

Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud

Perceptions of older adults and health providers about accessibility to health services

Aida Rodríguez Cabrera,^I Milagros Collazo Ramo,^{II} Jorge Luis Calero Ricard,^{II} Luisa Álvarez Vázquez,^{III} Ileana Castañeda Abascal^I

^I Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

^{II} Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

^{III} Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: En Cuba las mejoras en las condiciones de vida, trabajo y salud han llevado a un aumento de la población anciana, que exige de servicios de salud de excelente calidad y accesibles al adulto mayor.

Objetivo: Identificar percepciones sobre la accesibilidad del adulto mayor a servicios de salud.

Métodos: Investigación descriptiva, cualitativa, realizada entre 2012 y 2014 en 6 municipios de La Habana, seleccionados al azar, según nivel de envejecimiento: alto, medio y bajo. Se realizaron 12 grupos focales con prestadores de servicios de salud y 18 con población de 60 años y más.

Resultados: Se percibió incremento del número de personas a atender en los consultorios y aumento del tiempo de espera, hay mayor distancia entre consultorios y viviendas de ancianos. Se perciben brechas en la accesibilidad a los servicios de salud según necesidades sentidas, hay dificultades con el transporte a servicios especializados. Los adultos mayores consideran que es difícil proporcionar criterios sobre sus necesidades y no hay prioridad para su atención en los servicios. También señalan insatisfacciones con la accesibilidad de carácter subjetivo, determinados por en el escenario económico y procesos organizativos.

Conclusiones: La accesibilidad a servicios de salud presenta brechas y no está acorde con las necesidades sentidas por los adultos mayores. El envejecimiento de la población cubana constituye un hecho de especial importancia por lo que hay que buscar alternativas que propicien la incorporación de los criterios de adultos

mayores para lograr respuestas más efectivas y eficientes a sus necesidades de atención en salud.

Palabras clave: Adulto mayor; accesibilidad a los servicios de salud.

ABSTRACT

Introduction: In Cuba, the improvement in living, working and health conditions has led to the increase of aged population, which demands health services of excellent quality and accessible to the older adults.

Objective: To identify perceptions on the accessibility to health services by the older adults.

Methods: Descriptive and qualitative research study conducted from 2012 to 2014 in six municipalities of Havana provinces, which were randomly selected on the basis of their high, medium and low levels of aging. Twelve focal groups were formed with health providers and 18 with older adults aged 60 years and over.

Results: There were observed an increase in the number of persons who were seen at the physician's offices and more delays; longer distances from these offices to the old people's houses. Gaps were perceived in accessibility to health services depending on the felt needs as well as difficulties to move to specialized services. The older adults believed that it was difficult to provide criteria about their needs and that there was no priority in health services for their care. They were unsatisfied with accessibility of subjective nature, which is determined by the economic conditions and the organizational processes.

Conclusions: Accessibility to health services shows gaps and is not in line with the needs of the older adults. The Cuban population aging is an event of special importance, so alternatives must be found to encourage the consideration of the older adults' criteria in order to achieve more effective and efficient responses to their health care requirements.

Keywords: Older adult; accessibility to health services.

INTRODUCCIÓN

La población mundial de 60 años y más presenta tasas de crecimiento en el orden de 2,4 % contra 1,7 % para la población total. Se plantea, que en números absolutos, el grupo de ancianos aumentará de 616 millones que existían en el 2002 a 1 209 millones para el 2025, lo que originará que esta población se duplique cada 23 años.¹⁻³ América Latina, por su parte, muestra una situación importante respecto al grado de envejecimiento, en términos relativos y absolutos, se observarán índices especialmente altos en Chile, Cuba, Puerto Rico, y Trinidad y Tobago.⁴

En lo particular, Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos.⁴⁻⁶ En el 2014⁶⁻⁸ existían en el país un total de 11 224 190 personas, de los cuales 2 118 219 eran mayores de 60 años, lo que representa el 19,0 % de la población total. El envejecimiento de la población cubana, como característica demográfica esencial del país, permite prever que las tendencias existentes en la actualidad se mantendrán y constituyen un escenario complejo, donde la adopción de medidas

vinculadas con la dinámica demográfica, para atenuar su efecto sobre la sociedad, son de extrema relevancia y urgencia.⁹

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

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales: disponibilidad, suficiencia de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud, accesibilidad, referida a que los bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. Los mismos deberán tener calidad, estar en consonancia con la ética médica, ser culturalmente apropiados, responder a las necesidades de la población y tomar en cuenta el género y la etapa de la vida en que se encuentra la persona.¹⁰

La accesibilidad de la población a los servicios de salud considera cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información. En el concepto de accesibilidad se distinguen dimensiones de orden geográfica (debe medirse en función del tiempo necesario para obtener la asistencia de salud con los medios habituales de transporte), organizacional (son los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud), sociocultural (refiere la apreciación de los fenómenos que determinan la búsqueda de asistencia de salud, tales como: percepción sobre el cuerpo y enfermedad, creencias relativas a la salud, tolerancia al dolor y credibilidad en los servicios de salud, entre otros), política y económica.¹¹⁻¹⁴

Cuba cuenta con un sistema de salud de cobertura universal, de calidad, gratuito, accesible, regionalizado e integral, cuyo alcance va más allá de intrincadas geografías y no discrimina por afiliaciones políticas o religiosas; aunque no queda exento de algunas deficiencias.

Actualmente en el marco del proceso de perfeccionamiento del modelo económico de Cuba, el sector salud ha procedido a realizar transformaciones importantes, que no constituyen una reforma del Sistema de Salud, que pretenden garantizar la continuidad de los logros obtenidos mediante la reorganización, compactación y regionalización de los servicios. Un objetivo central de estas transformaciones es garantizar la continuación del mejoramiento del estado de salud de la población cubana, la disponibilidad de servicios con calidad y satisfacción, así como lograr la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud cubano. Ahora bien, aun no se tienen evidencias de los resultados que se han obtenido en términos de satisfacción y acceso a la salud con las medidas aplicadas.

Hoy se ha incrementado el número de personas a atender por el médico y enfermera de la familia, se ofertan un grupo de servicios en todos los policlínicos que antes no existían. Se han reorganizado los servicios, todo ello bajo el principio de la sostenibilidad y de que no se afecte la accesibilidad a los mismos. En este escenario está la atención al adulto mayor que crea una situación compleja al

sector salud para brindar servicios con cobertura para todos, accesibles y de calidad, cuyo abordaje constituye un reto.

Las exigencias para el sector salud aumentan en la medida que se tenga un porcentaje de población de 60 y más años más elevado, donde existe una mayor presencia de enfermedades, al prolongar más su existencia, en los que suelen estar presente varias dolencias a la vez y donde cada día aumenta el número de adultos mayores encamados o en estado terminal en su casa. Todo este proceso transcurre en una crisis económica, que viene dejando sus secuelas desde los años 90 y que ha provocado la aparición de diferencias en las condiciones de vida de la población, que han creado grupos donde existe una mayor vulnerabilidad económica y social, en este caso están los adultos mayores.

Recientemente se concluyó un estudio que abordaba, desde un enfoque cualitativo, las necesidades de atención en salud de los adultos mayores en la provincia La Habana, en la información vertida por los prestadores de servicios de salud y adultos mayores, surgieron valoraciones que se vinculaban con la accesibilidad de este grupo poblacional a los servicios, lo que motivó dedicar espacio al análisis de este aspecto y someterlo a consideración en este artículo. El interés en abordar este tema es porque el estudio de la accesibilidad a los servicios de salud es poco abordado y en el caso particular de Cuba, donde la salud es un derecho de la población, es importante indagar sobre el nivel de acceso de la población a los servicios de salud desde los imaginarios de adultos mayores y prestadores de servicios de salud, para contar con valoraciones sobre aquellos problemas que puedan constituir iniquidades en salud y que sean tributarias de solución. Por ello este trabajo tiene como objetivo identificar percepciones sobre la accesibilidad del adulto mayor a servicios de salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con prestadores y usuarios (personas de 60 años y más) de los servicios de salud, en municipios seleccionados de la provincia La Habana, en el período comprendido entre mayo de 2012-2014, que indagó sobre las necesidades de atención de la salud en el adulto mayor y en la que surgieron los criterios sobre accesibilidad a los servicios de salud que se muestran en este artículo.

De los 15 municipios de La Habana se decidió seleccionar una muestra intencional de ellos. La selección muestral transitó por diferentes etapas, primero se consideró el índice de envejecimiento que cada municipio tenía respecto a la capital: *más envejecidos* (20 % y más de la población con 60 años y más), *medianamente envejecidos* (entre 17 y 19,9 %) y *menos envejecidos* (menor de 16,9 %). Para ello se tuvieron en cuenta los rangos para el país por provincias y por municipios en el año 2010 de la ONEI.^{15,16} Posteriormente se escogieron por factibilidad económica, al azar, dos municipios por cada estrato, para un total de 6 municipios.^{15,17} Se muestran los municipios seleccionados ([Tabla](#)).

Tabla. Municipios seleccionados y sus características

Municipios seleccionados	Índice de envejecimiento	Nivel
Arroyo Naranjo	16,5	Menos envejecidos
San Miguel del Padrón	16,2	
Marianao	18,6	Medianamente envejecidos
La Lisa	17,2	
Plaza	25,8	Más envejecidos
Diez de Octubre	22,9	

Una vez identificados los dos municipios por cada estrato, se procedió a solicitar a las Direcciones Municipales correspondientes, previo consentimiento informado, que indicaran cuáles eran las áreas de salud que mostraban mayor índice de envejecimiento poblacional, procediéndose entonces (dentro de éstas) a identificar a los participantes del estudio.

La muestra para cada grupo se seleccionó a partir de un muestreo intencional. Para el tamaño de la misma se tuvo en cuenta la naturaleza metodológica sobre la que se construyó el estudio, o sea, más que considerar el número de participantes, interesaba la calidad y cantidad de la información que se obtiene; por lo que se escogieron los participantes a partir de un mínimo necesario en función de las técnicas utilizadas, el cual se concluye con el alcance de la saturación teórica o saturación de la información, o sea, cuando el discurso se hace reiterativo y no aporta nada nuevo.

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

La selección de los usuarios de los servicios de salud (personas de 60 años y más) se realizó en cada área de salud de los consultorios donde residiera la mayor cantidad de adultos mayores. Se tuvieron en cuenta todas las personas de 60 años y más que fueron consideradas en el área de salud con capacidad física y mental y que expresaron su disposición a participar en el estudio. No se incluyeron aquellos adultos mayores declarados en el área de salud con limitaciones mentales, auditivas o para la expresión oral, toda vez que ello atentaba contra el procedimiento metodológico de la técnica a utilizar (GF).

Luego, en coordinación con el médico de atención, el personal de enfermería y los líderes informales de la comunidad se citó a los ancianos que calificaban dentro de los criterios antes expuestos para que participaran en los grupos focales que se realizaron en un consultorio (u otro local disponible) en horario opuesto al de consultas (para no interferir o ser interferidos por estas).

Los GF se conformaron por sexo, toda vez que desde la perspectiva de género/sexo ambos grupos presentan distintas formas de percibir el envejecimiento, así como diferentes necesidades de atención en salud. También se realizaron GF en áreas de la comunidad con aquellos que no frecuentaron los consultorios médicos, con el apoyo de las organizaciones de masa y líderes comunitarios. Se realizaron 12 GF, 6 para cada sexo y, además, 6 GF mixtos en cuanto al sexo (uno por cada municipio seleccionado), con lo cual se logró la saturación de la información con la ejecución de 18 GF y la participación de 165 personas de 60 años y más.

Los GF realizados a los prestadores y a los usuarios de los servicios de salud descansaron en el principio metodológico de "dejar hablar" a los informantes y de "escucharlos activamente", para poder generar nuevas interrogantes que permitieran aproximarse con mayor claridad a la problemática en estudio; por lo que se partió del supuesto de que en los discursos de los participantes es posible identificar un orden subyacente, una lógica que lo estructura, le da cuerpo y un sentido específico.

La ejecución de los GF tuvo una duración aproximada de 1 h y 30 min y el número de participantes por cada grupo osciló entre 7 y 10 individuos. Se contó con un moderador y el apoyo de un observador/anotador, cuyo papel en la discusión fue atender los medios de grabación utilizados, así como estar al tanto del proceso, es decir, el orden de intervención de los participantes y el lenguaje extraverbal que mostraron en el curso de la discusión (cansancio, agitación, estados de ánimos, aprobación o desacuerdo con los temas que se trataron, entre otros, de todo lo cual se iban haciendo anotaciones). Para la conducción de los GF se usó una guía temática en la cual se contenían los diferentes temas a abordar en la sesión. Todos los participantes tuvieron completa libertad para decidir participar o no en el estudio, así como para brindar sus declaraciones. La naturaleza del anonimato y la confidencialidad fueron premisas importantes e inflexibles durante toda la investigación, no sólo en relación con los participantes, sino también con los diferentes escenarios escogidos. A todos se les entregó un modelo de consentimiento informado.

RESULTADOS

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

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

Esta es una de las deficiencias, que, a juicio de los autores, surge como consecuencia de no valorarse en toda su dimensión la población usuaria de estos servicios y no tomar en cuenta los criterios de los beneficiarios. Esto provoca largas colas de los pacientes en los servicios para ser atendidos.

Algunas valoraciones de los adultos mayores señalaron:

[...] bueno si, pero [...] ya el consultorio no está "al doblar de la esquina", ahora está más distante, y el médico siempre no es el mismo [...] (Usuaría, Trabajadora, 69 años, servicios de salud).

Mire, yo tengo que caminar 9 cuadras para llegar aquí (se refiere al Policlínico) y luego subir al primer piso para verme con el ortopédico [...] (Usuario, G-2, Jubilado, 67 años, servicios de salud).

[...] mire yo estoy aquí hoy sin poder, pues tengo tremendo dolor en la cadera, parece que es artrosis, sí, eso me dijo mi vecina, vine a ver al médico ese, sí el que te manda corriente y ejercicios [...] me trajo un vecino en su carro, claro me hizo el favor [...] pues te digo que el doctor no ha llegado, ¿y ahora cómo yo viro para mi casa? (Usuaría, Jubilada, 73 años, servicios de salud).

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

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

Otro aspecto que destacan es lo relacionado con la prioridad otorgada en los servicios de salud al adulto mayor, pues solo la misma es establecida y brindada a las embarazadas, lo que podría resolverse con facilidad mediante la asignación de determinados días u horarios destinados solo a la atención de este grupo poblacional. Algunos señalaron aspectos similares:

Mire, yo tuve que alquilar un bicitaxi para poder traer a mi mamá al laboratorio y llevo esperando 35 minutos para que nos atiendan [...] cualquiera llega y pasa [...] ya el muchacho del bici se fue, por tanto tengo que salir a buscar otro cuando termine aquí [...] (Usuaría, 65 años, servicios de salud).

No, no, no [...] yo espero [...] ella tiene que pasar primero, está embarazada, al final yo no tengo más nada que hacer. (Usuario, G-2, Jubilado, 77 años, servicios de salud).

[...] no, no se preocupe, estoy bien, esperaré a que me toque a mi [...] (Usuaría, G-2, 72 años, Servicios de Salud).

[...] los viejos nos levantamos muy tempranito, nada cosa de viejo (ríe) [...] el otro día fui a hacerme análisis, pero me tuve que ir porque estuve más de una hora y media esperando y no me tocaba mi turno [...] que va, voy otro día cuando haya menos gente [...] (Usuario, G-2, Jubilado, 76 años, servicios de salud).

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

[...] usted sabe que esto antes no era así, ahora yo atiendo la población correspondiente a casi tres consultorios médicos [...]

[...] pero por ejemplo otros servicios de salud, endoscopia, etc., en que hay que asistir a policlínicos distantes, institutos, los hospitales, por el transporte se les dificulta bastante la parte esta de los taxis, porque casi siempre los taxis de servicio de los hospitales están destinados para otros servicios por ejemplo los que se hacen diálisis, hemodiálisis. No es que el anciano levante el teléfono y ya el taxi este en su casa [...] (Prestador, 57 años).

[...] bueno, primeramente, ahora le quedan las cosas muy lejos, por ejemplo, el área de salud ahora con la nueva reestructuración, los consultorios le van quedando más lejos, y es verdad que es menos de dos kilómetros, pero, para la gente mayor caminar un kilómetro es bastante [...] (Prestadora, 35 años).

Estos y otros argumentos dan cuenta de que las dificultades del sector no solo están enmarcadas en las necesidades económicas por las que atraviesa. En los pasajes que siguen se demuestra la existencia de problemas organizativos que afectan el acceso a los servicios de salud.

[...] pues mire eso, me alegro poder estar aquí con ustedes (se refiere al grupo focal) [...] a mí la doctora del consultorio me remitió para el ortopédico y cuando fui a sacar el turno la muchacha que me atendió me dijo que hacía un mes que no había ortopédico ¿qué hago ahora? (Usuaría, G-2, jubilada, 73 años, comunidad).

También surgieron planteamientos e inconformidades en cuanto al cumplimiento de las visitas de terreno (programadas según dispensarización, ingresos en el hogar, y discapacitados. Es importante destacar que el proceso de dispensarización ha sufrido adecuaciones en lo referente a la programación de controles y visitas de terreno según el grupo dispensarial en el que se ubica cada paciente, en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia publicado en el 2011,¹⁶ solo se programa una visita al hogar y un control en el consultorio, una vez al año para las personas de 60 años y más (como grupo priorizado) y en el caso de clasificar en el grupo III, reciben tres evaluaciones en el año: dos en la consulta y una en el terreno.

[...] por ejemplo, yo comencé mi consulta a las 8 de la mañana, son las 12 y pico, y mire cuantos pacientes me quedan allá afuera, ¿a qué hora me iré para el terreno? [...] (Prestadora, G-1, 46 años).

[...] mire usted, con la cantidad de pacientes que tengo allá afuera, no sé a qué hora terminaré la consulta y además tengo que ir a ver a tres viejitos que no pueden venir hasta aquí [...] (Prestadora, G-1, 25 años).

A lo largo del presente informe se han presentado evidencias de situaciones que influyen negativamente en la accesibilidad de los adultos mayores a los servicios de salud, referidas fundamentalmente a la accesibilidad geográfica a los centros asistenciales, insatisfacción de los prestadores por la sobrecarga de trabajo que tienen y ausencia en la prioridad en la atención al adulto mayor.

DISCUSIÓN

En Cuba la salud está incluida dentro de los objetivos estratégicos del proceso de desarrollo del país y es considerada un derecho humano y concebido entre los elementos claves para mejorar la calidad de vida de la población. Esto se fundamenta en que existe voluntad política para ello, se han creado las condiciones organizativas necesarias y la población está concientizada sobre los derechos que posee. Además, el sistema de salud cubano cuenta con el financiamiento suficiente para lograr una accesibilidad total y para ello dispone de los recursos humanos calificados suficientes y con una formación multidisciplinaria. No obstante, subsisten

problemas económicos, organizativos y subjetivos que interfieren en el logro pleno de este propósito.

Los resultados obtenidos si bien reflejan algunas insuficiencias en relación con la accesibilidad de los adultos mayores a los servicios de salud, las mismas son susceptibles de resolver, a partir de un análisis profundo de las características poblacionales de cada territorio, pues no todos los municipios del país tienen la misma situación respecto al proceso de envejecimiento y por tanto las necesidades en términos de salud de este grupo poblacional deben variar de un territorio a otro.

Los autores son del criterio que el área espacial pequeña, lo local, es determinante tenerla en cuenta en las propuestas de acciones o servicios de salud para lograr la mayor satisfacción de las necesidades de la población, pues es ahí donde se da la singularidad de todos los procesos vinculados con la población y en especial las del envejecimiento poblacional. Esto sin dudas es mucho más complejo, pero hay que buscar aproximaciones que se alejen de la homogeneidad en términos de acciones y prestaciones de servicios de salud.

Sin dudas, las transformaciones necesarias que a partir del año 2010 el MINSAP comenzó a implementar, constituyen una necesidad para lograr un uso más eficiente y racional de los cuantiosos y costosos recursos de que se dispone, especialmente los tecnológicos, así como su permanente disponibilidad, para garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud.^{19,20}

A pesar del acentuado envejecimiento de la población cubana, no ha variado la prioridad concedida a algunos programas, como el de Programa de Atención Materno Infantil (PAMI),¹⁹ sin embargo, a pesar de conocerse y divulgarse lo relativo al envejecimiento de la población en los servicios de salud no se han establecido disposiciones que den prioridad al adulto mayor para acceder a los mismos. Aun son insuficientes las acciones promocionales y el trabajo de terreno con el adulto mayor presenta problemas.

Se considera que si bien los adultos mayores reciben de forma pasiva y positiva todos los servicios de salud que se les brindan, estos pudieran ser mejores, pues existen problemas que afectan la calidad de la atención en salud y que pueden ser solucionados con medidas organizativas.

Por lo tanto, si lo primordial es la calidad de las prestaciones en salud, el llamado es a ofrecer servicios de mayor calidad, que se enmarquen en la excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, con mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, que implique la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos, donde su imbricación resulte en la satisfacción de los usuarios y en la eficacia de las prestaciones.²¹⁻²⁴ En este sentido hay que propiciar espacios que permitan al adulto mayor expresar sus necesidades sentidas y ser actores en la solución de sus problemas de salud.

Por todo lo expuesto podemos concluir que la accesibilidad, según las valoraciones referida por los usuarios y personal de salud, presenta brechas y no está acorde con las necesidades sentidas por los adultos mayores, lo que constituye, elementos a tomar en cuenta para la toma de decisiones por las instancias correspondientes para garantizar servicios de salud accesibles y con calidad de excelencia, acorde al objetivo central de los servicios de salud en Cuba.

El envejecimiento de la población cubana constituye hoy un hecho de especial importancia e impacto por lo que es recomendable buscar alternativas que propicien la incorporación de los criterios de los adultos mayores para lograr

respuestas más efectivas y eficientes a sus necesidades de atención en salud, además resulta imprescindible brindar la prioridad que este grupo demanda, cuestiones que no se tienen en cuenta en la actualidad.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no hay conflictos de ninguna índole.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faulkner D. The older population and changing housing careers: Implications for housing provision. *Australasian J Ageing*. 2007;6-152. Access: 2016/04/11. Available at: <http://hinarigw.who.int/whalecomonlineibrary.wiley.com/whalecom0/doi/10.1111/j.1741-6612.2007.00245.x/full>
2. Previsiones demográficas mundiales. Asuntos económicos y sociales. Nueva York: Naciones Unidas; 2007. Acceso: 2016/07/14. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/Spanish.pdf>
3. Datos y cifras: 10 datos y cifras sobre el envejecimiento y ciclo de vida. Geneva: WHO; 2010. Acceso: 2016/07/14. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/
4. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, D. C.: OPS; 2007. Acceso 2016/07/21. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf
5. Camps E. Características antropométricas, funcionales y nutricionales de los centenarios cubanos. La Habana: ENSAP; 2012. Acceso 2016/07/21. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/564/1/Esmir_Camps.pdf
6. Loewy M. La vejez en las Américas. *Perspectivas de Salud*. Boletín de la OPS 2004. 2016;19(2). Acceso: 2016/07/21. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero19_articulo02.htm
7. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: MINSAP; 2015.
8. Censo de población y viviendas 2012. La Habana: ONEI; 2014. Acceso: 2016/07/21. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2014-esp-e.pdf>
9. Alfonso JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la Primera a la segunda transición demográfica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006;32(1). Acceso: 2016/07/18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100002&lng=es&nrm=iso

10. Derecho a la salud. Nota Descriptiva N°323, Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2013.
11. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones. Año 2006; 14. Argentina: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Secretaría de Investigaciones. Acceso: 2016/07/18. Disponible en: <http://scielo.org.ar/pdf/anuiniv/V14/v14%20a%2019.pdf>
12. Figueroa PD, Cavalcanti CG. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. Rev Enfermería Global. 2014; 13(33). Acceso: 2016/08/31. Disponible en: <http://www.revistas.um.es/eglobal/issue/view/12571>
13. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y Sao Paulo: una indagación comparativa. Rev Saude Socied. 2013; 22(2). Acceso: 2016/07/18. Disponible: <http://www.dx.doi.org/10.1590/So104-12902013000200003>
14. Hernández J, Mejía LM. Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. Rev Facultad Nacional Salud Pública. 2010; 28(2). Acceso: 2016/07/18. Disponible en: [HTTP://www:redalyc.org/articulo.oa?id=12016346005](HTTP://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12016346005)
15. Castañeda I, Villalón ON. Necesidades de servicios de salud en mujeres y hombres mayores de 60 años. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013; 29(1): 36-43. Acceso: 2016/07/18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100006&nrm=iso
16. Alfonso JC. Impacto del Envejecimiento Poblacional en Cuba. Tema presentado en el Seminario Científico del Instituto de Ciencias Básicas y Pre-clínicas "Victoria de Girón". La Habana: ISCM-H; 2010.
17. Programa del Médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
18. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010.
19. Iñiguez L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2012; 38(1): 109-25. Acceso: 2016/07/22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es
20. Gener N. Transformaciones necesarias en la atención primaria de salud. Rev Ciencias Médicas. 2012; 16(3): 1-2. Acceso: 2016/02/7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300001&lng=es

21. Massip C, Ortiz RM, Llantá MC, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública. 2008; 34(4). Acceso: 2016/07/22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es
22. Nigenda GH, López IC, Ruiz JA, Herrera CM. Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. Rev Saude Pública. 2013; 47(1): 44-51. Acceso: 2016/07/22. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/07>
23. Alvarez ME, Rocha M, Bayarre HD, Almenares K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014; 30(4): 388-401. Acceso: 2016/07/22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400001&lng=es
24. Rocha M, Álvarez ME, Bayarre HD, Puig AY, Delgado Y, Oduardo M. Satisfacción de usuarios y prestadores de servicio en relación con la atención en el hogar de ancianos "General Peraza". Rev Habanera Cienc Méd. 2015; 14(4): 496-505. Acceso: 2016/07/22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000400013&lng=es

Recibido: 2016/09/10.

Aceptado: 2017/04/05.

Aida Rodríguez Cabrera. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: aidarc@infomed.sld.cu