

# Acceso de los adultos mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud

Edith Alejandra Pantelides <sup>1</sup>

CONICET y Centro de Estudios de Población – CENEP

Avda. Corrientes 2817, piso 7

Buenos Aires, Argentina

[eap@cenep.org.ar](mailto:eap@cenep.org.ar)

## 1. Introducción

Entre la necesidad de atención de salud y la atención de esa necesidad (consulta ambulatoria, internación, medicamentos, técnicas de diagnóstico) suelen presentarse múltiples barreras. Algunas de ellas son individuales, ya sean económicas (carencia de recursos), físicas (por ejemplo, limitaciones que dificultan o impiden la movilidad) o psicológicas (como el temor a enfrentarse con un procedimiento desconocido que se presume invasivo o doloroso).

Otro tipo de barreras que se interponen entre el sujeto y la atención de su salud –que podríamos denominar sociales- provienen, por un lado, de la organización del sistema de salud mismo, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo; pero también de la forma de funcionamiento cotidiano, en particular el sistema de reserva de turnos y de otros aspectos de la calidad de atención.

Finalmente, otro tipo de barreras – que podríamos denominar espaciales- provienen de la organización del espacio urbano, en particular en este caso, de la distribución en éste de los recursos de salud en relación con la distribución espacial de la población mayor. Y también de la organización del sistema de transporte y su adecuación a las limitaciones de los adultos mayores.

El estudio de las barreras de acceso a la atención de la salud se ve limitado por la carencia de fuentes. En este trabajo, utilizaremos la información proveniente de la encuesta S.A.B.E (Salud, Bienestar y Envejecimiento), que investigó la existencia e importancia de algunas de las barreras mencionadas.

Nos referiremos, entonces, a los siguientes temas:

---

<sup>1</sup> Agradezco la colaboración de Paola Pacífico, quien estuvo a cargo de la elaboración de la información y participó activamente en el análisis de aspectos de la misma.

Acceso a la consulta médica ambulatoria: motivos de no realización de consultas necesarias; tiempo de espera para conseguir turnos, tiempo de espera para la atención (sala de espera), distancia al lugar de consulta.

Acceso a servicios de internación: distancia al lugar de internación, tiempo de espera para ser atendido.

Medicamentos: motivos de no obtención de medicamentos recetados.

Respecto a la consulta, la internación y los medicamentos: costo para el adulto mayor y su familia y cobertura de los mismos .

## **2. Fuente de información**

Durante 1999-2000 se realizó, en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) la encuesta S.A.B.E., como parte de un proyecto de la Organización Panamericana de la Salud con la colaboración del Instituto Nacional del Envejecimiento de los Estados Unidos de Norte América que abarcó también otros seis países de América latina y el Caribe: Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay y que, en el caso de Argentina, Chile y Uruguay, fue un emprendimiento conjunto con el Banco Interamericano de Desarrollo.

La encuesta fue administrada a una muestra representativa de la población de 60 y más años residente en el AMBA. El diseño de la misma fue realizada por técnicos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y se trató de un tipo de muestreo por conglomerado trietápico con estratificación de las unidades de la primera etapa. Fueron encuestados 1043 adultos mayores de ambos sexos, de los cuales algo menos de la mitad tenían entre 60 y 69 años y 61,7 por ciento eran mujeres.

## **3. Acceso a la consulta médica ambulatoria**

### **3.1 Motivos para la no realización de consultas necesarias**

En la encuesta se realizaban dos preguntas sobre la consulta médica ambulatoria, una con un tiempo de referencia de 12 meses anteriores a la realización de la encuesta y la otra referida a los último cuatro meses. En los 12 meses previos a la encuesta casi tres cuartas partes de las mujeres y algo menos de los hombres realizó al menos una consulta médica. Entre aquellos que no consultaron, la absoluta mayoría dice no haberlo necesitado (cuadro 1). Es, entonces, una fracción pequeña la que tuvo problemas de acceso a una consulta necesaria. La proporción de los que no realizaron consultas disminuye con la edad, pero no se advierte ninguna tendencia en relación con la edad en

INSERTAR CUADRO 1 APROXIMADAMENTE AQUÍ

la proporción de consultas necesarias pero no realizadas<sup>2</sup>. El porcentaje de hombres que no realizó consultas que eran necesarias es algo mayor que las mujeres; la diferencia es pequeña, pero sistemática. Las razones para no haber realizado una consulta necesaria son principalmente de dos tipos: económicas (51 por ciento de los casos) y de calidad de atención (15.9 por ciento); un porcentaje similar (15.7 ) adujo problemas de distancia o falta de transporte.

Respecto a las consultas de los último 4 meses, también se preguntó por motivos de no realización de la consulta, y el costo fue nuevamente la razón principal, entre las opciones que se brindaban: 19.1 por ciento de los entrevistados mencionó el costo de la consulta y 11.3 por ciento el costo del viaje; la suma de estas dos razones aproxima a un tercio el peso de las barreras económicas. Sin embargo, la mala atención es la causa individual más importante de no realización de consulta (25.1 por ciento). Adicionalmente, el 11.7 por ciento de las personas encuestadas mencionó el tiempo requerido como motivo. Si bien el factor económico era una barrera esperada de acceso a la consulta médica, menos obvio era que la experiencia de mala calidad – evidentemente registrada en experiencias de atención pasadas- actuaría como disuasivo de consultas futuras en una proporción importante de los casos ya que, aun en el sistema de PAMI, las personas tienen ciertas posibilidades de cambiar el proveedor en busca de mejor atención (o por otros motivos).

### **3.2 Barreras espaciales y organizativas en el acceso a consultas ambulatorias**

Un indicador de calidad de atención y de la medida en la que los aspectos organizativos formales de dicha atención pueden establecer barreras o al menos desanimar a los consultantes, es el manejo del tiempo en el otorgamiento de turnos y en la espera misma en consultorio. Otro aspecto de la calidad de atención en que interviene el tiempo, en este caso el que le lleva a la persona llegar al lugar de atención, puede tener dos significados, ambos relacionados con la organización de los recursos en el espacio: por un lado, distribución de los recursos de salud (en este caso, consultorios externos) en el espacio y su relación con los lugares de residencia de los adultos mayores; y por otro, existencia de redes de transporte que conecten a las áreas residenciales con aquellas en que se ubican los consultorios.

#### **INSERTAR CUADRO 2 APROXIMADAMENTE AQUÍ**

Los días transcurridos entre la solicitud de turno y la consulta fueron calculados como la diferencia entre la fecha que la persona solicitaba y la fecha que se le otorgaba

---

<sup>2</sup> Nótese que el porcentaje de no respuesta es muy alto en esta pregunta, lo que sumado a la disminución del tamaño de la muestra a medida que aumenta la edad se traduce en tamaños de celdas pequeños (especialmente entre los hombres), por lo que las cifras deben tomarse como indicativas.

(independientemente de cuán lejana o cercana fuera la fecha solicitada) (cuadro2). En promedio, las personas que pedían un turno para una consulta ambulatoria debieron aceptar uno 6.6 días más tarde de lo que hubieran deseado<sup>3</sup>; la espera era mayor entre los de menor edad<sup>4</sup> y no se advertían diferencias significativas por sexo (información no mostrada). La mediana también muestra que la espera fue menor entre los más ancianos ya que la mitad de ellos tuvieron que esperar menos de 2 días. Más de tres quintas partes de los que solicitaron turno lo obtuvieron dentro de los 5 días de la fecha deseada.

Una vez en el lugar de la consulta, la mitad de los pacientes tuvo que esperar más de media hora<sup>5</sup> y el tiempo de espera promedio fue de casi 40 minutos (pero véase la nota al pie número 3). Nuevamente, los de mayor edad esperaron menos, como se manifiesta en los valores de la media y la mediana (pero véase la nota al pie número 4). Tampoco en este caso se observaron diferencias importantes por sexo (información no mostrada). Entre las cohortes más jóvenes casi un tercio esperó más de una hora y un no desdeñable 13.8 por ciento más de dos horas.

#### INSERTAR CUADRO 3 APROXIMADAMENTE AQUÍ

En contraste con los tiempos de espera en el lugar de la consulta, el tiempo que lleva llegar a la consulta es menor. En efecto, más de la mitad de los encuestados tardó 15 minutos o menos en llegar y más del 75 por ciento tardó 30 minutos o menos (cuadro 4). La distribución espacial de los recursos de atención ambulatoria no parece actuar como barrera al acceso. A las cohortes más jóvenes les llevó en promedio más tiempo llegar que a las más viejas. Entre los ancianos de 80 y más años ninguno se desplazó por más de dos horas mientras que sí lo hizo el 5.5 por ciento de los que tenían entre 60 y 69 años. Esto sugiere que la edad puede estar determinando ya sea la elección de un consultorio cercano (quizás a expensas de la calidad de atención o la preferencia por un determinado profesional) o el uso de un medio de transporte más rápido (taxi o remís), elegido quizás más por su adecuación a limitaciones físicas al desplazamiento, que por su rapidez.

---

<sup>3</sup> En esta, como en todas las otras variables en que hemos calculado promedios la dispersión de valores es muy significativa (véase el desvío estándar).

<sup>4</sup> Este grupo de edad tiene un mayor porcentaje de no respuesta, lo que podría afectar el resultado.

<sup>5</sup> Los valores de las medianas en esta variable parecen ilógicos si se observa la distribución; sin embargo son correctos, pero están determinados por el hecho de que las personas rara vez declaran valores en minutos distintos de los terminados en 0 y 5 .

#### **4. Acceso a la internación**

Las preguntas sobre internación en la encuesta SA.B.E iban dirigidas a aquellos que hubieran estado internados en los cuatro meses previos. El número de casos así detectados fue pequeño y no permite cruces de variables.

Dos son los posibles indicadores de barreras al acceso a internación desde el punto de vista organizativo y de calidad de atención: el tiempo que le lleva a la persona llegar al hospital y el tiempo en ser atendido.

INSERTAR CUADRO 5 APROXIMADAMENTE AQUÍ

Respecto al tiempo empleado en llegar al hospital, debemos reconocer que en este caso, a diferencia de las consultas externas, el valor de esta variable como indicador de barreras al acceso es relativo, ya que la internación es en muchos casos un episodio de mayor envergadura que una consulta y las personas tienen en cuenta la distancia para tomar decisiones. Por otro lado, los lugares de internación son menos que los de consulta y *ceteris paribus* estarán más alejados. Vemos que el tiempo promedio para llegar al hospital fue algo más alto que para llegar a la consulta ambulatoria, pero la mitad de los encuestados tardó menos de 20 minutos. Más significativa es la rapidez con que la mayoría de los pacientes fue atendido una vez en el hospital. Dos quintas partes no tuvo que sufrir ninguna espera y la mitad esperó menos de 10 minutos (de hecho, por el artefacto estadístico explicado en la nota 5, la mediana es igual a 10, pero el 49.9 por ciento esperó hasta 5 minutos). Podemos concluir que, de haber barreras a la internación, no se encuentran en los tiempos de espera ni en la distancia al lugar de la misma.

#### **5. Barreras económicas a la atención de la salud**

En esta sección analizaremos las barreras económicas que puedan interferir, tanto en el acceso a consulta ambulatoria, como a internación o a la obtención de medicamentos. Ya mostrábamos al principio indicios de que las barreras económicas impedían el acceso a consultas sólo a una fracción menor de la población adulta mayor. Sin embargo, puede que, sin impedir totalmente el acceso, tengan un efecto confiscatorio sobre los ingresos de las personas o sus familias, si estas no tienen cobertura o la que tienen es muy parcial.

INSERTAR CUADRO 6 APROXIMADAMENTE AQUÍ

En el cuadro 6 se observa que sólo el 15.2 por ciento de los adultos mayores (o sus familiares o allegados) debieron pagar íntegramente el precio de la última consulta y sólo el 8.2 por ciento el de la última internación (que es en promedio significativamente mayor). En el caso de las consultas privadas, es el propio entrevistado/a quien la mayoría de las veces paga de su bolsillo; en el caso de las internaciones, los hijos u otras personas son las que con mayor frecuencia se hacen cargo del pago.

Más de la mitad de los adultos mayores, sin embargo, no debió pagar por estar cubierto por una obra social (incluido el PAMI). En menor medida, las instituciones públicas y las empresas de medicina pre-paga fueron las que pagaron tanto consultas como internaciones. Se advierte una mayor frecuencia de consultas pagadas por obras sociales entre las mujeres que entre los hombres y una situación inversa respecto a la medicina pre-paga.

#### INSERTAR CUADROS 7 Y 8 APROXIMADAMENTE AQUÍ

Entre aquellos que debieron pagar la consulta en todo o en parte (cuadro 7), casi la mitad sólo abono menos de 13 pesos (del año 1999). Ese monto, si bien pequeño, es relativamente importante en relación a lo que eran entonces las jubilaciones mínimas, alrededor de 150 pesos. Nótese que se trata de una sola consulta, la última, y que si son necesarias pruebas diagnósticas, evaluar el efecto de medicamentos, etc., puede ser necesaria más de una consulta en un lapso corto.

En cuanto a los que debieron pagar algo por su última internación, se dividen en dos grupos, los que pagaron un monto reducido (menos de 83 pesos) y los que pagaron más de 209 pesos. En todos los casos, incluso los que pagaron más, las sumas parecen indicar que generalmente se trató de un co-pago (confirmando lo visto en el cuadro 6).

Finalmente, la distribución de los que tuvieron que pagar al menos una parte del costo de los medicamentos es diferente, ya que no está concentrada en los montos inferiores, sino que se reparte en forma más pareja entre los distintos montos. La comparación con el costo de la consulta muestra que es mayor el peso sobre la población de lo gastado en medicamentos recetados en la última consulta que los gastado en pagar la última consulta misma (cuadro 7).

#### INSERTAR CUADROS 9 Y 10 APROXIMADAMENTE AQUÍ

Más del 90 por ciento de los adultos mayores a los que se le recetaron medicamentos en la última consulta pudieron obtenerlos todos, pero más del 85 por

ciento de éstos tuvieron que pagar al menos una parte<sup>6</sup>. Esa parte fue pagada mayoritariamente por el mismo anciano, en mayor medida en el caso de los hombres. Cuando la que debía adquirir los medicamentos era una mujer, si bien en tres cuartas partes de los casos fueron ellas mismas las que pagaron los hijos, y en menor medida, el cónyuge se hicieron cargo en un número acotado de casos (recordar que en estas edades predominan las mujeres viudas). Tanto hijos como cónyuges tuvieron un rol secundario en el pago de los medicamentos consumidos por los hombres.

Entre aquellos que no pudieron obtener los medicamentos que le habían sido recetados, cuatro quintas partes adujo razones de costo, a los que habría que sumar los que respondieron “no los cubre la obra social” (2.4 por ciento), quienes indirectamente también están indicando una razón económica.

En resumen, el problema de costos o, visto desde otro ángulo, de falta de cobertura o de cobertura insuficiente de la consulta y la internación, sólo está afectando a una fracción menor de los adultos mayores, los que en general deben pagar montos acotados. La mayoría también accede a los medicamentos que necesita, pero su costo incidiría más agudamente en la economía personal (generalmente) o familiar.

## **6. Extensión y tipo de cobertura**

Aunque ya se venía insinuando en las secciones anteriores, nos parece interesante ver en su conjunto la extensión de la cobertura y el tipo de prestaciones cubiertas, tal como lo declaran los adultos mayores.

INSERTAR CUADRO 11 APROXIMADAMENTE AQUÍ

Si bien la mayor parte de la población de 60 y más años tiene algún tipo de cobertura, queda alrededor de un 14 por ciento de mujeres y 18 por ciento de hombres que carecen de ella (están cubiertos solamente por el sector público). El PAMI y, en segundo lugar, otras obras sociales son los principales proveedores de cobertura de la población anciana, siendo la cobertura por el PAMI más frecuente entre las mujeres. Alrededor de un 10 por ciento de esta población tiene doble cobertura (más de una obra social o una obra social y una pre-paga), aunque no se puede descartar que exista una confusión en la declaración debido a las subcontrataciones que se entrecruzan entre los sectores (cuadro 11).

---

<sup>6</sup> En Argüello (2001), cuadro III.27, basado en una encuesta realizada en 1985-86 a personas de 60 y más años residentes en el Gran Buenos Aires el 71.1 por ciento declaró no tener problema en conseguir los medicamentos. Los datos no son estrictamente comparables porque las preguntas diferían. Ver cuestionario (en inglés) en PAHO, 1989.

Un dato preocupante es que, en ambos sexos, las cohortes de 60-69 años son en mucha mayor medida dependientes de la medicina pública. Si bien una parte de estas generaciones no está aún jubilada (momento en el que podrán ser cubiertos por el PAMI, ya que hasta ese momento carecen de cobertura), la tendencia también refleja la informalización y precarización creciente del mercado laboral, que ha dejado a muchas personas sin empleo o con empleos “en negro” que no ofrecen una obra social.

Estos datos son consistentes con los de Vassallo y Sellanes (2001:218-219)<sup>7</sup>, para 1997 en base a la Encuesta de Desarrollo Social. Según estos autores el 91.7 por ciento de los adultos mayores residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires tiene cobertura. El porcentaje más alto que citan se debe indudablemente a que sus estimaciones incluyen a la población a partir de los 65 años, y no de los 60 como en la encuesta SABE, excluyendo así a parte de la cohorte joven con menor cobertura.

En una encuesta realizada en 1985-86<sup>8</sup> a la población de 60 y más años residente en 8 áreas urbanas de la Argentina arroja, para el Gran Buenos Aires, porcentajes de afiliación al PAMI superiores a los actuales: 71.7 por ciento. En esa encuesta, como en la encuesta S.A.B.E., los porcentajes de afiliación de las mujeres son superiores a los de los hombres y la cobertura aumenta a medida que avanza la edad (Argüello, 1989: cuadro III.10).

A la población que tiene cobertura se le preguntó qué tipo de prestaciones creían (o sabían) ellos que estaban incluidas y en qué medida (cuadro 12). Según los declarado por los entrevistados la cobertura abarca sobre todo medicina general, especialistas, exámenes y hospitalización, en la mayor parte de los casos cubriendo la totalidad del costo. En el caso de los medicamentos se observa una baja frecuencia de cobertura total pero una alta frecuencia de cobertura parcial. Aunque en niveles inferiores, también en el caso de los anteojos recetados, la odontología y las prótesis es mayor la frecuencia de la cobertura parcial. Ya en estas categorías es alto el porcentaje de personas que no saben si tienen cobertura, seguramente porque no han tenido necesidad de hacer uso de esos servicios y así comprobarlo.

## INSERTAR CUADRO 12 APROXIMADAMENTE AQUÍ

El porcentaje de personas que no sabe si tiene cubierta la prestación es más alto todavía en aquellas prestaciones más infrecuentemente usadas como la rehabilitación, las prótesis, la homeopatía y el reemplazo de ingresos perdidos, lo que relativiza los

---

<sup>7</sup> El cuadro de la página 219 en esta publicación parece tener invertidas las columnas, ya que contradice al texto de la página 218, en el que nos basamos.

<sup>8</sup> Encuesta coordinada por la Organización Panamericana de la Salud.

porcentajes de respuestas positivas obtenidos. Sin embargo, la experiencia muestra que ese tipo de prestaciones no son generalmente cubiertas.

## **7. Conclusiones**

Los resultados de la encuesta en cuanto a las barreras al acceso a la satisfacción de las necesidades de salud han sido para nosotros algo sorprendentes. En efecto, esperábamos que las barreras fueran importantes, especialmente las económicas, pero también las ocasionadas por la forma de organización de los servicios. Ello no ocurrió en general: la mayor parte de la población adulta mayor está cubierta y los montos pagados en aquellos rubros en que la cobertura no es total no son, en promedio, excesivos. Sin embargo, aún esos costos, en particular el de los medicamentos es alto en relación a los ingresos de aquellos ancianos que dependen totalmente de una jubilación mínima o cercana a ella. Además, como la encuesta refiere este tipo de gastos sólo a la última consulta y a los medicamentos recetados en la última consulta, la comparación con el monto de la jubilación puede estar viciado por aquellos casos en que compras de medicamentos y/o consultas se repitieron en un mismo mes.

Las barreras espaciales y organizativas tampoco están afectando a la mayoría de la población anciana, aunque una fracción se vio afectada por esperas excesivamente largas en los consultorios externos.

## REFERENCIAS

Argüello, O., 1989. *Argentina: situación y necesidades de la tercera edad. Algunas ciudades seleccionadas*. Documento presentado a la Reunión de Cooperación CELADE- Gobierno Argentino, Buenos Aires, 1-3 de agosto.

Pan American Health Organization, 1989. *A Profile of the Elderly in Argentina*. Washington, D.C.: PAHO.

Vassallo, C. y Sellanes, M., 2001. La salud en la tercera edad. En: Autores varios, *Informe sobre la tercera edad en la Argentina. Año 2000*. Buenos Aires: Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, págs: 153-280