

Una Mirada Hacia un Envejecimiento Rural Saludable

Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Ica y Piura



Actividad Consultiva:

"Aportes de los Actores de la Salud a favor de las Personas Mayores Rurales"
Perú, Marzo del 2009

Contexto: la población adulta mayor en el Perú está en aumento, son 2 millones 496 mil según INEI, Censo Nacional del 2007. Sabemos que hay avances en las políticas de salud del Ministerio de Salud - MINSA a favor de los adultos mayores aunque su cobertura aún es débil. La situación de la salud en las Personas Mayores Rurales (PMR) del campo es aún más crítica que en la ciudad.

Propósito: dar a conocer las condiciones de salud de las PMR a través de comprender la percepción que tienen del autocuidado, del acceso a la atención de salud así como evaluar la aplicabilidad de la Ficha de Valoración del Adulto Mayor del MINSA para poder contribuir con recomendaciones.

CONCLUSIONES DE LA ACCIÓN:

MODULO I:

Autocuidado de la Salud Rural

1. Las PMR no usuarias de los servicios de salud perciben que el envejecimiento produce cambios nocivos para la salud y sus condiciones de vida.
2. Conocen el significado de salud a través del término sano y más bien asocian el término salud a las enfermedades. El concepto de autocuidado es comprendido por ellos (en la sierra: tiene sentido colectivo) pero no conocen sobre como aplicar el autoguiado.
3. Reconocen que hay alimentos importantes para las PMR (huevos, lácteos, carnes, verduras y frutas) y no acceden a ellos por falta de recursos, además resaltan que no están considerados en los programas alimentarios.
4. El tiempo libre es asumido con más tareas domésticas, aunque desean aprender más oficios, practicar arte y leer (reconocido como importante contra el abuso).
5. Ambos sexos priorizan las afecciones reumáticos, oculares y dentales. La cefalea (más en mujeres) y la gastritis (más en varones) también prevalecen. Ante la enfermedad por consenso acuden a la medicina natural y en casos graves acuden al centro de salud.
6. Dentro de los factores de riesgo que reconocen tenemos: no se realizan controles médicos por falta de recursos económicos, poca confianza y mal trato del personal de salud. Las caídas se producen en su mayoría por mala visión y la falta de acceso al alimento además de la mala dentición influyen en dañar la salud. No cuentan con atenciones de salud que se den a nivel comunitario como un medio de prevenir enfermedades o evitar que se empeoren.
7. Las mujeres son mejores cuidadoras (ambos sexos lo reconocen), en la sierra los vecinos son importantes y la familia tiene un rol poco protector por su ausencia o extrema pobreza. En la costa la familia es más importante.
8. Donde hay grupos organizados de adultos mayores, las PMR expresaron que participar en ellos les ayuda en todos los campos de la vida.

MODULO II:

Acceso a la Salud Rural

1. El perfil de los usuarios de las zonas rurales evaluadas, se caracteriza por usar los servicios ocasionalmente cuando la patología presenta complicaciones. Su condición de extrema pobreza sólo le permite asistir a la consulta médica. Carecen de recursos para comprar medicinas, hacerse exámenes clínicos. La mayoría soporta maltrato en su entorno.
2. Se percibe una relación inversa entre las necesidades de cuidado de salud de las PMR y las que cubren los centros de salud identificados como establecimientos para brindar sólo atención directa, sin embargo la atención médica llega sólo a la presunción del diagnóstico lo que significa una interrupción en la cadena de atención y continuidad de la salud con inversión de tiempo y presupuesto pero sin beneficio al usuario.
3. Al carecer de presupuesto suficiente para la atención directa de las PMR, se requiere de celeridad en los programas preventivos promocionales, dado el incremento de la prevalencias de enfermedades crónico-degenerativas y de salud mental.
4. La capacitación del personal de salud y administrativo en gerontología y geriatría es insuficiente y constituye una demanda constante, los participantes se encuentran motivados para iniciar a la brevedad su proceso de capacitación.
5. La atención domiciliar se plantea como una alternativa eficaz para cubrir las necesidades de salud de las PMR que no acuden al centro de salud por su condición de dependencia y/o distancia, requiriéndose un servicio de movilidad operativo.
6. La descoordinación interfiere los procesos de producción de servicios de salud, originando esperas prolongadas por inasistencia o tardanza del personal médico, demora de la historia clínica, gestiones a destiempo, que redundan en la calidad y calidez de los servicios.
7. Se aprecia desinformación en la mayoría del personal de salud y usuarios sobre el concepto y aplicación de la continuidad del centro, sin embargo se reconoce la necesidad de considerarla en la cadena de servicios de salud.
8. La percepción que tiene el personal de salud y los usuarios de los centros de salud es mayormente negativa por las deficiencias que se presentan en los servicios que se ofrecen, en el poco reconocimiento a la labor e iniciativas.

MODULO III:

Aplicabilidad de la Ficha de Valoración del Adulto Mayor - VACAM

1. La mayoría de los Médicos Rurales - MR participantes son profesionales con ganas de seguir trabajando por la mejora de la salud de las PMR.
2. En general, menos de la mitad de los MR refirieron usar el VACAM, pero esto es muy heterogéneo según las regiones. En unas no se usa y en otras o usó el 70%.
3. La capacitación recibida por los MR para el conocimiento y aplicación del VACAM es muy escasa, lo que puede influir en su uso, mejora y opinión sobre el instrumento.
4. Existen diferencias en la gestión logística y de capacitación para la aplicación del VACAM en las diferentes regiones estudiadas.
5. El VACAM es un instrumento de valoración del Adulto Mayor necesario y que tiene fortalezas pero requiere ser

adecuado a las particularidades de la población rural y actualizado en su capacidad de detectar la vulnerabilidad en PMR.

6. El VACAM es considerado por los MR como un instrumento muy largo y con cierto grado de dificultad, por este motivo es percibido como de poca aplicabilidad operativa en el trabajo diario en relación con la carga asistencial y administrativa existente.
7. El uso y compromiso con la aplicación del VACAM es influido por la capacidad de intervención para solucionar los riesgos y problemas de salud detectados. El Seguro Integral de Salud (SIS) ha contribuido positivamente al proceso de salud de las PMR, pero requiere fortalecerse en relación a la atención de la enfermedad crónica y la garantía de medicamentos.
8. El manejo y la retroalimentación de la información producto de la aplicación del VACAM son percibidas como malas por los MR participantes.

RECOMENDACIONES CONSENSUADAS:

1. Diseñar y fortalecer programas de educación e información que den conocimientos sobre el envejecimiento, la salud, el autocuidado donde se incluyan las perspectivas de las PMR, consideren su diversidad y los factores de riesgo con el propósito de postergar la enfermedad y discapacidad a las etapas más tardías de la vida.
2. Incorporar en programas alimentarios las necesidades reconocidas por las PMR respecto a los alimentos considerados importantes y capacitarles en alimentación saludable según canasta regional, para lograr una mejor implementación y apreciación de estos programas.
3. Promover Campañas de Atención Comunitaria de Salud médica y dental considerando las necesidades y prioridades de las PMR sobre sus enfermedades y el tratamiento correspondiente.
4. Fomentar organizaciones de PMR como un medio de fortalecer su rol social, tener una vida activa y participativa con posibilidades de establecer alianzas estratégicas con los municipios, gobiernos regionales y otras instituciones de la comunidad en beneficio de sus coetáneos. Las organizaciones se deben beneficiar de programas de uso del tiempo libre, adaptados acorde a las prioridades y particularidades rurales.
5. Capacitar a cuidadores comunitarios y familiares, jóvenes y mayores en gestión, triaje (derivación de casos), buen trato y cuidados básicos, como un medio de fortalecer sus roles a favor de las PMR.
6. Reconocer el talento individual y colectivo del personal del centro de salud para enfrentar el envejecimiento y como ente multiplicador capacitarlo para la aplicación efectiva de programas preventivo-promocionales y de atención

directa con PMR. Poniendo énfasis en el desarrollo de instrumentos y modelos de atención en autocuidado y buen trato, coordinación-trabajo en equipo y continuidad de servicios en los Centros de Salud – CS, así como en la medicina del envejecimiento.

7. Establecer en los CS un sistema de coordinación más efectivo que abarque los niveles jerárquicos y operativos para mejorar la productividad de los servicios. Desarrollar talleres de trabajo en equipo y manejo de conflictos para mejorar la comunicación interna y fortalecer la coordinación y la continuidad en la atención de salud. Enfatizar el desarrollo de programas de continuidad de servicios de salud para mejorar la oferta y satisfacción de las PMR, considerando brigadas voluntarias de médicos especialistas jubilados.
8. En el proceso de gestión de salud en las regiones estudiadas es fundamental fortalecer y adaptar las competencias técnicas del VACAM para garantizar las facilidades de su uso y para la adecuada intervención en los problemas detectados, así como la capacitación del recurso humano en gerencia de salud y fortalecer el Seguro Integral de Salud en la atención de enfermedades crónicas y sus respectivos tratamientos.
9. El objetivo y beneficios del VACAM en relación a las necesidades del usuario y su impacto en la salud deben ser consensuados con las PMR y la comunidad.
10. Establecer un trabajo en red sobre el tema desde el estado en alianza con las universidades, sociedades científicas y otras instituciones de la sociedad civil.

Participantes del Estado y la Sociedad Civil:

● Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - Dirección de Personas Adultas Mayores ● Ministerio de Salud – Etapa de Vida Adulto y Adulto Mayor, Seguro Integral de Salud ● Defensoría del Pueblo ● Fondo de Población de las Naciones Unidas ● Mesa Nacional de Concertación para la Lucha contra la Pobreza ● Universidad Nacional Mayor de San Marcos ● Hospital Naval – Servicio de Geriátrica ● Sociedad Peruana de Gerontología y Geriátrica ● Sociedad Peruana de Geriátrica ● Forum Solidaridad Perú ● Universidad Particular San Martín de Porres.

Políticas y Normas de Salud para las Personas Adultas Mayores - PAMs En los años:

- 2000** - D.S. 010-2000 PROMUDEH: "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores".
- 2001** - Ley 27408 que establece la Atención Preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, los niños y los adultos mayores. Incluye a los establecimientos de salud.
- 2002** - El D.S. 005-2002 PROMUDEH, aprueba el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006, con 4 políticas de intervención: Envejecimiento Saludable y otras.
- Se establece la Comisión Multisectorial para la Implementación, Ejecución, Seguimiento y Evaluación del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores.
- 2005** - Prevención del Maltrato y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, aprobado según R. M. N° 156-2005 MIMDES. Problema de Salud Pública.
- Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Resolución Ministerial N° 941 – 2005 MINSA.
- Aprobación del Plan Nacional de Derechos Humanos 2006 -2010, según D.S. N° 017-2005, Ministerio de Justicia. Capítulo del Adulto Mayor enfoca la salud como un derecho.
- 2006** - Se aprueba Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor R. M. N° 1147-2006 MINSA
- Ley de las Personas Adultas Mayores Ley N° 28803, normativa para los derechos de las personas adultas mayores, incluye la atención municipal de la salud.
- Ley 28683, Ley que modifica la Ley 27408, se incluye a los discapacitados.
- D.S. N° 06-2006 MIMDES: Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006 – 2010.
- Continúa la Comisión Multisectorial, período 2006-2010.
- 2007** - R. M. N° 613-2007 MIMDES, aprueba: Pautas y Recomendaciones para el Funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor – CIAM, incluye salud.

CO-EJECUTORES

- **Centro de Asistencia y Promoción Integral de Salud – CAPIS**
Elizabeth Sánchez – Directora. Telefax: 51-1-2877390
capisperu@infonegocio.net.pe
- **Centro de Investigación de Envejecimiento – CIEN**
Universidad Particular San Martín de Porres
Francisco Parodi – Director. Telf.: 51-1-3652300. Fax: 51-1-4422275
jparodi@terra.com.pe. www.medicina.usmp.edu.pe

- **Asociación ProVida Perú**
Blanca Deacón – Presidenta. Telefax: 51-1-3323173
providaperu@infonegocio.net.pe
capisperu@infonegocio.net.pe

CAPIS: Responsable de edición.

**HelpAge Internacional -
Desarrollo Regional para América Latina**
James Blackburn, Representante Regional
Tel. + 591 2 241 6830 / Fax + 591 2 241 0957
www.helpage.org/es



HelpAge Internacional - Perú
Giovanna Abad - Directora
Telefax (511) 421-1902, infohaiperu@helpagela.org

