HelpAge International

age helps

Acción:

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

Centro de Asistencia y Promoción Integral de Salud
CAPIS
Una alternativa para el desarrollo

ProVida Perú

USMP Facultad de Medicina Humana
CIEN
Centro de Investigación del Envejecimiento
UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES

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 comparar 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 domiciliaria 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.

HelpAge International
age helps