. En concordancia con estos hallazgos, Fernández (30) reporta que en el centro donde condujo su estudio, la osteoartrosis, lumbalgia, hipertensión arterial y la diabetes mellitus eran las principales comorbilidades crónicas referidas por los adultos mayores, sin embargo, algunos de los usuarios del centro afirmaban percibir su estado de salud como sano, no requiriendo medicamentos de uso

frecuente, o bien, solo suplementándose con medicina naturales. Al respecto, se ha descrito que los factores ambientales tienen un impacto sustancial en el estado de salud-enfermedad percibido por los adultos mayores, por lo que las discrepancias encontradas entre los hallazgos previamente reportados, podrían deberse a las circunstancias socioeconómicas, laborales, familiares y culturales de los participantes en cada estudio (43).

La mayoría de los adultos mayores de este estudio se tardaban entre 10 y 30 min en llegar al centro de salud más cercano, siendo el bus el medio de transporte público que mayormente usaban para trasladarse. De manera similar, los usuarios del centro asistencial en el que Fernández (30) ejecutó su investigación, se beneficiaban rápidamente de los servicios de salud, ya que estos residían en lugares cercanos a la unidad, trasladándose en un periodo de 5 a 10 min. En contraposición a esto, González-Vásquez (25) expone de manera indirecta que una proporción importante de sujetos en su muestra, no tenían acceso rápido al centro asistencial, lo que representó una importante limitante para el acceso al servicio de salud.

En el presente estudio también se encontró que la mayoría de los adultos mayores usuarios del centro de salud San Buenaventura, conocían los días y horarios de atención, siendo considerados como convenientes en una importante proporción de la muestra, hallazgo que fue similar a lo reportado por González-Vásquez (25), en cuyo estudio los adultos mayores aseguraban que los horarios de atención eran adecuados. No obstante, la mayor parte de los sujetos desconocían cuales eran todos los servicios que ofrecía este centro sanitario de la presente investigación, lo cual coincide con lo reportado por González-Vásquez (25), en donde se reportó que casi la mitad de los participantes desconocían los servicios del centro, pero difiere de lo reportado por Fernández (30), quien afirma que la mayoría de los adultos mayores de su estudio, conocían todos los servicios ofertados en la institución. Además, se observó que los servicios más utilizados fueron los de medicina general y familiar, y que las citas eran habitualmente agendadas por el profesional en una proporción predominante de la muestra.

En cuanto a las barreras de acceso a los servicios sanitarios hallados en el presente estudio, la mayoría de los adultos mayores aseguró que su cita fue programa en menos de tres semanas, siendo el tiempo de espera de atención de 20-30 min, lo cual fue considerado como normal. Además, la mayor proporción de los sujetos opinó que las emergencias tardaron entre 30 y 45 minutos en ser atendidas. Dos tercios de la muestra tuvo acceso al centro de salud, mientras que al tercio restante

se le dificultó debido a problemas con el transporte. Las citas al servicio de medicina general y familiar fueron las más difícil de lograr, lo que probablemente se deba al hecho de que estas consultas son las más solicitadas por los usuarios. Estos resultados van en la misma línea de González-Vásquez (25), en donde se documentó que el tiempo de espera era adecuado, y que unos de los limitantes para el acceso al servicio de salud era el transporte. No obstante, dichos hallazgos se confrontan con los de Fernández (30), quién documentó que los participantes de su investigación consideraban que la atención del personal médico era rápida y oportuna, no necesitando de traslado en algunos casos ya que la visita podía ser domiciliaria.

Con respecto a lo anterior, en la investigación conducida por García Subirats, en donde se evaluaron las barreras para el acceso a la salud de dos municipios de Colombia y Brasil, se encontró que existían relevantes factores que dificultaban la atención sanitaria en ambas muestras, con discrepancias importantes entre los países y dentro de ellos, aun cuando se contrastaban las características sociodemográficas y las necesidades sanitarias. Al igual que en las regiones estudiadas en Brasil, el acceso inicial a la asistencia sanitaria y la resolución de problemas fueron los aspectos más difíciles de lograr a la hora de prestar asistencia en salud en los centros colombianos. También hay diferencias en la forma en que se utilizan estos servicios, siendo las limitaciones geográficas y económicas, así como la exigencia de autorización por parte de las aseguradoras, las de mayor impacto en Colombia, mientras que la falta de centros de salud, médicos y productos farmacéuticos, lo que se traduce en tiempos de espera más prolongados, fueron los factores más limitantes en Brasil. En Colombia, existen variaciones en la atención de salud en función de la afiliación y el plan de seguro, mientras que en Brasil hay variaciones regionales. La participación de las compañías de seguros en el sistema colombiano, así como la persistente infrafinanciación del sistema público en Brasil, parecen ser factores coadyuvantes que limitan el acceso a la salud (32). Lo anterior, contrasta con lo reportado en esta investigación, reflejando que las barreras de accesibilidad a los servicios sanitarios varían en función de las características demográficas, geográficas y socioeconómicas de cada región.

Así, en la presente investigación se encontró que la atención estuvo garantizada en el 98% de los casos, que la relación médico-paciente fue satisfactoria, y que el motivo de consulta había sido resuelto en su totalidad, por lo que la mayoría de los adultos mayores se mostraron satisfechos con el servicio de salud prestado por el centro San Buenaventura. De manera similar, Mohamed y cols.,

(26), condujeron un estudio transversal que incluyó a 370 pacientes que asistían a diferentes centros de salud de Arabia Saudita, reportando que el nivel de satisfacción alcanzó el 82%, siendo el buen trato, el respeto, los buenos servicios y la calidad del personal, algunos de los factores que más influyeron en el grado de satisfacción de los usuarios. En esta misma línea de hallazgos, los usuarios del centro sanitario objeto de estudio de Fernández (30) valoraban como buena la atención recibida en el 56% de los casos, cifra que si bien representaba la mayoría, ya se alejaba a lo reportado en el presente estudio y por otros autores. En este sentido, Fernández (30) puntualizaba que entre los factores más significativos para calificar la atención como buena, por parte de los usuarios, se encontraba el buen trato durante la atención médica, la explicación de los hallazgos en sus exámenes paraclínicos, la resolución de su motivo de consulta y la percepción de que sus familiares habían sido atendidos adecuadamente.

En contraste, González-Vásquez (25), informa que la satisfacción y la atención no fue percibida como buena por parte de los usuarios. Así mismo, Kurpas y cols. (42) reportaron que, si bien los servicios de salud eran generalmente accesibles y fáciles de conseguir en los centros asistenciales analizados en su estudio, estos no estaban completamente disponibles para su uso. En este sentido, los autores documentaron que la baja disponibilidad del servicio era debido a las frecuentes salidas de empleados, a la mano de obra insuficiente y a la escasez de trabajadores adecuadamente calificados. Además, se encontraron problemas relacionados con largos períodos de espera para recibir tratamiento especializado y servicios de rehabilitación, existiendo una grave falta de profesionales de atención social, de cuidadores y de camas para cuidados hospitalarios de larga duración. Las barreras a la atención y las disparidades en el sistema se vieron exacerbadas por el alto costo de las terapias. Según los encuestados, los sectores de atención sanitaria y servicios sociales no están bien integrados debido a intereses contrapuestos y corrientes de financiación separadas. Los autores observaron que los pacientes con necesidades complejas recibían una mala atención del sistema médico de urgencia, y los más necesitados experimentaban retrasos en recibir tratamiento debido a la burocracia. De ahí que, la percepción o satisfacción en relación al acceso a los servicios de salud de los usuarios de estos centros asistenciales sea considerada como deplorable (42).

Ahora bien, en el presente estudio, la falta de satisfacción por parte del paciente se asoció con el no acceso al servicio de salud, con la dificultad para agendar citas en los servicios de medicina

general y medicina familiar, también se vinculó con la no resolución o resolución parcial del motivo de consulta. Por su parte, Fernández (30) documentó que entre los motivos para calificar el servicio prestado como regular o malo, figuraban los retrasos en la atención, la imposibilidad de localizar la especialidad requerida, la falta de buen trato, el sentimiento de rechazo, el desacuerdo con el horario del servicio, la falta de apoyo financiero y, en algunos casos, la falta de acceso al transporte público. En contraste, Mohamed y cols., (26), documentaron que solo el nivel de educación se asoció significativamente con la satisfacción del paciente, observando que aquellos que tenían nivel secundario o superior alcanzado, eran los que mostraban mayor insatisfacción, sin embargo, la tendencia general en todos los niveles de instrucción era la de tener buena satisfacción con los servicios de salud. Así mismo, González-Vásquez (25), reportó que la mayoría de los adultos mayores presentan barreras de acceso al momento de acceder en salud la cual se asociaba con distintas variables sociodemográficas y de facilitación de servicios.

Finalmente, si bien se logró identificar el nivel de satisfacción de los adultos mayores que asistían al centro de salud San Buenaventura, identificando las barreras de acceso más limitantes, los resultados previamente presentados y discutidos deben ser interpretados considerando algunas limitantes de la investigación. En este sentido, el bajo número de participantes, los cuales fueron seleccionados intencionalmente, sumado al hecho de que el estudio fue conducido en un único centro asistencial, no permite la generalización de los resultados en la localidad. Así mismo, el diseño de la investigación no permite el establecimiento de relaciones de causalidad entre las variables.

9. Conclusiones

- La muestra del presente estudio se caracterizó por estar conformada mayoritariamente por mujeres, con autoidentidad mestiza y casados, la principal fuente de ingresos era su familia. En segundo lugar, había adultos mayores que se dedicaban a actividades como la agricultura, el comercio y la ganadería, lo que les proporciona un sustento económico. A pesar de ello la mayoría de los individuos no contaba con ingresos superiores al sueldo básico. Aun así, estos aspectos pueden considerarse como factores medianamente protectores desde una perspectiva financiera, ya que forman parte de la población económicamente activa del sector. Pero, al mismo tiempo, podrían tener un impacto negativo en su estado de salud, lo que podría resultar en visitas regulares al médico.
- Más de la mitad de los encuestados no superó la primaria, en realidad, muchos de ellos no culminaron esta etapa, y una mínima parte completó los estudios superiores. Esta situación podría plantear preocupaciones y condicionar la comprensión de los servicios y prestaciones del Centro de Salud San Buenaventura porque generan barreras de “predisposición” de tipo informativas, ya que según lo revelado en la encuesta más del 50% de ellos manifiestan no estar familiarizados con los servicios de salud que se ofertan.
- La autopercepción “regular” de salud en más de la mitad de los encuestados sumado al uso no frecuente de medicamentos y el número elevado de enfermedades crónicas no transmisibles son factores que deberían mejorar el acercamiento de los recursos y servicios de salud de la unidad de San Buenaventura para la población adulta mayor.
- Los adultos mayores participantes en el estudio sí cuentan con algunos conocimientos sobre la organización del Centro de Salud San Buenaventura, como los días y horas de funcionamiento. Sin embargo, más de la mitad de ellos no están al tanto de los servicios ofrecidos siendo una importante barrera organizativa identificada. La mayoría de los encuestados consideró que los horarios de atención eran adecuados. Además, se observó que los servicios de medicina general y familiar eran los más solicitados por los usuarios,

y en la mayoría de los casos, las citas médicas eran programadas de manera habitual por los profesionales de la salud.

- La entrega de medicamentos y suministros después de la atención médica no se lleva a cabo completamente pudiendo representar una limitante en el acceso en más de la mitad de los encuestados. Esta situación podría condicionar su bienestar, especialmente para quienes padecen patologías crónicas, dependen del sistema de salud público para obtener medicamentos y carecen de ingresos suficientes para su compra externa, lo que representa una barrera de acceso a los medicamentos significativa.
- En lo que respecta a la disponibilidad de servicios de atención médica. No se observó una gran diferencia entre aquellos que reservaban sus citas a través del médico y aquellos que utilizaban el sistema 171. El tiempo de espera no pareció ser un obstáculo significativo para acceder a la atención médica, la mayoría de los encuestados consideraba que este período de espera era razonable y lo percibía como una parte normal del proceso.
- La insatisfacción estuvo presente entre aquellos que enfrentaron dificultades al intentar acceder a servicios de atención médica, especialmente en las áreas de medicina general y medicina familiar debido a problemas en la programación de citas. También se observó cierto grado de insatisfacción entre aquellos cuyas razones de consulta no fueron completamente resueltas o solo lo fueron parcialmente. Es importante destacar que, los servicios de medicina general y medicina familiar son los más solicitados y a pesar de disponer de un sistema de agendamiento, algunos médicos colaboran con una programación personalizada con la intención de evitar que los pacientes se queden sin una cita de seguimiento.
- En el Centro de Salud San Buenaventura, hemos brindado una atención médica que se caracteriza por el respeto integral de los derechos de los pacientes, particularmente considerando la prioridad que merecen aquellos en la etapa de envejecimiento. Los adultos mayores, por su parte, han experimentado una relación médico-paciente sumamente

satisfactoria, respaldando que sus razones de consulta han sido abordadas de manera exhaustiva. Es crucial resaltar que la cuestión de la disponibilidad y entrega de medicamentos plantea inquietudes que requieren ser debatidas entre los líderes del ámbito de la salud. Este caso ejemplifica con claridad que enfocarse exclusivamente en otras prioridades no conduce al mejoramiento de la salud de la población adulta mayor.

10. Recomendaciones

- Frente a las condiciones que caracterizan a la población adulta mayor participante se recomienda promover y fortalecer la colaboración integral del personal de la unidad San Buenaventura para brindar y asegurar la atención intramural como extramural. Esta colaboración puede contribuir a realizar una evaluación integral de las condiciones de vida de los adultos mayores. Trabajar en conjunto permitiría proporcionar atención directa a las personas mayores, mejorando sus capacidades en la medida de lo posible. Esto podría lograrse a través de intervenciones multidisciplinarias que incluyan además servicios de rehabilitación, laboratorio clínico, terapia ocupacional y apoyo psicológico.
- Mejorar la relación con los adultos mayores mediante una comunicación periódica y efectiva para la eliminación de las barreras de tipo informativa. Esto debería involucrar a todo el personal de la unidad de salud y utilizar materiales visuales, como afiches y rótulos, distribuidos en toda la instalación y disponibles de manera permanente. Con el fin de facilitar la comprensión de los pacientes respecto a la cartera de servicios, recursos disponibles, horarios y días de atención. Además, se espera que todo el personal esté preparado para resolver las dudas y preocupaciones de los usuarios, especialmente de los adultos mayores.
- Fortalecer la participación activa de la población adulta mayor, proporcionándoles oportunidades para empoderarse y acercarse mejor a los servicios de salud. Esto implica involucrarlos en la toma de decisiones junto con los líderes de la unidad y motivarlos a desempeñar un papel fundamental en la formación del comité local de salud. Es esencial que los adultos mayores puedan compartir sus experiencias para desarrollar estrategias centradas en la prevención y promoción de la salud, basadas en su sabiduría acumulada. Asimismo, deben colaborar con el personal de salud para crear entornos amigables y enriquecedores para las personas mayores. Esto podría traducirse en la generación de contenido informativo sobre la unidad de salud que pueda llegar a los hogares y otras instalaciones de atención médica.

- Mejorar las habilidades y competencias del personal de salud, especialmente de aquellos que brindan atención directa con su actualización y formación constante, gestión adecuada de medicamentos e insumos, socialización en los cambios organizacionales etc. que permitan un adecuado acercamiento con los servicios de salud que presta la unidad y evitando inconformidades que pongan en riesgo la satisfacción y solución de necesidades.
- Se sugiere una mejora en la gestión de medicamentos e insumos en el primer nivel de salud. Es importante reconocer que esta problemática se origina en niveles superiores del sistema de salud. Por lo tanto, se recomienda promover políticas que refuercen la dispensación de medicamentos en función de las necesidades específicas de cada unidad y dirección de salud, adaptándose a las características de su población local. Hasta que se implementen estas políticas, la priorización en la entrega de medicamentos e insumos, controlando cuidadosamente las cantidades necesarias y asegurando la prescripción de dosis adecuadas de medicamentos efectivo, contribuiría significativamente a reducir las disparidades en el acceso a estos recursos médicos esenciales.
- Se sugiere la elaboración de un estudio longitudinal y multicéntrico con una mayor cantidad de participantes, con el objetivo de ampliar y profundizar nuestro entendimiento acerca de las barreras de acceso a los servicios de salud. Además, este estudio podría evaluar el grado de satisfacción con los servicios proporcionados a lo largo del tiempo, con la intención de que sus hallazgos puedan aplicarse a una escala más amplia y beneficiar a un mayor número de personas.

11. Bibliografía

1. ONU. World Population Ageing 2019: Highlights. 2019.
2. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. 2021 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Shur NF, Creedon L, Skirrow S, Atherton PJ, MacDonald IA, Lund J, et al. Age-related changes in muscle architecture and metabolism in humans: The likely contribution of physical inactivity to age-related functional decline. *Ageing Res Rev.* julio de 2021;68:101344.
4. van Gaans D, Dent E. Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. *Public Health Rev.* 16 de julio de 2018;39(1):20.
5. Dicker D, Nguyen G, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 10 de noviembre de 2018;392(10159):1684-735.
6. Pruchno R, Heid AR, Genderson MW. Resilience and Successful Aging: Aligning Complementary Constructs Using a Life Course Approach. *Psychol Inq.* 3 de abril de 2015;26(2):200-7.
7. Sisa I, Vega R. Knowledge Gaps in Health Care Research in Older Adults in Ecuador: Policy Challenges and Opportunities. *Ageing Int.* 1 de junio de 2022;47(2):337-47.
8. Waters WF, Gallegos CA. Aging, health, and identity in Ecuador's indigenous communities. *J Cross-Cult Gerontol.* diciembre de 2014;29(4):371-87.
9. Din NC, Ghazali SE, Ibrahim N, Ahmad M, Said Z, Ghazali AR, et al. Health Needs Assessment of Older People in an Agricultural Plantation. *Int J Gerontol.* 1 de septiembre de 2014;8(3):120-6.
10. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 11 de marzo de 2013;12(1):18.
11. Meade MA, Mahmoudi E, Lee SY. The intersection of disability and healthcare disparities: a conceptual framework. *Disabil Rehabil.* 2015;37(7):632-41.
12. Travers JL, Hirschman KB, Naylor MD. Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. *BMC Geriatr.* 14 de febrero de 2020;20(1):58.

13. Arza C. Basic Old-Age Protection in Latin America: Noncontributory Pensions, Coverage Expansion Strategies, and Aging Patterns across Countries. *Popul Dev Rev.* 2019;45(S1):23-45.
14. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Committee on Health Care Utilization and Adults with Disabilities. Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500102/>
15. Vecchio N, Davies D, Rohde N. The effect of inadequate access to healthcare services on emergency room visits. A comparison between physical and mental health conditions. *PloS One.* 2018;13(8):e0202559.
16. Brusnahan A, Carrasco-Tenezaca M, Bates BR, Roche R, Grijalva MJ. Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. *Int J Equity Health.* 22 de abril de 2022;21(1):55.
17. International Labour Organization. More than 140 million denied access to health care in Latin America and the Caribbean [Internet]. 1999 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_007961/lang--en/index.htm
18. Presidencia de la república del ecuador. Ley orgánica de las personas adultas mayores [Internet]. 2019 [citado 25 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf
19. World Bank [Internet]. 2011 [citado 23 de agosto de 2023]. América Latina: ¿Está preparada para el envejecimiento de su población? Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2011/03/28/latin-america-ready-for-an-aging-revolution>
20. PAHO. Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2023 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57355>
21. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Pública.* 15 de agosto de 2020;44:1.
22. Quiñonez busto js. Influencia de la calidad de vida en el estado de salud mental del adulto mayor en el cantón esmeraldas [Internet] [Tesis de grado]. [Esmeraldas-Ecuador]: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador; 2018 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1579/1/QUI%C3%91ONEZ%20BUSTO%20JENNY%20SOLANGE.pdf>
23. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Pública.* junio de 2005;17:394-409.

24. OPS. Salud en las Américas. 2022 [citado 23 de agosto de 2023]. Perfil de país - Ecuador. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-ecuador>
25. Vásquez LYG. Factores asociados con el acceso a la atención en salud de personas mayores de 60 años. Manizales 2022 [tesis de posgrado]. [Manizales]: Universidad de Caldas; 2022.
26. Mohamed EY, Sami W, Alotaibi A, Alfarag A, Almutairi A, Alanzi F. Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers' Services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia. *Int J Health Sci.* 2015;9(2):163-70.
27. González Gisela Paula. El acceso a los bienes y servicios de salud de los adultos mayores desde una perspectiva multidimensional [Tesis de grado]. [Bahia Blanca- Argentina]: Universidad Nacional del Sur; 2022.
28. Pio Cajaleon M. Satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe del personal de salud en el servicio de medicina del hospital Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2015 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Perú]: Universidad de Huánuco; 2016 [citado 8 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/214>
29. Ramos-Alania A. Uso de servicios de salud por los adultos mayores en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. *Gac Científica.* 2020;6(1):54-62.
30. Fernandez KMM. Factores que afectan el acceso a los servicios de atención de salud de los adultos mayores: el caso del asentamiento humano José Olaya en el distrito de Independencia, Lima. Una mirada a partir de la implementación de la política de salud para los ciudadanos de la tercera edad [tesis de posgrado]. [Peru]: Pontificia Universidad Católica Del Perú; 2021.
31. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro FJ, Bendezu-Quispe G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2020;36:620-8.
32. García Subirats I. Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil. Un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universitat Pompeu Fabra; 2015 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=140598>
33. RAE. «Diccionario esencial de la lengua española». 2020 [citado 23 de agosto de 2023]. acceso | Diccionario de la lengua española (2001). Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/acceso>
34. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208-20.
35. OPS. Sistemas y Servicios de Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>

36. Ministerio de salud pública. Ecuador. Estrategia de abordaje Médico del Barrio – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/medico-del-barrio-2/>
37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía del usuario [Internet]. [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/guia_usuario_agendamiento_web-1.pdf
38. MSP Ecuador. Comunicado: Habilitada línea gratuita 171 para agendamiento de citas médicas y otros servicios – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/comunicado-habilitada-linea-gratuita-171-para-agendamiento-de-citas-medicas-y-otros-servicios/>
39. Inclusión.Gob.Ec. Informe adulto mayor. 2020.
40. Republica del Ecuador. Constitucion del Ecuador [Internet]. 2008 [citado 2 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf
41. Gobierno del Ecuador. Ley orgánica de salud. 2015;22.
42. Kurpas D, Gwyther H, Szwamel K, Shaw RL, D’Avanzo B, Holland CA, et al. Patient-centred access to health care: a framework analysis of the care interface for frail older adults. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):273.
43. Liu T, Liu H, You S. Analysis of the Impact of Environmental Perception on the Health Status of Middle-Aged and Older Adults: A Study Based on CFPS 2020 Data. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):2422.

12. Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga.

Estamos realizando un estudio con el objetivo de conocer la opinión de la población mayor de 65 años sobre el acceso a los servicios de salud del C.S San Buenaventura.

La información que usted nos proporcione es importante, porque nos permitirá sugerir cambios que mejoren la atención en esta casa de salud. Toda la información brindada será manejada con discreción y confidencialidad haciendo uso exclusivo de su opinión para el estudio mencionado.

Agradecemos su colaboración.

1. Características de la población

1.1. SEXO

1 Masculino

2 Femenino

1.2. Cómo se autoidentifica

1 mestizo

4 montubio

2 indígena

5 otro

3 Blanco

1.3 Edad en años cumplidos

1.4. Estado civil

1 soltero

2 Casado

3 unión libre

4 viudo

5 divorciado/Separado

1.5. ¿Cuál es su nivel de estudios?

1 Ninguno

5 Secundaria completa

2 Primaria incompleta

6 Superior completa

3 Primaria completa

7 Superior incompleta

4 Secundaria incompleta

8 Otro

1.6. ¿En qué se ocupa actualmente?

1 Quehaceres domésticos

5 Agricultura

2 Cuidado de niños

6 Otros

3 Ganadería

7 Ninguno

4 Comercio

1.7. ¿Cuál es su mayor sustento económico?

1 Familiar

2 Bono del Estado

3 Pensión

4 Propia

1.8. ¿Su ingreso económico mensual es?

1 Mayor al sueldo básico

2 Menor al sueldo básico

1.9. ¿Cuál es el tiempo transcurrido desde su domicilio hasta la unidad de salud CS SBV?

1 Menos de 10 min

2 De 10-20 min

3 De 20-30 min

4 De 30 – 60 min

5 Mayor a 60 minutos

1.10. ¿Qué medio de transporte utiliza frecuentemente para su movilización desde su hogar hasta la unidad de salud?

1 A pie

4 Bus público

2 Bicicleta

5 Taxi

3 Vehículo propio/ familiar

6 Otro

1.11. ¿Cómo define su estado de salud?

1 Muy bueno

2 Bueno

3 Regular

4 Malo

5 Muy malo

1.12. ¿Sufre de alguna enfermedad que requiera medicación frecuentemente?

1 SI

2 NO

1.13. Contestar solo Sí su respuesta anterior es afirmativa

1 Diabetes mellitus

2 Hipertensión Arterial

3 Hipotiroidismo

4 Artritis

5 Artrosis

6 Gastritis crónica

7 hiperplasia prostática

8 Trastornos Depresivos

9 incontinencia Urinaria

10 Otra

1.14. ¿Conoce los servicios de salud que oferta en C.S. SBV?

1 SI

2 NO

1.15. ¿Conoce los días de atención del CS SBV?

1 SI

2 NO

1.16. ¿Conoce los horarios de atención del CS SBV?

1 SI

2 NO

1.17. ¿Qué le parece los horarios de atención?

1 CONVENIENTES

2 INCONVENIENTES

3 NO SABE

1.18. ¿Conoce UD que las personas mayores de 65 años son personas que gozan de derechos como la atención priorizada y participación los centros de salud sistema público?

1 SI

2 NO

Utilización de los servicios de salud

2.1. ¿Qué servicio solicita frecuentemente?

Medicina General	Enfermería
Medicina familiar	Nutrición
Ginecología /Obstetricia	Psicología
Odontología	Otro

2.2. ¿Habitualmente cómo consigue las citas con los profesionales de salud?

1 Agenda directa por el profesional

2 Agenda por sistema 171 por llamada o WhatsApp

3 Otro

2.3. Cuando su cita fue agendada por el sistema 171 ¿Cuánto tiempo paso desde el este agendamiento hasta el día de la atención?.

1. Menos de 1 semana

2. 1 semana

3. 2- 3 semanas

4. 1 mes

5. Mas de 1 mes

Ninguna

2.4. Cuando fue agendado por el profesional ¿Cuánto tiempo paso desde que agendó su cita hasta ser atendido?

Marca solo un óvalo.

1. Menos de 1 semana

2. 1 semana

3. 2-3 semanas

4. 1 mes

5. Mas de 1 mes

Ninguna.

2.5. Cuando llegó al centro de salud SBV ¿Cuánto tiempo esperó para que le atendieran?

1. Menos de 10 minutos

4. 30-40 minutos

2. 10-20 minutos

5. 40- 50 minutos

3. 20-30 minutos

6. Mas de 60 minutos

2.6. ¿Qué le pareció el tiempo de espera?

1. Corto

2. Normal

3. Largo

4. No sabe

2.7. En caso de una emergencia, Ud. ha sido atendido/a en:?

1. Menos de 15 minutos

5. Más de 60 minutos

2. 15-30 minutos

6. No sabe

3. 30-45 minutos

7. No he sufrido una emergencia

4. 45-60 minutos

2.8. ¿Recibe la medicación o insumos prescritos por el profesional en el mismo centro de salud?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. A veces

4. nunca

2.9. ¿Alguna vez tuvo un problema de salud y no pudo acceder a los servicios de SBV? *

Marca solo un óvalo.

1. SI

2. NO

2.9.1. ¿SÍ su respuesta anterior fue afirmativa Cuál fue el motivo por la que no pudo acceder a los servicios del CS SBV?

2.10. ¿Qué tipo de servicio le ha resultado difícil acceder en el CS SBV? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

1 Medicina General

6 Nutrición

2 Medicina familiar

7 Psicología

3 Obstetricia

8 Otro

4 Odontología

9 Ninguno

5 Enfermería

2.11. ¿Alguna vez le han negado la atención en el S.C.SBV?

1. SI

2. NO

2.12. Sí su respuesta anterior es afirmativa ¿Qué tipo de atención le negaron?

1 Medicina General

6 Nutrición

2 Medicina familiar

7 Psicología

3 Obstetricia

8 Otro

4 Odontología

5 Enfermería

Satisfacción del usuario

3.1. En las últimas atenciones ¿Como considera UD la relación entre el profesional - paciente durante la atención recibida en el C.S. SBV?

- | | |
|-------------|------------|
| 1 Excelente | 4 Mala |
| 2 Muy buena | 5 Muy mala |
| 3 Buena | 6 No sabe |

3.2. Se encuentra satisfecho/a por la atención recibida en las asistencias recientes al C.S SBV?

1. SI
2. NO

3.3. ¿El motivo por el que acudió fue resuelto?

1. Totalmente
2. Parcialmente
3. No fue resuelto en absoluto

Anexo 2. Solicitud para evaluación de cuestionario

2/06/2023

Asunto: Solicitud de Aprobación de Cuestionario por Expertos

Estimado/a

Dra. Esp. Ana Abigail Lopez Guerrero,

Yo Santiago Patricio Ruiz Pérez con C.I 050307219-1 me dirijo a usted en calidad de investigador, con el propósito de solicitar su valiosa colaboración para la revisión y aprobación de un cuestionario del estudio que lleva por título **"Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023"**

El objetivo es identificar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude al centro de salud San Buenaventura del Cantón Latacunga. Su experiencia y conocimientos en el primer nivel de atención en salud es esencial para garantizar la validez y fiabilidad de las preguntas formuladas.

Detalles del Cuestionario:

Número de Preguntas: 34

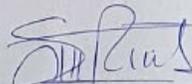
Duración Estimada para Completar el cuestionario: 5-8 minutos

Procedimiento Propuesto: Le proporcionaré una copia electrónica del cuestionario en formato PDF y en físico.

Le agradeceríamos que revisara el cuestionario y proporcionara sus comentarios y sugerencias detalladas sobre cualquier aspecto que considere relevante, incluyendo la claridad de las preguntas, la relevancia de los ítems y cualquier otra observación que desee compartir.

Agradezco su tiempo y contribución a este proyecto. Esperamos contar con su valiosa aprobación y sugerencias.

Atentamente,



Santiago Patricio Ruiz Pérez

0503072191

Maestrante en Salud Pública

santhyruizsp@gmail.com 0983480487

Recibido
2/ Junio/ 2023
ESP. MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA
Ana López Guerrero
C.I. 0503145088

2/06/2023

Asunto: Solicitud de Aprobación de Cuestionario por Expertos

Estimado/a

Dra. Esp. Jenny Fernanda Villarroel Vargas,

Yo Santiago Patricio Ruiz Pérez con C.I 050307219-1 me dirijo a usted en calidad de investigador, con el propósito de solicitar su valiosa colaboración para la revisión y aprobación de un cuestionario del estudio que lleva por título "Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura – Latacunga durante el periodo febrero - junio 2023"

El objetivo es identificar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude al centro de salud San Buenaventura del Cantón Latacunga. Su experiencia y conocimientos en el primer nivel de atención en salud es esencial para garantizar la validez y fiabilidad de las preguntas formuladas.

Detalles del Cuestionario:

Número de Preguntas: 34

Duración Estimada para Completar el cuestionario: 5-8 minutos

Procedimiento Propuesto: Le proporcionaré una copia electrónica del cuestionario en formato PDF y en físico.

Le agradeceríamos que revisara el cuestionario y proporcionara sus comentarios y sugerencias detalladas sobre cualquier aspecto que considere relevante, incluyendo la claridad de las preguntas, la relevancia de los ítems y cualquier otra observación que desee compartir.

Agradezco su tiempo y contribución a este proyecto. Esperamos contar con su valiosa aprobación y sugerencias.

Atentamente,

Santiago Patricio Ruiz Pérez

0503072191

Maestrante en Salud Pública

santhyruizsp@gmail.com 0983480487

Md. Jenny Villarroel
Medicina Familiar y Comunitaria
MSP 2862186
INH: 05-08-00225

Recibido
2/6/23
10:57

Anexo 3. Oficio aprobación de Cuestionario

9/06/2023

Dra. Jenny Villarroel

Médico Familiar

Distrito de salud 05D01- Latacunga

*Asunto: **Aprobación Cuestionario***

Estimado Santiago Patricio Ruiz Pérez

*Me complace informarle que luego de las correcciones y recomendaciones acatadas su cuestionario del proyecto titulado "**Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura**" ha sido revisado y aprobado, ya que cumple con relevancia el propósito previsto, y se considera que las preguntas son apropiadas y claras.*

Detalles del Cuestionario: Aprobado

Número de Preguntas: 34

Duración Estimada para Completar: 7 minutos

Atentamente,



Dra. Jenny Fernanda Villarroel Vargas

Médico Familiar perteneciente al Distrito 05D01- Latacunga

Centro de Salud tipo B San Buenaventura

9/06/2023

Dra. Ana Abigail Lopez Guerrero,

Médico Familiar

Distrito de salud 05D01- Latacunga

*Asunto: **Aprobación Cuestionario***

Estimado Santiago Patricio Ruiz Pérez

*Me complace informarle que luego de las correcciones y recomendaciones acatadas su cuestionario del proyecto titulado "**Barreras de acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor que acude a la unidad San Buenaventura**" ha sido revisado y aprobado, ya que cumple con relevancia el propósito previsto, y se considera que las preguntas son apropiadas y claras.*

Detalles del Cuestionario: Aprobado

Número de Preguntas: 34

Duración Estimada para Completar: 7 minutos

Atentamente,



Dra. Ana Abigail Lopez Guerrero,

Médico Familiar perteneciente al Distrito 05D01- Latacunga

**ESP. MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA
Ana López Guerrero
C.I. 0503145088**