



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Barreras y estrategias de dispensación de medicamentos para adultos mayores
en seis países latinoamericanos: revisión de literatura 2015-2025.**

Adriana Lucia Villa Zapata

Liseth Ochoa Acevedo

Susana Torreglosa Villa

Trabajo de grado presentado para aspirar al título de Administradoras en Salud

Asesora

María Isabel Zuluaga Callejas, Magister (MSc) en Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Administración en Salud

Medellín, Antioquia, Colombia

2025



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cita	Villa Zapata, Ochoa Acevedo, Torreglosa Villa (1)
Referencia	(1) Villa Zapata AL, Ochoa Acevedo L, Torreglosa Villa S. Barreras y estrategias de dispensación de medicamentos para adultos mayores en seis países latinoamericanos: revisión de literatura 2015-2025. [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2025.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Adriana: A toda mi familia (madre, hermanos, abuela, tíos y tías) que desde siempre aportaron un granito de arena para que hoy yo esté aquí, por tanto, este logro también les pertenece.

A mi voz interna, alma aventurera que, pese al miedo, eligió la valentía y ha caminado con firmeza hacia la conquista de sus sueños.

A Juan Manuel, por ser mi faro en este viaje estelar; gracias por inspirarme, enseñarme, ser hogar en este vasto universo y creer en la luz que me habita.

Liseth: A mi padre y a mi madre, por estar siempre presentes. Gracias por enseñarme, con su ejemplo y esfuerzo diario, que la fortaleza se demuestra en los actos y no siempre en los gestos.

A mis hermanas, que desean verme crecer y cumplir mis metas.

A mi sobrino, su existencia me llena de ternura y me recuerda que cada logro que alcanzó también es un ejemplo que dejó para él.

A Edwin, quien llegó a mi vida para impulsarme a dar más de mí. Aunque llevamos poco tiempo juntos, su apoyo, sus palabras sinceras y su deseo genuino de verme crecer profesionalmente me han dado un nuevo impulso para creer en mis capacidades.

Y a mis gatas, mis pequeñas compañeras de noches largas, por su compañía silenciosa y su forma tan sencilla de dar amor. Gracias por ser mi calma, mi consuelo y mis pausas en medio del cansancio.

Susana: A mi amada madre, el pilar inquebrantable de mi vida. Gracias por cada sacrificio silencioso, por las palabras de ánimo que me levantaron siempre y especialmente por las incontables noches de vela, compartiendo mi esfuerzo. Este logro es, en gran parte, tuyo.

A mis queridos Abuelos: Edelmira, Ovidio, Mercedes y Marcos. Ustedes son mi inspiración eterna y la razón más profunda de mi perseverancia. Su legado y el amor que me han brindado es el motor que impulsa mi vida y la base que me motivó a enfocarme en este tema de investigación.

A mi fiel compañero peludo, mi refugio de paz, que con su presencia silenciosa pero intensa fue la luz en mis momentos de oscuridad y él que me recordaba la alegría en las largas noches de trabajo.

A mi familia que siempre estuvo pendiente en cada paso de este proceso, celebrando mis pequeñas victorias con la misma efusión como si fueran propias.

Y finalmente, a mis maravillosas amigas, por sus sabias palabras de aliento en los momentos de dudas, por ser la fuerza extra para seguir adelante recordando siempre mi capacidad.

Agradecimientos

A nuestra amada Universidad de Antioquia, nuestra Alma Máter, por abrirnos las puertas del conocimiento, permitírnos formarnos en gratuidad y brindarnos las herramientas para convertirnos en profesionales con sentido humano y compromiso social.

A nuestras familias, que han sido el pilar fundamental a lo largo de este camino. Su amor incondicional y su apoyo constante han sido el impulso que nos ha motivado a seguir adelante y dar lo mejor de nosotras.

A nuestra asesora, María Isabel, por su valiosa orientación, por compartir su tiempo y conocimiento, y por ayudarnos a aclarar el horizonte de este trabajo con paciencia, compromiso y dedicación.

Y finalmente, a nosotras mismas, por no desistir, por mantener la motivación incluso en los momentos difíciles y por demostrar que el trabajo en equipo, la disciplina y la perseverancia son el verdadero motor para alcanzar nuestras metas.

Tabla de contenido

Resumen	11
Abstract	12
Introducción	13
1. Planteamiento del problema	15
Figura 1. Infografía	22
2. Justificación	25
3. Objetivos	27
3.1 Objetivo general	27
3.2 Objetivos específicos	27
4. Marcos de referencia	28
4.1 Marco Conceptual	28
4.1.1 Envejecimiento poblacional	28
4.1.2 Adulto mayor	30
4.1.3 Barreras de acceso a los servicios de salud	31
4.1.4 Derecho a la salud	32
4.1.5 Transición demográfica	33
4.1.5.1 Etapas de la transición demográfica	33
4.1.5.2 Influencia de la transición demográfica en las ECNT	35
4.1.6 Transición epidemiológica	35
4.1.6.1 Etapas de la transición epidemiológica	36
4.1.6.2 Influencia de la transición epidemiológicas en las ECNT	37
4.1.7 Edadismo	38
4.2 Estado del Arte	38
4.3 Marco Geográfico, demográfico y de salud	41
4.4 Marco Normativo	44
4.4.1 Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA 2030)	44
4.4.2 Estrategia Regional sobre el Acceso y Uso Racional de Medicamentos	45
4.4.3 Ley 2055 de 2020	45
4.4.4 Ley 1751 de 2015	47
5. Metodología	47
5.1 Tipo de estudio y enfoque metodológico	48
5.1.1 Formulación de la pregunta de revisión	48
5.1.2 Fuente de información y búsqueda	49
Tabla 1: Primeros hallazgos	50
5.1.3 Criterios de inclusión y exclusión	50
5.1.3.1 Criterios de inclusión	51

5.1.3.2 Criterios de Exclusión	51
5.1.4 Extracción y organización de la información	52
Figura 2. Diagrama para la revisión literaria	53
5.1.5 Análisis Y Síntesis	54
5.1.5 Consideraciones éticas	55
7. Resultados	56
6.1 Principales barreras de acceso	58
6.1.1 Fragmentación estructural: cuando el sistema multiplica las ventanillas	59
6.1.2 Barreras organizativas: burocracia, tiempos y horarios que no contemplan la vejez	60
6.1.3 Barreras físicas y de entorno: arquitectura hostil y transporte insuficiente	61
6.1.4 Barreras socioeconómicas: cuando no se cuenta con la capacidad económica	61
6.1.5 Barreras relacionales y de capacidades: edadismo, formación y acompañamiento	62
6.1.6 Cómo se encadenan las barreras en la dispensación en los adultos mayores	63
6.2 Principales estrategias implementadas por país	64
6.2.1 Análisis de información por país	69
Tabla 2: Resumen de la estrategia de Argentina	69
Tabla 3: Resumen de la estrategia de Chile	69
Tabla 4: Resumen de la estrategia de Uruguay	70
Tabla 5: Resumen de la estrategia de Cuba	71
Tabla 6: Resumen de la estrategia de Brasil	71
Tabla 7: Resumen de la estrategia de Colombia	72
6.3 Líneas de recomendación	72
6.3.1 Generales	72
6.3.1.1 Disminución de la fragmentación y simplificación administrativa	72
6.3.1.2 Accesibilidad	73
6.3.1.3 Fortalecimiento del personal de salud	73
6.3.1.4 Tecnología con un enfoque diferencial	74
6.3.2 Específicas por países	74
6.3.2.1 Argentina	74
Tabla 8: Resumen de las líneas de recomendación de Argentina	76
6.3.2.2 Chile	77
Tabla 9: Resumen de las líneas de recomendación de Chile	79
6.3.2.3 Uruguay	80
Tabla 10: Resumen de las líneas de recomendación de Uruguay	83
6.3.2.4 Cuba	83

Tabla 11: Resumen de las líneas de recomendación de Cuba	87
6.3.2.5 Brasil	87
Tabla 12: Resumen de las líneas de recomendación de Brasil	89
6.3.2.6 Colombia	90
Tabla 13: Resumen de las líneas de recomendación de Colombia	94
8. Discusión	94
9. Conclusiones	103
10. Limitaciones	107
11. Recomendaciones	108
12. Referencias	110
Anexos	129
ANEXO 2 - Ficha de análisis	129

Lista de tablas

Tabla 1: Primeros hallazgos	54
Tabla 2: Resumen de la estrategia de Argentina	71
Tabla 3: Resumen de la estrategia de Chile	72
Tabla 4: Resumen de la estrategia de Uruguay	72
Tabla 5: Resumen de la estrategia de Cuba	73
Tabla 6: Resumen de la estrategia de Brasil	74
Tabla 7: Resumen de la estrategia de Colombia	74
Tabla 8: Resumen de las líneas de recomendación de Argentina	78
Tabla 9: Resumen de las líneas de recomendación de Chile	82
Tabla 10: Resumen de las líneas de recomendación de Uruguay	85
Tabla 11: Resumen de las líneas de recomendación de Cuba	89
Tabla 12: Resumen de las líneas de recomendación de Brasil	92
Tabla 13: Resumen de las líneas de recomendación de Colombia	96

Lista de figuras

Figura 1. Infografía	28
Figura 2. Diagrama para la revisión literaria	56

Siglas, acrónimos y abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEAF	Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutico
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ELEAM	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores
EPS	Entidades Promotoras de Salud
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FTM	Formulario Terapéutico de Medicamentos
GES	Garantías Explicitas de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IPC	Indice de Precios al Consumidor
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
MINSAL	Ministerio de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económica
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAMI	Programa de Asistencia Médica Integral
PCC	Población, Concepto y Contexto
PMO	Programa Médico Obligatorio
SAMS	Sistema de Atención Médica Suplementaria
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia humana

Resumen

Esta investigación es una Revisión de Literatura de Alcance (Scoping review), cuyo propósito fue analizar las principales barreras de acceso y las estrategias implementadas para la dispensación de medicamentos dirigidos a la población adulta mayor en América Latina: Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia entre 2015-2025.

Objetivo: Analizar, mediante una revisión de literatura, las principales barreras de acceso y las estrategias implementadas en los sistemas de salud para la dispensación de medicamentos a adultos mayores en los 6 países mencionados.

Metodología: Se desarrolló como una revisión documental de tipo Scoping Review, con enfoque cualitativo y descriptivo, para mapear el conocimiento disponible e identificar vacíos sobre el acceso y las estrategias para la dispensación de medicamentos a la población adulta mayor.

Se estructuró una pregunta bajo el enfoque PCC, se realizó una búsqueda estructurada y sistematizada en las bases de datos y se incluyó literatura gris. Por último, se limitó la revisión en publicaciones entre los años 2015 y 2025 en los 6 países, abarcando estudios en el campo de la Salud Pública y las Ciencias de la Salud.

Resultados: Se identificaron las barreras estructurales e individuales, también se analizaron las estrategias implementadas por los sistemas de salud en estos países y por último se desarrolló líneas de recomendación generales y específicas por país.

Conclusiones: El estudio evidenció que la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud profundiza desigualdades territoriales y socioeconómicas, reafirmando que el acceso a medicamentos para los adultos mayores debe asumirse con mayor importancia dentro de los sistemas de salud y no percibirlo con una formalidad, sino como un derecho fundamental y un indicador de justicia social.

Palabras claves: Acceso a medicamentos, Tecnologías sanitaria, Dispensación de medicamentos, Servicios farmacéuticos, Barreras, Adultos mayores, Sistema de salud, América Latina, Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil, Colombia.

Abstract

This research is a Scoping Review, whose purpose was to analyze the main barriers to access and the strategies implemented for dispensing medications to older adults in Latin America: Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brazil, and Colombia between 2015 and 2025.

Objective: To analyze, through a literature review, the main barriers to access and the strategies implemented in health systems for dispensing medications to older adults in the six aforementioned countries.

Methodology: A Scoping Review was conducted, with a qualitative and descriptive approach, to map the available knowledge and identify gaps regarding access to and strategies for dispensing medications to older adults.

A research question was formulated using the PCC approach, a structured and systematic search was performed in the databases, and gray literature was included. Finally, the review was limited to publications between 2015 and 2025 in the 6 countries, covering studies in the field of Public Health and Health Sciences.

Results: Structural and individual barriers were identified, strategies implemented by health systems in these countries were analyzed, and general and country-specific recommendations were developed.

Conclusions: The study demonstrated that the segmentation and fragmentation of health systems deepen territorial and socioeconomic inequalities, reaffirming that access to medicines for older adults must be given greater importance within health systems and perceived not as a mere formality, but as a fundamental right and an indicator of social justice.

Keywords: Access to medicines, Health technologies, Medication dispensing, Pharmaceutical services, Barriers, Older adults, Health system, Latin America, Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brazil, Colombia

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye una de las transformaciones demográficas más significativas a nivel global y, particularmente, en la región de América Latina y el Caribe. Países como Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia se encuentran en una etapa avanzada de esta transición, lo que se traduce en un crecimiento exponencial y sostenido de la población adulta mayor. Este cambio no es sólo estadístico, sino que tiene profundas implicaciones sociales y sanitarias, pues convierte a los adultos mayores en los principales consumidores de medicamentos para el manejo de enfermedades crónicas y degenerativas, incrementando significativamente la demanda sobre los sistemas de salud.

A pesar de que el derecho a la salud es un pilar fundamental reconocido y regulado por diversas normativas internacionales y nacionales, el acceso efectivo y la dispensación oportuna de medicamentos para este grupo etario se ven sistemáticamente obstaculizados. Las dificultades se manifiestan a través de una compleja interacción de barreras estructurales (como la burocracia, la escasez de personal y de medicamentos, o las fallas de gestión), barreras individuales (que incluyen limitaciones económicas, geográficas o el bajo nivel educativo), y barreras socioculturales. Entre estas últimas, el edadismo emerge como un factor determinante, pues la discriminación por edad en las instituciones de salud restringe el acceso a procedimientos y tratamientos, vulnerando la calidad de vida y la dignidad de los pacientes.

Ante este panorama crítico, este trabajo se desarrolló como una revisión documental de tipo Scoping Review, bajo un enfoque cualitativo y de alcance descriptivo, cuyo objetivo central es analizar las principales barreras de acceso y las estrategias de dispensación implementadas en los sistemas de salud de los seis países latinoamericanos seleccionados, abarcando el periodo 2015-2025. Mediante la consolidación y el análisis de la evidencia científica existente, este estudio busca no

solo describir la problemática, sino también identificar buenas prácticas y generar líneas de recomendación que sirvan de herramienta a las autoridades sanitarias, gestores de riesgos y entes reguladores para ajustar sus políticas y fortalecer los sistemas, asegurando así un acceso equitativo y seguro a los tratamientos farmacológicos para la población adulta mayor de la región.

Mediante la consolidación y el análisis de la evidencia científica, este estudio busca no solo describir la problemática, si no identificar, examinar y mapear las estrategias de mitigación implementadas; incluyendo el impacto de medidas aceleradas por la pandemia como la entrega domiciliaria o la eliminación de copagos. El objetivo final es generar líneas de recomendación que sirvan como herramientas de política pública a las autoridades sanitarias, gestores de riesgo y entes reguladores para ajustar sus políticas y fortalecer los sistemas, asegurando así un acceso equitativo y seguro a los tratamientos farmacológicos para la población adulta mayor de la región.

1. Planteamiento del problema

Según el Departamento Nacional de Planeación colombiano, las barreras de acceso a los servicios de salud se definen como obstáculos para que las personas obtengan la atención médica que requieren cuando tienen necesidades en salud (1). Por un lado, existen barreras estructurales que son propias del sistema sanitario entre las cuales podemos destacar procesos de burocracia, barreras tecnológicas, cobertura insuficiente, gestión inadecuada, escasez de personal capacitado y escasez de medicamentos. Estos factores afectan generalmente a los adultos mayores más desfavorecidos y que, además, suelen presentar problemas de salud más complejos comparado con la población general (2).

Además, existen barreras relacionadas con el individuo y también influyen en el acceso al sistema de salud. Entre ellas se encuentran estilos de vida, nivel educativo, ingresos, factores conductuales, biológicos y psicosociales, así como factores socioculturales y éticos (2). Todas estas condiciones dificultan la continuidad de los tratamientos farmacológicos que los adultos mayores requieren para mantener su calidad de vida.

El impacto de estas barreras se destaca en la población adulta mayor, un grupo poblacional que ha experimentado un crecimiento constante entre 2015 y 2025 tanto a nivel global como en algunos de los países mayormente envejecidos de América Latina: Argentina, Chile Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, donde se destacan altos índices de envejecimiento y, por lo tanto, con mayores desafíos en la cobertura, dispensación y acceso equitativo a tratamientos farmacológicos, generando de esta forma una mayor demanda de servicios de salud y acceso a medicamentos para tratar Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y degenerativas de este grupo poblacional (3).

Según estudios demográficos realizados, a nivel mundial, el envejecimiento poblacional pasará de estar en 8% (1950) de adultos mayores de 60 años, al 22% para el año 2050, y los menores de 15 años pasarán de un 34% a mediados del siglo XX a

un 20% cien años después (4). El número de personas de 80 años o más se triplicará entre 2020 y 2050 llegando a los 426 millones y se estima que para el 2050 el número de personas de 65 años o más en todo el mundo será el doble del número de niños de menos de 5 años (5). Esta transformación demográfica es resultado de una disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad, así como el aumento de la esperanza de vida en los últimos años (5). Para el caso de América Latina, pasará de ser una sociedad joven a ser una sociedad adulta joven en el período comprendido entre 2020 y 2025, para luego convertirse en una sociedad adulta, con la mayor parte de la población en el grupo de 40 a 59 años en 2045. Este proceso no es homogéneo y responde también a cambios generacionales y sociales, como los observados con la generación de los Baby Boomers (6).

A partir de los años 2000, la generación de los Baby Boomers (nacidos entre mediados de la década de 1940 y mediados de los 1960-70 según diferentes fuentes) empieza a evidenciarse significativamente, así como también el resultado de la transición demográfica que tuvo sus inicios en 1960 aproximadamente. Este proceso se refleja en la disminución de natalidad, poca formación de familias, disolución matrimonial, aumento en la esperanza de vida y crecimiento en el número de personas en edades avanzadas (6).

La transición es también el resultado de otros factores sociales como el aumento del nivel educativo, particularmente en la mujer, cambio en los estilos de vida, aumentó en los niveles de empleo e ingresos, así como mayor autonomía en el rol femenino, dando lugar a mejores condiciones de vida (7). En este contexto, la función social de la mujer dejó de estar exclusivamente asociada a la maternidad, sino también la posibilidad de desarrollar proyectos personales y profesionales, contribuyendo directamente a la disminución de fecundidad en las sociedades que se relacionan con el envejecimiento poblacional.

Colombia, por ejemplo, al igual que otros países, experimenta un proceso de envejecimiento poblacional acelerado. Es importante considerar las particularidades de

Colombia en términos de acceso a servicios de salud, pensiones y programas de protección social para adultos mayores. Según el DANE, en Colombia hay aproximadamente 7.2 millones de personas adultas mayores, lo que representa alrededor del 13.9% de la población total. Se proyecta que para el 2050, el 25% de la población colombiana será de adultos mayores, lo que equivale a unos 15 millones de personas (8).

Teniendo en cuenta lo anterior, los adultos mayores se consolidan como uno de los principales consumidores de medicamentos a nivel mundial. En Estados Unidos, por ejemplo, alrededor del 30% de todas las recetas médicas se destinan a este grupo, a pesar de que representan el 15,18% de la población total. Esta tendencia de alto consumo también se ha registrado en países como Canadá y el Reino Unido. Además de los medicamentos recetados, un 40% de los adultos mayores utiliza regularmente al menos un medicamento de venta libre, los cuales a menudo no se incluyen en sus historiales clínicos (9). Pese a la elevada demanda y consumo de medicamentos, los adultos mayores se enfrentan a numerosas barreras para acceder al sistema sanitario y garantizar la continuidad de sus tratamientos farmacológicos limitando su derecho a un acceso efectivo y seguro.

Por otra parte, la mayoría de los sistemas de salud no tienen estrategias para responder de manera efectiva a las necesidades específicas de esta población. Esta situación es un problema porque en el futuro se tendrá una población mayormente envejecida lo cual genera una mayor demanda de servicios de salud y a su vez, acceso a medicamentos para el tratamiento de sus enfermedades y otras afecciones de salud que puedan estar presentes en esta etapa de la vida (10).

En Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia los adultos mayores enfrentan diversas limitaciones para reclamar los fármacos. Sus vulnerabilidades incluyen dificultad para obtener documentación, falta de protección social y problemas económicos, limitaciones laborales, mala alimentación y hacinamiento. Otro de los problemas que afecta a los adultos mayores es el edadismo, la cual es una forma de

discriminación basada en la edad. lo que contribuye al deterioro de su calidad de vida, los desfavorece y contribuye a la vulneración de sus derechos. Este fenómeno se presenta con frecuencia en las instituciones de salud, donde en ocasiones se niega un servicio o se limita el acceso a procedimientos y tratamientos únicamente por la edad de la persona. Según un artículo publicado por la OMS en 2020, de 149 casos revisados, en el 85 % la edad fue un factor determinante para decidir quién recibía ciertos procedimientos o tratamientos médicos (11).

Las afecciones de salud más comunes que requieren de la dispensación y consumo de medicamentos sostenidos en el tiempo son hipertensión (42%) trastornos mentales (34%), problemas gastrointestinales (21%) mientras que un 42% no recibe tratamiento por falta de documentación, recursos o problemas de movilidad. Durante la pandemia, Panamá y Costa Rica implementaron la entrega de medicamentos a domicilio, pero la región enfrenta escasez de recursos y dependencia de importaciones. Para reducir el gasto de bolsillo, países como Argentina, Brasil y Chile han implementado programas de medicamentos gratuitos o a domicilio (4).

En una revisión sistemática cualitativa realizada entre los años 2000 y 2010 se identificaron un total de 230 barreras y solo 35 elementos facilitadores, por medio de los usuarios y los equipos de salud aparecieron en la revisión, independientemente de que fueran las mismas o similares. Las 230 barreras se clasificaron siguiendo el modelo de Tanahashi: 87 (38%) corresponden a la dimensión de aceptabilidad, 67 (29%) a accesibilidad, 51 (22%) a contacto y 25 (11%) a disponibilidad. Considerando el total de las barreras identificadas, las barreras que aparecieron con mayor frecuencia fueron: costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes (8,7%), temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud (7,6%), desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito (6,1%) y estigma social, creencias y mitos (6,1%). Dado que el objetivo fue identificar barreras y facilitadores de acceso a la atención, y no la proporción de la población mencionada, no se incorporó la dimensión “cobertura efectiva” del modelo de Tanahashi (12).

De acuerdo con la literatura, en Colombia uno de los principales factores que lleva a los usuarios a acudir a urgencias es la dificultad para comunicarse con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para solicitar citas, autorizaciones e información. A esto se suma el acceso limitado a medicamentos esenciales, lo que obliga a muchos pacientes a buscar soluciones inmediatas en los servicios de urgencias (4).

En otro estudio realizado en Colombia sobre las barreras para acceder al sistema de salud, las dificultades en la dispensación de medicamentos representan una de las barreras administrativas más significativas. Los usuarios con frecuencia deben realizar largas filas para reclamar sus tratamientos, lo que genera inconformidad y desmotivación. La falta de personal suficiente para la entrega de medicamentos agrava la situación, ocasionando tiempos de espera prolongados y acumulación de pacientes en los puntos de dispensación. Además, el desabastecimiento recurrente obliga a los usuarios a regresar en varias ocasiones o incluso a suspender sus tratamientos. Un usuario expresó su inconformidad frente al proceso de dispensación de medicamentos:

Reclamar medicamentos es un caos, debido a las largas filas que hay que hacer, a veces es poco el personal que hace esa labor, eso hace que se acumule más la gente y empiecen a enojarse, porque esperar no es bueno en ninguna parte, pero agreguemos a eso que no siempre está todo, eso sí da inconformidad en el servicio. Volver a reclamarlo no es tan fácil como allá creen, y a veces la solución es o comprarlos si hay dinero o no tomárselos (13).

Ante estas dificultades, los pacientes recurren a estrategias como la compra particular de medicamentos o el "préstamo" entre personas con enfermedades similares, con el fin de garantizar la continuidad de sus tratamientos. Sin embargo, en el caso colombiano esta solución no es viable para todos, ya que muchas personas enfrentan barreras económicas que limitan su acceso a la medicación. Cuando los tratamientos no están disponibles en las instituciones de salud, los pacientes deben asumir gastos de bolsillo para cubrir sus necesidades, lo que representa una carga

financiera considerable, especialmente para quienes residen en zonas rurales o alejadas (13).

A pesar de que los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia en temas de salud ha implementado políticas sociales para mejorar el desempeño en el sector salud, las diferentes reformas de los mismos han propiciado inequidades en donde una de los grupos poblacionales que son más vulnerables son los adultos mayores, teniendo en cuenta que además de enfrentar las consecuencias de su enfermedad, se suman otras características sociales, económicas y políticas que los pone en desventaja frente a los demás grupos poblacionales de la sociedad (14).

Por otro lado, si bien existen investigaciones científicas sobre las barreras de acceso a los medicamentos en los 6 países mencionados, persisten importantes vacíos en relación con la población adulta mayor. En primer lugar, la mayoría de los estudios se centran en cuantificar barreras estructurales o relacionadas con el individuo, pero son escasas aquellas investigaciones cualitativas que profundizan en las experiencias, percepciones y vivencias de los adultos mayores. Seguidamente, hay pocas investigaciones de los medicamentos utilizados para cada una de las patologías prevalentes en los adultos mayores; existen estudios relacionados con medicamentos antihipertensivos, pero poco se encuentra en la literatura sobre medicamentos relacionados con enfermedades mentales, gastrointestinales o situaciones de multimorbilidad (15).

La falta de acceso oportuno a los sistemas de salud, en este caso para la dispensación de medicamentos para los adultos mayores, puede generar repercusiones tanto a nivel individual como en el sistema sanitario. La falta de medicamentos oportunos puede deteriorar la calidad de vida del paciente, agravar enfermedades crónicas, aumentar los gastos de bolsillo e incluso generar desenlaces fatales. Por otro lado, para el sistema sanitario, estas consecuencias impactan negativamente en los costos y gastos asociados a la atención médica, sobrecarga en cada uno de los

servicios, implicaciones legales, estigma social y poca confianza de la población por la capacidad para responder a las necesidades de la población (14).

En este contexto, resulta pertinente analizar el fenómeno del envejecimiento desde una perspectiva más amplia, que considere tanto las transformaciones demográficas como las respuestas institucionales que los países han desarrollado frente a este proceso. Comprender el contexto demográfico y las políticas nacionales de envejecimiento permite dimensionar la magnitud de los cambios poblacionales y sus implicaciones para los sistemas de salud en la región.

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento poblacional avanza de manera acelerada y con notables diferencias entre países, configurando una de las transiciones demográficas más rápidas del mundo. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, la región pasará de 88 millones de personas mayores de 60 años en 2020 a más de 140 millones en 2030, lo que implica una creciente demanda de servicios de salud. Este fenómeno refleja no solo un aumento sostenido en la esperanza de vida, sino también una disminución de la fecundidad, que en conjunto están transformando la estructura por edades de la población (16).

La tabla comparativa (Tabla 1) presenta los principales indicadores demográficos y las políticas nacionales de envejecimiento y vejez, lo que permite identificar similitudes y diferencias entre los países analizados en cuanto al grado de avance en sus respuestas institucionales frente al envejecimiento poblacional. Dicha información puede visualizarse también en la infografía que se presenta a continuación y en el Anexo 1.

Figura 1. Infografía

Nota: Para sacar el cálculo de índice de envejecimiento se divide la relación entre la cantidad de personas de 60 años y más y la cantidad de personas menores de 14 años, luego el resultado se multiplica por 100.

Fuente: Elaborado a partir del informe de la CEPAL del año 2023 y las diferentes entidades de cada país para difundir los datos estadísticos (17).

El índice de envejecimiento permite dimensionar la relación entre la población mayor de 60 años y la población menor de 14, evidenciando el grado de madurez demográfica de un país. En esta revisión de literatura se empleó este rango etario debido a que los países analizados son en su mayoría países en vía de desarrollo, donde las fuentes estadísticas consideran los 60 años como el umbral de vejez, a diferencia del estándar internacional que utiliza los 65 años y los 15 años como límites poblacionales. En este sentido, los valores más altos son observados en Cuba, Uruguay y Chile donde existen más de 120 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, lo que indica que estas naciones han completado la transición hacia sociedades envejecidas.

Este fenómeno implica una transformación estructural con cambios en la planificación sanitaria, el mercado laboral y los sistemas de protección social, dado que a medida que la base poblacional joven se reduce, aumenta la carga de dependencia económica y sanitaria, lo que demanda políticas más robustas de cuidado, sostenibilidad fiscal y promoción del envejecimiento saludable. En contraste, países como Brasil y Colombia, con índices inferiores, aún conservan una estructura demográfica más equilibrada, pero de igual forma, deben adaptar sus sistemas de salud y seguridad social a las demandas de una población que envejece rápidamente.

Por lo anterior, es que se hace necesario la implementación de políticas para los adultos mayores para garantizar su calidad de vida y culminar esa etapa de la vida de manera digna. Este estudio además de identificar barreras de acceso que enfrentan los adultos mayores para acceder a la dispensación de medicamentos, también pretende reconocer y analizar las estrategias que ya existen en los diferentes sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, ya que nos permiten

comprender las acciones que han sido efectivas, y, del mismo modo, aquellas que presentan limitaciones. En este sentido, la comparación entre las políticas implementadas en los diferentes países de la región se convierte en una herramienta clave para promover la equidad y fortalecer los sistemas de salud de la región teniendo en cuenta la población adulta mayor. Además, no solo permite identificar buenas prácticas que pueden ser replicables, sino también anticipar riesgos, evitar errores y optimizar recursos.

Es por ello que surge la pregunta de investigación: ¿Qué barreras de acceso y estrategias han sido reportadas en la literatura entre 2015 y 2025 en los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia para garantizar la dispensación de medicamentos a la población adulta mayor?

2. Justificación

La problemática expuesta revela una situación crítica que a su vez permite mapear y comparar las barreras y estrategias que afectan el acceso a medicamentos en los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia. Por ello, se busca estudiar las barreras de acceso y las estrategias que implementan los diferentes sistemas de salud a la población adulta mayor entre 2015 y 2025. Teniendo en cuenta que el envejecimiento poblacional, es un fenómeno global con impacto significativo en los países mencionados, este trabajo pretende poner en evidencia las dificultades que los adultos mayores enfrentan para acceder a servicios de salud y medicamentos. En tal sentido, la falta de políticas diferenciales y estrategias efectivas por parte de los sistemas de salud agrava esta situación, generando inequidades y poniendo en riesgo la calidad de vida de esta población vulnerable.

En este contexto, la presente revisión de literatura se justifica por la necesidad de comprender a fondo las barreras de acceso y las estrategias de los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia con el fin de que los resultados estudiados puedan ser utilizados por las autoridades sanitarias, entes reguladores, aseguradoras y profesionales en salud, de manera que ajusten sus políticas o rutas de dispensación con base en barreras identificadas y estandarización de estrategias para el acceso a medicamentos, al igual que permite que los sistemas de salud dentro de su priorización presupuestal y gestión de riesgos puedan incluir estas estrategias, y estar en continua monitoreo y evaluación.

Esta investigación busca identificar las diversas barreras de acceso que enfrentan los adultos mayores en cada región, reconociendo que estas varían según factores sociales, económicos, culturales y políticos. Al comprender estas barreras, se podrá contribuir al desarrollo de estrategias más efectivas y equitativas que garanticen el acceso oportuno a medicamentos, mejorando así la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores en los países mencionados, genera también, que sus familias y

cuidadores tengan menor carga logística y económica asociada a reclamar un medicamento.

Además, este trabajo es de gran relevancia para la Administración en Salud, pues permite comprender cómo las barreras de acceso y las estrategias de dispensación impactan directamente la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad de los sistemas de salud en los países mencionados. Analizar estos factores proporciona insumos clave para la toma de decisiones, la formulación de políticas públicas, la gestión del riesgo en salud y la optimización de los procesos administrativos asociados al acceso a medicamentos. De esta manera, la investigación aporta evidencia útil para fortalecer la planificación, la gestión y la evaluación de los servicios farmacéuticos dirigidos a la población adulta mayor.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar, a través de una revisión de literatura, las principales barreras de acceso y las estrategias implementadas en los sistemas de salud para la dispensación de medicamentos dirigidos a la población adulta mayor de 6 países de América Latina: Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales barreras de acceso a los medicamentos que enfrentan las personas mayores en los países mencionados
- Examinar las estrategias implementadas por los sistemas de salud para mejorar la dispensación de medicamentos
- Generar líneas de recomendación por países para el establecimiento de estrategias de dispensación acorde con los resultados.

4. Marcos de referencia

4.1 Marco Conceptual

4.1.1 Envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional entendido como el incremento de la proporción de personas mayores en relación con la población joven, en Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia ha generado crecimiento significativo de la demanda de dispensación de medicamentos dirigidos a la población adulta mayor para tratar principalmente enfermedades crónicas. Siendo este grupo poblacional uno de los principales consumidores de fármacos en la región.

El envejecimiento, lo define el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia como “un proceso continuo, multifacético e irreversible de múltiples transformaciones biopsicosociales a lo largo del curso vital, que no son lineales ni uniformes y sólo se asocian vagamente con la edad de una persona en años.” (18).

Con el propósito de analizar cómo se manifiesta el envejecimiento poblacional en América Latina, resulta pertinente analizar el perfil demográfico de los países de interés para este estudio, con el fin de evidenciar las diferencias y similitudes en: porcentaje de adultos mayores, la disminución de la población joven y las variaciones en las tasas de fecundidad, procesos de transición demográfica en la que se encuentra cada país.

Argentina cuenta con un estimado de 45,851,4 millones de habitantes para mediados de 2025, y se proyecta que esta cifra supere los 49 millones en el año 2030. Actualmente, la población de Argentina representa aproximadamente el 0,56% de la población mundial. Para 2030, se espera que el 17,4% de los habitantes tenga 60 años o más (7,827 habitantes en el año 2025), lo que ubica al país en una etapa de transición demográfica avanzada y lo consolida como uno de los países más envejecidos de América Latina debido al incremento sostenido en la esperanza de vida y la disminución en las tasas de natalidad. Por su parte, la participación de la población

joven ha disminuido, pasando del 30,6% en 1991 al 22% en 2022, lo que refleja un proceso de envejecimiento poblacional y bajas tasas de natalidad cada vez más marcadas (19).

En el caso de Chile, se estima que en 2025 su población alcanzó los 20 millones de habitantes (19,859,9 para mediados del mismo año), de la cual el 20,1% corresponde a población mayor de 60 años (3,992 mayores de 60 años), consolidándose, así como uno de los países con una transición demográfica más avanzada en América Latina. Este proceso se explica principalmente por la marcada disminución de las tasas de fecundidad a lo largo de seis décadas (1960–2021), dado que, desde inicios de los años 2000, las tasas globales de fecundidad en Chile se han mantenido por debajo del nivel de reemplazo (2.1 hijos por mujer), alcanzando en 2021 su punto más bajo con 1,17 hijos por mujer en edad fértil, lo que evidencia un envejecimiento poblacional acelerado y sostenido (20).

Uruguay tiene una población de aproximadamente 3,384,7 habitantes según los informes de la CEPAL. De este total, alrededor del 17,8% de la población corresponde al grupo de 0 a 14 años, lo que equivale a aproximadamente 605 niños y adolescentes. Además, cerca del 21,6% de la población tiene 65 años o más (aproximadamente 733 personas), lo que sitúa a Uruguay como uno de los países con mayor envejecimiento demográfico en América Latina.

Cuba por su lado, tiene una población total de 10,937,2 habitantes para el año 2025, de los cuales el 24,9% corresponde a adultos mayores de 60 años o más (2,727 adultos mayores de 60 años). En contraste, la población menor de 15 años representa aproximadamente el 15% del total (1,643 niños menores de 14 años), lo que evidencia su acelerado proceso de envejecimiento. Al igual que los países previamente mencionados, Cuba atraviesa una transición demográfica avanzada. Una de las razones es por una tasa de fecundidad inferior al nivel de reemplazo poblacional (2,1 hijos por mujer) desde hace varias décadas, acompañada de un aumento progresivo en la esperanza de vida (19).

Seguidamente, en Brasil, la población estimada al 1 de julio de 2025 es de 212,812,4 habitantes. De acuerdo con el Censo Demográfico 2025, el país registró 35,376 personas de 65 años o más, lo que equivale al 16,6% de la población total. Por otro lado, la proporción de niños y adolescentes de 0 a 14 años se redujo al 19,3% en 2025 (41,256 niños menores de 14 años), frente al 24,1 % registrado en 2010, lo que refleja un proceso sostenido de envejecimiento poblacional. La transición demográfica brasileña se ha desarrollado de manera acelerada en las últimas décadas, caracterizada por la reducción de la fecundidad, que pasó de más de 6 hijos por mujer en la década de 1960 a 1,57 en 2023, cifra claramente por debajo del nivel de reemplazo poblacional (19).

Finalmente, Colombia cuenta con una población aproximada de 53,425,6 habitantes a mitad del año 2025. De este total, el 15,1% corresponde a adultos mayores de 65 años o más (8.070 adultos mayores), mientras que la población de 0 a 14 años representa el 19,9% (10,680 niños menores de 14 años) lo que refleja un proceso de envejecimiento progresivo. El país atraviesa una transición demográfica intermedia-avanzada, generada por la disminución de la fecundidad a niveles inferiores al reemplazo poblacional (2,1 hijos por mujer). Aunque persiste una base relativamente amplia de población joven, la tendencia apunta hacia un aumento sostenido de la población adulta mayor, lo que plantea retos significativos para el sistema de salud y las políticas públicas de atención y protección social (19).

4.1.2 Adulto mayor

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia se considera adulto mayor a todo sujeto de derecho especial mayores de 60 años que, en condiciones ideales, se mantienen activas socialmente, con derechos, deberes y participación en la vida comunitaria. Es importante resaltar que el proceso de envejecimiento varía entre individuos, influenciado por sus contextos, experiencias,

factores sociales, económicos y biológicos Las trayectorias de vida, el entorno y las experiencias influyen de manera significativa en cómo las personas envejecen (21).

Alineados con esta definición, en los seis países analizados en este estudio, se considera adulto mayor a toda persona a partir de los 60 años de edad, de acuerdo con las políticas nacionales y marcos normativos de cada sistema de salud. Esta edad de referencia difiere en algunos países desarrollados, donde la categoría de adulto mayor se establece a partir de los 65 años (22).

4.1.3 Barreras de acceso a los servicios de salud

Por otro lado, para hablar de barreras de acceso a los servicios de salud, principalmente aplicado a la dispensación de medicamentos que presentan los adultos mayores, es necesario en primera instancia definir el concepto de accesos a servicios de salud. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el acceso es la “capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan”. No obstante, existen múltiples factores que pueden dificultar este acceso, limitando el ejercicio efectivo del derecho a la salud (23). Estos factores se refieren a las barreras de acceso las cuales están relacionadas con factores estructurales del sistema de salud así como factores individuales de los usuarios. En este contexto, el acceso a medicamentos es un componente fundamental del derecho a la salud y un elemento clave para garantizar el bienestar de la población.

Existe un debate conceptual en torno al uso de los términos “acceso” y “accesibilidad”. Mientras algunos autores los emplean de manera similar, otros establecen diferencias, señalando que uno constituye el proceso general y el otro una dimensión específica dentro de dicho proceso, lo que posibilita llegar al servicio de manera efectiva. En este sentido, resulta relevante comprender el acceso como un fenómeno multidimensional, que puede analizarse a partir de aspectos como la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, así como desde dimensiones geográficas, económicas y administrativas (24).

El acceso puede entenderse como un proceso mediante el cual se busca satisfacer una necesidad de atención en salud a través de diversas etapas: el reconocimiento de la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema hasta resolverla. En cada una de estas fases hay una intervención de diferentes actores, entre ellos el personal de salud, los administradores de servicios, los usuarios, y las entidades de regulación y financiamiento. Así, el acceso a medicamentos se configura como un componente esencial del derecho a la salud y un pilar fundamental para garantizar el bienestar de la población, particularmente de los adultos mayores, quienes enfrentan con frecuencia barreras adicionales asociadas a su condición etaria y a la alta carga de enfermedades crónicas (24).

4.1.4 Derecho a la salud

Para este contexto, también resulta fundamental definir el concepto de “derecho a la salud”, ya que se menciona con frecuencia a lo largo de esta investigación. Además, el acceso a los medicamentos es reconocido como un componente esencial de este derecho.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental que implica el acceso de todas las personas a una salud física y mental en la que no solo se limita a la atención médica sino a un conjunto de factores que contribuyan al bienestar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (25).

Además de considerar la perspectiva de la OMS, adoptamos la definición de “derecho a la salud” propuesta por Sosa (2009) donde define la salud como algo que supera la supervivencia y se transforma en un concepto integral que abarca múltiples dimensiones del bienestar humano. Este enfoque se alinea con la visión de la Carta de Ottawa (1986), que considera la salud como resultado de factores como la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso, la justicia social y la equidad. Esta

visión promueve una comprensión holística de la salud y su promoción en la sociedad (26).

4.1.5 Transición demográfica

Es entendida como el proceso por el cual las poblaciones pasan de presentar altos niveles de mortalidad y fecundidad a niveles progresivos más bajos, lo que ha originado transformaciones en la estructura por edades y el ritmo de crecimiento poblacional. Este fenómeno se desarrolla en etapas que reflejan la disminución de dichas variables: inicial, moderada, plena y avanzada. En América Latina, la evolución de la transición se contempla de forma diferencial entre los países; un ejemplo sería el caso de Bolivia y Haití que se presentan en la etapa inicial con descensos lentos en mortalidad y fecundidad, Costa Rica y Panamá se encuentran en la etapa plena con una reducción más notoria, y por otro lado está Chile y Cuba que muestran en una etapa avanzada, la cual se caracteriza por niveles sostenidamente bajos en fecundidad y mortalidad (27).

Entre los años 1970 y 2015, se ha evidenciado una reducción continua de la fecundidad y un aumento significativo en la esperanza de vida al nacer, lo que evidenció un patrón de coincidencia entre los países, pero con rasgos distintivos en la magnitud y la velocidad de los cambios. Lo que ha llevado a una disminución progresiva de las tasas de crecimiento demográfico, llegando a la proyección de crecimiento negativo en el caso de Cuba, lo que aproxima la región a dinámicas demográficas similares a las de los países europeos (27).

4.1.5.1 Etapas de la transición demográfica

Etapas incipiente: la tasa global de fecundidad es igual o superior a 2,5 hijos por mujer y la población de 60 años representa menos del 10% del total. Esta fase, se caracteriza por ser predominantemente joven, donde la tasa de natalidad contribuye en el crecimiento poblacional de una forma acelerada, la esperanza de vida

suele ser más baja y el envejecimiento aún no representa un desafío significativo para las políticas sociales y de salud pública (17).

Etapas moderada: La tasa global de fecundidad es menor de 2,5 hijos por mujer y la población de 60 años es menor del 10%. En esta fase se empieza a observar una disminución de la fecundidad, producto de los cambios culturales, económicos y sociales. Aunque el envejecimiento es esta etapa aún no es pronunciado, se inicia un proceso de transición hacia una estructura poblacional más equilibrada (17).

Etapas moderadamente avanzada: La tasa global de fecundidad es menor de 2,5 hijos por mujer y la población mayor de 60 años está entre el 10% y el 14% de la población total. En esta fase el envejecimiento poblacional se hace más evidente, los jóvenes comienzan a reducirse y la esperanza de vida aumenta. Este cambio genera una mayor presión sobre los sistemas de salud y seguridad social (17).

Etapas avanzada: La tasa global de fecundidad es menor de 2,5 hijos por mujer y la población mayor de 60 años está entre el 14% y el 21% de la población total. En esta fase el envejecimiento es un fenómeno consolidado donde la población de edad productiva comienza a disminuir y se incrementa la producción de personas mayores. Esto plantea retos significativos en términos de sostenibilidad económica, sistemas de pensiones, atención sanitaria y los cuidados a largo plazo (17).

Etapas muy avanzada: La tasa global de fecundidad es menor de 2,5 hijos por mujer y la población mayor de 60 años es superior al 21% de la población. En esta fase se encuentran las sociedades altamente envejecidas, típicas de muchos países desarrollados, el crecimiento poblacional se estanca o incluso decrece, la base joven de la pirámide demográfica se reduce notablemente de una forma considerable y la demanda de los servicios especializados aumentan de manera exponencial (17).

4.1.5.2 Influencia de la transición demográfica en las ECNT

Este fenómeno tiene una relación directa con el incremento de las enfermedades como lo es la hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas; estas patologías afectan principalmente a las personas de edad avanzada. La exposición a factores de riesgo acumulativos, como lo es el sedentarismo, las dietas no saludables, el consumo de alcohol o tábanos, la contaminación ambiental y la poca asistencia médica en el transcurso de la vida, da paso a un incremento en la incidencia y prevalencia de estas enfermedades (17).

Países de Latinoamérica como Chile y Uruguay que se encuentran en una etapa avanzada de transición demográfica, los cuales muestran patrones similares a los países europeos, con una gran carga predominante de enfermedades crónicas, esto por el bajo crecimiento poblacional. En comparación con países en etapa inicial, como Bolivia o Haití, que todavía enfrentan una mayor tasa de mortalidad por causas infecciosas, aunque estos países también empiezan a experimentar un aumento gradual en ECNT (17).

4.1.6 Transición epidemiológica

Hace referencia a los cambios a largo plazo de los patrones de mortalidad, morbilidad e invalidez de la población, los cuales han estado relacionados con las transformaciones demográficas, sociales y económicas de una forma más amplia. Esto implica una tendencia de dominio en enfermedades infecciosas y carenciales, es habitual en el contexto de altas tasas de mortalidad infantil y juvenil, hasta una mayor carga de enfermedades crónicas, degenerativas, lesiones y trastornos mentales, lo cual afecta principalmente a la población de edad avanzada. En este contexto, la transición epidemiológica está vinculada con la transición demográfica, desde la reducción de mortalidad por enfermedades infecciosas en población joven y el aumento de la esperanza de vida produce una exposición mayor a factores de riesgo que aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas (27).

Este fenómeno suele entenderse como el progreso que extiende la supervivencia, asimismo proyecta nuevos desafíos en los países en desarrollo, donde se evidencia más las infecciones y la desnutrición, relacionado con el estilo de vida poco saludables, la urbanización acelerada y las deficiencias en los sistemas de salud (28).

4.1.6.1 Etapas de la transición epidemiológica

Etapa de la Pestilencia y hambrunas: Se caracteriza por la mortalidad elevada sujeta a fuertes alteraciones, fecundidad la cual está aumentada, la esperanza de vida es baja y también el crecimiento de la fecundidad. Se identifica en poblaciones en que la hambruna y la desnutrición severa es común; las epidemias se presentan con mucha frecuencia, así como los niveles endémicos elevados de enfermedades parasitarias. Aquí la mortalidad se concentra en la población infantil por diferentes patógenos pero los que resaltan es la neumonía, a su vez también la diarrea crónica y las mujeres jóvenes por la tuberculosis y fiebres puerperales (es una infección en los órganos reproductivos que ocurre después del parto (29,30)).

Etapa del Descenso y desaparición de las pandemias: Se caracteriza por una desnutrición disminuida, las enfermedades de transmisión van desapareciendo progresivamente y predominan los niveles endémicos elevados de enfermedades parasitarias. En esta etapa la población infantil y mujeres jóvenes siguen siendo los más afectados ambos afectados por patologías del periodo materno-infantil, especialmente de tipo infeccioso (30).

Etapa de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre: Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las que predominan en esta etapa sobre las enfermedades infecciosas. Se caracteriza por que la morbilidad eclipsa a la mortalidad viéndolo desde un indicador de salud. Incrementa la prevalencia de enfermedades mentales y los problemas de contaminación. La mortalidad sigue descendiendo y se estabiliza en niveles más bajos, la esperanza de vida al nacer

aumenta, superando los 50 años y el crecimiento poblacional se hace dependiente de la fecundidad (30).

Posteriormente Omara adiciono dos etapas más para la transición epidemiológica:

Etapas de la declinación de la mortalidad cardiovascular, el envejecimiento, la modificación de los estilos de vida y las enfermedades emergentes: Sus variaciones se destacan por los cambios deliberados en los estilos de vida, la tecnología médico-quirúrgica para el manejo de las entidades cardiovasculares y el tratamiento de los factores biológicos de riesgo para estas enfermedades (30).

La etapa de la calidad de vida esperada: Se describe como un planteamiento futurista, el cual se proyectaba que para el siglo XXI predomina la paradójica longevidad con la persistente inequidad (30).

4.1.6.2 Influencia de la transición epidemiológicas en las ECNT

A medida que las condiciones sanitarias, nutricionales y de atención médica en los países mejoran, las enfermedades infecciosas y de carencia van disminuyendo, y en su lugar emergen las enfermedades crónicas y degenerativas como principal causa de morbilidad y mortalidad. En la actualidad las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, han desplazado las enfermedades transmisibles como causa principal.

Esto se asocia no sólo al envejecimiento poblacional, si no a los cambios en los estilos de vida de cada país; alimentación rica en grasas y azúcares, menor actividad física y estrés. Además de esto se le suma que no todo el 100% de la población tiene acceso a los servicios de salud y los determinantes sociales, esto también influye en que las ECNT afecten a la población, con mayor intensidad en la población vulnerable.

En los países en vía de desarrollo, esta transición ha sido más acelerada y simultánea, es importante mencionar que las enfermedades infecciosas no han desaparecido del todo, pero actualmente conviven con la creciente carga de

enfermedades crónicas, generando así nuevos desafíos para los sistemas de salud, obligándolos a adaptarse o modificar los modelos de atención integral, sostenible y de autocuidado, así enfocados en atender una doble carga de enfermedad, generada por la transición demográfica y epidemiológica en los países de Latinoamérica (31).

4.1.7 Edadismo

Se comprende como la discriminación por edad, se manifiesta por los estereotipos, prejuicios y las practicas, que principalmente afectan a la población mayor. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este es un fenómeno que se expresa con actitudes individuales, las interacciones culturales y políticas que fortalecen la idea de que la vejez está relacionada con la enfermedad, una carga social, invisibilizando los aportes de esta población. Durante la pandemia del COVID-19, se evidencio el edadismo de una forma mediática y más en la atención sanitaria, en algunos casos se limitó el acceso a tratamientos en los centros de salud, lo cual generó un debate ético sin antecedentes. Además de las prácticas externas, una de las consecuencias más graves es que las personas mayores tienden a interiorizar estos estereotipos negativos, con que conlleva a la “profecía auto cumplida” lo que afecta en su salud física, mental y la calidad de vida, aumentando el aislamiento y la vulnerabilidad de su dignidad (32).

4.2 Estado del Arte

A continuación se presentan algunos estudios ya realizados, los cuales guardan relación con el presente: El envejecimiento poblacional en Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia ha generado un aumento sostenido en la demanda de servicios de salud y medicamentos para los adultos mayores durante el 2015 y 2025. Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se proyecta que para 2050, el 25% de la población regional tendrá 60 años o más, lo que plantea cambio demográfico y desafíos significativos para los sistemas de salud, especialmente en lo que respecta al acceso y dispensación de medicamentos

esenciales para la población adulta mayor (33).

No obstante, diversos factores han limitado el acceso efectivo a estos recursos esenciales para garantizar el derecho a la salud. Entre esos factores que ha limitado el acceso a los medicamentos para los adultos mayores podemos destacar: las barreras económicas por parte de los adultos mayores para adquirir medicamentos esenciales, barreras administrativas y burocráticas complejas que limitan el acceso a la dispensación de medicamentos, barreras geográficas de las instituciones de salud dado que muchas de ellas se encuentran alejadas de los lugares de residencia de los pacientes, sumado a la falta de transporte adecuado por parte de los pacientes para dirigirse a las instalaciones de salud, y, finalmente barreras culturales y educativas sobre el uso de los servicios de salud dado que la falta de información la cual puede limitar el acceso efectivo a los medicamentos (18). Cabe resaltar que estas son solo algunas de las barreras de acceso.

En este contexto, diversas investigaciones han puesto en evidencia estas barreras que dificultan el acceso a medicamentos en la región. Un estudio realizado en Nicaragua, Honduras y Guatemala encontró que variables como la ubicación geográfica de los usuarios, el nivel socioeconómico y la calidad percibida de la atención médica influyen significativamente en la búsqueda de servicios de salud y en la obtención completa de medicamentos para tratar enfermedades crónicas. En particular, también se evidenció que factores como la edad del jefe del hogar, el nivel socioeconómico y el hecho de recibir atención en el sector privado aumentan la probabilidad de acceder a los tratamientos requeridos (34). Además de estas barreras estructurales, se ha analizado el fenómeno de la judicialización del acceso a medicamentos en países como Argentina, Brasil, Colombia y Chile, donde se observa un aumento en las demandas legales para obtener medicamentos no cubiertos por los sistemas de salud. Este fenómeno refleja la fragmentación de la cobertura sanitaria en la región, donde el acceso a servicios depende de condiciones como el nivel socioeconómico, la situación laboral o el estado de salud del usuario y es por ello, que las personas recurren al sistema judicial como mecanismo para el goce del derecho a la salud (21).

En este orden de ideas, los hallazgos en este campo han sido consistentes en señalar que en primera instancia, se evidencia que la ubicación geográfica y el nivel socioeconómico son determinantes críticos para el acceso a los medicamentos, ya que hogares con mayor estabilidad financiera y localizados en zonas urbanas tienen mayores probabilidades de obtener los medicamentos necesarios para el control de sus enfermedades (35). Ante estas desigualdades, la judicialización ha sido utilizada por muchos usuarios para visibilizar las deficiencias de los sistemas de salud y poder acceder a los medicamentos no cubiertos, especialmente en países como Brasil y Colombia (34).

Por otro lado, se identifican vacíos existentes en la literatura con lo que respecta a este tema. En primer lugar, se identifica una limitada evaluación del impacto en la salud pública de las estrategias que ha implementado la OMS para favorecer el acceso a los medicamentos: dimensiones: disponibilidad, asequibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Si bien se han documentado diversas acciones para el mejoramiento de la accesibilidad a los medicamentos, tales como compras centralizadas, el uso de tecnologías o la dispensación comunitaria, son escasos los estudios que evalúan su efectividad y sostenibilidad a largo plazo lo que dificulta conocer los resultados y el impacto real en la salud pública (23).

En segundo lugar, un tema poco explorado en la región es la implementación de innovaciones tecnológicas que estén adaptadas a las necesidades que presentan los adultos mayores. Tecnologías como la telemedicina, aplicaciones móviles para el seguimiento de tratamientos o los sistemas automatizados de dispensación podrían contribuir significativamente a mejorar el acceso y la adherencia terapéutica. Sin embargo, son pocos los estudios que abordan cómo estas herramientas pueden diseñarse teniendo en cuenta las capacidades y condiciones particulares de las personas mayores.

Estos vacíos son oportunidades para impulsar la construcción de nuevas políticas públicas que sean más equitativas y que respondan a las necesidades de la población adulta mayor.

La mayoría de los estudios que se han realizado para abordar esta problemática son de tipo cualitativo y cuantitativo tal y como lo es la judicialización del acceso a medicamentos. En este campo, también se han llevado a cabo estudios transversales analíticos que son basados en encuestas a hogares para identificar factores asociados con el acceso a medicamentos en la población adulta mayor con enfermedades crónicas.

Finalmente, los sistemas de salud tienen múltiples desafíos, entre los cuales se encuentran la sostenibilidad financiera de los diferentes sistemas de salud de América Latina y el Caribe para financiar medicamentos de alto costo. Este reto es aún más crítico cuando se trata de medicamentos destinados a la población adulta mayor, quienes requieren tratamientos continuos para el manejo de enfermedades crónicas de larga duración. Del mismo modo, garantizar una accesibilidad equitativa teniendo en cuenta que estas persisten principalmente entre la población urbana y rural así como dependiendo del nivel socioeconómico de la población lo cual ha conllevado a procesos judiciales que ha aumentado en los últimos años (35).

4.3 Marco Geográfico, demográfico y de salud

Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, presenta una gran diversidad geográfica, con relieves como la cordillera de los Andes, la más extensa del mundo, además de otras elevaciones como la Sierra Maestra en Cuba y los macizos de la isla La Española; amplias llanuras fértiles como las pampas, el Orinoco y el Amazonas; regiones destacadas como la selva amazónica, la Patagonia y el Desierto de Atacama (36). En cuanto a los recursos hídricos, la región alberga casi un tercio del agua dulce mundial y posee grandes cuencas fluviales como las del Amazonas y el Plata, con diferencias entre los ríos del Pacífico cortos y rápidos y los del Atlántico largos y

caudalosos (37,38). El clima predominante es tropical y subtropical, con altas temperaturas y abundantes precipitaciones, aunque la región es muy vulnerable al cambio climático, que genera sequías, inundaciones, deshielo, pérdida de biodiversidad y otros eventos extremos (39).

Las principales actividades económicas de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia abarcan la agricultura y la ganadería, que son particularmente importantes. El sector secundario también es relevante, especialmente la industria minera en Chile, el mayor productor mundial de cobre, litio y yodo, y en Perú, el segundo mayor productor mundial de plata. Asimismo, el turismo y el transporte marítimo contribuyen significativamente a la economía de cada país (40).

Por otra parte, con una población cercana a los 650 millones de habitantes, lo que representa el 9% de la población mundial, América Latina y el Caribe generó un Producto Bruto Interno de aproximadamente USD 6 billones en 2017, contribuyendo con el 7% del PIB mundial. Sus 33 países presentan características dispares y heterogéneas, destacándose economías de gran tamaño como Brasil y México, que en conjunto acumulan más del 50% de la población y del producto de la región. El desarrollo de estos países también es variable, con un producto per cápita que oscila entre los USD 702 anuales en Haití y los USD 28.000 en Bahamas. En términos de desarrollo humano, se distinguen países como Argentina y Uruguay, clasificados con un desarrollo muy alto o alto, en contraste con Haití, catalogado como un país de bajo desarrollo humano (41).

Se han producido importantes cambios poblacionales en las últimas décadas. Durante los años 60, las tasas de crecimiento poblacional superan el 2,5% anual, lo que implicaba una duplicación de la población cada 28 años; sin embargo, a partir de mediados de esa década comenzó un descenso acelerado, principalmente por la caída en la fecundidad. Aunque en el año 2000 se preveía un crecimiento poblacional mayor, la revisión de 2024 muestra que la población actual es un 3,8% menor a la estimada entonces, con 663 millones de personas. Además, la tasa de mortalidad infantil ha

disminuido significativamente en toda la región, superando incluso las metas establecidas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, con notables avances también en la reducción de la mortalidad infantil general. La fecundidad ha caído más rápido de lo previsto, y se espera que se estabilice en torno a 1,7 hijos por mujer en las próximas décadas. Este descenso ha provocado un envejecimiento progresivo de la población: mientras en 1950 la mediana de edad era de 18 años, en 2024 alcanzó los 31 y se proyecta que para 2050 será de aproximadamente 40 años (25).

En cuanto a indicadores de salud en América Latina y el Caribe, más del 82% de las muertes se deben a enfermedades cardiovasculares y cánceres, mientras que un 10% corresponde a enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, y un 8% a lesiones, siendo la violencia interpersonal la que más ha crecido, con un aumento del 33% entre 1990 y 2017. Las muertes por altos niveles de glucosa en sangre aumentaron un 8% entre 2010 y 2019, a diferencia de la OCDE donde disminuyeron un 14%, aunque allí las tasas siguen siendo más altas. Países como Brasil, Jamaica y Trinidad y Tobago presentan cifras de diabetes y mortalidad por glicemia elevadas por encima del promedio regional. El VIH aumentó en cinco países entre 2010 y 2018, aunque sus niveles siguen siendo bajos, y solo el 55% de las personas con VIH accede a tratamiento, lejos del objetivo del 90%. El sobrepeso representa una carga creciente: afecta al 8% de los niños menores de 5 años, al 28% de los adolescentes y a más del 50% de los adultos. Hábitos poco saludables como el sedentarismo (35% de los adultos), bajo consumo de frutas y verduras, y elevado consumo de azúcar agravan los riesgos. Además, en 2017, el acceso al saneamiento básico era limitado: una de cada cuatro personas rurales y una de cada ocho en zonas urbanas no contaban con este servicio, siendo incluso menor al 50% en algunos países (26).

Los sistemas de salud presentan distintas configuraciones según el país. Por ejemplo, en el caso de Argentina, el sistema de salud es fragmentado y se compone de tres sectores principales: el público, el de seguridad social (Obras Sociales) y el privado (medicina prepaga). El sector público brinda atención a una parte importante de la población y se financia con recursos fiscales. Por su parte, las Obras Sociales,

vinculadas a los sindicatos, cubren a los trabajadores formales y a sus familias mediante contribuciones. Finalmente, el sector privado ofrece seguros médicos a través del pago de cuotas. Cabe destacar que el Programa Médico Obligatorio (PMO) garantiza una serie de prestaciones esenciales, como la atención primaria, la odontología preventiva y el Plan Materno Infantil. Además, el Programa Remediar proporciona medicamentos esenciales a la población (42).

De manera similar en cuanto a la participación estatal, el sistema de salud de Brasil se estructura alrededor del Sistema Único de Saúde (SUS), un modelo público y universal que cubre aproximadamente al 75% de la población. Este sistema opera de forma descentralizada mediante una red de clínicas, hospitales e instituciones tanto públicas (federales, estatales y municipales) como privadas. Al mismo tiempo, el 25% restante de la población accede al sistema privado a través del Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS), que incluye medicina de grupo, cooperativas médicas y planes autoadministrados (43).

Por su parte, el sistema de salud de Chile también es mixto, combinando financiamiento y servicios públicos y privados. En este modelo, los trabajadores deben realizar un aporte obligatorio a un seguro de salud, que puede destinarse al sistema público (FONASA) o al sistema privado (ISAPREs). FONASA, que atiende a la mayoría de la población, ofrece dos modalidades: atención institucional y libre elección. Mientras tanto, las ISAPREs brindan planes de salud privados con beneficios adicionales para quienes pueden costearlos (44).

4.4 Marco Normativo

4.4.1 Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA 2030)

Representa la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, junto con los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de

la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como los desafíos regionales de salud pública emergentes. La Agenda se operacionaliza a través de los planes estratégicos y estrategias de la OPS, así como a través de planes de salud subregionales y nacionales (45).

Objetivo 5: Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional (46).

4.4.2 Estrategia Regional sobre el Acceso y Uso Racional de Medicamentos

El fomento del uso racional de los medicamentos mediante estructuras y medidas de política, información y educación, tales como: creación de organismos nacionales que coordinen las políticas sobre el uso de los medicamentos y hagan un seguimiento de sus repercusiones; formulación de directrices clínicas basadas en datos probatorios destinadas a la capacitación, elaboración de listas de medicamentos esenciales para ser utilizadas en la adquisición de medicamentos y los reembolsos de los seguros; creación de comités distritales y hospitalarios de medicamentos y tratamientos que impliquen intervenciones para mejorar el uso de los medicamentos y efectúen un seguimiento de sus efectos; oferta de información pública independiente y no sesgada sobre los medicamentos; eliminación de los incentivos económicos que facilitan la prescripción incorrecta, y financiación suficiente para garantizar la disponibilidad de medicamentos y personal sanitario (47).

4.4.3 Ley 2055 de 2020

Por medio de la cual se aprueba la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

En el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, es fundamental reconocer que solo es posible alcanzar el ideal de una sociedad verdaderamente libre, exenta del temor y

la miseria, si se garantizan condiciones que permitan a cada persona ejercer plenamente sus derechos económicos, sociales y culturales, en armonía con sus derechos civiles y políticos.

En este sentido, se reafirma la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Así mismo, se destaca la obligación ineludible de los Estados y de la sociedad en general de eliminar todas las formas de discriminación, en particular aquellas fundamentadas en la edad, que puedan limitar el acceso de las personas mayores a servicios de salud adecuados, integrales y oportunos.

Las personas mayores tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que el resto de la población, incluyendo el derecho a no ser sometidas a ningún tipo de discriminación ni violencia por motivos de edad. Estos derechos emanan de la dignidad y la igualdad inherentes a todo ser humano, y deben ser protegidos a lo largo de todo el curso de vida. El acceso a servicios de salud de calidad, centrados en la persona, culturalmente pertinentes y libres de barreras, es un componente esencial para garantizar su bienestar integral.

Asimismo, es necesario reconocer que, a medida que las personas envejecen, deben tener la posibilidad de continuar viviendo de manera plena, independiente y autónoma. Esto implica no solo el acceso a servicios de salud, prevención y rehabilitación, sino también la promoción de entornos seguros y accesibles, así como su integración activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus comunidades. El envejecimiento activo no debe entenderse únicamente como una estrategia sanitaria, sino como una política transversal de derechos humanos que permita a las personas mayores desarrollarse plenamente y contribuir con sus saberes, experiencia y participación en la sociedad (48).

4.4.4 Ley 1751 de 2015

Ley estatutaria, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.

Art. 10 menciona los Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen derecho a la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.

Artículo 23. Política Farmacéutica Nacional. Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación (49).

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio y enfoque metodológico

Este trabajo se desarrolló como una revisión documental de tipo Scoping Review, bajo un enfoque cualitativo y de alcance descriptivo. Esta elección responde a la necesidad de explorar un campo temático amplio y multidimensional, como lo es la dispensación de medicamentos en personas adultas mayores. Este enfoque permite integrar información dispersa, sintetizar hallazgos provenientes de distintas disciplinas (salud pública, economía, políticas sociales) y reconocer las tendencias regionales en Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia. Asimismo, resultó pertinente ante la escasez de revisiones sistemáticas específicas en esta área, lo cual reforzó la importancia de mapear el conocimiento disponible para orientar investigaciones y acciones en salud pública (50).

5.1.1 Formulación de la pregunta de revisión

Con el fin de mapear el conocimiento y la literatura disponible e identificar vacíos en el conocimiento se estructuró una pregunta de investigación utilizando el enfoque PCC, el cual, en este contexto, se define de la siguiente manera:

P (Población): Personas adultas mayores (60 años o más)

C (Concepto): Barreras de acceso y estrategias de dispensación de medicamentos

C (Contexto): Sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia entre 2015 y 2025

¿Qué barreras de acceso y estrategias han sido reportadas en la literatura entre 2015 y 2025 en los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia para garantizar la dispensación de medicamentos a la población adulta mayor?

5.1.2 Fuente de información y búsqueda

Se realizó una búsqueda estructurada y sistematizada en las bases de datos de PubMed/Medline, Scielo, Google Scholar, Scopus y Web of Science. Además de literatura gris, como los informes de la OPS y la OMS, Trabajos de investigación de universidades de América Latina y El Caribe. Del mismo modo, se empleó una variación de palabras claves y descriptores relacionados con el acceso y dispensación de medicamentos, barreras y estrategias en el sistema de salud y población adulta mayor en Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia.

Los términos de MESH - DECS son los siguientes:

- Para el idioma español: “Acceso a medicamentos”, “Tecnologías sanitaria” “Dispensación de medicamentos”, “Servicios farmacéuticos”, “Barreras”, “Adultos mayores”, “Sistema de salud”, “América Latina”
- Para el idioma inglés: "Access to medicines", "Dispensing of medications", "Pharmaceutical services", "Barriers", "Older adults", "Health system", "Latin America"

Para los dos idiomas se utilizaron operadores booleanos (“AND”, “OR” y “NOT”) para combinar los términos pertinentes y excluir otros que no sean relevantes para la investigación.

La estructura de búsqueda utilizada en cada una de las bases de datos fue la siguiente:

- PubMed/Medline: ("Access to medicines" OR "Drug Dispensing" OR "Pharmaceutical services") AND ("Barriers") For the elderly population AND Latin America and the Caribbean.
- Scielo: (("Acceso a Medicamentos") AND ("Barreras de Acceso")) AND ("Adulto Mayor" OR "Personas Mayores") AND ("América Latina" OR "Caribe")

- Google Scholar: ("dispensación de medicamentos" OR "logística de medicamentos") AND ("sistemas de salud") AND ("barreras de acceso") AND ("adultos mayores") AND ("América Latina" OR "Caribe").

Por último, la búsqueda se limitó a estudiar publicaciones en Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia entre 2015 y 2025 (10 Años) desde un concepto de Salud Pública, Ciencias de la Salud, también que fueran artículos de revisión, con el fin de capturar la información relevante y más actualizada de ese rango de tiempo, teniendo en cuenta el periodo de la pandemia global por el virus Sars-Cov-19 y sus efectos en los sistemas de salud en los idiomas español e inglés.

Los primeros hallazgos se obtuvieron el 20 de agosto del 2025 cuando se llevó a cabo una búsqueda inicial en las tres principales bases de datos, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1: *Primeros hallazgos*

BASE DE DATOS	ESTRUCTURA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
Scielo	(("Acceso a Medicamentos") AND ("Barreras de Acceso")) AND ("Adulto Mayor" OR "Personas Mayores") AND ("América Latina" OR "Caribe")	79.481 Artículos de interés.
Google Scholar	Access AND medicine AND distribution AND "older adults" AND "Latin America"	15.500 Artículos de interés.
PubMed	"Perceived barriers" AND "Health Services Accessibility" AND aged ("Health Services Accessibility" OR "Barriers to Access of Health Services") AND ("Aged") AND ("Latin America")	155 Artículos de interés. 9 Artículos de interés.

5.1.3 Criterios de inclusión y exclusión

5.1.3.1 Criterios de inclusión

Para el desarrollo de esta monografía se establecieron una serie de criterios que permitieron seleccionar de manera coherente las fuentes de información y estudios pertinentes con el objeto de esta. Los criterios de inclusión definidos fueron los siguientes: en primer lugar, se priorizaron los artículos de revistas indexadas e informes policy brief redactados en español e inglés que traten sobre las barreras de acceso y/o las estrategias implementadas para la dispensación de medicamentos dirigidos a la población adulta mayor (personas mayores de 60 años) Publicados en el periodo 2015-2025.

Los estudios seleccionados pueden estar desarrollados en diversos enfoques metodológicos, como estudios cualitativos, cuantitativos, también análisis de políticas públicas, que nos permitieran tener una visión amplia del fenómeno estudiado.

En segundo lugar, se delimitó el lugar geográfico a los países de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, dado que es la región de interés para el presente trabajo. Finalmente, se consideró como criterio adicional que los documentos fueran recientes, con acceso completo al texto de forma gratuita para garantizar una revisión accesible, actualizada y pertinente.

5.1.3.2 Criterios de Exclusión

Dentro de los criterios de exclusión, se descartaron estudios que presentaban baja calidad en su contenido, tales como textos con redacción deficiente, lenguaje inapropiado o estructura poco clara que generan dificultad para su comprensión o análisis.

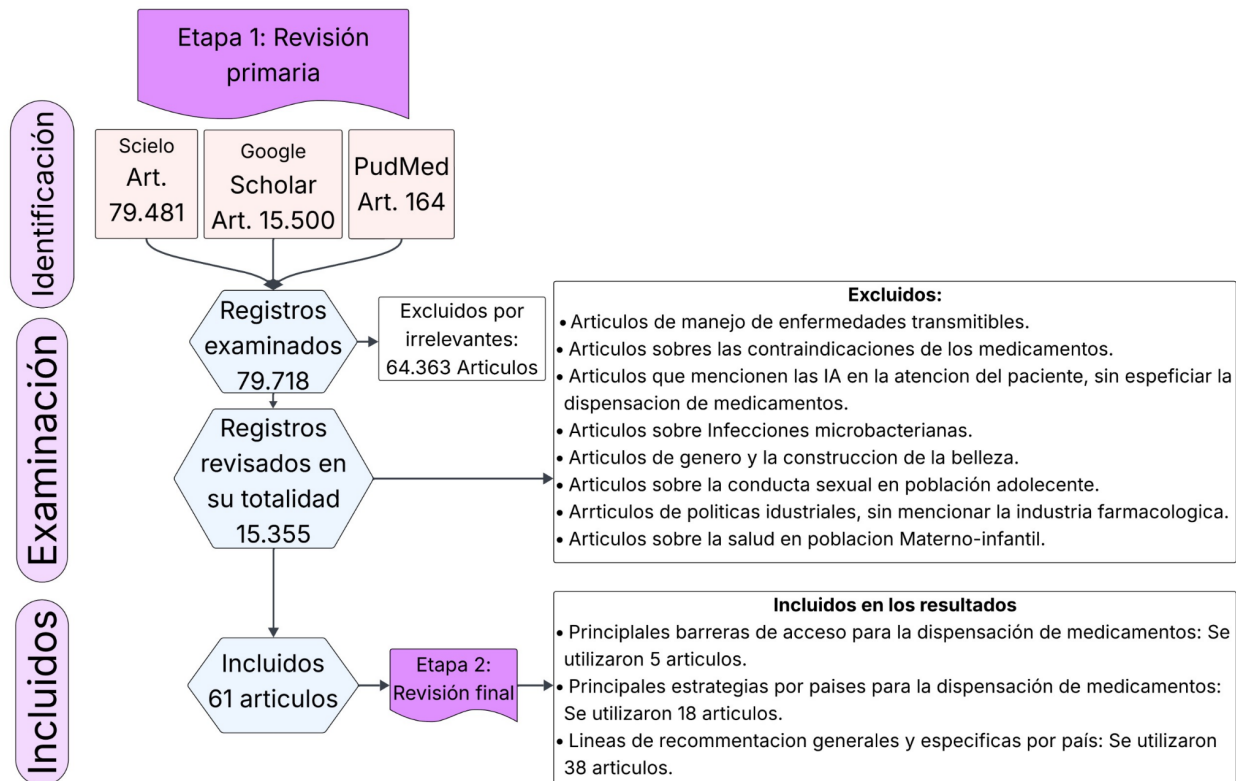
Asimismo, también se excluyeron los documentos considerados irrelevantes, es decir, que no abordaron de manera concreta las barreras de acceso o las estrategias para la dispensación de medicamentos en adultos mayores. Del mismo modo, no se

incluyeron artículos de opinión, editoriales u otras publicaciones que no tuvieran respaldo académico, científico o institucional.

5.1.4 Extracción y organización de la información

La selección y recolección de la información se realizó de manera sistematizada y rigurosa con el fin de garantizar la calidad de los documentos incluidos y una caracterización precisa de las barreras de acceso y estrategias diferenciales en los sistemas de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia.

La selección de los documentos se elaboró a partir del día 20 de agosto teniendo en cuenta las estrategias de búsqueda y las fichas de análisis. En primera instancia, se realizó la búsqueda de los documentos en bases de datos académicas y posterior a la búsqueda de dichos documentos, se procedió a realizar una revisión de los títulos y resúmenes de cada uno de ellos para identificar aquellos documentos que efectivamente contenían información potencialmente útil para cumplir con los objetivos del estudio y que estuvieran alineados con el foco de la investigación sobre las barreras de acceso a los servicios de salud y medicamentos en la población adulta mayor en los países de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia; lo cual nos arrojó un total de 58 artículos para revisar a profundidad.

Figura 2. Diagrama para la revisión literaria

Seguidamente se realizó la lectura completa de aquellos documentos que superaron la revisión inicial (los resúmenes); se hizo énfasis en los contenidos relacionados con el acceso a los medicamentos, las políticas de dispensación y las estrategias implementadas de los diferentes sistemas de salud para abordar las barreras de acceso en la región. También, se verificó que los documentos incluyeran análisis o datos específicos sobre la situación de la población adulta mayor en los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia con el fin de confirmar su pertinencia.

Además de las estrategias previamente mencionadas, se utilizó una segunda técnica metodológica basada en el árbol de problemas. Esta herramienta se empleó para describir de manera visual y estructurada los posibles retos que plantea el envejecimiento poblacional en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe,

específicamente en los países de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, y, a partir de este ejercicio fue posible mejorar y delimitar el enfoque del trabajo de investigación. Los árboles de problemas son un recurso analítico eficaz que permitió identificar y analizar las causas y efectos de los problemas, facilitando la comprensión de los factores que impactan en el acceso a los servicios de salud y medicamentos (51).

Para el contexto del trabajo de grado, se utilizó el árbol de problemas para identificar las barreras que enfrentan los adultos mayores al momento de acceder a los medicamentos para tratar sus enfermedades crónicas, así como los factores que contribuyen tanto a nivel individual como estructural de sistema de salud. Una vez identificados los factores relevantes para el estudio, se procedió a realizar la búsqueda en la literatura científica con el fin de localizar estudios previos que respalden, corroboren o complementen los factores identificados, garantizando así una base sólida y bien fundamentada para el desarrollo de la investigación.

Por último, como tercera estrategia metodológica para la recolección y selección de la información, se diseñó una ficha de análisis de los documentos consultados con el propósito de sistematizar y organizar los datos de cada uno de los documentos revisados y que fueran relevantes para el estudio (ver Anexo 2). En esta herramienta se registró de manera ordenada diversos aspectos claves, tales como el país de origen y el año de publicación, el título del documento con su respectivo resumen y la estrategia de búsqueda utilizada para encontrar dicho documento (52).

5.1.5 Análisis Y Síntesis

Para organizar la información de manera clara y coherente, se definieron cuatro categorías principales las cuales se seleccionaron a partir del problema de investigación y los objetivos. Estas categorías están relacionadas con los tipos de barreras identificadas (geográficas, económicas, administrativas, culturales), estrategias implementadas por los diferentes sistemas de salud, características de la población

adulto mayor, y marcos institucionales o normativos. En función de estas categorías, se organizó la información recolectada para su análisis.

Durante el proceso de revisión se buscó identificar patrones comunes en los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, vacíos de conocimiento o de políticas públicas, así como fortalezas en las estrategias adoptadas por los diferentes sistemas de salud. Del mismo modo, se desarrolló una valoración crítica a la calidad metodológica basada en la relevancia, pertinencia y aplicabilidad de los hallazgos.

5.1.5 Consideraciones éticas

Esta investigación se identifica con un riesgo mínimo, de acuerdo con la resolución N° 8430 de 1993, ya que no involucra una intervención en la población de forma directa, ni modificación en variables biológicas, psicológicas o sociales (53).

Se desarrolló mediante el análisis y la síntesis de la información proveniente de fuentes secundarias, como los artículos científicos, informes técnicos, documentos normativos y políticas públicas, sin tener que involucrar la participación directa de los seres humanos como sujetos de estudio. Por lo anterior, no se requirió la aplicación del consentimiento informado, según los estamentos de legislación nacional e internacional en materia de ética en proyectos de investigación, pero si se debió proteger los datos personales incluidos en las literaturas (54).

Es importante tener presente que este trabajo de grado se realizó bajo los principios éticos fundamentales como lo es, la honestidad, la transparencia, la integridad académica y el respeto por los derechos de autor de las literaturas consultadas (55). Los documentos se consultaron de forma legal, a través de las bases de datos científicos de acceso abierto y en todo momento citando de la manera adecuada, exigida por la Universidad de Antioquia.

Se garantizó la interpretación de la información recolectada, evitando el plagio, la manipulación indebida de los datos en los documentos recolectados. Esto con la intención de que el trabajo contribuya a los conocimientos científicos y aporte elementos útiles para nuevas investigaciones relacionadas con el acceso a los medicamentos para la población adulta mayor. Es importante reconocer el compromiso ético desde la justicia social, sobre las inequidades que enfrenta esta población en Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, países de América Latina.

7. Resultados

El proceso de búsqueda nos permitió identificar un total de 61 artículos relevantes después de una revisión exhaustiva en las diferentes bases de datos de acceso libre. Estos Artículos fueron organizados en tres grandes categorías temáticas: Principales barreras de acceso para la dispensación de medicamentos, las cuales se abordan en 5 Artículos; las estrategias implementadas por países para garantizar la dispensación de medicamentos, discutidas en 18 artículos y por último fueron las líneas de recomendación generales y específicas por países, extraídas de 38 artículos.

Al realizar el análisis por países, se evidenció un mayor volumen de publicaciones de Argentina, Chile, Brasil, Uruguay y Colombia, lo que nos indica un interés académico y político más activo en los desafíos del acceso farmacológico en adultos mayores. En el caso de Cuba nos resultó interesante que el registro en este tema es escaso de una forma significativa, lo cual con las limitaciones de acceso a literatura científica y la baja participación del país en redes regionales de producción científica en salud. Esto evidenció un desequilibrio geográfico en la disponibilidad de conocimiento, que se tuvo que tener en cuenta al momento de interpretar los resultados.

Un hallazgo relevante fue que en los años 2020 y 2021 se concentró un mayor número de publicaciones, lo que coincide con un momento más crítico de la pandemia por COVID-19 a nivel mundial. Durante este tiempo, los sistemas de salud de los países que se analizaron implementaron estrategias urgentes para garantizar la continuidad en el suministro de medicamentos a las poblaciones vulnerables como los adultos mayores. Esto generó una producción académica centrada en la documentación de las barreras emergentes y reportar las intervenciones adaptadas.

Esto no indicó que la crisis sanitaria actuó como un catalizador de innovaciones en la relación con la dispensación de medicamentos, promoviendo un interés investigativo que permitió visibilizar brechas estructurales existentes y la oportunidad de proponer una ruta de mejora para la post pandemia (56).

6.1 Principales barreras de acceso

Los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia comparten raíces históricas en el modelo público; sin embargo, han tenido evoluciones diversas y con grados distintos de segmentación y cobertura (42). En primer lugar, Argentina que combina un sistema público descentralizado, obras sociales sindicales y seguros privados, como consecuencia, genera desigualdades entre provincias y sectores socioeconómicos (42). Chile funciona bajo un esquema mixto en el que conviven el seguro público FONASA y las aseguradoras privadas ISAPRE, no obstante, con brechas de acceso y gastos de bolsillo (42).

En contraste con Uruguay que es reconocido por su reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, que amplió la cobertura a través del Fondo Nacional de Salud y mejoró la atención primaria con un enfoque de equidad (42). Cuba mantiene un sistema estatal universal, gratuito y altamente preventivo, considerado uno de los más integrados de la región (24). En el Caso de Brasil opera el Sistema Único de Saúde: modelo público universal, sin embargo, enfrenta problemas de sub-financiación, regionalización desigual y coexistencia con un fuerte sector privado suplementario (10). Colombia, estructura su atención bajo un modelo de aseguramiento mixto (régimen contributivo y subsidiado) que ha ampliado la cobertura formal, pero tiene problemas de fragmentación administrativa, demoras en autorizaciones y marcadas inequidades en salud entre zonas urbanas y rurales (23).

En síntesis, estos países muestran un mosaico donde la búsqueda de cobertura universal convive con tensiones por segmentación, financiamiento, desigualdades territoriales y la necesidad de fortalecer la atención en primer nivel para garantizar un acceso efectivo y equitativo a los medicamentos y servicios de salud.

La dispensación es el momento en que el tratamiento se vuelve real, cuando el medicamento llega a la mano del adulto mayor. Por ello, resulta fundamental precisar, desde el inicio, qué entienden las fuentes consultadas por “acceso” y dónde se ubica la dispensación dentro de ese engranaje. En la revisión sobre acceso a medicamentos, la

accesibilidad a un medicamento se encuentra relacionada con el proceso de dispensación, pues es fundamental que el paciente pueda dirigirse al servicio farmacéutico a solicitar sus medicamentos (23). En otras palabras, si el adulto mayor no logra llegar física, administrativa o económicamente hasta la atención en salud y salir con su tratamiento, el acceso se rompe.

A partir de esa definición operativa, la literatura revisada converge en cinco grupos de barreras que afectan a los adultos mayores: (I) la fragmentación estructural de los sistemas; (II) barreras organizativas en el primer nivel y en la propia farmacia (burocracia, tiempos, horarios); (III) barreras físicas y de entorno (arquitectura, transporte, lugar de dispensación); (IV) barreras socioeconómicas que hacen difícil recoger o costear la medicación; y (V) barreras relacionales (edadismo, trato, acompañamiento).

6.1.1 Fragmentación estructural: cuando el sistema multiplica las ventanillas

Diversas fuentes describen la fragmentación como rasgo regional que afecta la equidad y complica la coordinación cotidiana de la atención incluida la dispensación (10). Los sistemas de salud de la región están fragmentados y segmentados, lo que plantea grandes desafíos relacionados con la prestación de atención de calidad y los niveles generales de equidad en salud (10). Ese “deeply fragmented and segmented” no es una etiqueta retórica; al contrario, se traduce en duplicidad de autorizaciones, reglas dispares por asegurador y trabas cuando la receta cruza niveles de atención (57).

De forma complementaria, el informe técnico de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (42). retrata el mismo problema desde una realidad de Argentina, dice que existen sistemas fraccionados y segmentados que determinan una falta de equidad entre las provincias (42). Más aún, la fragmentación se expresa en la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, mientras que la fragmentación implica: la coexistencia

de varias unidades no integradas dentro de la red sanitaria asistencial (10). En consecuencia, para un adulto mayor, traducido al mostrador, eso quiere decir que una receta válida en un subsistema puede exigir trámites extras en otro, que una farmacia convenida cambie con frecuencia o que la autorización “no aparezca en el sistema” (10).

6.1.2 Barreras organizativas: burocracia, tiempos y horarios que no contemplan la vejez

En el primer nivel de atención y en los servicios farmacéuticos se concentran barreras “*de ventanilla*” que, sumadas, rompen la continuidad entre prescripción y entrega. Con adultos mayores se resumen las percepciones de quienes están en primera línea: inestabilidad en los servicios en la atención en primer nivel y, del lado de los equipos, sobrecarga y el exceso de trabajo burocrático y falta de preparación específica para la atención de este grupo poblacional (23). Como resultado, deja a los adultos mayores con fórmulas sin renovar, autorizaciones vencidas y recorridos que se alargan.

Cuando enumera medidas para mejorar la accesibilidad, termina de dibujar por oposición cuáles son las barreras que hoy obstaculizan la dispensación. Por ejemplo, se propone disminuir los tiempos de espera de entrega de medicamentos, agilizando los procesos administrativos y generando cambios en las regulaciones. Si las estrategias recomiendan reducir esperas y trámites, es porque hoy las largas colas y la tramitología son obstáculos cotidianos. De igual forma, proponen contar con flexibilidad de horarios para la entrega de medicamentos (42). La ausencia de horarios extendidos en especial para cuidadores que trabajan o para adultos mayores con dependencia, funciona como barrera silenciosa, pues no siempre hay alguien que pueda llegar al servicio de atención.

Otro aspecto clave es la descentralización de la entrega, descentralizar la

atención en salud y ampliar el suministro de medicamentos a centros de salud periféricos o incluso más allá de los centros de salud. Cuando todo depende de un único punto urbano, es de zona rural o con movilidad reducida y simplemente no llega. Por esta razón, la revisión invoca un imperativo logístico: Mejorar la logística y los canales de distribución de los medicamentos (42).

6.1.3 Barreras físicas y de entorno: arquitectura hostil y transporte insuficiente

En muchos casos para los adultos mayores, la barrera comienza a la puerta de casa, con transporte caro o infrecuente, escaleras sin barandas. El estudio cubano de Rodríguez es explícito: dificultades para el acceso a los servicios públicos, ausencia en la comunidad y no adecuación de los diseños arquitectónicos a las características de los adultos mayores (23). Por consiguiente, si la farmacia no es accesible, o si el trayecto es inseguro, la dispensación se posterga. Por eso, aún en una revisión centrada en políticas de acceso, aparece como recomendación operativa ofrecer asistencia cuando haya dificultades en transporte, alojamiento y acceso a beneficios sociales (23). El énfasis en transporte confirma que una proporción no menor de no retiros obedece a que el adulto mayor (o su cuidador) no puede desplazarse en los tiempos y con los medios requeridos.

El entorno urbano/arquitectónico y la logística sanitaria se tocan, además, en la recomendación de descentralizar y acercar la entrega a centros periféricos, justamente para acortar trayectos y reducir el costo (económico y físico) de llegar al usuario final (42).

6.1.4 Barreras socioeconómicas: cuando no se cuenta con la capacidad económica

Incluso con cobertura, la dispensación es una carrera de gastos, en donde hay copagos, múltiples desplazamientos, sustituciones fuera de plan. La evidencia comparada sobre sistemas segmentados recuerda que esa estructura determina una falta de equidad, lo cual se traduce en acceso desigual a prestaciones y medicamentos

según cobertura, provincia o régimen. En consecuencia, la población mayor que concentra comorbilidades y polifarmacia, la inequidad se amplifica: más trámites para autorizar, más transporte para completar circuitos, más días sin medicamento cuando la recarga no llega (10).

La pandemia profundizó, que cuando los sistemas reorientan servicios y restringen movilidad, los grupos de mayor vulnerabilidad tienen un costo adicional para mantener su régimen farmacológico. Bonilla y colaboradores describen que los servicios de salud se han reorientado priorizando el aumento de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mediante estrategias de información, educación y comunicación (58). Como resultado, en términos de dispensación, esa reorientación dejó a muchos mayores sin la cercanía habitual del primer nivel y los obligó a ajustarse a circuitos temporales menos amigables de entrega. La tensión económica familiar (menos ingresos, más gastos de transporte o domicilios) se vuelve un problema directo al retiro oportuno del fármaco crónico.

6.1.5 Barreras relacionales y de capacidades: edadismo, formación y acompañamiento

En el caso de Colombia la bibliografía revisada evidencia dos barreras relacionales que pesan en la última milla: edadismo y capacidades del personal “ageism leads to barriers in access or denial of healthcare services and treatments” (10). En la práctica, en el punto de dispensación, el edadismo se expresa como apuro ante dificultades auditivas o cognitivas, falta de alternativas cuando el empaque no es legible o cuando la persona requiere que le expliquen pautas para una polifarmacia compleja.

Por otro lado, la falta de preparación específica para la atención de este grupo poblacional, un déficit que se articula con la “sobrecarga” y el “exceso de trabajo burocrático” (23). Es decir, menos tiempo clínico y más tarea administrativa, donde se valida, educa y entrega. No sorprende que la misma revisión de acceso proponga

acciones de organización del servicio (menos esperas, más horarios, descentralizar) y soportes de adherencia (p. ej., recordatorios electrónicos) para aliviar esa tensión.

6.1.6 Cómo se encadenan las barreras en la dispensación en los adultos mayores

En conjunto, las barreras no actúan de forma aislada: se encadenan, se refuerzan y generan un efecto acumulativo que amplifica la vulnerabilidad del adulto mayor. Cada obstáculo estructural, organizativo, físico o económico, se convierte en un eslabón de una misma cadena que termina condicionando la continuidad del tratamiento. En la práctica, esto significa que una barrera inicial, como una autorización demorada o una falla en el sistema, puede desencadenar una serie de consecuencias: pérdida de citas, retrasos en la dispensación, interrupciones del tratamiento y deterioro progresivo del estado de salud.

Estructura: la “deeply fragmented and segmented” organización regional (10). En sistemas concretos, los sistemas fraccionados y segmentados producen circuitos de autorización y pago heterogéneos, difíciles de navegar para un mayor con multimorbilidad, lo que genera que la consulta se dé en diferentes lugares. lo que implica un trámite para cada lugar.

Organización: la inestabilidad en los servicios y la burocracia multiplican tiempos de espera; de ahí que una estrategia clave sea disminuir los tiempos de espera de entrega de medicamentos.

Entorno: la inadecuada arquitectura y las dificultades de transporte hacen que el retiro dependa de terceros; por eso se sugiere ofrecer asistencia cuando haya dificultades en el transporte.

Economía del hogar: en contextos con copagos y desplazamientos repetidos, la segmentación determina una falta de equidad, que en la práctica deja a los adultos mayores postergando o saltando dosis, generando disminución en la eficacia de los tratamientos, agravando las enfermedades crónicas y aumentando el riesgo de

complicaciones.

Si se ponen estas piezas en secuencia, el resultado no es un problema de “dispensación” estrictamente, es un desabastecimiento funcional: el medicamento puede existir en el sistema, pero no llega a quien lo necesita cuando lo necesita. De ahí que las propias fuentes, cuando recomiendan soluciones, estén delineando al reverso las barreras que hoy viven los adultos mayores en la atención como resultado menos esperado, más horarios, descentralizar, mejorar logística, asistencia en transporte, equipos entrenados y libres de carga burocrática para educar y entregar.

6.2 Principales estrategias implementadas por país

Durante la pandemia por COVID-19, los países de América Latina se vieron obligados a rediseñar sus estrategias sanitarias para garantizar la continuidad de los tratamientos farmacológicos en la población adulta mayor, grupo particularmente vulnerable ante las restricciones de movilidad y el riesgo de contagio. La literatura evidencia que en los seis países analizados (Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia) se implementaron diversas modalidades de dispensación de medicamentos, combinando medidas tecnológicas, logísticas y normativas con distintos niveles de cobertura y equidad.

En términos generales, todos los países convergieron en tres estrategias principales: la adopción de recetas electrónicas y mecanismos digitales de prescripción, la entrega domiciliaria de medicamentos o la extensión de los plazos para reclamarlos, y el fortalecimiento de programas públicos para reducir el gasto de bolsillo en fármacos esenciales para enfermedades crónicas.

Sin embargo, el grado de implementación, cobertura y sostenibilidad de estas medidas varió de manera significativa entre los países. Adicionalmente, ya existían previamente otras estrategias:

En Argentina, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) ya contaba antes de la pandemia con un programa consolidado de

medicamentos gratuitos o con descuentos para jubilados. Durante la emergencia sanitaria, el sistema adaptó sus procesos al entorno digital, incorporando la prescripción electrónica y la validación de recetas a través de correo electrónico o WhatsApp, lo que facilitó la continuidad de los tratamientos sin necesidad de desplazamientos. Sin embargo, recientes reformas han limitado el beneficio a quienes perciben hasta 1,5 jubilaciones mínimas, evidenciando un retroceso en la cobertura universal (59).

Otra de las estrategias del sistema de salud argentino es que permiten obtener descuentos a algunos medicamentos. Los descuentos suelen estar entre el 40% y el 50% de su valor, y en el caso de tratamientos crónicos, pueden alcanzar incluso una cobertura del 100%. No obstante, durante la pandemia y el período de aislamiento, este mecanismo se vio interrumpido (60).

De manera similar, en el caso de Chile existe una Política Nacional de Medicamentos, que busca garantizar disponibilidad y acceso a fármacos, así como en reformas legales que establecen la atención preferente a este grupo etario.

En Chile, cerca del 87% de esta población se atiende en el sistema público de salud (FONASA), lo que hace que las políticas y programas implementados en este ámbito tengan un efecto especialmente relevante. En este sentido, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha puesto en marcha diversas prestaciones orientadas a este grupo, entre las que destaca la eliminación del copago para las personas de 65 años o más, medida considerada de alto impacto por su contribución a reducir las barreras económicas en el acceso a la atención (61).

La Política Nacional de Medicamentos en Chile contempla un conjunto de 30 medidas orientadas a garantizar la disponibilidad de fármacos, reducir el gasto de bolsillo de las familias y asegurar la calidad de los productos comercializados en el país. Entre las acciones dirigidas específicamente a las personas mayores se incluyen:

- Entrega de medicamentos a domicilio para quienes presentan dependencia severa y se controlan en centros de atención primaria.
- Distribución directa de fármacos a residentes de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEAM)

- Taller de adherencia terapéutica: mediante talleres educativos, se enseña a los adultos mayores a organizar correctamente su tratamiento farmacológico a través del uso de pastilleros (62).

Por otro lado, la Ley N.º 21.168, que modifica la Ley N.º 20.584, incorporó el derecho a una atención preferente en salud para las personas mayores y aquellas con discapacidad. Esta normativa establece que, desde el momento de su ingreso al sistema, las personas beneficiarias deben contar con un acceso facilitado y oportuno a consultas médicas, atención de especialistas, prescripción y dispensación de medicamentos, así como a la realización de exámenes (62).

En Uruguay, el país cuenta con uno de los sistemas más integrados de la región. A través del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) y el Fondo Nacional de Recursos (FNR), se garantiza el acceso gratuito o con bajo costo a medicamentos esenciales y de alto precio. Los medicamentos incluidos en el FTM son entregados por los prestadores de salud Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o seguros privados bajo distintas modalidades de cobertura:

- Tratamientos agudos: acceso mediante tickets u órdenes.
- Enfermedades crónicas: con descuentos especiales o gratuidad.

Para los medicamentos que no se encuentran en el FTM ni en la cobertura del FNR, se habilitó la vía de: Recursos de amparo (judicialización) la cual es un mecanismo legal que busca proteger derechos fundamentales, como el derecho a la salud, cuando estos son vulnerados. En el caso de medicamentos, se solicita que el Estado (generalmente a través del MSP o el FNR) financie un tratamiento no incluido en la cobertura estándar (63).

En el caso de Cuba, la disponibilidad de información y de acceso sobre políticas y estrategias específicas relacionadas con medicamentos para adultos mayores es limitada. Una de las razones principales es que el país mantiene un modelo de salud

centralizado y con participación restringida en organismos multilaterales de cooperación en salud. Mientras la mayoría de los países de América Latina y el Caribe participan activamente en iniciativas lideradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Cuba ha tenido un involucramiento parcial debido a tensiones políticas y económicas (64).

Además, la estructura normativa cubana, basada en la Ley No. 41 de Salud Pública de 1983, que consagra la gratuidad y universalidad del acceso a los servicios de salud presenta el acceso a medicamentos como un derecho universal garantizado por el Estado, sin una segmentación explícita para adultos mayores. Esto hace que, a diferencia de otros países de la región que han diseñado programas focalizados (por ejemplo, PAMI en Argentina o Farmacia Popular en Brasil), Cuba no documente públicamente estrategias diferenciadas para esta población (65).

En Brasil, el acceso a medicamentos para tratamientos ambulatorios está garantizado por el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) en el sector público por la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales, mientras que en el sector privado los usuarios usualmente adquieren los medicamentos en farmacias privadas por gasto de bolsillo, o recurren al sector público si los medicamentos prescritos son de alto precio (66).

El acceso gratuito a medicamentos en la población adulta mayor se encuentra condicionado por factores demográficos, clínicos y farmacoterapéuticos. Se ha observado que los adultos mayores de ≤ 70 años presentan mayor probabilidad de acceder gratuitamente a sus tratamientos; en contraste, aquellos con multimorbilidad y polifarmacia enfrentan mayores barreras para el acceso completo y gratuito a los medicamentos (67).

En 2009, el Ministerio de Salud, en el marco del Sistema Único de Salud (SUS), reemplazó el Componente de Medicamentos de Dispensación Excepcional por el Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica (CEAF), una estrategia del

Sistema Único de Saúde (SUS) para el acceso a medicamentos de alto costo. Esta estrategia busca garantizar la integralidad del tratamiento farmacológico, además de ser el mecanismo mediante el cual se incorporan nuevas tecnologías terapéuticas.

Actualmente, el CEAF ofrece cobertura para más de 80 patologías, incluyendo medicamentos de alto precio, entre ellos los biotecnológicos empleados en el tratamiento de la artritis reumatoide, así como fármacos utilizados para la enfermedad de Gaucher y la hepatitis C (68).

Finalmente, Colombia muestra un avance más reciente y fragmentado. Antes de la pandemia, el país carecía de estrategias diferenciadas para adultos mayores, lo que derivó en altos niveles de judicialización del derecho a la salud. Con la emergencia sanitaria, se implementaron medidas innovadoras como la atención domiciliaria, la entrega a domicilio de medicamentos y la extensión de plazos para reclamarlos, especialmente para mayores de 70 años y personas con enfermedades crónicas, con apoyo de resoluciones nacionales y acciones departamentales:

Con la Resolución 521, Colombia definió una medida nacional de brindar atención telefónica, virtual y domiciliaria para personas mayores de 70 años y con patología crónica de base. Incluye también entrega a domicilio de medicamentos. Fue una estrategia implementada durante la emergencia por COVID-19 de manera paulatina para asegurar continuidad de tratamientos en población vulnerable (69).

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional estableció medidas especiales: aumento del plazo para reclamar medicamentos, autorización para familiares habilitados o entrega a domicilio cuando no haya quien reclame en persona. Estas medidas responden a la necesidad de facilitar procesos administrativos que podrían convertirse en barreras de acceso para las personas de edad avanzada (70).

Al comparar las estrategias, se identifican tres grandes tendencias regionales:

1. **Innovación tecnológica desigual:** Países como Chile y Argentina lograron digitalizar la prescripción médica de forma generalizada, mientras que en

Colombia y Uruguay esta práctica se mantuvo parcial y dependiente de la infraestructura local.

2. **Cobertura farmacéutica y equidad:** Brasil y Uruguay lideran los esfuerzos en gratuidad y cobertura de medicamentos esenciales, aunque persisten desigualdades geográficas; A diferencia, Argentina presenta regresiones recientes y Cuba carece de focalización.
3. **Adaptación post pandemia:** La mayoría de los países fortalecieron medidas implementadas durante la emergencia, consolidando modelos híbridos de atención que combinan estrategias presenciales y digitales, aunque aún con retos en educación tecnológica para las personas mayores.

6.2.1 Análisis de información por país

Tabla 2: *Resumen de la estrategia de Argentina*

Estrategia	Objetivo	Descripción
Programa Pro Bienestar (PAMI)	Reducir el gasto de bolsillo y garantizar la continuidad de tratamientos en adultos mayores	Implementación del vademécum de medicamentos esenciales gratuitos (2020). Cobertura del 100% en fármacos más utilizados y del 80–100% en medicación ambulatoria o especial.
Descuentos y recetas médicas	Aliviar el gasto de bolsillo y promover la adherencia terapéutica.	Descuentos entre 40% y 50%, y hasta el 100% en tratamientos crónicos mediante recetas con cobertura social.
Adaptaciones durante la pandemia (COVID-19)	Asegurar la continuidad de tratamientos durante el aislamiento y reducir riesgo de contagio.	Implementación de recetas electrónicas y modalidades remotas para acceder a medicamentos: envío por correo, WhatsApp, portales de salud y retiro por terceros.

Tabla 3: *Resumen de la estrategia de Chile*

Estrategia	Objetivo	Descripción
------------	----------	-------------

Política Nacional de Medicamentos	Garantizar la disponibilidad, acceso y calidad de los medicamentos.	Conjunto de 30 medidas orientadas a mejorar la accesibilidad y reducir costos. Incluye entrega de medicamentos a domicilio para personas dependientes, distribución a residentes de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores y talleres educativos y eliminación del copago para las personas de 65 años o más
Eliminación del copago para mayores de 65 años	Reducir las barreras económicas en el acceso a la atención de salud y medicamentos	Medida implementada por el Ministerio de Salud (MINSAL) para personas de 65 años o más atendidas en el sistema público (FONASA).
Adaptaciones durante la pandemia (COVID-19)	Asegurar la continuidad de tratamientos durante el aislamiento y reducir riesgo de contagio.	Implementación de recetas electrónicas, despacho de medicamentos a domicilio y entrega de tratamientos para períodos prolongados (2–3 meses), lo que facilita trámites virtuales y modalidades remotas.

Tabla 4: Resumen de la estrategia de Uruguay

Estrategia	Objetivo	Descripción
Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM)	Garantizar la cobertura y acceso equitativo a medicamentos	Lista oficial de fármacos que todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) deben cubrir. Incluye medicamentos esenciales organizados por grupos terapéuticos y entregados por ASSE, IAMC o seguros privados. Esta estrategia se apoya de la judicialización
Fondo Nacional de Recursos (FNR)	Asegurar la cobertura de tratamientos y medicamentos de alto costo	Creado en 1980 y fortalecido en la reforma de salud de 2007. Financia tratamientos costosos mediante evaluaciones clínicas y protocolos definidos, funcionando como un seguro universal complementario al SNIS.
Adaptaciones durante la pandemia (COVID-19)	Asegurar la continuidad de tratamientos y reducir el riesgo de contagio en adultos mayores.	Servicio de entrega domiciliaria de medicamentos para pacientes crónicos mayores de 65 años o con dificultades de desplazamiento. Posteriormente se amplió a otros usuarios con barreras geográficas o costos de traslado y prescripción remota.

Tabla 5: Resumen de la estrategia de Cuba

Estrategia	Objetivo	Descripción
Modelo de salud centralizado y universal	Garantizar el acceso gratuito y universal a la atención médica y medicamentos.	El sistema cubano se rige por la Ley No. 41 de Salud Pública (1983), que consagra la gratuidad y universalidad del acceso a los servicios de salud. Los medicamentos se consideran un derecho garantizado por el Estado, sin segmentación o políticas específicas para adultos mayores.
Participación limitada en organismos multilaterales	Mantener autonomía en la gestión sanitaria nacional.	Cuba presenta una participación restringida en organismos como la OPS/OMS, Banco Mundial y BID, lo que reduce la disponibilidad de información y cooperación técnica sobre estrategias focalizadas en adultos mayores.
Ausencia de programas diferenciados para adultos mayores		Cuba no documenta públicamente estrategias específicas o programas de acceso a medicamentos dirigidos a la población adulta mayor, debido a su enfoque universalista

Tabla 6: Resumen de la estrategia de Brasil

Estrategia	Objetivo	Descripción
Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica (CEAF)	Asegurar el acceso equitativo y continuo a medicamentos de alto costo	Ofrece cobertura para más de 80 patologías que tiene medicamentos de alto costo, raras y de alto impacto económico para los pacientes y el sistema de salud
Encuestas nacionales sobre acceso y uso de medicamentos (ENSA, ENSD)	Monitorear el acceso, uso y promoción del uso racional de medicamentos	Acceso gratuito para los adultos mayores de 70 años que tengan medicamentos está determinado por las características demográficas, clínicas y farmacoterapéuticas

Tabla 7: Resumen de la estrategia de Colombia

Estrategia	Objetivo	Descripción
Resolución 521 de 2020	Asegurar la continuidad de los tratamientos farmacológicos durante la pandemia	Estableció la atención telefónica, virtual y domiciliaria, incluyendo la entrega de medicamentos a domicilio, para reducir el riesgo de exposición al contagio y garantizar el acceso a tratamientos en la población vulnerable.
Medidas de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional	Facilitar el acceso y la entrega oportuna de medicamentos a adultos mayores	Ampliación de plazos para reclamar medicamentos, autorizó la entrega por parte de familiares o cuidadores y permitió la entrega domiciliaria cuando no hubiera quien reclamara los tratamientos en persona.

6.3 Líneas de recomendación

6.3.1 Generales

6.3.1.1 Disminución de la fragmentación y simplificación administrativa

En los sistemas de salud existe una fragmentación que ha generado múltiples trámites que retrasan el proceso de entrega efectiva de los medicamentos, para mejorar esta situación es importante implementar la unificación de criterios y procedimientos en los diferentes subsistemas que existen (público, seguridad social y privado), por medio de las autorizaciones médicas y la formulación de estas, sean válidas en cualquier punto de atención, sin importar el costo de los fármacos y el asegurador que se tengan (71).

Por otro lado la interoperabilidad de sistemas de información es fundamental, ya que con la unificación de las historias clínicas y las prescripciones, lo cual es una implementación útil en diferentes IPS del departamento de Cundinamarca (72). La dispensación no dependería de los trámites repetitivos y así se garantiza la continuidad

del tratamiento, incluso si el paciente se desplaza entre las regiones o los diferentes niveles de atención.

6.3.1.2 Accesibilidad

Lo que es la infraestructura y el transporte son barreras invisibles determinantes en el acceso a los medicamentos; el adecuar la infraestructura física de los centros farmacéuticos bajo los criterios universales (rampas, pasamanos, señalización clara, sillas de espera ergonómicas y espacios pensados para población con movilidad reducida) le daría a la población la comodidad y confianza para seguir asistiendo a los centros farmacológicos por sus medicamentos (73). También la falta de transporte seguro y asequible en las zonas rurales y urbanas puede impedir que los pacientes hagan el retiro de los medicamentos recetados, si se establecen programas de transporte solidario o convenios con redes comunitarias para el desplazamiento de los pacientes a los centros farmacéuticos o la entrega de los medicamentos a los hogares de forma segura (74).

6.3.1.3 Fortalecimiento del personal de salud

La dispensación no solo se limita a la entrega del medicamento, esto implica también la educación, el acompañamiento y orientación. Sin embargo, los equipos farmacéuticos suelen estar sobrecargados de trámites burocráticos. Una medida de fortalecimiento sería la capacitación del personal de salud competencias gerontológicas, de esta forma se puede entender las actitudes particulares de la población adulto mayor, para que puedan adaptar el proceso y la información que reciba el paciente sea de calidad. De igual manera, se debe impulsar la reducción de carga administrativa mediante la digitalización de los procesos y la reasignación de tareas, esto liberaría la carga laboral y el tiempo, para que el personal de salud y el paciente tengan una correcta interacción humana (75).

6.3.1.4 Tecnología con un enfoque diferencial

La tecnología en el sistema de salud en los últimos años ha sido una innovación clave y un gran avance para la mitigación de barreras de acceso, como lo son las tele-consultas, plataformas digitales para solicitud de citas y las recetas electrónicas, pero para los adultos mayores estos avances en vez de mejorar su experiencia en los servicios de salud y farmacéuticos, se ha convertido en una barrera de acceso ya que la algunos adultos mayores presentan una baja capacidad de alfabetización digital o incluso población adulta mayor ubicados en zonas rurales tienen cero conocimiento digital, lo que imposibilita que accedan a los servicios de salud y farmacéuticos. Por lo anterior se recomienda que en los sistemas de salud se adopte un enfoque híbrido, donde se mantengan los canales presenciales y los canales digitales, también el crear programas de acompañamiento continuo en los centros de salud y farmacéuticos para el uso de herramientas tecnológicas para la población adulta mayor, con el apoyo de cuidadores y familiares que estén dispuestos a capacitarse y enseñar a la población de su comunidad.

6.3.2 Específicas por países

6.3.2.1 Argentina

En el país la población adulta mayor enfrenta dificultades para el acceso a los medicamentos, esto a causa del aumento en los precios para su comercialización, esto influye significativamente en los jubilados y pensionados con recursos limitados.

Según un informe publicado por el centro de economía política de Argentina (CEPAL) indicó que los diez medicamentos más utilizados por la población adulta mayor experimentan un incremento promedio del 5% en el mes de abril, aumentando IPC general de medicamentos el cual se encontraba en 1,1% y pasó a 2,8%. Lo que agrava la situación de la población jubilada y pensionada que tiene un porcentaje monetario destinado para sus necesidades médicas como lo es la compra de sus medicamentos

en el caso de no ser cubiertas por su entidad de salud, esto también a incrementar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas de la población (76).

En el país se tiene el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), es una obra social el cual consiste en brindar atención integral y especializada a población jubilada y pensionada, población adulta mayor sin jubilación y excombatientes de la Guerra de las Maldivas en residencias o asilos, transitorios o permanentes que necesiten cuidados que no puede cubrir su núcleo familiar. Este programa cuenta con más de 5 millones de afiliados, con la intención de que ellos continúen con su tratamiento y para brindar una mejor cobertura y prevenir el consumo excesivo de medicamentos. El programa tiene cobertura del 100% en medicamentos de diferentes diagnósticos y cobertura del 50% al 80% y 40% en otros diagnósticos (59).

- Cobertura del 100%
- Tratamiento para la diabetes
- Medicamentos oncológicos
- Medicamentos oncohematológicos
- Tratamiento de la hemofilia
- Tratamiento del VIH y Hepatitis B y C
- Medicamentos para trasplantes
- Medicamentos para trastornos hematopoyéticos
- Medicamentos para la artritis reumatoidea
- Medicamentos para enfermedades fibroquísticas
- Medicamentos oftalmológicos intravítreos
- Medicamentos para la osteoartritis
- Medicamentos para la insuficiencia renal crónica e hiperparatiroidismo
- Cobertura del 50% Patologías de crónicas y agudas
- Cobertura del 40% Medicamentos de uso eventual

En este sentido para el sistema de salud de Argentina se recomendaría que implementara 4 estrategias fundamentales para el mejoramiento del acceso de medicamentos:

1. Ampliar progresivamente la cobertura de medicamentos, esto con la intención de llegar al 100% de los medicamentos para las enfermedades crónicas con alta prevalencia en la población adulta mayor.
2. Establecer un sistema de control y monitoreo del precio de los medicamentos, de esta forma los medicamentos no van a superar el índice del precio del consumidor a un nivel que perjudique la continuidad de los tratamientos.
3. Implementar un sistema de evaluación periódica de los medicamentos con mayor impacto de gasto de bolsillo y así priorizar su inclusión en el listado de cobertura de medicamentos al 100%.
4. Fortalecer las campañas de uso racional de medicamentos, para garantizar que la población sea consciente de la efectividad terapéutica con los correctos usos y también reducir los posibles riesgos por el mal uso farmacológico.

Tabla 8: *Resumen de las líneas de recomendación de Argentina*

Barreras de acceso	Estrategias actuales	Líneas de recomendación
Aumento en los precios de los medicamentos, que afecta especialmente a jubilados y pensionados con recursos limitados.	Programa de Atención Médica Integral (PAMI): obra social que brinda atención integral a jubilados, pensionados y adultos mayores sin jubilación. Ofrece cobertura del 100%, 50% y 40% en medicamentos según diagnóstico y necesidad médica.	Ampliar progresivamente la cobertura de medicamentos hasta alcanzar el 100% para las enfermedades crónicas con alta prevalencia en adultos mayores.
Incremento del índice de precios de los medicamentos (IPC de medicamentos pasó de 1,1% a 2,8%), afectando la capacidad adquisitiva y la continuidad del tratamiento.	Cobertura diferenciada del PAMI: 100% para tratamientos de enfermedades crónicas y de alto costo (diabetes, VIH, cáncer, trasplantes, artritis reumatoidea, etc.).	Establecer un sistema de control y monitoreo de precios para evitar que el costo de los medicamentos supere el índice del precio al consumidor y garantice la sostenibilidad de los tratamientos.
Gasto de bolsillo elevado para medicamentos no cubiertos por el sistema o con coberturas parciales.	Beneficios escalonados del PAMI: cobertura del 50% para patologías crónicas y agudas, y del 40% para medicamentos de uso eventual.	Implementar un sistema de evaluación periódica de medicamentos con alto impacto en el gasto de bolsillo, priorizando su inclusión dentro de los medicamentos con cobertura del 100%.

Riesgo por uso inadecuado o excesivo de medicamentos debido a la automedicación o a la falta de educación farmacológica.	PAMI promueve continuidad de tratamiento y cobertura racional, pero con necesidad de mayor educación sanitaria.	Fortalecer campañas de uso racional de medicamentos, promoviendo la educación sobre adherencia terapéutica y el uso responsable de fármacos en la población adulta mayor.
--	---	---

6.3.2.2 Chile

La población adulta mayor en la actualidad enfrenta una alta carga de enfermedades crónicas y multimorbilidad, lo cual impacta directamente en la calidad de vida y la economía del hogar.

En un reporte emitido por el Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, “Viviendo con Enfermedades Crónicas: Perspectivas desde la Población Mayor”, En donde se evidenció la alta morbilidad en la población mayor en Chile y cuáles eran sus implicaciones en la calidad de vida. Un 52,4% de los mayores de 60 años padece hipertensión, un 27% diabetes y 21,5% dolor crónico, además de una alta prevalencia de multimorbilidad. Se tiene un reporte de que 29,2% han reportado una enfermedad crónica, 22,7% dos enfermedades crónicas, 12,6% tres y un 10,2% cuatro o más, Por otro lado desde un punto de vista diferencial, un 13,4% de mujeres muestran mayor concentración de casos en cuatro más en patologías a comparación de los hombres que solo son el 6,3% (77).

Este informe describe los desafíos adicionales que ha tenido la población adulta mayor chilena como lo es la polifarmacia, donde un 16% de la población consume seis o más medicamentos de forma regular y esto ha incrementado los riesgos clínicos y los gastos. Los hogares con adultos mayores destinan un promedio de \$125.953 pesos mensuales a salud, equivalentes al 10,7% de su presupuesto, lo que se le suma las barreras de acceso a los medicamentos y servicios especializados, más que todo en zonas rurales, pese al sistema de ganancias explícitas en salud (GES) (77).

Por último, un hallazgo del instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello, el cual advierte que el gasto de bolsillo en medicamentos entre el 2011 y 2024 aumentó en un 80%, lo cual representa el 30% del gasto de bolsillo en salud. Este incremento, se reflejó principalmente en los hogares, profundizando las inequidades en la continuidad de los tratamientos, comprometiendo la equidad del sistema. Desde este punto la encuesta de calidad de vida realizada en el año 2022 muestra que el 60% de los mayores temen depender de otros, lo cual está estrechamente ligada a la necesidad de mantener sus terapias para preservar la autonomía (78).

Un informe de la CENABAST documenta las experiencias para el mejoramiento del acceso a medicamentos en Latinoamérica, el cual menciona las estrategias implementadas en los países de Brasil, Colombia y Chile. lo que fue en Colombia y Brasil optaron por la regulación directa por medio de la fijación de los precios, mientras que en Chile se convino un modelo de intermediación a través de CENABAST, la cual actuará como regulador, intermediario y actor de mercado. Esta regulación directa permite la reducción de los precios, pero se puede generar efectos no deseados como lo es la baja calidad de los servicios, la sobreoferta de los productos innecesarios o desincentivos de nuevos competidores. En comparación, la intermediación chilena disminuye el costo de transacción, aprovecha las economías en escala y también fomenta el consumismo, lo cual genera beneficios farmacológicos como consumidores (71).

En este sentido para el sistema de salud de Chile se recomendaría que implementara 4 estrategias fundamentales para el mejoramiento del acceso de medicamentos:

1. Ampliar y fortalecer la intermediación de CENABAST el cual en la actualidad funciona como un intermediario que negocia precios más bajos en medicamentos, pero su alcance aún es limitado. Una recomendación sería implementar la expansión de este modelo hacía farmacias privadas y a las zonas rurales, garantizando que los adultos mayores obtengan el correcto acceso a los medicamentos a menos costo y con la disponibilidad oportuna.

2. Priorizar la cobertura de medicamentos para las enfermedades crónicas de alta prevalencia es de suma importancia ya que la mayoría de la población adulta mayor chilenos padecen de hipertensión, diabetes, dolor crónico y múltiples enfermedades simultáneas, es de suma importante asegurar que los tratamientos para estas patologías están incluidos dentro de una cobertura plena y continua. esto con el fin de reducir el gasto de bolsillo y evitar interrupciones en los tratamientos, lo cual tiene un impacto en la calidad de vida y autonomía de la población mayor.
3. La regulación de los precios y subsidios focalizados son necesarios puesto que actualmente en el país se tiene un aumento del gasto en medicamentos ha profundizado la situación de inequidades en el país. por lo que se le recomienda a los sistemas fortalecer los mecanismos de regulación de precios por medio de compras centralizadas y transparentes, junto con los subsidios focalizados y los copagos diferenciados para los adultos mayores en situación de vulnerabilidad, esto para aliviar la carga económica de los hogares.
4. El monitoreo de la polifarmacia y la promoción de adherencia terapéutica para la población que consume de seis o más medicamentos de forma simultánea es un problema frecuente que aumenta el riesgo clínico y costos. Implementar revisiones periódicas de los tratamientos prestados en atención primaria, protocolos de prescripción cuando sea posible y los programas de apoyo educativo para pacientes y cuidadores.

Tabla 9: *Resumen de las líneas de recomendación de Chile*

Barreras de acceso	Estrategias actuales	Líneas de recomendación
Alta prevalencia de enfermedades crónicas y multimorbilidad (hipertensión, diabetes, dolor crónico) que genera altos gastos y dependencia de tratamientos prolongados.	Garantías Explícitas en Salud (GES): cubre un grupo de patologías prioritarias, aunque con limitaciones de acceso en zonas rurales.	Priorizar la cobertura de medicamentos para enfermedades crónicas de alta prevalencia, asegurando su inclusión plena y continua para reducir el gasto de bolsillo.

Elevado gasto de bolsillo en medicamentos (30% del gasto en salud), afectando la equidad y continuidad de los tratamientos.	CENABAST (Central Nacional de Abastecimiento): modelo de intermediación estatal que negocia precios bajos para reducir costos.	Ampliar y fortalecer la intermediación de CENABAST, extendiendo su alcance a farmacias privadas y rurales para garantizar acceso equitativo y oportuno.
Polifarmacia (16% consume seis o más medicamentos) que incrementan riesgos clínicos y costos.	Acciones limitadas en atención primaria para controlar la prescripción y seguimiento de tratamientos.	Monitorear la polifarmacia y promover la adherencia terapéutica, mediante revisiones periódicas, protocolos de prescripción y educación al paciente.
Desigualdades territoriales en la atención farmacéutica, especialmente en zonas rurales.	Red de farmacias públicas con cobertura desigual.	Fortalecer la regulación de precios y subsidios focalizados, mediante compras centralizadas y copagos diferenciados para población vulnerable.

6.3.2.3 Uruguay

La población adulta mayor tiene limitaciones en el acceso a los medicamentos por causa de barreras económicas, clínicas y de oportunidad; la falta de regulación institucional y gubernamental para controlar el alza en los precios y la polimedicación en el país.

En Uruguay, la población adulta mayor enfrenta múltiples barreras para acceder de forma oportuna y segura a sus tratamientos; una de las más significativas está vinculada a la falta de regulación en los precios de los medicamentos de uso común. Como los fármacos esenciales como los antihipertensivos o anticoagulantes, medicamentos indispensables para el manejo de enfermedades crónicas, los cuales no siempre están incluidos en los planes básicos de cobertura, al no existir el mecanismo estatal de control; las instituciones fijan los precios variables, lo que aumenta el gasto de bolsillo y dificulta la continuidad de los tratamientos, en especial en los grupos de bajos recursos (79).

Otro obstáculo en el país ha sido la Polimedicación, es una práctica que cada vez frecuente más a la vejez, lo cual consiste en el consumo simultáneo de cinco o más fármacos. Esta situación ha elevado el porcentaje de riesgo de interacciones adversas, las caídas, deterioro cognitivo y pérdida de funcionalidad. Esta problemática se ha agravado con la “Cascada de prescripción”, lo que indica que los nuevos medicamentos para contrarrestar los efectos secundarios de otros, la cual la falta de controles periódicos y de una valoración geriátrica integral perpetua esta práctica, convirtiéndola en una barrera clínica que afecta la seguridad y la calidad de vida de la población adulta mayor (80).

Finalmente, en el país se evidencia una demora sistemática en el acceso oportuno a medicamentos y a los servicios especializados, lo que ha comprometido el control de enfermedades y ha elevado el riesgo de complicaciones graves. Las dificultades son más visibles en las áreas rurales y entre la población de menores ingresos, donde la oferta de servicios farmacéuticos es limitada (81).

El país tiene una gran variedad de estrategias para la dispensación de medicamentos, de los cuales se podría destacar el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM), lo cual cuenta con una lista positiva oficial de medicamentos para los prestadores del sistema Nacional integrado de Salud, este se actualiza periódicamente (vía decretos y ordenanzas) para la incorporación de nuevos medicamentos según estrictos criterios de eficacias, seguridad, perfil epidemiológica y sostenibilidad financiera (82).

Otra es la Cobertura gratuita de medicamentos de alto costo mediante el Fondo Nacional de Recursos, la cual asegura el acceso gratuito a medicamentos de alto costo, para múltiples enfermedades, donde no hay copagos para esos medicamentos costosos. Esto ha contribuido a que la población reciba tratamientos esenciales para las diferentes patologías de baja prevalencia o tratamientos especializados sin que el costo sea una barrera (83).

Por último, el sistema de retiro en farmacias comunitarias es cual es una gran medida cuando hay tan pocos puestos de ASSE, cuando los medicamentos no se encuentran disponibles en los puestos farmacéuticos ASSE, el usuario puede realizar un “talón de retiro” lo que les permite retirar el medicamento en una farmacia comunitaria. Esto se inició como piloto en Montevideo y el área metropolitana, con planes para seguirse extendiendo (84).

En este sentido para el sistema de salud de Uruguay se recomendaría que implementara 4 estrategias fundamentales para el mejoramiento del acceso de medicamentos:

1. La ampliación de cobertura del Formulario Terapéutico de medicamentos, dando una distinción a los medicamentos de uso frecuente para las enfermedades crónicas en la población adulta mayor, Asegurándose de que estos estén regulados en precio, calidad y disponibilidad sin el sobre costo para los usuarios.
2. Fortalecer el control de la polimedicación y el uso racional de medicamentos es necesario para el sistema de salud del país el implementar programas de revisión periódica de los tratamientos, con una participación de médicos geriátricos y farmacéuticos clínicos. Esto con el objetivo de identificar interacciones adversas, reducir la “cascada de prescripción” y así evitando también el uso de medicamentos potencialmente inapropiados.
3. Implementar el valor de la equidad territorial en la dispensación de medicamentos, este modelo de retiro en farmacias comunitarias si se expandiera y se consolida en todo el país, priorizando las zonas rurales y de difícil acceso; le permitirá al sistema farmacéutico un progreso inigualable y a la población adulta mayor una oportunidad para obtener dignamente la continuidad de sus medicamentos para sus tratamientos. Además de fortalecer la entrega domiciliaria de medicamentos con limitaciones de movilidad o incluso a los adultos mayores que viven en lugares alejados de los servicios de salud.
4. Optimizar la gestión de tiempos y la disponibilidad de medicamentos: En el sistema de salud si se desarrolla un sistema integrado de información que permita el monitoreo en tiempo real del Stock (conjunto de productos

almacenados y disponibles para la venta o dispensación) de los medicamentos en ASSE y farmacias comunitarias, con altas tempranas de escasez. Esto con la intención de evitar demoras en la entrega de medicamentos, garantizar la continuidad de los tratamientos y la mejor planificación de la compra y distensión.

Tabla 10: *Resumen de las líneas de recomendación de Uruguay*

Barreras de acceso	Estrategias actuales	Líneas de recomendación
Falta de regulación de precios en medicamentos esenciales y elevada variabilidad entre instituciones.	Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM): lista oficial actualizada de medicamentos esenciales para prestadores del sistema nacional.	Ampliar la cobertura del FTM, priorizando medicamentos crónicos de uso frecuente, regulando precios y asegurando disponibilidad sin sobrecostos.
Polimedicación y “cascada de prescripción” que incrementa riesgos clínicos y reacciones adversas.	Programas de revisión de tratamientos y seguimiento médico limitado..	Fortalecer el control de la polimedicación y el uso racional de medicamentos, con participación de médicos geriatras y farmacéuticos clínicos.
Desigualdad territorial en la distribución de medicamentos y escasa cobertura rural.	Sistema de retiro en farmacias comunitarias, permite retirar medicamentos fuera de ASSE.	Expandir la equidad territorial en la dispensación, ampliando el modelo de retiro y fortaleciendo la entrega domiciliaria para zonas apartadas.
Demoras en la entrega y disponibilidad limitada en servicios farmacéuticos.	Fondo Nacional de Recursos: cobertura gratuita de medicamentos de alto costo sin copagos.	Optimizar la gestión de tiempos y disponibilidad, mediante un sistema integrado de información para monitorear stock y prevenir desabastecimiento.

6.3.2.4 Cuba

En este país, el cual está estructurado con el Comunismo se han identificado algunas barreras en el sistema de salud, el primero que identificamos es el Desabastecimiento e inestabilidad en la disponibilidad de medicamentos: El ministerio de Salud Pública de Cuba ha reconocido públicamente la escasez de medicamentos en

los centros farmacéuticos del país es una situación que aumenta la crisis general del sistema sanitario. Según un informe presentado por el Parlamento, el cual demuestra que el desabastecimiento alcanza el 70% del plan básico de medicamentos, lo que impide satisfacer la demanda de la población. Este se compone por 651 productos de los cuales cerca de un 400 deberían ser productos por laboratorios locales, sin embargo, la mayoría no puede fabricarse actualmente en el país.

Esta situación ha afectado con mayor severidad a los productos de tarjeta de control y los medicamentos de uso común, esto ha generado graves consecuencias para los pacientes crónicos. Sumando las dificultades de la dispensación, por el retraso de la transportación y la falta de personal en las instituciones encargadas de los procesos de logística (85).

Por otro lado, también se identifican las limitaciones en los productos locales y problemas de importación, en Cuba la producción local de medicamentos, transferencias de tecnología y el fortalecimiento de políticas de desarrollo trazadas a partir de 1959. Estas estrategias permitieron sostener los indicadores de Salud durante los periodos críticos los cuales fueron compartidas con otros países a través de campañas de alfabetización. Un actor clave de este proceso es BioCubaFarma, que a finales de 2013, el cual contaba con 21,000 trabajadores, donde más de 6.000 eran profesionales universitarios, entre profesionales y maestrías de ciencia. Es importante destacar que el capital humano es el principal recurso de la industria Biofarmaceutica, los cuales han logrado avances de producción científica y tecnológica. a pesar de los logros que se a tenido en el área, aun se tienen limitaciones estructurales y financieros que impide tener el flujo de materias primas y recursos para la producción (86).

Por último, la prescripción inadecuada, polifarmacia y falta de enfoque gerontológico, La población envejecida en Cuba están representando un desafío en el sistema de salud, pues el 20% de la población supera los 60 años, los cuales presentan pluripatologías que favorecen la polifarmacia y en consecuencia, se aumenta el riesgo de reacciones adversas. Esta población es propensa a recibir prescripciones

inadecuadas, debido a la complejidad de sus modalidades y al uso simultáneo de múltiples fármacos (87).

Un estudio realizado en el municipio San Miguel del Padrón, evidencio el 100% de los adultos mayores polimedicados lo que se ha demostrado que por lo menos una de las prescripciones es inadecuada. También se detectaron las omisiones de tratamientos necesarios, como el uso de estatinas y bloqueadores en pacientes con enfermedades cardiovasculares, así como los servicios terapéuticos relevantes (15).

En el país se tiene un programa Nacional de Atención Integral al adulto Mayor, implementado desde 1996, que busca garantizar una vejez activa y saludable, en colaboración con la estrategia de la OMS sobre el envejecimiento saludable. Este programa brinda atención de salud ajustada de las necesidades específicas de las personas mayores de 60 años, con un enfoque de mantener la capacidad funcional y promover la autonomía del paciente (88).

En el año 2020, el 21,3% de la población cubana supera los 60 años. Teniendo en cuenta que en ese año se presentó la pandemia mundial COVID-19 y las dificultades económicas, el país continuó fortaleciendo la red de atención, inaugurando nuevos hogares de ancianos y el mantenimiento de más de 150 instituciones para este grupo poblacional, con más de 12 mil camas disponibles (89).

El aumento de la población mayor de 60 años y el uso de múltiples medicamentos han incrementado la frecuencia negativos asociados a la medicación, esto significa más ingresos hospitalarios y visitas a urgencias. El seguimiento farmacoterapéutico se evidencia como una herramienta clave para resolver y prevenir los problemas en el sistema cubano; se ha demostrado que en diferentes países que se ha implementado ha reflejado una reducción hospitalaria, atención de urgencias y el consumo innecesario de fármacos. Sin embargo, las farmacias comunitarias no se han implementado rutinariamente, sin importar que se han desarrollado estrategias puntuales con resultados positivos clínicos como en los usuarios (90).

Cuba se encuentra en los primeros países más envejecidos de la región, con un perfil demográfico similar al europeo y un sistema de salud universal que se apoya en la Atención Primaria como eje central. Este modelo en acompañamiento de la Red de policlínicas, consultorios médicos y enfermeras de la familia garantiza el aseguramiento total de la población incluyendo la adulta mayor, con una cobertura completa (Exámenes periódicos, seguimiento integral, acceso gratuito a medicamentos y programas de alimentación protegida). La atención se complementa con círculos comunitarios y las casas de abuelos, donde se ha fomentado la participación social de más de 800 mil personas mayores, durante la pandemia esta estructura fue fundamental para la protección de la población mayor en conjunto de un sistema de vigilancia epidemiológica (91).

En este sentido para el sistema de salud de Cuba se recomendaría que implementara 4 estrategias fundamentales para el mejoramiento del acceso de medicamentos:

1. Es fundamental asegurar la disponibilidad continua de los medicamentos esenciales, priorizando los tratamientos crónicos de alta prevalencia en la población adulta mayor, desde un plan de producción nacional y las importaciones.
2. Fortalecer la dispensación y la logística farmacéutica, buscando reducir los retrasos en el transporte, el correcto almacenamiento y entrega oportuna al consumidor final, además de mejorar la cobertura de farmacias comunitarios para aquellas personas que se les dificulta acercarse a los centros farmacéuticos.
3. Es importante institucionalizar el seguimiento farmacoterapéutico para los polimedicados, con la implementación de programas de detección de prescripciones inadecuadas, prevención y ajustes necesarios para las necesidades de la población adulta mayor.

4. Optimizar los procesos de prescripción médica desde un enfoque geriátrico, implementando la capacitación del personal de salud con un uso racional de medicamentos y garantizando que estos reciban terapias completas y seguras.

Tabla 11: *Resumen de las líneas de recomendación de Cuba*

Barreras de acceso	Estrategias actuales	Líneas de recomendación
Desabastecimiento generalizado (70% del plan básico) y dificultad en la producción local.	BioCubaFarma: conglomerado biofarmacéutico estatal con capacidad científica, pero limitaciones estructurales y financieras.	Asegurar la disponibilidad continua de medicamentos esenciales, priorizando la producción nacional y las importaciones estratégicas.
Problemas logísticos y de distribución, con retrasos en transporte y falta de personal.	Red nacional de policlínicas y consultorios médicos de familia, con cobertura universal.	Fortalecer la logística farmacéutica y la dispensación, mejorando transporte, almacenamiento y distribución oportuna en farmacias comunitarias.
Polifarmacia y prescripción inadecuada sin enfoque geriátrico.	Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor (desde 1996): promueve envejecimiento activo y saludable.	Institucionalizar el seguimiento farmacoterapéutico, identificando prescripciones inadecuadas y ajustando terapias según necesidades geriátricas.
Formación insuficiente del personal de salud en geriatría.	Capacitación puntual en atención primaria.	Optimizar la prescripción médica desde un enfoque geriátrico, promoviendo la educación del personal en el uso racional y seguro de medicamentos.

6.3.2.5 Brasil

El acceso a los servicios farmacéuticos para la población adulta mayor en el país representa una barrera significativa, ya que la información que se le brinda a ellos en el momento de la prescripción no es clara, además de que las limitadas regulaciones que se tienen afectan la seguridad del paciente por el uso que le tiene.

Una investigación de carácter observacional y transversal comparó los riesgos de medicamentos potencialmente inapropiados para este grupo poblacional, con los prospectos oficiales dirigidos a profesionales de la salud que publica la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. En este estudio se analizaron 33 medicamentos de referencia del mercado brasileño y se identificó que el 21.21% de los prospectos carecían de una sección específica para la población adulta mayor, limitando la claridad de uso (92).

El 63,64% de los participantes presentaron información incompleta, el 33,33% no tenían el total de datos relevantes y un 3,03% tenían información con discrepancias respecto a las recomendaciones internacionales. Esto demostró la falta de precisión y estandarización de las recomendaciones de uso y contraindicaciones, esto limita la capacidad de los profesionales de salud para identificar los riesgos en sus pacientes. Una posible consecuencia de esto, sería la incrementación del riesgo de prescripción inadecuada y se debilitaría la seguridad en el acceso a medicamentos (92).

El programa de farmacia Popular do Brasil (PFPB) fue creado en 2004 por el Gobierno federal como una alternativa para la ampliación del acceso a medicamentos en la población brasileña. Su objetivo inicial era reducir los gastos familiares, específicamente en los sectores populares y garantizar la continuidad de los tratamientos de enfermedades crónicas y no transmisibles. La estructura inició con la distribución de medicamentos a bajo costo en las farmacias estatales, un bajo esquema de copago, donde el gobierno cubría una parte del costo y el paciente lo demás. Luego se amplió a través de alianzas estatales, municipios y sector farmacéutico privado.

En el aniversario vigésimo del programa, el Ministerio de Salud, anunció que en el 2024 el 95% de los medicamentos e insumos incluidos en el plan serán gratis para el público. Esto permitió que patologías (como el colesterol alto, la enfermedad de Parkinson, el glaucoma y la rinitis) también estuvieran cubiertas sin costo alguno para los usuarios, beneficiando a 3 millones de personas y generando un ahorro aproximadamente de \$400 reales brasileños anuales por paciente. En la actualidad el

programa ofrece 41 artículos, donde se mencionan los medicamentos e insumos a los que se puede acceder gratuitamente gracias a que el Ministerio cubre el 90% del valor (93).

En este sentido para el sistema de salud de Brasil se recomendaría que implemente 3 estrategias fundamentales para el mejoramiento del acceso de medicamentos:

1. Fortalecer la regulación e información dirigida a la población adulta mayor es de suma importante que las guías de medicamentos incluyan secciones claras, completas y estandarizados para el uso, con un enfoque diferencial para la población adulta mayor, lo cual refleja una reducción de riesgos de prescripción inadecuada, por otro lado el personal de salud se vería beneficiado ya que le facilita el trabajo de explicar profundamente cada contraindicación a cada uno de los usuarios y aumentaría el acceso a la continuidad de los tratamientos.
2. Implementación de programas de educación y acompañamiento farmacéutico; los sistemas de salud deberían garantizar que, al momento de reclamar los medicamentos, los pacientes reciban información clara sobre la dosis indicada y las contraindicaciones del medicamento; el incorporar esta medida en la atención farmacéutica, mejoraría la adherencia de los pacientes y la prevención de complicaciones.
3. Garantizar la continuidad de los medicamentos esenciales de forma gratuita, Siguiendo el Modelo del PFP, en los sistemas de salud se puede implementar estrategias para la cobertura progresiva de medicamentos de alta demanda para la población, especialmente las enfermedades crónicas. Con el objetivo de aliviar el costo familiar, garantizando la continuidad de los tratamientos y mejorar la equidad del acceso a los medicamentos.

Tabla 12: *Resumen de las líneas de recomendación de Brasil*

Barreras de acceso	Estrategias actuales	Líneas de recomendación
--------------------	----------------------	-------------------------

Información insuficiente y poco clara en los prospectos para adultos mayores (21% sin secciones específicas).	Regulación de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) sobre medicamentos, aunque sin enfoque diferenciado para mayores.	Fortalecer la regulación e información dirigida a adultos mayores, incluyendo guías estandarizadas y adaptadas a esta población.
Falta de educación farmacéutica y riesgo de prescripción inadecuada.	Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB): garantiza medicamentos gratuitos o de bajo costo para enfermedades crónicas.	Implementar programas de educación y acompañamiento farmacéutico, fortaleciendo la adherencia terapéutica y la seguridad del paciente.
Elevado gasto familiar en medicamentos esenciales.	PFPB ampliado (2024): 95% de medicamentos del plan gratuitos, beneficiando a 3 millones de personas.	Garantizar la continuidad y ampliación de medicamentos esenciales gratuitos, asegurando sostenibilidad y equidad en el acceso.

6.3.2.6 Colombia

En el país el acceso oportuno y continuo de los servicios de salud y medicamentos es un desafío continuo, especialmente para la población adulta mayor que ha enfrentado diferentes barreras en su atención y por ende su calidad de vida. Mencionaremos algunas barreras de acceso para esta población.

En primer lugar encontramos la inestabilidad financiera en el sistema de salud y las EPS, la cual es una crisis financiera notable por todos los colombianos, esta se identifica como una barrera estructural que impacta directamente la atención y la entrega de medicamentos para los adultos mayores. Con base a un informe de Balance social de la fundación Retorno Vital en el año 2024, los usuarios presentaron demoras superiores a los 200 días para acceder a tratamientos, esto ocasionado por el retraso en los pagos a las IPS, por escasez de insumos y liquidez de las EPS; esta situación ocasionó una reducción de la calidad de la atención, un aumento del gasto de bolsillo en los hogares y generó un deterioro de la confianza de los pacientes y profesionales

de salud (94).

Este informe también demostró la proporción de usuarios afectados por demoras en medicamentos, el cual pasó de 42% en 2023 a 46% en 2024, lo que demostró un desmejoramiento de la situación del sistema de salud. Los pacientes deben cubrir en promedio \$110.000 mensuales en las ciudades principales y más de un millón en las zonas apartadas del país para la atención en salud, limitando la continuidad de los tratamientos pues actualmente solo es sostenible 4,7 meses en el año. Adicionalmente se identifica que actualmente, hay más de 25 millones de afiliados a EPS intervenidas por la superintendencia Nacional o en EPS en proceso de liquidación, generando incertidumbre sobre la sostenibilidad del sistema (94).

La transición demográfica que atraviesa Colombia ha incrementado la cantidad de adultos mayores con enfermedades crónicas y discapacidades, aumentando la demanda en los servicios de salud. Sin embargo, el sistema de salud enfrenta dificultades en la gestión oportuna de las autorizaciones y trámites administrativos que han generado más retrasos en la atención. Desde un análisis profundo a la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, reveló que en las principales barreras se encuentra la no entrega de medicamentos por falta de disponibilidad, la asignación oportuna de citas médicas y la negociación de los servicios. Esto afecta directamente a esa población adulta mayor vulnerable por estar limitando su acceso oportuno a la atención (95).

Las demoras en la entrega de medicamentos es una de las principales barreras de acceso de fácil identificación en el país, esto ha afectado a toda la población, pero para los adultos mayores se ha evidenciado un mayor impacto por sus enfermedades crónicas y de alto costo. Un informe dado por la Fundación Retorno Vital y Afidro, señala los casos más críticos con retraso con más de 250 días, comprometiendo la continuidad de los tratamientos esenciales. Un análisis de los trámites gestionados demostró que el 42% están relacionadas con la demora en la entrega de medicamentos, Bogotá, Antioquia y el Valle del Cauca son las regiones con más

reportes (96).

La personería de Bogotá advirtió que, solo en el primer trimestre del 2025 se recibieron 791 quejas por fallas en la entrega de medicamentos, una cifra que representó el 42% de los reclamos en salud. Esto ha obligado a los pacientes a gastar su propio dinero para continuar con los tratamientos o incluso reducir la dosis recomendada por su médico tratante. El ente regulador (La Supersalud) implementó visitas de control en los puntos de dispensación, donde se evidencio que el tiempo de espera es superior a las 3 horas y había usuarios con entregas pendientes de tres meses o más. Por otro lado se identificaron irregularidades, como cobros indebidos y trato indigno hacia los adultos mayores (97).

El acceso oportuno y seguro de los servicios médicos y medicamentos se ha convertido en un eje central para el sistema de salud colombiano, especialmente para hacerle frente a los retos que enfrentan las EPS intervenidos y la población más vulneramos, en este contexto les mencionaremos algunas medidas implementadas para combatir las barreras de acceso.

La superintendencia Nacional de Salud ha promovido el mecanismo de compra directa de medicamentos por parte de las EPS intervenidas como una estrategia para mejorar la entrega de tecnologías en salud y optimizar los recursos financieros. El superintendente Giovanni Gracias dijo que este modelo elimina la intermediación y permite una mayor eficiencia en la adquisición de productos, demostrando un ahorro superior a 5 mil millones de pesos mensuales en las entidades, como Nueva EPS, Famisanar y Sanitas. Por otra parte, la contratación directa de laboratorios farmacéuticos es una estrategia que trae beneficios a la entidad como lo es la baja carga económica, fortalecimiento de la atención y para los usuarios se les garantiza la entrega oportuna de los medicamentos (98).

Esta medida busca dar respuesta al número elevado de reclamos que recibe la Superintendencia; de enero a febrero del 2025 se registraron 95 mil quejas por

medicamentos, lo que un 31,69% son usuarios de Nueva EPS. Se han priorizado acuerdos de contratación directas para la atención de 56 patologías, incluidas enfermedades crónicas, huérfanas, trasplantes y oncológicas. Además de que se espera la legalización de contratos en 14 laboratorios farmacéuticos, el ahorro de esta estrategia puede superar los 16 mil millones de pesos mensuales (98).

Desde la pandemia del COVID-19 en Colombia se implementó la entrega domiciliaria de medicamentos y atención prioritaria a los adultos mayores, desde la Dirección Territorial de Salud de Caldas. Esta medida buscó proteger a la población altamente vulnerable que en muchos casos carece de redes de apoyo para el desplazamiento seguro o para realizar los trámites por ellos. Se establecen obligaciones de garantías para que las citas médicas se puedan realizar de forma virtual, los medicamentos lleguen a los hogares y un acompañamiento continuo de los pacientes. Posteriormente esa medida se extendió a otras poblaciones y otros departamentos (99).

En este sentido para el sistema de salud de Colombia se recomendaría que implemente 3 estrategias fundamentales para el mejoramiento del acceso de medicamentos:

1. Fortalecimiento de la estabilidad financiera y sostenible del sistema, es importante implementar mecanismos de financiamiento más sólidos para garantizar la liquidez de las EPS y IPS, en búsqueda de evitar los retrasos de pagos y desabastecimientos de los medicamentos. Al implementar estos modelos de control, se reduciría la incertidumbre sobre la continuidad de los tratamientos de los usuarios.
2. Implementar la agilización y simplificar los procesos administrativos, es muy necesario para toda la población colombiana el reducir las demoras en las autorizaciones, citas médicas y entrega de medicamentos por medio de plataformas digitales unificadas para realizar las solicitudes en línea, con un tiempo de respuesta estandarizado. También el implementar protocolos de “Atención Preferencial” para los adultos mayores con enfermedades crónicas,

buscando siempre priorizar la asignación de los servicios y evitando las barreras burocráticas del sistema.

3. La entrega domiciliaria de medicamentos y la tele-consulta debe ser una política transversal para la población adulta mayor, en especial a los que tienen movilidad reducida o residentes en zonas apartadas. De igual forma la compra directa de los medicamentos a los laboratorios nacionales por parte de las EPS es importante que se expanda a otras entidades para asegurar la continuidad de los tratamientos de sus afiliados y reducir el gasto de bolsillo en los hogares.

Tabla 13: *Resumen de las líneas de recomendación de Colombia*

Barreras de acceso	Estrategias actuales	Líneas de recomendación
Crisis financiera del sistema de salud y de las EPS, generando retrasos en pagos, desabastecimiento y baja confianza.	Compra directa de medicamentos por EPS intervenidas, eliminando intermediarios y logrando ahorros.	Fortalecer la estabilidad financiera del sistema, mediante mecanismos de financiamiento sostenibles que garanticen liquidez y continuidad en tratamientos.
Demoras en autorizaciones, citas y entrega de medicamentos, afectando continuidad terapéutica.	Plataformas digitales de Supersalud y control de tiempos de entrega.	Simplificar los procesos administrativos y agilizar trámites, priorizando adultos mayores mediante atención preferencial y digitalización unificada.
Dificultades de movilidad y zonas apartadas sin acceso.	Entrega domiciliaria y teleconsulta implementada desde la pandemia.	Consolidar la entrega domiciliaria y teleconsulta como política nacional, ampliando la compra directa de medicamentos y reduciendo el gasto de bolsillo.

8. Discusión

En el ámbito de la administración en salud, el análisis del acceso a medicamentos en la población adulta mayor es un indicador clave para evaluar la equidad y el acceso a los sistemas de salud en la vía de generar conocimiento que favorezca la toma de decisiones para reducir las brechas de desigualdad debido a la edad y la clase social.

En este contexto, las transformaciones tecnológicas recientes ofrecen nuevas alternativas para mejorar dicho acceso. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en la adopción de tecnologías de salud, como la tele-consulta y la entrega domiciliaria de medicamentos, estrategias que se han implementado durante la pandemia para mantener la atención en salud de los adultos mayores. No obstante, la literatura muestra que estas herramientas, así como pueden actuar como facilitadores para acceder al sistema, al mismo tiempo pueden profundizar inequidades si no se consideran las barreras digitales que enfrenta este grupo. Un estudio en Colombia encontró que entre 2020-2023 la telemedicina se vio limitada por la brecha digital, la baja alfabetización en TIC, falta de infraestructura tecnológica, así como resistencia al cambio por parte de adultos mayores, lo que dificulta el acceso equitativo a servicios remotos de salud (100).

Por tanto, aunque las TIC pueden aumentar la accesibilidad y flexibilidad en la prestación de servicios de salud, su efectividad depende de que existan políticas que garanticen la inclusión digital, la capacitación, la infraestructura adecuada y medidas para reducir la brecha digital entre zonas urbanas y rurales (101).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU en 1948 establece que todas las personas tienen derecho a condiciones de vida adecuadas para su bienestar, lo que incluye el acceso a la atención médica y a los servicios esenciales, y, en el contexto colombiano, la Ley 1751 de 2015 tiene como propósito garantizar el derecho fundamental a la salud. En el artículo 10 de esta ley se establecen los

derechos y deberes de las personas en relación con la prestación de los servicios de salud, entre ellos la provisión y el acceso oportuno a tecnologías y medicamentos necesarios. Sin embargo, persisten barreras burocráticas, geográficas y económicas que dificultan la entrega efectiva de tratamientos, lo que evidencia dificultades en la implementación de la normativa (49).

Esto no es solo un caso aislado de Colombia; la presente revisión, muestra que los adultos mayores en Latinoamérica enfrentan una multiplicidad de barreras que condicionan sus posibilidades de recibir los tratamientos, que, en su mayoría, coinciden que son barreras asociadas a factores administrativos, económicos y geográficos (21). Por ejemplo, en países como Colombia, Brasil y Uruguay, debido al incumplimiento en la implementación de las normas que rigen los sistemas de salud y el derecho fundamental a la salud, la acción de tutela se ha convertido en un mecanismo frecuente para garantizar la dispensación de medicamentos no cubiertos: En Colombia, el ministerio de salud remitió un informe en 2024 donde menciona que una de las problemáticas frecuentes es precisamente la demora o incumplimiento en entrega de medicamentos, lo que lleva a que personas recurren a la tutela para exigir la entrega (102). Del mismo modo, en el caso de Brasil, muchas personas recurren al sistema judicial para obtener acceso a medicamentos cuando el SUS no los dispone o cuando existen demoras o barreras administrativas (66). Y, finalmente, en Uruguay, también se evidencia que los usuarios optan por la intervención de la rama judicial cuando los medicamentos solicitados no están cubiertos por las instituciones de salud (103).

En comparación, en Chile aunque los sistemas públicos garantizan ciertos medicamentos mediante la canasta GES, una proporción significativa de medicamentos innovadores no están cubiertos por los mecanismos públicos, lo que incrementa los costos privados para pacientes (104).

En Argentina, estudios en ciudades intermedias como Bahía Blanca reportan que, si bien los servicios de atención primaria existen relativamente cerca para muchos, los residentes de barrios periféricos o de nivel socioeconómico bajo enfrentan

distancias mayores y transporte público inadecuado para llegar a estas instituciones (105).

En Cuba, se evidencian barreras en la atención primaria, con inestabilidad en servicios locales, falta de adaptaciones arquitectónicas y dificultades para acceder a todos los medicamentos necesarios, y adicionalmente, lo agravan las limitaciones en la infraestructura comunitaria (58).

Otra de las similitudes encontradas en los análisis realizados es la alta prevalencia de polifarmacia entre los adultos mayores de los seis países estudiados, entendida como el uso simultáneo de múltiples medicamentos para el tratamiento de diversas enfermedades crónicas. En Chile, por ejemplo, se estima que alrededor del 36,3 % de los adultos mayores consumen entre tres y cinco medicamentos diarios, mientras que un 27,9 % utilizan más de seis (106).

Sin embargo, es importante señalar que la polifarmacia no es una consecuencia directa del envejecimiento, sino el resultado de la exposición a factores de riesgo a lo largo de la vida y que se manifiestan en la vejez como enfermedades crónicas no transmisibles y comorbilidades múltiples (107).

Asimismo, se evidencia una tendencia común en los sistemas de salud de América Latina: la medicalización del envejecimiento. En muchos países, el control de las enfermedades crónicas no transmisibles se ha centrado casi exclusivamente en el acceso a medicamentos, dejando en segundo plano las estrategias de promoción y prevención en el curso de la vida, así como las intervenciones no farmacológicas que han demostrado ser efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores (108). Factores como el ejercicio regular, la alimentación saludable, manejo del estrés, entre otras, deberían ocupar un papel prioritario en las políticas públicas y tener una articulación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 y con las líneas de acción promovidas por la Organización Panamericana de la Salud (109).

En la vejez, estas estrategias no solo complementan el tratamiento farmacológico, sino que también fortalecen la autonomía, la funcionalidad y la percepción positiva del envejecimiento (110).

Del mismo modo, se identifica un fenómeno que sucede en los seis países analizados y que repercute en el proceso de dispensación de medicamentos: el edadismo. Este concepto se manifiesta a nivel estructural, cuando las instituciones sociales y de salud refuerzan sesgos sistemáticos alrededor de la edad, que consisten en prejuicios y estereotipos que se expresan en discriminación hacia las personas, en razón de la edad, e dificulta la atención oportuna e integral de las personas mayores, y a nivel individual, cuando los propios adultos mayores interiorizan los estereotipos negativos de su cultura y reproducen percepciones desfavorables sobre su propio proceso de envejecimiento (111). El edadismo es considerado como uno de los factores que generan inequidades en salud e impactan negativamente, al igual que la raza, la clase social, la orientación sexual o la identidad de género, dado que afecta el acceso y la calidad de la atención (111). Este fenómeno puede expresarse a través de tres dimensiones fundamentales: 1. la discriminación por edad, que implica un trato perjudicial hacia las personas mayores; 2. los estereotipos negativos, que hace referencia a creencias sobre la supuesta fragilidad o inutilidad de este grupo poblacional; y 3. las autopercepciones negativas del envejecimiento, es decir, las creencias que los mismos adultos mayores tienen con respecto a su valor en la sociedad (111).

Si bien el edadismo puede dirigirse a diferentes grupos de edades, la literatura señala que los adultos mayores es el grupo más afectado, dado que son percibidos como receptores pasivos de asistencia social o incluso como una carga para las generaciones más jóvenes, lo que genera una limitación de sus derechos en el contexto de salud.

La pandemia por COVID-19 evidenció con claridad este fenómeno en la mayoría de los países de la región. Dentro de las medidas establecidas para mitigar la

propagación del virus, hubo la restricción de la movilidad de las personas mayores con el argumento que son población vulnerable. Si bien esta medida buscaba proteger la salud, también se generaron consecuencias, tales como el incremento en los problemas de salud mental, el deterioro de la autonomía, las limitaciones financieras por la falta de participación social y económica, así como el refuerzo de los estigmas hacia la vejez en la sociedad. Esta situación mostró cómo, incluso en contextos de emergencia, el edadismo se convierte en un factor transversal que condiciona la experiencia de envejecimiento y amplía las inequidades en salud (112).

Lo anterior pone en evidencia que aunque la Ley 2055 de 2020, mediante la cual se aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, constituye un marco normativo que reconoce la vejez como una etapa digna de protección, en la práctica su aplicación resulta limitada, pues persisten expresiones de edadismo en los sistemas de salud (48).

Como se mencionó anteriormente, en la revisión realizada se evidencia que el acceso a medicamentos para la población adulta mayor se ve significativamente afectado por barreras geográficas, pero con mayor proporción en contextos donde las personas residen en áreas rurales dado que suelen presentar una mayor lejanía de los centros de atención en salud, trayectos más largos y vías de transporte en condiciones precarias, lo que incrementa los costos y el tiempo para reclamar medicamentos. Adicionalmente, la infraestructura de salud en estas zonas es más limitada ya que hay menor cobertura de establecimientos farmacéuticos adecuados, clínicas o laboratorios, así como menor disponibilidad de profesionales de salud.

Un estudio en la Amazonía Brasileña encontró que, aunque más del 60 % de adultos mayores reportaba uso regular de medicamentos, las barreras geográficas entre las que se encuentra la falta de transporte público y la escasez de especialistas en áreas rurales contribuyeron a una utilización insuficiente de los servicios de salud (113). Para el contexto colombiano, en una investigación sobre “Desigualdad en el uso de la atención médica entre las personas mayores en Colombia” han identificado que la

residencia rural es uno de los factores que determinan que los usuarios accedan en menor medida a los servicios de salud, lo que confirma que este grupo poblacional se enfrenta con barreras estructurales, aunque cuente con una cobertura o afiliación al sistema sanitario (114).

Lo anterior evidencia que además de garantizar la cobertura universal en los sistemas de salud, también se debe considerar factores como la infraestructura para la distribución de medicamentos y la capacidad logística para el proceso. De esta manera, se avanza hacia un sistema más equitativo que responda a las necesidades del territorio.

Consecuentemente, las barreras no solo recaen sobre ellos mismos, sino también sobre sus redes de apoyo, principalmente en sus cuidadores que generalmente es un miembro de la familia. Los cuidadores suelen asumir funciones que implican desplazamientos para citas médicas y reclamar medicamentos, trámites administrativos y coordinación logística, lo cual añade una carga económica y emocional que pocas veces se visibiliza y es tomada en cuenta. Por ejemplo, un estudio cualitativo en comunidades rurales identificó que los cuidadores informales enfrentan dificultades significativas para acceder a farmacias por las malas condiciones de transporte y escasez de apoyo institucional al momento de gestionar los medicamentos de las personas mayores (115). Por ello, es importante que las políticas públicas y las estrategias sanitarias también tengan en cuenta medidas que reduzca la carga sobre las familias y sus cuidadores, tales como la entrega domiciliaria de medicamentos, transportes subsidiados o logística pensada en las personas con difícil acceso, formación y soporte para cuidadores informales, entre otras, con el fin de reducir las cargas y responsabilidades que el sistema de salud traslada a los hogares.

Además, es importante mencionar que las barreras de acceso no afectan de igual forma a todos los adultos mayores. Una de las poblaciones que pueden presentar mayores vulnerabilidades son las poblaciones indígenas que por su cultura, lengua y otros factores ya mencionados, limita su acceso tanto a atención primaria como a medicamentos esenciales (116). En concordancia, un análisis sobre las brechas que

existen con relación a las pensiones documenta que, en países del cono Sur de América Latina como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, las mujeres mayores reciben en mayor proporción pensiones no contributivas o pensiones de viudez en comparación con pensiones contributivas tradicionales, lo que refleja una autonomía económica limitada y una marcada desigualdad en la pensión (117).

Estas desigualdades relacionadas con la pensión tienen implicaciones directas para el acceso a medicamentos: las mujeres mayores con pensiones bajas o inexistentes tienen menos recursos económicos para cubrir costos de tratamiento, enfrentar barreras geográficas o de transporte, o adquirir medicamentos que no los incluye el sistema de salud (117). La intersección género, clase social, tipo de afiliación al sistema de salud y edad, es evidente aquí.

Por otro lado, esta revisión aporta nuevos horizontes que no han sido abordados con suficiente profundidad en la literatura existente. En primera instancia, el presente trabajo combina factores que en la literatura se han estudiado y analizado de manera aislada (barreras administrativas, económicas y geográficas), lo que permite comprender cómo interactúan y se exacerban entre sí para generar barreras complejas en el acceso a medicamentos.

Tener una mirada holística sobre estos factores, es de suma relevancia para la administración en salud, pues evidencia que las dificultades de los adultos mayores no se explican únicamente por la escasez de recursos económicos o la distancia entre los hogares de las personas y los puntos de dispensación, sino también por la intersección de ejes de desigualdad y los procesos burocráticos aislados y fallas organizacionales que no están lo suficientemente coordinadas entre sí para el logro de una entrega efectiva de los tratamientos, dentro de los sistemas de salud.

En cambio, al observar los tres factores de forma integrada, se logra visibilizar que las barreras no actúan de manera aislada, sino que forman un conglomerado de situaciones que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor frente al sistema de salud.

Por ejemplo, un paciente con ingresos limitados que además debe desplazarse considerablemente para reclamar sus medicamentos, y posteriormente debido al funcionamiento del sistema le exige enfrentarse a trámites administrativos excesivos, se encuentra en una situación de desventaja que difícilmente podría resolverse atendiendo cada una de las barreras por separado. Por lo tanto, esta perspectiva de análisis integral es un desafío para la gestión en salud y debe orientar la formulación de políticas públicas, con capacidad de responder a las múltiples dimensiones que condicionan el acceso real a los medicamentos en esta población (118).

En síntesis, los hallazgos de esta revisión muestran que, si bien hay que garantizar cobertura, del mismo modo hay que garantizar un acceso real y equitativo a los medicamentos en la población adulta mayor. Superar estas limitaciones requiere que la gestión en salud y las estrategias de cada país adopten una mirada más integral, holística y sensible teniendo en cuenta las condiciones y necesidades de este grupo poblacional.

El acceso a medicamentos para los adultos mayores no puede reducirse a una cuestión logística o financiera; se trata de un derecho fundamental en salud y, asimismo, de un indicador de justicia social. La forma en que los sistemas de salud gestionan la entrega oportuna y continua de tratamientos refleja la calidad real de la atención y la capacidad para dar cumplimiento a la equidad y universalidad.

En este sentido, las recomendaciones aquí señaladas no solo buscan garantizar el acceso efectivo a medicamentos, sino también fortalecer la capacidad de los sistemas sanitarios para responder al envejecimiento poblacional acelerado que hay en múltiples países de América Latina. Invertir en modelos inclusivos, libres de edadismo, con apoyo a cuidadores y con estrategias de inclusión digital representa no solo una respuesta coyuntural, sino una apuesta por la sostenibilidad, legitimidad y resiliencia de los sistemas de salud en las próximas décadas.

Finalmente, este conjunto de aprendizajes invita a los tomadores de decisión a avanzar hacia modelos de atención que, además de cubrir, garanticen acceso efectivo, equidad territorial y sostenibilidad en la atención de una población que seguirá en aumento en las próximas décadas, porque brindar servicios de salud de manera inclusiva y respetuosa no solo responde a un deber ético y jurídico, sino que también representa la base para consolidar sistemas de salud universales que reconozcan la dignidad humana en todas sus expresiones.

9. Conclusiones

Las barreras de acceso a medicamentos en la población adulta mayor de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia continúa siendo un desafío que no puede analizarse únicamente desde la cobertura formal de los sistemas de salud, esto se debe a que la revisión mostró que, más allá de garantizar la afiliación, existen otros factores que son persistentes como: múltiples barreras estructurales, organizativas, físicas, socioeconómicas y relacionales, que interactúan entre sí y generan inequidades profundas para gozar plenamente del derecho a la salud de los mayores y limitan la efectividad de las políticas públicas en la región de América Latina y el Caribe. Estos contrastes reflejan realidades comunes en América Latina y el Caribe, destacando un patrón regional de desigualdad y fragmentación que trasciende en particularidades de cada país.

En Argentina, la coexistencia de un sistema público descentralizado, con obras sociales y seguros privados ha generado una segmentación que mantiene inequidades entre algunas provincias y grupos sociales. Aunque programas como PAMI y Remediar han fortalecido la gratuidad y disponibilidad de medicamentos, aún se presentan desafíos de coordinación institucional y sostenibilidad financiera que afecta especialmente a los adultos mayores.

En Chile, el seguro público FONASA y las aseguradoras privadas ISAPRE generan una brecha económica y territorial, acentuada por los copagos y los gastos de bolsillo, el Plan Auge y la acción CENABAST, hace que el país avance hacia

una mayor integración en niveles asistenciales y equidad en la dispensación.

En Uruguay, la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo Nacional de Salud ha permitido que haya coberturas más amplias en toda la región, aunque enfrenta desafíos de financiamiento y disponibilidad uniforme de medicamentos en el territorio.

En Cuba, el modelo universal y gratuito garantiza el acceso formal, pero las limitaciones económicas y logísticas impactan en la disponibilidad de medicamentos. Deben fortalecer la producción local para enfrentar el envejecimiento poblacional.

En Brasil, el Sistema Único de Saúde (SUS) y el programa Farmacia Popular ha permitido una cobertura casi total de medicamentos esenciales, pero existen desigualdades regionales, fallas en la distribución y falta de educación farmacéutica, lo que afecta la adherencia terapéutica en los adultos mayores.

En Colombia, la expansión de la cobertura con un modelo mixto de aseguramiento ha mejorado el acceso, aunque los procesos de autorización, la fragmentación administrativa y las demoras en la dispensación siguen siendo obstáculos estructurales, pero han habido estrategias de entrega a domicilio, eliminación de copagos y telemedicina han sido positivas, aunque deben consolidarse en zonas rurales.

Los resultados demuestran que el envejecimiento de la población acelerado, junto a la multimorbilidad y la polifarmacia que son características de este grupo etario, exige que haya respuestas integrales y diferenciadas en la dispensación de medicamentos. Además, barreras como fragmentación estructural con el aumento de lugares de atención con un mismo fin, la organización que es con burocracia excesiva, las físicas y del entorno como deficiencias en transporte, deficiencia en infraestructura de los servicios, las desigualdades socioeconómicas y el edadismo, son elementos que amplían la vulnerabilidad hacia el adulto mayor en cuanto a los sistemas de salud, porque nos enfrentamos a una población cada vez más envejecida. Si se ponen estas piezas en secuencia, el resultado no es un problema de dispensación estrictamente,

sino desabastecimiento funcional, los medicamentos pueden existir en el sistema, pero no llegan a quien los necesita, cuando lo necesitan.

Se identificó que estos países han implementado estrategias diferenciadas como la entrega a domicilio de medicamentos, la eliminación de copagos, los programas de gratuidad, el fortalecimiento de la atención primaria y la incorporación de tecnologías digitales para el seguimiento farmacoterapéutico. Sin embargo, la efectividad real de estas acciones aún presenta vacíos al comprobar su efectividad, ya que aún requiere el análisis de evidencia real, especialmente en poblaciones rurales, indígenas y en contextos de multimorbilidad, lo cual representa un desafío pendiente para la investigación y la gestión en salud.

Se concluye que garantizar la cobertura no es suficiente ya que si no se asegura un acceso real, equitativo y oportuno, los esfuerzos se traducen en una cobertura nominal sin impacto efectivo sobre la salud de los adultos mayores, además considerar las condiciones sociales, económicas, culturales y geográficas esta población adulta mayor para atender sus necesidades y perpetúa en la exclusión en el acceso a medicamentos. Para superar las limitaciones actuales, se requiere un enfoque integral que combine la simplificación administrativa, la descentralización de los servicios, la inclusión digital, la capacitación del personal de salud y la lucha contra el edadismo como barrera invisible pero persistente.

En este estudio reafirmamos que el acceso a medicamentos para los adultos mayores debe asumirse con suma importancia dentro de los sistemas de salud, no percibirlo con una formalidad o tecnicismo, sino como un derecho fundamental y un indicador de justicia social. Es avanzar hacia modelos de atención inclusivos, sostenibles y libres de discriminación, lo que constituye una condición indispensable para consolidar los sistemas de salud universales, adicional a que reconozcan la dignidad humana y respondan a los desafíos del envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe.

10. Limitaciones

Si bien se identificaron diversas estrategias diferenciales para la entrega de medicamentos dirigidas a la población adulta mayor de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, no se evidenció en la literatura el impacto real de dichas estrategias implementadas en la población, la adherencia terapéutica o la calidad de vida de los usuarios. Esto se debe a que la mayoría de las publicaciones revisadas se enfocan en describir las barreras de acceso o en documentar experiencias de implementación, pero no se encuentran datos para medir su efectividad en diferentes contextos, como aquellos adultos que residen en zonas rurales o aquellos que presentan multimorbilidad.

Del mismo modo, el periodo de pandemia por COVID-19 representó una limitación para la producción y publicación de investigaciones relacionadas con el acceso y la dispensación de medicamentos en adultos mayores. Durante los años 2020 y 2021 se identificó poca disponibilidad de literatura la cual se puede presentar debido a que gran parte de los esfuerzos de los sistemas de salud, así como de la comunidad científica, se ocuparon al desarrollo de estudios vinculados directamente con la pandemia, lo que restringe la realización de investigaciones en otras áreas. Como consecuencia, se observa una menor disponibilidad de información específica sobre barreras de acceso y estrategias diferenciales en esos años, lo cual podría generar vacíos en la comprensión del fenómeno durante ese periodo crítico.

11. Recomendaciones

Dentro de los resultados encontrados podemos plantear una serie de recomendaciones para superar las barreras identificadas de la dispensación de medicamentos y fortalecer las estrategias de acceso a medicamentos en la población adulta mayor en América Latina según la literatura revisada. Estas recomendaciones, teniendo en cuenta los sistemas de salud de Argentina, Chile, Uruguay, Cuba, Brasil y Colombia, pueden servir a los prestadores de servicios de salud para la toma de decisiones en la entrega de medicamentos.

1. **Acceso equitativo a la dispensación de alimentos:** identificamos que es importante ampliar las posibilidades de acceso equitativo a la dispensación de medicamentos, ya que es fundamental dado que hace parte de la atención en primer nivel, contribuyendo a la integralidad del cuidado individual y colectivo de la población en general. Por otra parte, evitando los desplazamientos innecesarios que afectan especialmente a los adultos mayores con dificultades para moverse, se deben plantear de igual manera la entrega a domicilio como se evidencio en la pandemia, esta obtuvo resultados por lo cual debería ser una política permanente, especialmente para zonas rurales y apartadas. Además, las instituciones deben aprovechar las nuevas tecnologías que permitan a los adultos mayores, sus cuidadores y familias a solicitar los medicamentos en línea, tener recordatorios del tratamiento que llevan y acceder la información que sea oficial sobre los medicamentos suministrados, estas herramientas deben adaptarse a la población, deben ser intuitivas y fáciles de usar, porque se debe considerar los niveles de alfabetización digital y limitaciones cognitivas. Finalmente, dentro de las posibilidades de acceso, los países deben implementar políticas de financiamiento que sean solidarias, con el fin de reducir el gasto de bolsillo, ya sea por subsidios, eliminación de copagos o que algunos medicamentos esenciales de enfermedades crónicas sean gratuitos.
2. **Superar las barreras estructurales burocráticas, digitales y de desigualdad:** aunque sabemos que es complejo porque cada sistema de salud tiene su

metodología al emplear las acciones que generan barreras.

Barreras estructurales y burocráticas: Asociadas con la fragmentación del sistema y las múltiples ventanillas de atención, como recomendación es reducir los trámites innecesarios, unificar los puntos de dispensación y fortalecer la coordinación entre aseguradoras, prestadores y farmacias. Además, el trabajo realizado evidencia la falta de preparación específica del personal para la atención de los adultos mayores, un déficit que se articula con la sobrecarga laboral y el exceso de trabajo administrativo, en especial en Colombia. Por lo que se propone implementar un programa de formación continua sobre el envejecimiento y buen trato, también en cómo disminuir las cargas burocráticas para que los profesionales puedan dedicar más tiempo al acompañamiento terapéutico.

Barreras digitales: la digitalización de los procesos, aunque para algunos puede ser positivo, para los adultos mayores con baja alfabetización tecnológica. Es necesario desarrollar plataformas simples, con lenguaje claro y soporte presencial, garantizando asistencia técnica y capacitación digital básica tanto a los pacientes como a los cuidadores.

Barreras de desigualdad: las desigualdades socioeconómicas y territoriales continúan determinando el acceso a los programas de dispensación, ya que deben incluir transporte asistido, incentivos para farmacias rurales y apoyo comunitario en zonas de difícil acceso, asegurando que haya equidad en la logística y territorial.

3. **Orientar la cooperación regional e internacional para mejorar la dispensación de medicamentos:** con el fin de que trascienda a las acciones individuales de cada sistema de salud, como lo puede ser el fortalecimiento de los mecanismos de cooperación internacional para la negociación de los precios de medicamentos, la transferencia de tecnologías y el intercambio de buenas prácticas. Por otro lado, los estados deben reconocer que los adultos mayores

representan un grupo prioritario en la formulación de políticas públicas, entendiendo que garantizar el acceso a medicamentos mejora los indicadores de salud, promueve la autonomía, la participación y la calidad de vida en los adultos mayores.

Las recomendaciones en conclusión se orientan a que los sistemas de salud de América Latina sean más equitativos, integrales y sostenibles, y que den respuesta a los desafíos que se presentan por envejecimiento poblacional que cada vez es más frecuente en el mundo, de tal manera que las barreras se disminuyan y que los adultos mayores tengan las mismas oportunidades en el acceso que el resto de población.

12. Referencias

1. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Barreras de acceso a la salud. [Internet] Colombia; 2022. [citado 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/portalDNP/desarrollo-social/infografia-barreras-acc-eso-salud.pdf>
2. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC, De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal of Negative and No Positive Results [Internet]. enero de 2020 [citado 14 de marzo de 2025];5(1):81-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Cardona Arango D, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: Oportunidades, retos y preocupaciones. Revista Salud Uninorte [Internet]. diciembre de 2012 [citado 14 de marzo de 2025];28(2):335-48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522012000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=es
4. Naciones Unidas. Desafíos globales - Envejecimiento [Internet] Estados Unidos; 2019 [citado 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe. [Internet] Chile; 2023 [citado 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
6. Chackiel J. América Latina: ¿hacia una población decreciente y envejecida? Papeles de población [Internet]. [citado 14 de marzo de 2025];12(50):37-70. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252006000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Grajales A IC, Cardona A D. La segunda transición demográfica y el nivel de desarrollo de los departamentos de Colombia, 2005. Revista Facultad Nacional de

Salud Pública [Internet]. septiembre de 2010 [citado 14 de marzo de 2025];28(3):209-20. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2010000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

8. Ministerio de Salud. Minsalud actualiza política de envejecimiento y vejez. [Internet] Colombia; 2021. [citado 17 de marzo de 2025] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx>

9. Salech F, Daniel Palma QF, Pablo Garrido QF. Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev Med Clin Condes [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 17 de marzo de 2025];27(5):660-70. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-epidemiologia-del-uso-de-medicamentos-S071686401630092X>

10. Robledo LMG, Cano-Gutiérrez C, Garcia EV. Healthcare for older people in Central and South America. Age Ageing [Internet]. 23 de mayo de 2022 [citado 17 de marzo de 2025];51(5). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9384165/>

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). El edadismo es un problema mundial. [Internet]. [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>

12. Hirmas Adaury M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica [Internet]. marzo de 2013 [citado 17 de marzo de 2025];33(3):223-9. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Bran-Piedrahita L, Valencia-Arias A, Palacios-Moya L, Gómez-Molina S, Acevedo-Correa Y, Arias-Arciniegas C, et al. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. diciembre de 2020 [citado 14 de marzo de 2025];25(2):29-38. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772020000200029&lng=en&nrm=iso&tling=es

14. Donato L, Rollemberg M. Neoliberalismo en América Latina: Efectos sobre las reformas de los sistemas de salud [Internet] 2020;54:74 [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible

en: <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/articles/PMC7371409/>

15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estudio de la OPS destaca desafíos en el acceso a medicamentos para la hipertensión en América Latina y el Caribe. Estados Unidos; 2024 [Internet]. [citado 19 de septiembre de 2025]. Disponible

en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-8-2024-estudio-ops-destaca-desafios-acceso-medicamentos-para-hipertension-america>

16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recursos hídricos. [Internet]. Chile; 2022 [citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/recursos-hidricos>

17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perspectivas demográficas del envejecimiento poblacional en la Región de las Américas. [Internet] Estados Unidos; 2023 [citado 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57333>

18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas. [Internet] Estados Unidos; 2023 [citado 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57355>

19. Global AgeWatch. Informe de AgeWatch. [Internet] Estados Unidos; 2015 [citado 09 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://globalagewatch.org/global-agewatch/countries/country-profile/>

20. Guerrero MH. Tasa de fecundidad y transición demográfica en Chile: efectos económicos [Internet]. [citado 09 de octubre de 2025]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/37010/1/BCN_Fecundidad_efectoseconomicos.pdf

21. Emmerick ICM, Luiza VL, Camacho LAB, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D. Barriers in household access to medicines for chronic conditions in three Latin American countries. *Int J Equity Health* [Internet]. 31 de octubre de 2015 [citado 04 de abril de 2025];14:115. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4628239/>

22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud autopercibida de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: una revisión exploratoria. [Internet] Estados Unidos; 2023 [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://journal.paho.org/en/articles/self-perceived-health-older-adults-latin-america-and-caribbean-scoping-review>

23. Ledezma-Morales M, Amariles P, Vargas-Peláez CM, Rossi-Buenaventura FA, Ledezma-Morales M, Amariles P, et al. Estrategias para promover el acceso a medicamentos de interés en salud pública: revisión estructurada de la literatura. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. enero de 2020 [citado 10 de abril de 2025];38(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2020000100101&lng=en&nrm=iso&tlng=es

24. Fuentes Reverón S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev cub salud pública* [Internet]. junio de 2017 [citado 20 de septiembre de 2025];43:272-86. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/272-286/>

25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Perspectivas poblacionales y cambios demográficos acelerados en el primer cuarto del siglo XXI en América Latina y el Caribe. [Internet] Chile; 2024 [citado 06 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3a2b4877-c9e0-466c-ab00-0bcf8d21ad2b/content>

6. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. [Internet] Paris; 2020 [citado 20 de septiembre de 2025] Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es.html

27. Carmen A. Miró G. Transición demográfica y envejecimiento demográfico [Internet]. 2023 [citado 16 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252003000100002&script=sci_artext
28. Bobadilla J, Sepúlveda J. La transición epidemiológica en América latina [Internet]. 2023 [citado 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16560/v111n6p485.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Christine Zink, MD. Verywell Health. [citado 25 de septiembre de 2025]. Puerperal Fever: Overview and More. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/puerperal-fever-5211932>
30. Gómez A RD. La transición entre epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 6 de marzo de 2009 [citado 20 de septiembre de 2025];19(2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/894>
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tercer Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas para la Promoción de la Salud en la escuela. [Internet] Estados Unidos; 2011 [citado 09 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/29-11-2011-tercer-concurso-iberoamericano-buenas-practicas-para-promocion-salud-escuela>
32. Seco-Lozano L. Edadismo: la barrera invisible. Enfermería Nefrológica [Internet]. marzo de 2022 [citado 17 de agosto de 2025];25(1):7-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842022000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=en
33. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Desafíos y oportunidades de una sociedad que envejece. [Internet] Chile; 2006 [citado 17 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/842e1fa2-0ef0-41d4-a7a1-bf040b85b135/content>

34. Rosselli D. High cost drugs in Latin America: access and barriers. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. [citado 17 de agosto de 2025];23(6):619-23 Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/37185151/>

35. Vargas-Pelaez CM, Rover MRM, Soares L, Blatt CR, Mantel-Teeuwisse AK, Rossi FA, et al. Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis. International Journal for Equity in Health [Internet]. 3 de junio de 2019 [citado 04 de abril de 2025];18(1):68. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0960-z>

36. OER commons. GEOGRAFÍA DE AMÉRICA LATINA. [Internet] Estados Unidos; 2022 [citado 17 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://oercommons.org/courseware/lesson/118203/overview>

37. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recursos hídricos. [Internet] Chile; 2022 [citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/recursos-hidricos>

38. Organización de los Estados Americanos (OAS). Recursos hídricos y zonas costeras. [Internet] Estados Unidos; 2017 [citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.oas.org/DSD/publications/Unit/oea61s/ch10.htm>

39. Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (CAF). Efectos del cambio climático en América Latina y el Caribe. [Internet] Venezuela; 2023 [citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.caf.com/es/actualidad/noticias/efectos-del-cambio-climatico-en-america-latina-a-y-el-caribe/>

40. Organización de los Estados Americanos (OAS). Actividades productivas [Internet] Estados Unidos; 2017 [citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.oas.org/dsd/publications/unit/oea68s/ch010.htm>

41. Perelmuter N, Ríos G. América Latina y el Caribe: una relación ganar-ganar. Études caribéennes [Internet]. 15 de abril de 2019 [citado 05 de abril de 2025];(42). Disponible en: <https://journals.openedition.org/etudescaribeennes/14821>

42. Aguayo Ormeño I. Sistemas de Salud: Argentina [Internet]. [citado 06 de abril de 2025]. Disponible en:

[https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27985/1/IA_112017_Sistema de Salud Argentina FINAL 2 .pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27985/1/IA_112017_Sistema%20de%20Salud%20Argentina%20FINAL%202.pdf)

43. Ministerio da Saude. Sistema de saúde – Brasil | Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://bvsmms.saude.gov.br/sistema-de-saude-brasil/>

44. Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria (ISG). Sistema de Salud de Chile hoy. Un sistema en transformación. [Internet] Chile; 2023 [citado 11 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://isg.org.ar/sistema-de-salud-de-chile-hoy/>

45. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. [Internet] Estados Unidos; 2018 [citado 06 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030>

46. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Objetivo 5: Medicamentos esenciales y vacunas. [Internet] Estados Unidos; 2018 [citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/assa2030-objetivo-5>

47. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. [Internet] Estados Unidos; 2020 [citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/uso-racional-medicamentos-otras-tecnologias-sanitarias>

48. Ley 2055 de 2020. Por medio de la cual se aprueba la «convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015. [Internet]. Diario Oficial No. 51.433 (10 de septiembre de 2020). [Citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981>

49. Ley 1751 de 2015. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. [Internet] [citado 05 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

50. Codina L. Scoping reviews: características y uso en tesis doctorales [Internet]. Lluís Codina. 2021 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.lluiscodina.com/scoping-reviews-guia/>

51. Consejo Nacional de Evaluación de la política de desarrollo social. Elaboración del Árbol del problema y del Árbol de objetivos. [Internet] México; 2013 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Informes/boletin_coneval/boletin_monitoreo_01_2013/nota3.html
52. Enciclopedia de Ejemplos. Ficha de análisis: qué es, características y ejemplos. [Internet] España; 2022 [citado 27 de abril de 2025] Disponible en: <https://ejemplosyfichas.com/ficha-de-analisis/>
53. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. [Citado 08 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
54. Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. [Internet] [citado 08 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
55. Ley 23 de 1982. Por la cual se dictan disposiciones sobre derechos de autor. [Internet] [citado 08 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3431>
56. Santibañez P. Lo que trajo la pandemia, implementación de un nuevo servicio farmacéutico, en farmacias asistenciales chilenas. Revista de la OFIL [Internet]. marzo de 2023 [citado 11 de septiembre de 2025];33(1):105-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-714X2023000100021&lng=es&nrm=iso&tlng=es
57. Bonilla-Cruz NJ, Cudris-Torres L, Mendoza-Rincón BM, Gamboa-Aldana AS, Forgiony-Santos J. Health Strategies in Latin America for the Elderly in relation to COVID-19. 2020 [citado 11 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12442/8884>
58. Rodríguez Quintana T, Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S. Health Strategies in Latin America y de salud por los adultos mayores. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. marzo de 2017 [citado 11 de septiembre de 2025];43(1):16-26.

Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662017000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

59. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. CONOCÉ TODAS LAS COBERTURAS DEL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS PAMI. [Internet] Argentina; 2024 [citado 11 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/medicamentos>

60. Loza CA, Baez G, Valverdi R, Pisula P, Salas Apaza J, Discacciati V, et al. A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 2. Medwave [Internet]. 24 de mayo de 2021 [citado 10 de septiembre de 2025];21(04). Disponible en: <https://viejo-medwave-cl.translate.goog/link.cgi/English/Original/QualitEst/8193.act>

61. Leiva AM, Troncoso-Pantoja C, Martínez-Sanguinetti MA, Nazar G, Concha-Cisternas Y, Martorell M, et al. Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. Revista médica de Chile [Internet]. junio de 2020 [citado 11 de septiembre de 2025];148(6):799-809. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872020000600799&lng=es&nrm=iso&tlng=es

62. Ministerio de Salud. PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES Y SU PLAN DE ACCIÓN 2020-2030. [Internet] Chile; 2021 [citado 10 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf

63. Uruguay EF. Medicamentos de Alto Costo en Uruguay: Acceso, Cobertura y Procedimientos. [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://fonasa.info/blog/medicamentos-alto-costos/>

64. Wenham C, Kittelsen SK. Cuba y seguridad sanitaria mundial: Cuba's role in global health security. BMJ Glob Health [Internet]. 13 de mayo de 2020 [citado 9 de septiembre de 2025];5(5). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7232381/>

65. Ley N° 41. establece los principios básicos para la regulación de las

relaciones sociales en el campo de la salud pública, con el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social. [Internet] [citado 08 de abril de 2025]. Disponible en: https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/6BC055C4D152E6DF0525791E006769CF/%24FILE/Ley_N%C2%BA_41.pdf

66. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Rocha Farias M, Nair Leite S. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. Gaceta Sanitaria [Internet]. 1 de marzo de 2016 [citado 9 septiembre de 2025];30(2):110-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115002514>

67. Pinto IVL, Lima MG, Pantuzza LLN, Ceccato M das GB, Silveira MR, Reis AMM. Free access to medicines among older adults in primary care: a cross-sectional study. Sao Paulo Med J [Internet]. 22 de junio de 2020 [citado 9 septiembre de 2025];138(3):235-43. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9671230/>

68. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Rocha Farias M, Nair Leite S. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. Gaceta Sanitaria [Internet]. 1 de marzo de 2016 [citado 9 septiembre de 2025];30(2):110-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115002514>

69. Ministerio de Salud y Protección Social. Adultos mayores y embarazadas contarán con atención domiciliaria. [Internet]. [citado 9 septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Adultos-mayores-y-embarazadas-contaran-con-atenci%C3%B3n-domiciliaria.aspx>

70. Policía Nacional de Colombia. Facilidades para la dispensación de medicamentos a pacientes crónicos y adultos mayores durante la cuarentena por COVID-19. [Internet] Colombia; 2020 [citado 9 septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.policia.gov.co/noticia/facilidades-para-dispensacion-medicamentos-paciente-s-cronicos-adultos-mayores-durante>

71. Villalobos P, Vásquez D. L. Experiencias para mejorar el acceso a medicamentos en Latinoamérica. Disponible en: https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Experiencias_para_mejorar_el_acceso_a_medicamentos_en_Latinoam%C3%A9rica_-_El_caso_de_CENABAST_en_Chile.pdf

72. Benedetti M. Análisis de las barreras para la unificación de una Historia Clínica Electrónica -HCE- en Colombia [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/01a44438-4801-4b66-b5de-9ad85b06a644/content>

73. RESOLUCIÓN NÚMERO 1403 DE 2007. Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones. [Internet] [citado 21 de septiembre de 2025] Disponible en: https://autorregulacion.saludcapital.gov.co/leyes/Resolucion_1403_de_2007.pdf

74. Naranjo Bulla N. Estrategia de dispensación de medicamentos en la consulta externa del adulto mayor. Una propuesta de articulación en la atención con el químico farmacéutico. enero de 2025 [citado 21 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/076da7ea-62ac-4c1d-8957-32f5d825d908>

75. International Pharmaceutical Federation (FIP). Uso de medicamentos en personas mayores - El papel de la farmacia en la promoción de la adherencia. [Internet] Países Bajos; 2018 [citado 21 de septiembre de 2025] disponible en: https://www.fip.org/files/fip/publications/Uso_de_medicamentos_en_personas_mayores_El_papel_de_la_farmacia_en_la_promocion_de_la_adherencia.pdf

76. Salazar M. Los principales medicamentos que consumen los adultos mayores aumentaron 5% en abril - Infobae [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.infobae.com/economia/2025/05/15/los-principales-medicamentos-que-consumen-los-adultos-mayores-aumentaron-5-en-abril/>

77. Confuturo. Casi 3 de cada 4 personas mayores en Chile reporta al menos una enfermedad crónica. [Internet] Chile; 2025 [citado 21 de septiembre de 2025].

Disponible en:
<https://www.confuturo.cl/continuemos/articulos/miscelaneos/casi-3-de-cada-4-personas-mayores-en-chile-reporta-al-menos-una-enfermedad-cronica>

78. El mostrador. Un estudio del Instituto de Salud Pública de la U. Andrés Bello revela que el gasto en fármacos pagado directamente por las personas representa cerca del 30% del gasto de bolsillo en salud, por sobre el promedio de países de la OCDE. [Internet] Chile; 2025 [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/vida-en-linea/2025/08/06/gasto-en-medicamentos-en-chile-crecio-80-en-13-anos-hogares-absorben-el-mayor-coste-en-salud/>

79. SUBRAYADO. Gestión de Lustemberg en MSP apuntará a “barreras que generan dificultades en el acceso a los medicamentos. [Internet] Uruguay; 2024 [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.subrayado.com.uy/gestion-lustemberg-msp-apuntara-barreras-que-generan-dificultades-el-acceso-los-medicamentos-n964753>

80. EL PAÍS. polimedicación en adultos mayores especialistas alertan sobre caídas, deterioro cognitivo y aumento de la mortalidad. [Internet] Uruguay; 2025 [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/bienestar/vida-sana/polimedicacion-en-adultos-mayores-especialistas-alertan-sobre-caidas-deterioro-cognitivo-y-aumento-de-la-mortalidad>

81. Ministerio de Salud Pública. Presupuesto enfocado en soluciones inmediatas y desafíos sanitarios a 20 años. [Internet] Uruguay; 2025 [citado 21 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/presupuesto-enfocado-soluciones-inmediatas-desafios-sanitarios-20-anos>

82. Ministerio de Salud Pública. Formulario Terapéutico de Medicamentos. [Internet] Uruguay; 2025 [citado 21 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/formulario-terapeutico-de-medicamentos-FTM>

83. Ministerio de Salud Pública. Uruguay es el país con la mayor cobertura gratuita de medicamentos de alto precio de América Latina. [Internet] Uruguay; 2019 [citado 21 de septiembre de 2025] Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/uruguay-es-pais-mayor-cobertura-gratuita-medicamentos-alto-precio-america>

84. Ministerio de Salud Pública. Usuarios de ASSE podrán retirar medicamentos en farmacias comunitarias. [Internet] Uruguay; 2023 [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/usuarios-asse-podran-retirar-medicamentos-farmacias-comunitarias>

85. Noticias 360 RC. MINSAP reconoce públicamente la escasez de medicamentos en farmacias cubanas. [Internet] Cuba; 2024 [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cubanoticias360.com/minsap-reconoce-publicamente-la-escasez-de-medicamentos-en-farmacias-cubanas/>

86. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Experiencia cubana en la producción local de medicamentos, transferencia de tecnología y mejoramiento en el acceso a la salud. [Internet] Estados Unidos; 2015 [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c13de442-66af-43e8-92aa-290aecc34035/content>

87. Molina MD, Preval YH. Prescripciones potencialmente inadecuadas en adultos mayores del municipio San Miguel del Padrón, La Habana, Cuba. Revista Cubana de Farmacia [Internet]. 19 de mayo de 2021 [citado 21 de septiembre de 2025];54(1). Disponible en: <https://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/508>

88. Benitez P, Maria Elena. Gerontología y Geriátría – Programa de atención integral al adulto mayor [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://especialidades.sld.cu/gerontogeriatria/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor/>

89. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [Internet] Chile; 2020 [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/defender-la-vida-la-pandemia-covid-19-personas-mayores-cuba>

90. Díaz I, García F A. Eficiencia del seguimiento farmacoterapéutico en adultos mayores polimedicados, en una farmacia especial de área, 2018 [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000500012
91. Portal de la Red de salud de Cuba [Internet] Cuba; 2023 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/promocionscu/programas-de-salud/programa-integral-de-atencion-al-adulto-mayor/>
92. Freitas VAA, Pereira SL. Los prospectos de los medicamentos de Brasil carecen de información adecuada sobre los riesgos potenciales para las personas mayores [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago202303/20_lo
93. Gobierno Brasil [Internet] Brasil; 2024 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/programa-farmacia-popular-passa-a-oferecer-95-dos-medicamentos-de-forma-gratuita>
94. Rodríguez D. Portafolio.co. [citado 19 de octubre de 2025]. Las barreras de acceso a la salud continúan aumentando por falta de recursos. Disponible en: <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/barreras-de-acceso-a-la-salud-aumentan-por-falta-de-recursos-en-el-sistema-628965>
95. López Arboleda D. Barreras en el acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y barranquilla en el año 2015 [Internet] Cali: Universidad del Valle, 2018 [citado 22 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/93226451-3539-43e8-9edd-deeed6b87880/content>
96. Arenas CR Andrea. Aumentan las barreras en el acceso a citas médicas y entrega de medicamentos [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://caracol.com.co/2025/04/29/aumentan-las-barreras-en-el-acceso-a-citas-medicas-y-entrega-de-medicamentos/>

97. El Espectador. El 42% de quejas en salud son por barreras de acceso a medicamentos: Personería. [Internet] Colombia; 2025 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://www.elespectador.com/bogota/el-42-de-quejas-en-salud-son-por-barreras-de-acceso-a-medicamentos-personeria/>

98. El País. SuperSalud lanzó propuesta a las EPS intervenidas para mejorar la entrega de medicamentos. [Internet] Colombia; 2025 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://www.elpais.com.co/colombia/supersalud-lanzo-propuesta-a-las-eps-intervenidas-para-mejorar-la-entrega-de-medicamentos-0738.html>

99. Eje21. La Territorial de Salud exige a las EPS la entrega domiciliaria de medicamentos y atención prioritaria a los adultos mayores. [Internet] Colombia; 2020 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://www.eje21.com.co/2020/06/la-territorial-de-salud-exige-a-las-eps-la-entrega-domiciliaria-de-medicamentos-y-atencion-prioritaria-a-los-adultos-mayores/>

100. Decreto 351 de 2025. Por el cual se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 780 del 2016 relativo al Plan Nacional de Salud Rural -PNSR. [Internet] [citado 9 de octubre de 2025]. Disponible en:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=259635>

101. Jongebloed H, Anderson K. The digital divide in rural and regional communities: a survey on the use of digital health technology and implications for supporting technology use | BMC Research Notes | Full Text [Internet]. [citado 9 de octubre de 2025]. Disponible en:

<https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-024-06687-x>

102. Ministerio de salud. Informe de tutelas por vulneración del Derecho a la Salud 2024. [Internet] Colombia; 2024 [citado 07 de octubre de 2025]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-vulneracion-derecho-salud-2024.pdf>

103. Risso M, Pintos E, Lores A, Brun M, Cantero L, Charamelo B. Los amparos médicos en la jurisprudencia uruguaya reciente. Rev. Derecho. [Internet]

2024;(30) [citado 9 de octubre de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-61932024000201203

104. Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS). Chile tiene el menor nivel de cobertura financiera del gasto de medicamentos innovadores de países OCDE. [Internet] Chile; 2028 [citado 9 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://ipsuss.cl/analisis-y-estudios/chile-tiene-el-menor-nivel-de-cobertura-financiera-del-gasto-de>

105. Briatore H, Elorza M, Estrada M. Accesibilidad geográfica al primer nivel de atención de las personas mayores en una ciudad intermedia de Argentina [Internet] [citado 9 de octubre de 2025] Disponible en: <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/article/download/7572/9220>

106. Pontificia Universitaria Catolica de Chile. Polifarmacia y de prescripción en el adulto mayor en Atención Primaria. [Internet] Chile;2022 [citado 9 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/polifarmacia-y-deprescripcion-en-el-adulto-mayor-en-atencion-primaria/>

107. Jungo KT, Cheval B, Sieber S, Antonia van der Linden BW, Ihle A, Carmeli C, et al. Life-course socioeconomic conditions, multimorbidity and polypharmacy in older adults: A retrospective cohort study. PLoS One [Internet]. 2 de agosto de 2022 [citado 9 de octubre de 2025];17(8):e0271298. Disponible en: <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/articles/PMC9345356/>

108. Giebel C, Shrestha N, Reilly S, White RG, Zuluaga MI, Saldarriaga G, et al. Community-based mental health and well-being interventions for older adults in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics [Internet]. 29 de septiembre de 2022 [citado 9 de octubre de 2025];22(1):773. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03453-1>

109. Organización Panamericana de la Salud (OPS). ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2019-2030. [Internet] Estados Unidos; 2018 [citado 9 de octubre de 2025]. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

110. Giebel C, Montoya E, Saldarriaga G, Caprioli T, Gabbay M, Martinez D, et al. Addressing unmet mental health needs of older adults in Turbo, Colombia: a multi-component psychosocial intervention feasibility study. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. [citado 9 de octubre de 2025];24(1):21. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-025-02381-x>

111. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 15 de enero de 2020 [citado 9 de octubre de 2025];15(1):e0220857. Disponible en: <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/articles/PMC6961830/>

112. Hernández Gómez MA, Sánchez Sánchez NJ, Fernández Domínguez MJ. Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores. *Aten Primaria* [Internet]. junio de 2022 [citado 9 de octubre de 2025];54(6):102320. Disponible en: <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/articles/PMC9194783/>

113. Alves GSB, Herkrath FJ, Parente RCP, Pinheiro RD da S, Vettore MV. Barriers and facilitators to accessing healthcare services among elderly people living in a rural Amazonian community, Brazil. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2 de julio de 2025 [citado 11 de octubre de 2025];25(1):886. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-12945-w>

114. Garcia-Ramirez J, Nikoloski Z, Mossialos E. Inequality in healthcare use among older people in Colombia. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. 26 de octubre de 2020 [citado 11 de octubre de 2025];19(1):168. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01241-0>

115. Look KA, Stone JA. Contextual factors influencing medication management by rural informal caregivers of older adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy* [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 11 de octubre de 2025];15(10):1223-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.udea.lookproxy.com/science/article/pii/S1551741118302936>

116. Sandes LFF, Freitas DA, de Souza MFNS, Leite KB de S. [Primary health care for South-American indigenous peoples: an integrative review of the literatureAtención primaria en salud a indígenas de América del Sur: revisión integrativa de la bibliografía]. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e163. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/31093191/>

117. Amarante V, Colacce M, Manzi P. The gender gap in pensions in Latin America. International Social Security Review [Internet]. 2017 [citado 11 de octubre de 2025];70(2):57-85. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/issr.12135>

118. Martins I, Vera L, Bastos L, Vialle C, Ross D. Barreras en el acceso de los hogares a medicamentos para enfermedades crónicas en tres países de América Latina. Revista Internacional de Equidad en Salud [Internet]. 2015 [citado 11 de octubre de 2025];14(115). Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-015-0254-z>

Anexos

ANEXO 1 - Contexto demográfico y políticas nacionales de envejecimiento

Anexo 1. Contexto demográfico y políticas nacionales de envejecimiento

Tabla comparativa	Argentina	Chile	Uruguay	Cuba	Brasil	Colombia
Población total (millones)	45,851,4	19,859,9	3,384,7	10,937,2	212,812,4	53,425,6
% de población >60 años	17%	20,1%	21,6	24,9%	16,6%	15,1
% de población <15años	21,0%	16,5%	17,8%	15,0%	19,3%	19,9%
Índice de envejecimiento o poblacional	81 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 14 años	121 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 14 años	121 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 14 años	166 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 14 años	86 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 14 años	76 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 14 años
Transición demográfica (2022)	Avanzada	Avanzada	Avanzada	Muy avanzado	Muy avanzado	Muy avanzado
Política nacional de envejecimiento	Actualmente, hay acciones dirigidas a los adultos mayores, pero no se conoce una política nacional de envejecimiento	Política Integral de Envejecimiento Positivo (2012-2025), Plan "Adulto Mejor", Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2020-2030	"Segundo Plan Uruguayo sobre Envejecimiento y Vejez; programas nacionales de personas mayores.	Actualmente, hay acciones dirigidas a los adultos mayores, pero no se conoce una política nacional de envejecimiento	"Política Nacional de Salud de la Persona Idosa y otras leyes (Política Nacional do Idoso.	"Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031"

ANEXO 2 - Ficha de análisis