

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Acceso a un programa de condiciones crónicas en un hospital del sector público

Access to a program of chronic conditions in a public sector hospital

Diana Camargo-Rojas MSc^{1,2} • Letty Quintero-Rincón³ • Cindy Palacio-del-Río³ • Gina Díaz-Murcia³

Recibido: 15/03/2013 / Aceptado: 11/10/2013

¹ Grupo Ciencias de la Rehabilitación, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

² Facultad de Cultura Física, Deporte y Recreación. Universidad Santo Tomás. Bogotá.

³ Fisioterapia. Universidad del Rosario. Bogotá.

Correspondencia: Diana Alexandra Camargo Rojas. Universidad Santo Tomás Carrera 9 No. 51-11. Bogotá, Colombia. Teléfono: 5878797; extensión: 1320. Celular: 3166226239. Correo electrónico: dacamargor@gmail.com.

| Resumen |

Antecedentes. Los esfuerzos del Gobierno para cumplir con estrategias planteadas por la política pública para el envejecimiento y la vejez en Bogotá, Colombia, la cual tiene como propósito fundamental “promocionar un envejecimiento activo y transformar condiciones de dependencia de las personas mayores para una vejez con dignidad en el Distrito Capital”, ha presentado dificultades en el acceso de programas.

Objetivo. Identificar las condiciones de acceso que tienen los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles a los programas de promoción y prevención, de un Hospital de la red pública en Bogotá.

Materiales y métodos. Estudio mixto, descriptivo de corte transversal. Población: adultos mayores con condiciones crónicas registradas en el sistema de Información de un hospital de la red pública. Muestra: se contó con un universo de 3356 personas mayores con condiciones crónicas y una población de 155 para una muestra representativa, con un intervalo de confianza de 95% y error admisible de 0,05.

Resultados. Se evidenciaron dificultades en el proceso de seguimiento de los usuarios, la articulación entre servicios y el establecimiento de protocolos en la institución; igualmente se presentaron problemas en la contratación del personal por flexibilidad laboral; y, por último, se identificaron dificultades geográficas y económicas en la población.

Conclusión. El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la alta demanda de los servicios de salud generan un reto para los sistemas de salud, los cuales han comenzado a reorientar los servicios hacia acciones promocionales y preventivas.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Enfermedad Crónica, Asistencia Médica, Salud Pública, Promoción de la Salud, Prevención Terciaria (DeCS).

.....
Camargo-Rojas D, Quintero-Rincón L, Palacio-del.Río C, Díaz-Murcia G. Acceso a un programa de condiciones crónicas en un hospital del sector público. Rev. Fac. Med. 2013;61:405-413.

Summary

Background. Government efforts to comply with proposed strategies for public policy for aging and old age in Bogotá, Colombia, which has as its primary purpose “to promote active aging and transforming conditions of dependency of older people to an old age with dignity in Capital District”, has presented difficulties in access programs.

Objective. To identify the conditions of access that older adults with chronic non-communicable diseases to health promotion and prevention programs, in a public network Hospital in Bogota.

Materials and methods. A mixed study, cross-sectional descriptive. Population: seniors with chronic conditions recorded in the information system of a public network hospital. Sample: it had a universe of 3356 older people with chronic conditions and a population of 155 to a representative sample, with a confidence interval of 95% and error of 0.05.

Results. We showed difficulties in the process of tracking users, the link between services and the establishment of protocols in the institution, also it were found problems in recruiting staff for flexible working, and geographic and economic difficulties in the population.

Conclusion. The rise of chronic non-communicable diseases and the high demand for health services generate a challenge for health systems, and they have reoriented services towards promotional and preventive actions.

Key words: Health Services Accessibility, Chronic Disease, Medical Assistance, Public Health, Health Promotion, Tertiary Prevention (MeSH).

.....
Camargo-Rojas D, Quintero-Rincón L, Palacio-del.Río C, Díaz-Murcia G. Access to a program of chronic conditions in a public sector hospital. Rev. Fac. Med. 2013;61:405-413.

Introducción

Para abordar el tema de condiciones crónicas en el adulto mayor, es importante saber que el envejecimiento es el proceso biológico, psicológico, social y mental, que inicia desde el nacimiento, pasa por la niñez, la juventud, se incrementa en la adultez y vejez, y termina en el momento de la muerte. Igualmente, es un proceso en el que intervienen múltiples factores (ambiente, estilos de vida, falta de continuidad en los tratamientos, entre otros), que influyen en la calidad de vida de las personas y requieren un abordaje integral y transectorial. No obstante, en la actualidad se evidencia a nivel mundial el ingreso de adultos mayores a los servicios de salud debido a la presencia de enfermedades crónicas, situación que preocupa a los diferentes profesionales de la salud, por el aumento de los índices de prevalencia en la sociedad actual, enfrentando el desarrollo continuo de enfermedades, que en un gran porcentaje son causantes de muertes y de discapacidades mundiales.

En este sentido, cerca del 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y, aproximadamente, 60% de las muertes anuales son causadas por las mismas obteniendo la siguiente distribución: enfermedades cardiovasculares 48%, cáncer 21%, enfermedades respiratorias crónicas 12% y diabetes 3%. Estas cifras ponen de relieve la importancia de desarrollar programas que reduzcan de manera significativa el sufrimiento, la discapacidad y la mortalidad prematura causadas por esas enfermedades (1).

Por otra parte, en Colombia se encontró que la hipertensión arterial (HTA) tiene una prevalencia de entre el 10% y el 73% en la población; además, es la primera causa de enfermedad coronaria, falla cardíaca y evento cerebrovascular, así como la segunda causa de falla renal (2). La diabetes, la cual “es la décima causa de mortalidad, tiene una tasa de 2,3 por cada 100.000 habitantes”, para enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se encontró a nivel nacional que “9 de cada 100 personas mayores de 60 años tenían EPOC, siendo un porcentaje de 8,9% lo cual se considera

como un alto porcentaje” (2), debido a que la mayoría de adultos mayores fueron fumadores pasivos o estuvieron expuestos a humo de leña (3).

El aumento progresivo de las enfermedades crónicas no transmisibles ha llevado a diferentes entidades gubernamentales a nivel mundial a diseñar programas encaminados a fortalecer y proteger la dignidad humana, como principio constitucional y como derecho fundamental autónomo (1,3), que busca la mejoría de la calidad de vida, referida a la satisfacción de las necesidades de las personas en sus diferentes momentos del ciclo vital y de la sociedad en general para que tengan un envejecimiento activo. Esto implica, según la OMS, que “se optimicen las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (4).

La presente investigación tuvo la finalidad de identificar las condiciones de acceso de las personas mayores al programa de prevención y control de las condiciones crónicas de un hospital del sector público de Bogotá, con el fin de reconocer las barreras y facilitadores que presentan la población y el programa para lograr el acceso efectivo a los servicios de salud, y el impacto no solo sobre su salud y calidad de vida, sino también en los aspectos: social, económico y personal.

Antecedentes

Es importante mencionar que en relación con programas y políticas desarrollados a nivel nacional e internacional, dirigidos a las condiciones crónicas, se encuentran lineamientos basados en modelos promocionales y preventivos, con clara participación de los usuarios, que tratan de trascender las intervenciones asistenciales; si bien este tipo de intervenciones son necesarias y deben seguir siendo parte del modelo, no deben ser las únicas.

Por esta razón, el Ministerio de la Protección Social (MPS) plantea la propuesta de “Mejores Prácticas en Gestión de la Calidad Basadas en la Evidencia, Gestión de Enfermedades Crónicas”, la cual desarrolla una guía enfocada en cómo diseñar programas de gestión de enfermedades crónicas, donde se hace una revisión de los principales enfoques a nivel internacional y se muestran algunas herramientas para implementar programas y estrategias de gestión de enfermedades crónicas (5).

Así mismo, en Bogotá los lineamientos de condiciones crónicas, dados por la Secretaría Distrital de Salud, siguen las recomendaciones del MPS y plantean que “la mayoría de las condiciones crónicas tienen como condición de exposición el sedentarismo, los patrones de consumo alimentarios

inadecuados, el consumo de tabaco y excesivo de alcohol, los cuales al estar agrupadas e interrelacionadas y ser comunes a varias enfermedades, permiten la posibilidad de ser intervenidas con estrategias de promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad. No desconociendo que lo anterior, es producto de cómo se satisfacen las necesidades humanas de: Alimentación recreación, transporte, trabajo, afecto, interacción con el ambiente, educación, vivienda y comunicación. Con esta concepción, se supera la visión de las condiciones crónicas como fenómenos naturales asociados al envejecimiento y se amplía el campo de acción para la prevención y control de las mismas (6).

A nivel mundial se ha generado una serie de modelos de atención en salud para enfermedades crónicas, que van más allá de la mirada asistencial frente al manejo de las condiciones crónicas e incluyen acciones que, desde la carta de Ottawa de 1986, se plantean frente a la promoción de la salud. Uno de los modelos denominado PLIPEC (Plan para la Prevención de las Enfermedades Crónicas) está compuesto por un marco conceptual y contextual, los antecedentes y el marco estratégico. Para orientar las acciones, se seleccionó el Enfoque Multinivel para la Salud Comunitaria (Multilevel Approach to Community Health-MATCH), el cual es útil para orientar programas de promoción de la salud cuando se parte de un objetivo predeterminado de prevención de las enfermedades crónicas (7).

Por otro lado, el modelo de atención a crónicos expandido amplía la aplicación del ámbito comunitario y fortalece las actividades de prevención y promoción de la salud (8). El modelo AICC (Atención innovadora de las condiciones crónicas), adaptado por la OMS, añade políticas de salud, enfatiza en el uso de los recursos y servicios de salud disponibles en un contexto geográfico y poblacional concreto. Estos elementos se desarrollan con el fin de que la visita clínica sea proactiva para generar pacientes informados junto a todo el equipo interdisciplinario trabajando por ello (9).

No obstante, a pesar de presentar modelos que pueden intervenir las condiciones crónicas de acuerdo a las necesidades de la población, se continúan presentando barreras en el acceso. Así, descubrir estas barreras es fundamental, ya que la falta de atención de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (tabaquismo, malnutrición y sedentarismo) no solo empeoran la salud de las personas que las tienen, aumentando la probabilidad de muerte, sino que también “incrementan los costos de la atención en un 40 a 50 % en veinte años, aproximadamente” (6).

Materiales y métodos

Es un estudio mixto, descriptivo de corte transversal que indaga acerca de las condiciones que influyen en el acceso de las personas mayores a los programas de prevención, control y seguimiento de las condiciones crónicas, reconociendo los determinantes estructurales y particulares que influyen en los estilos de vida y percepciones de los sujetos, haciendo uso de instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos.

Población objeto

Personas mayores de 60 años, con condiciones crónicas registradas en el Sistema de Información de un hospital de la Red pública, en el año 2011-2012.

Muestra

Para la realización de diagnóstico inicial, se realizó el análisis de la base de datos del programa, la cual cuenta con una población de 3356 personas mayores con condiciones crónicas. A partir de esta información se hizo el seguimiento telefónico a 155 pacientes, quienes fueron seleccionados a través de un muestreo simple aleatorizado por número aleatorios, teniendo en cuenta en el cálculo de la muestra, un intervalo de confianza del 95% y un error admisible de 0,05. Para la realización de los grupos focales se seleccionaron informantes clave, definidos como los pacientes que asistían a los talleres de condiciones crónicas, realizados semanalmente.

Descripción de actividades

La información se obtuvo por medio de un diagnóstico de necesidades, el cual se dividió en tres fases. En la primera se investigó acerca de los antecedentes y estudios sobre los limitantes que influyen en la asistencia a los programas de condiciones crónicas; esta fase se realizó por medio de recolección de información en las distintas bases de datos.

En la segunda fase se realizó el análisis de la base de datos del programa, la cual contenía la información de cada paciente y de los seguimientos realizados cada tres meses. Posteriormente, se buscaron las causas de la inasistencia de los pacientes con condiciones crónicas a los programas que oferta el hospital, por medio de la realización de grupos focales y encuestas que indagaban sobre la atención médica, medicamentos y el desarrollo del taller de crónicos. Así mismo se realizó un proceso de observación documentado mediante diarios de campo.

La última fase se centró en la jerarquización de las barreras de acceso, para el planteamiento de posibles soluciones y, de esta manera, promover la asistencia de los adultos mayores a los programas de condiciones crónicas del hospital.

Análisis de la información

Para el proceso de sistematización de los datos obtenidos de las encuestas telefónicas, se utilizó el programa estadístico SPSS, para el análisis univariado, con el propósito de hacer una aproximación descriptiva de las variables y calcular medidas de tendencia central.

Para la información recolectada en los grupos focales se realizó la categorización de los datos, describiendo el comportamiento de las categorías deductivas y la aparición de categorías emergentes (10,11). La información derivada del proceso de observación en los territorios fue sistematizada a partir de los registros y diarios de campo. Dadas las características de esta investigación se utilizó el proceso de triangulación hermenéutica, “entendido como la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente del objeto de estudio, que surge en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación” (12).

Resultados

En el proceso de revisión y análisis de la base de datos del hospital, se encontró que no todo el personal médico realizaba la transcripción de los resultados de los laboratorios clínicos de forma cuantitativa; generalmente registraban si estaban alterados o simplemente no colocaban los resultados. Esto afecta la posibilidad de establecer el nivel de riesgo cardiovascular y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Igualmente, se encontró que algunos médicos no tenían conocimiento acerca del taller de condiciones crónicas y, por lo tanto, no canalizaban al adulto mayor; esta información fue suministrada por el 75,4% de los pacientes consultados telefónicamente. Probablemente esto influyó en la asistencia de los pacientes, ya que, según la base de datos, de 3356 usuarios diagnosticados con una condición crónica no trasmisible, solo el 0,25% asiste al taller, el cual proporciona información sobre la enfermedad, así como un abordaje interdisciplinar, para crear conciencia de autocuidado con respecto a su estado de salud.

Al revisar el seguimiento que se realizó a los pacientes a través de llamadas telefónicas en el año 2011, se observaron

cuatro aspectos de la encuesta utilizada: las personas encuestadas y no encuestadas, asistencia al control médico, prescripción de medicamentos y asistencia al taller de crónicos. Los datos corresponden a la cantidad de usuarios registrados mensualmente en la base de datos. De estos aspectos se obtuvieron los siguientes resultados:

Personas encuestadas y no encuestadas (Figura 1). Durante los meses de enero y febrero, 291 pacientes registrados (76%) no recibieron la encuesta telefónica de seguimiento al programa, la cual permite reconocer algunos elementos de la adherencia del paciente al programa de condiciones crónicas. Este porcentaje aumentó en los meses de marzo a mayo, en donde no se aplicó la encuesta al 85% de los usuarios. Por su parte, en los meses de agosto y septiembre, disminuyó el porcentaje a un 66% (290) y en los meses de octubre y noviembre a 45% (410) de la población. Lo anterior obedece a la vigencia del plan de intervenciones colectivas, la cual inició a mediados del 2011, lo que permite los procesos de contratación en el hospital; sin embargo, se mantiene un porcentaje de la población que no ha recibido el seguimiento telefónico.

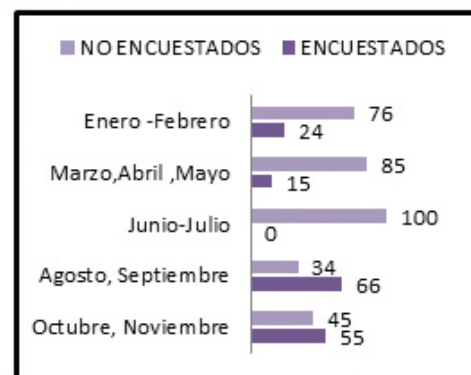


Figura 1. Relación de encuestados vs no encuestados, año 2011.

Asistencia al control médico (Figura 2). En los meses de enero y febrero el 81% de la población programó sus citas de control, mientras que el porcentaje restante no las pidió porque se les olvidó programarla. En los meses de marzo a mayo toda la población programó cita de control de medicina general, mientras que en agosto a septiembre se evidenció una disminución, pues solo el 57% de la población las programó. Esta disminución se da por la falta de seguimiento por parte del hospital, debido al cambio de vigencia. Por último, en los meses de octubre y noviembre, nuevamente aumentó el porcentaje, al observar que el 85% de la población programó sus citas de control médico.

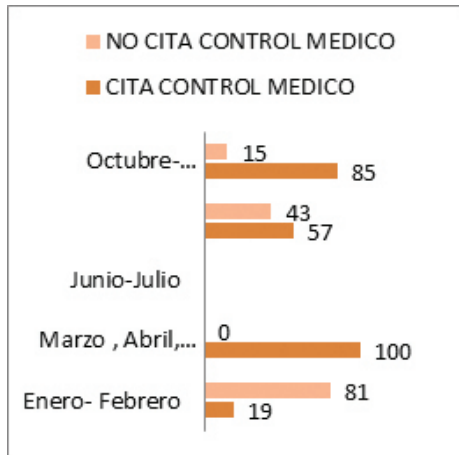


Figura 2. Relación de solicitud de consultas de control médico.

Ante esta situación, se evidencia la falta de compromiso del paciente frente al control médico de rutina, probablemente generado por las diferentes condiciones que presenta el adulto mayor dentro de su proceso de envejecimiento, lo cual debe ser considerado por las instituciones prestadoras de servicios de salud, quienes deben reconocer las características y condiciones de la población a la que dirige sus servicios.

Prescripción de medicamentos (Figura 3). Este es uno de los ítems, que presenta un mejor comportamiento durante el período estudiado. En los meses de enero a septiembre el 99% de la población comenta que se toma sus medicamentos correspondientes a su enfermedad y en los meses restantes lo hace toda la población.

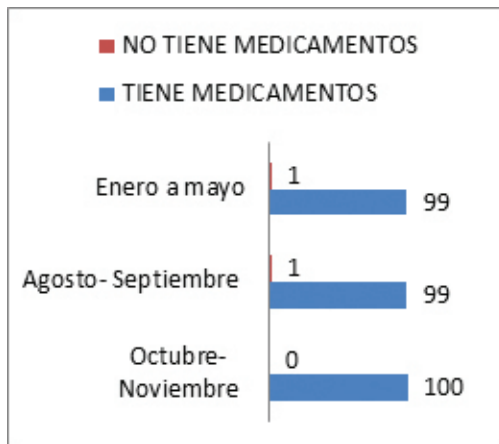


Figura 3. Relación de pacientes que reportan la toma de medicamentos.

Estos hallazgos sugieren que una de las estrategias utilizadas en los programas de condiciones crónicas, como la toma de medicamentos de manera regular, es la que mayor adherencia tiene en los pacientes. Sin embargo, las demás estrategias que aseguran el control de la enfermedad, la prevención de complicaciones y la promoción de la salud, presentan poca

adherencia, disminuyendo la posibilidad de favorecer la salud de los sujetos de una manera integral.

Asistencia a taller de crónicos (Figura 4). Uno de los aspectos que presentó mayor dificultad fue la asistencia al taller de condiciones crónicas, taller que ofrece a la población información y herramientas necesarias para el manejo de su enfermedad. Así se observó que en los meses de enero y febrero asistió al taller solo el 0,25% de la población y el porcentaje restante comentó que no asiste por el horario. Del mes de marzo a septiembre, de las personas contactadas telefónicamente ninguna asistió al taller.

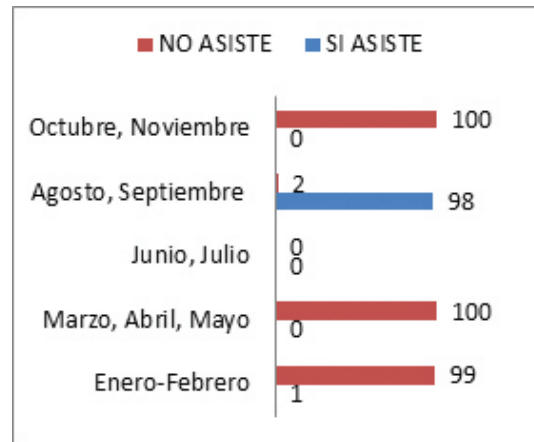


Figura 4. Asistencia al taller de crónicos.

Además de lo anterior, se encuentra en la base de datos inconsistencias en la toma de datos y en la aplicación de la encuesta telefónica para el seguimiento del programa de crónicos que oferta el hospital, información incompleta de los usuarios, incoherente y diferente de un mes a otro; no todos los meses se consideran los mismos ítems, lo que hace que unos estén más completos que otros, dando resultados de análisis erróneos y poco confiables, así como inconsistencia en las respuestas de la encuesta, lo que hace que al momento del análisis de la información esta sea poco confiable y errónea. En relación con el seguimiento mes a mes, no se determinan las razones por las cuales las personas no continúan en el programa, lo cual se considera necesario para definir posibles intervenciones o soluciones a problemas detectados.

Por otra parte, a partir de la observación realizada por equipo investigador al taller de condiciones crónicas durante el año 2012, así como la revisión de los documentos existentes del programa, se encontraron los siguientes hallazgos:

Se identificó rotación permanente del personal que dirigía el taller, generando en la población poca adherencia. Los profesionales rotan constantemente por diferentes programas, con una duración de dos meses por programa; otro elemento a tener en cuenta es que no realizan el empalme necesario para dar continuidad al taller.

El taller contaba con siete módulos, de los cuales, la totalidad del personal no tenía conocimiento, lo que afectaba su implementación. Adicionalmente, los módulos no presentaban fundamentación teórica y no se orientaban a las necesidades de la población.

No había una articulación entre los diferentes grupos que formaban parte del programa de condiciones crónicas, por lo cual el hospital contaba con bases de datos diferentes. En el taller de condiciones crónicas, se debía realizar, además de la toma de tensión arterial, el registro de la misma y la firma de asistencia al taller, para luego dar inicio a la charla, la cual disponía de muy poco tiempo.

Percepciones de los pacientes que asisten al taller de condiciones crónicas

Al aplicar la encuesta de adherencia al programa de prevención y control de condiciones crónicas a los asistentes al taller de crónicos, para observar si las preguntas establecidas en la encuesta de seguimiento eran coherentes y entendibles, se encontró que el 95% de las personas que llenaron la encuesta solicitaron ayuda para responder las preguntas contenidas en el mismo, a pesar de que se había leído y explicado antes del diligenciamiento de la misma. La pregunta que más dificultades les causó a los participantes de la encuesta fue la pregunta 8, la cual se refiere al seguimiento de las indicaciones médicas para la toma del medicamento, lo cual es preocupante, ya que es la estrategia que demostró una mayor adherencia de acuerdo a la encuesta telefónica.

Por otro lado, a partir de la realización de los grupos focales, se encontraron como aspectos relevantes que pueden afectar el acceso al taller, las siguientes percepciones de los sujetos:

- Las rutas que transportaban a los usuarios de los diferentes barrios en los que habitaban generalmente llegaban después de la hora establecida para recogerlos y llevarlos a la Unidad Primaria de Atención (UPA) donde se realizaban las conferencias, por lo tanto se daba inicio al taller después de los 15 o 30 minutos de la hora prevista.
- Los usuarios manifestaban que no tenían conocimiento acerca de la posibilidad que tenían los adultos mayores con condiciones crónicas no transmisibles, que vivían en las localidades de influencia del hospital y que no estuvieran afiliados al régimen subsidiado, de asistir al taller por ser parte de una estrategia de salud pública.
- Se estableció como una desventaja del taller el constante y repentino cambio del personal que dirigía y acompañaba el taller, debido a que les costaba adaptarse al cambio y generalmente los referentes repetían los temas abordados por el anterior profesional.

- Los usuarios sugerían que el taller debía ser más dinámico y abarcar mayores temas relacionados con su ciclo vital, sus enfermedades y su proceso de envejecimiento.

- Por último, identificaron como una barrera la poca información que recibían, así como el poco seguimiento.

Es importante señalar que además de las percepciones dadas por los sujetos, algunos usuarios reportaron pocas redes de apoyo, así como situaciones de abandono y maltrato, que no eran consideradas por la institución. Así mismo, fue fundamental identificar que la mayoría de la población pertenecía al régimen subsidiado y contaba con bajos niveles de escolaridad. Estas características se suman a los bajos ingresos y los costos que genera el desplazamiento a las UPAs, lo que afecta el acceso al programa de condiciones crónicas.

Construcción de respuestas integrales por el acceso

Posterior al diagnóstico hecho y la información recolectada, se realizó un trabajo en conjunto con las profesionales de la institución en donde se definieron las siguientes propuestas:

- Aplicar una encuesta por parte del personal médico del hospital para detectar factores de riesgo en los pacientes con condiciones crónicas no transmisibles, que a su vez permitiera el seguimiento de la enfermedad y el establecimiento de conductas a seguir por parte del programa.
- Modificar la encuesta de seguimiento, para que sea entendible para la persona que la realiza y se establezca un formato diferente para el seguimiento de las personas con condiciones crónicas (vía telefónica) y otro para detectar cómo ha sido la adherencia al taller de crónicos (aplicado en el taller).
- Implementar una de las encuestas sugeridas por la evidencia y diferentes referentes bibliográficos para identificar el riesgo cardiovascular (Cohorte de Framingham) y los estilos de vida (Test Fantástico) de las personas con condiciones crónicas no transmisibles.
- Mejorar los medios de comunicación e información para los usuarios, en temas relacionados con la ruta de acceso a los servicios de salud y el control de su enfermedad.
- Desarrollar conceptualmente cada módulo, estableciendo objetivos y cronogramas para su realización, también tratar temas como factores de riesgo modificables y no modificables, enfermedades crónicas no transmisibles, política pública de envejecimiento y vejez.
- Reevaluar y modificar, de ser posible, la base de datos de seguimiento de llamadas telefónicas ya que existen muchas inconsistencias.

Como resultado final se realizó una guía de atención para el programa de condiciones crónica, la cual conceptualiza los siete módulos propuestos por el hospital para el desarrollo y abordaje de los temas tratados durante el taller de crónicos. Se realizó la socialización de los resultados encontrados en el proyecto de investigación que se presentó al hospital, con el objetivo de lograr la implementación de las guías y los módulos elaborados para este programa, que en la actualidad se encuentran en proceso de revisión, corrección y aprobación por parte de la entidad.

Discusión

Frente al gran incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la alta demanda de los servicios de salud, se genera un reto para los sistemas de salud, los cuales han comenzado a reorientar de los servicios, considerando primordiales las acciones promocionales y preventivas, retomando los ejes estratégicos de la promoción de la salud planteados en la carta de Ottawa y los principios de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Sin embargo, los cambios dados en los sistemas como consecuencia de la necesidad de sistemas eficientes y auto sostenibles, así como por las condiciones socio-demográficas de las poblaciones, ha generado condiciones que afectan el acceso a los servicios por parte de la población.

Se encuentra en diferentes estudios realizados sobre la accesibilidad a los servicios de salud, barreras presentes en la población que asiste a los programas de promoción y prevención dirigidos a pacientes con condiciones crónicas, tales como: aspectos demográficos, situación socioeconómica, lugar de residencia, tipo de afiliación, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud, requisitos para acceder a los servicios y/o trámites administrativos, deficiencias en la información proporcionada por las instituciones, falta de redes sociales de apoyo y mala calidad e integridad de los servicios, en donde no logran reconocerse las necesidades de los sujetos en diferentes niveles de análisis en donde se tengan en cuenta los determinantes estructurales, particulares y singulares.

Según Lucummi y cols., son limitantes de estos programas “los aspectos demográficos como la situación socioeconómica, el lugar de residencia, tipo de afiliación, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud, requisitos para acceder a los servicios y/o trámites administrativos, deficiencias en la información proporcionada por las instituciones, los horarios, acceso y gastos de desplazamiento, distancia geográfica, la mala calidad de los servicios son las principales causas de inasistencia estos programas” (6).

Estas causas, en su mayoría fueron las presentadas por la población atendida por el hospital de la red pública observado, donde se presentaron dificultades en el acceso debido a la falta de conocimiento de los servicios ofertados, a los trámites administrativos y a la mala calidad de los servicios, esta última relacionada con la existencia de procedimientos sin fundamentación teórica y sin la apropiación adecuada por parte del personal de salud.

Penchansky y Thomas proponen cinco dimensiones en el acceso a los servicios de salud: disponibilidad, accesibilidad, capacidad del sistema y capacidad financiera de la población (13); en relación con esto, en el hospital observado se evidencia una falta de capacidad del sistema para lograr la disponibilidad y accesibilidad de la población al servicio, debido a la alta rotación del personal y la falta de contratación de profesionales en algunas épocas del año.

Aday y Andersen describieron “un modelo emergente para el entendimiento de los factores que influyen el uso de los servicios de salud. En su propuesta teórica sobre los determinantes del acceso a servicios de salud, se consideran tres dimensiones básicas para entender la relación entre usuarios de los servicios y el sistema de salud: la dimensión política, el acceso potencial y el acceso real” (14,15). Estas dimensiones las desarrollan en los siguientes componentes: políticas de salud, características de la población y del sistema de prestación, utilización de los servicios y satisfacción de las necesidades del usuario (16); esta última considerada en el presente estudio, permitió observar cómo la flexibilización laboral y la prestación de un servicio que no tiene en cuenta las necesidades de la población, afecta el acceso al programa.

Por esta razón fue importante identificar cómo es el acceso del adulto mayor a los programas de salud pública, teniendo en cuenta que cuando se habla de acceso se está refiriendo a los factores que influyen en la utilización efectiva de servicios de salud y a las características de entrada y el uso de las mismas (1,3) y no únicamente a la asistencia o entrada a un servicio. Como lo definen Restrepo y cols., el acceso es “el proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, de calidad y oportuna. El acceso adecuado no solo debe involucrar la disponibilidad de recursos sino también la relevancia, oportunidad y adecuación de estos a las necesidades de atención de la población” (17).

Ante lo anterior, es importante reconocer que el concepto de acceso muchas veces puede ser confundido con el de accesibilidad, por lo cual es importante entender la diferencia entre ambos. Frenk distingue la accesibilidad en el estudio del acceso como una dimensión limitada al proceso de buscar y recibir atención, ubicando en un extremo los recursos disponibles y en el opuesto el uso mismo de los servicios; y, entre ambos, una serie de obstáculos como localización geográfica, precios del proveedor, tiempo de obtención de citas

y tiempo de espera. Así, la accesibilidad queda establecida como la relación funcional entre barreras de búsqueda y obtención de la atención (16).

Para contrarrestar el efecto que tienen las barreras en el acceso de servicios de salud, organizaciones como la OMS, OPS y los gobiernos que se rigen por sus dictámenes y acuerdos, crearon políticas públicas sociales las cuales son entendidas como “el conjunto de valores, decisiones y acciones estratégicas que llevan a la transformación de una situación específica, que tanto los ciudadanos y ciudadanas como el Estado han determinado como importante o prioritaria, en la medida en que subsisten en ella condiciones de desequilibrio que afectan la calidad de vida; plantean una distribución diferente de lo existente; bienes o servicios y la creación de respuestas a partir de la identificación colectiva de soluciones” (5).

Por esto, desde la política pública distrital para el envejecimiento y la vejez se plantea la necesidad de lograr la participación de las personas a los talleres e intervenciones, con el fin de generar un proceso de envejecimiento saludable, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida de la población; este objetivo se plantea con el fin de “promocionar un envejecimiento activo y transformar las condiciones de dependencia de las personas mayores para una vejez con dignidad en el Distrito Capital” (5).

No obstante, muchas veces el problema no se centra en la no existencia de leyes que respalden el desarrollo de programas sino en factores que predisponen a la utilización de la atención que, según Aday y Andersen, “están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios; así como la existencia de factores que capacitan de carácter personal/familiar como el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria; o de tipo social, como la existencia de redes sociales” (18).

Lo anterior se observa en los hallazgos del presente estudio, el cual logra evidenciar las deficiencias de los servicios de salud y las dificultades en el acceso derivadas de los factores capacitantes, como la condición económica de la población y la existencia de redes de apoyo; esta última referenciada por Vinaccia y cols., quienes plantearon que el apoyo social puede servir en las personas con condiciones crónicas para amortiguar los efectos del estrés y de las emociones negativas que generan las enfermedades y su tratamiento (19).

Por último, es importante saber que el rol que cumple el fisioterapeuta en la promoción de la salud y la prevención: es fundamental para “evitar llegar a futuras complicaciones; haciendo énfasis en enseñar, educar, motivar niveles de responsabilidades de acuerdo a sus

necesidades y capacidades funcionales en cada uno de los adultos mayores” (20); al reconocer que los servicios de salud son un espacio privilegiado para dar respuesta a las necesidades de los adultos mayores, como el permanecer integrado a la familia, participar en forma activa en su entorno y tomar decisiones para el bienestar de su salud a través del autocuidado.

Conflictos de interés

Las autoras manifiestan no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Ninguno declarado por las autoras.

Referencias

1. Secretaría de Integración Social. Proyecto 496 Años Dorados: Vejez Con Dignidad. 2010. [Internet] [acceso diciembre del 2012]. Recuperado de: <http://www.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/Proyectos/496%20VEJEZ%20-%20ACTUALIZACION%2026%20ABRIL2010.pdf>.
2. Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Integración Social. Plan de Salud del Distrito Capital 2008 – 2012. [Internet] [acceso diciembre del 2012] Recuperado de : <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/304/1/PLAN%20DE%20SALUD%20DEL%20DISTRITO%20CAPITAL%202008-2012.pdf>.
3. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;3: CD005470.
4. Vivas D. Guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas. Ministerio de protección social. Colombia. [Internet] [acceso diciembre del 2012] Recuperado de: http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%2014/descargables%20linea14/Linea14_%20Programas%20de%20enfermedades%20cronicas.pdf
5. Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Integración Social. Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital 2010 – 2025. [Internet] [acceso diciembre del 2012]. Recuperado de: <http://www.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/polpublicas/VEJEZ%20FINAL%20vin.pdf>.
6. Lucummi D. Planeación Local para enfrentar el Desafío de las Enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2008;10:343-51.
7. Bengoa R, Nuño-Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2008.

8. **Singh D.** Transforming chronic care: Evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: Health Services Management Centre, School of Social Policy, University of Birmingham; 2005.
9. Nuño R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*. 2009;1(3):1-8.
10. **Bonilla E, Rodríguez P.** Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Ediciones Uniandes, Grupo Editorial Norma; 1997.
11. **Hernández R, Fernández C, Baptista P.** Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: Mc Graw Hill; 2008.
12. **Cisterna F.** Manual de metodología de la investigación cualitativa para educación y ciencias sociales. Texto de apoyo a la docencia. Universidad de Chile; 2007.
13. **Penchansky R, Thomas W.** The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19:127-40
14. UNFPA. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud Propuesta para su identificación y superación. Documento regional-2010. Comité regional andino para la prevención del embarazo en adolescentes. [Internet] [acceso diciembre del 2012]. Recuperado de: <http://www.unfpacolombia.org/uploadUNFPA/file/BarrerasJovenesWeb.pdf>
15. **Aday L, Andersen R.** A framework for the study of access to medical care. *Health Ser Res*. 1974;9(3):208-20.
16. **Garza M, Salinas A, Núñez G, Villarreal E, Vásquez M.** Accesibilidad geográfica para detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas *Rev Méd Chile*. 2008;136:1574-81.
17. **Restrepo J, Echeverry E, Vásquez J, Rodríguez S.** El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín, Colombia: Editorial Centro de Investigaciones Económicas-Universidad de Antioquia; 2006.
18. **Vargas L, Vásquez I, Navarrete A, Mogollón P.** Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2010;12(5):701-12.
19. **Pancorbo A, Pancorbo E.** Actividad Física en la prevención y tratamiento en la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable. [Internet]. Ministerio de sanidad, política social e igualdad; Gobierno de España. Recuperado de: <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/dep-salud/actividad-fisica-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-la-enfermedad-cardiometabolica.pdf>.
20. **Vinaccia S.** Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*. 2006;18:89-108.