

Guía metodológica de acciones de Protección Social y salud para adultos mayores



Oscar Velasco/HelpAge International Colombia 2016

Cuando las personas mayores hablan

nosotros escuchamos

COMISIÓN EUROPEA



Ayuda Humanitaria y Protección Civil

HelpAge International

personas mayores protagonistas

Misión

Trabajar en red con nuestras organizaciones para asegurar que la gente en todo el mundo entienda la contribución de las personas adultas mayores a la sociedad y garantizar sus derechos a salud, servicios sociales, seguridad económica y física.

Visión

HelpAge tiene la visión de un mundo en el que las personas mayores puedan tener una vida segura, activa, saludable y digna



HelpAge International apoya a las personas mayores a exigir sus derechos, desafiar la discriminación y superar la pobreza, de modo que puedan llevar una vida digna, segura, activa y saludable.

Publicado por HelpAge International
Oficina Colombia

www.helpage.org - info@helpagela.org

Suscríbese a nuestro boletín informativo:
www.helpage.org/enewsletter

Derechos de autor (copyright) © 2017 HelpAge International
Caridad registrada N° 288180
Compañía limitada por garantía registrada en Inglaterra, N° 1762840

Autores: Alexander Bonita, María Alejandra Torres.

Editoras: Catherine Dusseau, Ángela Sanabria González

Diseño y diagramación: Ángela Sanabria González
Foto página principal Oscar Velasco/HelpAge International/Colombia.

Introducción

En los últimos años Colombia ha avanzado en la construcción de Políticas Públicas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. En el año 2007 se promulgó la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez como marco normativo de cuatro aspectos principalmente: 1). El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico; 2). Los derechos humanos; 3). El envejecimiento activo y 4). La protección social integral.

Sin embargo, tras nueve años de haberse aprobado ese documento y pese a todos los esfuerzos institucionales por implementarlo de manera acertada en niveles departamentales y municipales, siguen siendo evidentes los problemas de articulación institucional para lograr garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas mayores.

El proceso de envejecimiento es diverso en todas las personas, y en muchos casos el ciclo de vida ha acumulado hechos específicos que influyen en la calidad de vida y salud después de los 60 años. Para el año 2050 habrá más personas adultas mayores que niños menores de 15 años, un hecho que ocurrirá por primera vez en la historia del mundo y que significa claramente una necesidad de adaptar y adoptar Políticas Públicas que respondan a la nueva coyuntura.

El envejecimiento poblacional podría generar un incremento en la carga de enfermedades. Epidemiológicamente las enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT son multifactoriales y presentan un curso prolongado desde la exposición a los factores de riesgo, su aparición y diagnóstico clínico; pueden ser prevenidas y sin una adecuada atención puede producir una discapacidad severa. Por esas características, su atención necesita un modelo de servicios diferente al modelo usualmente utilizado que se enfoca en las enfermedades crónicas y una población de menores de 5 años.

En territorios con presencia del conflicto armado, la vulnerabilidad de las personas mayores y las ECNT se ve exacerbada por factores como el confinamiento, restricción a la movilidad, fumigaciones de plantaciones ilícitas y la constante exposición a hechos violentos, los cuales tiene un impacto directo en la salud de las personas. Como consecuencia, las personas adultas mayores de estas zonas tienen evidentes problemas de malnutrición por falta de acceso a alimentos. De acuerdo a la valoración del índice de masa corporal realizada por HelpAge en 18 comunidades Awá, el 24% de las personas adultas mayores presenta déficit nutricional, en relación al 11% de personas adultas mayores de 6 comunidades afrodescendientes de la zona rural de Tumaco, no existen redes sociales de apoyo o son precarias, existen múltiples barreras para el acceso a los servicios de salud que impiden una atención oportuna y de calidad.

El cambio en el perfil epidemiológico hacia las ECNT y la doble carga epidemiológica (incremento de las ECNT mientras se mantiene un alto nivel de enfermedades infectocontagiosas, características de zonas pobres y/o en situación de emergencia crónica) son temas vigentes en los territorios en Nariño. Además existe una visión negativa de la vejez en una sociedad altamente competitiva, donde usualmente se valora a las personas por sus capacidades de producción.



María Alejandra Torres S.
Directora Programa Colombia
HelpAge International

Antecedentes

Desde el año 2011 y con el apoyo financiero de la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil (ECHO, EU), hemos brindado asistencia humanitaria a personas adultas mayores, especialmente del suroccidente colombiano.

En el departamento de Nariño las acciones se concentraron en el municipio de Ricaurte y en el último año en Tumaco, aplicando además del enfoque diferencial hacia la edad, un enfoque étnico que garantizara el acceso y accesibilidad de las personas adultas mayores a los servicios de salud y programas de protección social integral.

Tanto la población afrocolombiana como el pueblo Awá están organizados legalmente en consejos comunitarios y resguardos indígenas, respectivamente, pero este hecho no les ha protegido de los efectos del conflicto interno armado, donde las personas mayores son uno de los grupos más desprotegidos. En el marco de la normatividad colombiana, la administración municipal ha impulsado la consolidación del Comité del Adulto Mayor en cabeza del Programa para el Adulto Mayor de la Oficina de Inclusión Social del municipio, entidad encargada de articular las acciones de protección social para este grupo poblacional, como la promoción de estilos de vida saludable con la IPS local, el pago del subsidio económico, y el desarrollo de actividades ocio productivas. Sin embargo, la falta de un plan de acción interinstitucional en el municipio para atender las necesidades de las personas mayores, han limitado su acción al pago del subsidio económico. Ante esta situación HelpAge promovió la vinculación activa de todas las entidades responsables de la protección social y de salud de las personas adultas mayores, mediante el diseño de una ruta de atención integral que articulara estos dos sentidos así como el restablecimiento de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores víctimas del conflicto armado.

Esta Guía tiene como objetivo presentar el modelo de trabajo desarrollado en Tumaco, donde estuvieron involucradas ocho comunidades del resguardo indígena Awá Gran Sábalo, el resguardo Honda Rio Güisa, cuatro comunidades del resguardo Gran Rosario, cinco del resguardo Inda Guacaray y seis comunidades del Consejo Comunitario de población Afrocolombiana Tablón Salado.

El modelo implementado se basó principalmente en tres ámbitos de trabajo:

1. **Ámbito político – institucional**
2. **Ámbito comunitario.**
3. **Ámbito de servicios de salud.**

1. Político – institucional que permitiera impulsar el desarrollo de acciones locales orientadas a fortalecer la respuesta institucional y comunitaria en la atención y protección social integral de los adultos mayores.

2. Comunitario para promover el fortalecimiento de las comunidades en la generación de redes de apoyo para personas adultas mayores.

3. Servicios de Salud que permitieran la creación e implementación de un modelo de atención primaria en salud para personas mayores por parte de entidades prestadoras de salud.

Esta Guía de buenas prácticas se basa en la experiencia de asistencia humanitaria y protección de HelpAge International en el departamento de Nariño, y pretende resaltar los principales logros y ejemplos que pueden ser de fácil aplicación y réplica por organizaciones no gubernamentales y/o instituciones públicas que quieran brindar una atención diferencial hacia las personas mayores y proteger sus derechos.

Planificación de acciones estratégicas

Estrategia 1: articulación interinstitucional territorial

A. Problema:

Colombia carece de un modelo que articule las acciones y legislación disponible para atender integralmente a las personas adultas mayores. Generalmente los niveles departamentales y municipales desarrollan actividades o programas para este grupo poblacional sin promover una coordinación institucional que utilice herramientas comunes y optimice los resultados, generando vacíos en la oferta de servicios disponibles que podrían ser cubiertos eficientemente.

B. Ámbito de trabajo: político - institucional:

Un reto fundamental de los planes o políticas públicas de un municipio es la coordinación entre las diferentes instancias y organizaciones presentes en una comunidad. Una verdadera interacción institucional podría significar la construcción de modelos de trabajo incluyentes, que comprendan lo urbano y lo rural, así como a todos los grupos poblacionales sobre todo aquellos de especial protección.

C. Modelo:

Respondiendo a este vacío en el municipio de Tumaco específicamente, dinamizamos la creación de un modelo basado en los tres ámbitos anteriormente mencionados (Político-institucional, comunitario y de atención primaria en salud), que permitiera articular a la administración municipal y las instituciones presentes en la zona. Para lograr ese modelo nos basamos en el Multilevel Approach to Community Health (MACTH) que en español traduce Enfoque Multinivel para la Salud Comunitaria, que brinda herramientas teóricas para estructurar una propuesta integral de intervención.

Este modelo MATCH en Tumaco fue implementado exitosamente bajo la línea de salud, logrando el diseño e implementación de un plan de acción para la atención interinstitucional integral de las personas adultas mayores, y la visibilización en la agenda pública local del tema de adulto mayor.



D. Estudio de caso: Ruta Institucional para el acceso de las personas adultas mayores a los servicios y programas sociales del municipio de Tumaco

Luego de un diagnóstico realizado por HelpAge International sobre la atención de las personas adultas mayores en Tumaco, fue evidente que el municipio no contaba con un plan de acción articulado de los planes de Protección Social y Atención Primaria en Salud desarrolladas en el municipio.

Bajo el ámbito político - institucional promovimos un espacio de encuentro que permitiera comprender los intereses de todos los actores presentes en Tumaco y que trabajaban desde diferentes perspectivas el tema de envejecimiento y vejez, con el objetivo de influir positivamente en la formulación e implementación de políticas públicas y/ organizacionales en pro del bienestar social de las personas adultas mayores.

En este ámbito la articulación interinstitucional es fundamental e idealmente debería ser liderado por una entidad del orden territorial que garantice su ejecución y monitoreo. La entidad puede variar según la categoría territorial del municipio. Sin embargo, suelen ser las Secretarías de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario; Integración Social;

Salud; los programas de Adulto Mayor o las Empresas Sociales del Estado, entre otras.

En el caso de Tumaco, HelpAge promovió la conformación de este espacio de encuentro y discusión. Sin embargo, será el programa del Adulto Mayor de la Oficina de Desarrollo e Inclusión Social la responsable de realizar el monitoreo. Planteamos una ruta de trabajo diseñada conjuntamente con las entidades participantes en la mesa, que permitiera alcanzar los objetivos de este ámbito:

1. Convocatoria a todas las entidades y organizaciones en Tumaco que trabajan el tema de envejecimiento y vejez.
2. Realizar un acuerdo de voluntades políticas.
3. Plantear objetivos comunes y específicos para la mesa de trabajo

Con el acuerdo de voluntades políticas de las organizaciones involucradas, empezamos un proceso de articulación interinstitucional que dio como resultado la construcción de la Ruta Institucional para el acceso de las personas adultas mayores a los servicios y programas sociales del municipio, incluidos los servicios de salud.

Esta ruta fue adoptada e implementada por todas las organizaciones que participaron en la mesa. Fue definida como una herramienta de obligatorio cumplimiento para las instituciones involucradas e idealmente debe existir un acto administrativo proferido por la autoridad municipal o por alguna otra instancia competente que lo respalde. Esta ruta permitió que las personas adultas mayores recibieran mejores servicios en el municipio y celeridad en la atención.



La ruta estableció 6 acciones específicas de obligatorio cumplimiento para entidades públicas como:

1. Implementación de acciones de Protección Social por parte de todas las Secretarías del Municipio, Programa de Adulto Mayor, Personería, Fiscalía, Procuraduría, Inspección de Policía e Inspección Rural, etc.
2. Instauración de mecanismos de atención preferencial en cada una de las instituciones.
3. Desarrollo de proyectos productivos y educativos con enfoque de edad
4. Actividades de ocupación del tiempo libre de las personas adultas mayores
5. Mecanismos efectivos y amigables de denuncia de maltrato, así como campañas de prevención.

E. Puntos de acción de buenas prácticas:

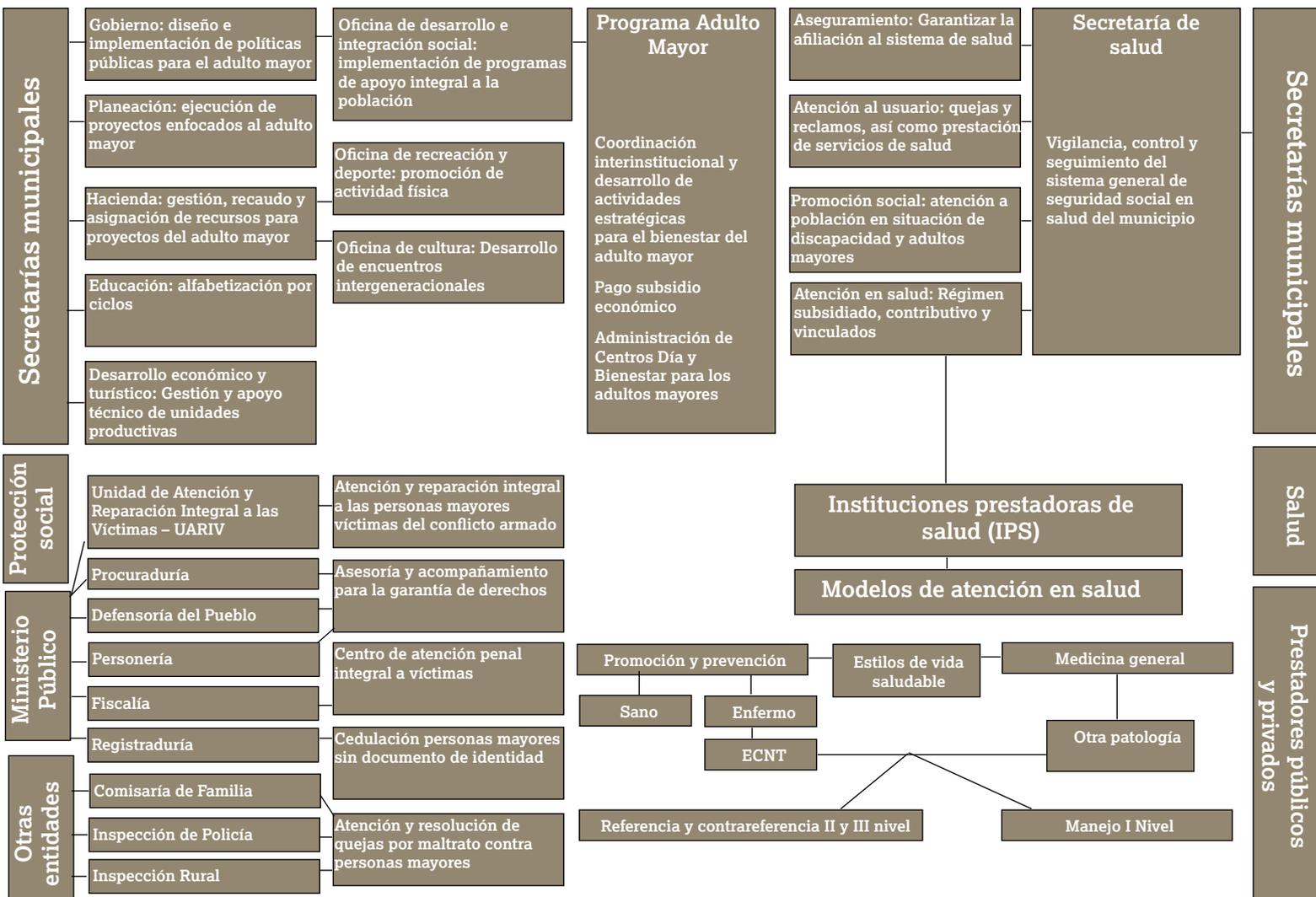
1. Identificar las instancias del municipio que ofrecen servicios para personas adultas mayores.
2. Realizar un diagnóstico participativo con las entidades del municipio para identificar los vacíos en la atención de las personas adultas mayores.
3. Identificar a los aliados estratégicos del sector público y/o privado para el desarrollo de la acción.
4. Motivar la generación de espacios de trabajo con los actores sociales interesados en el tema.
5. Elaborar un plan de acción para fortalecer la respuesta institucional a través de la implementación de políticas, planes, programas y proyectos para las personas adultas mayores.
6. Promover la elaboración e implementación de políticas públicas y organizacionales amigables con la edad por parte de las entidades correspondientes. Por ejemplo, la Política Pública municipal de Envejecimiento y Vejez.
7. Construir una ruta interinstitucional para la atención integral de personas adultas mayores, de manera conjunta.
8. Involucrar a la Administración Municipal para la aprobación de la ruta de atención mediante acto administrativo, y así generar mecanismos de sostenibilidad del proceso.
9. Diseñar y acordar un plan de seguimiento de la implementación de las Políticas Públicas y organizacionales acordadas, así como de la ruta de atención.



F. Mayores logros:

1. El mayor logro fue la elaboración de la Ruta Institucional para el acceso de las personas adultas mayores a los servicios y programas sociales del municipio, incluidos los servicios de salud.
2. Contar con el apoyo de la Alcaldía Municipal en el proceso de transversalización en las distintas instancias gubernamentales.
3. Logramos que otras organizaciones presentes en el territorio se sensibilizaran y priorizaran a las personas adultas mayores desde el quehacer de cada institución.
4. Participación institucional de diferentes niveles y entidades presentes el territorio, para una adecuada apropiación del modelo.
5. Logramos que las instituciones que participaron en el proceso se comprometieran no solo durante la elaboración sino la implementación de la ruta.

Ruta institucional para la atención de personas mayores en el municipio de Tumaco



Mesa técnica municipal de adulto mayor

Estrategia 2: resiliencia comunitaria

A. Problema:

Las personas mayores que viven en lugares alejados de la oferta institucional de servicios básicos como los de salud, no tienen redes sociales de apoyo fuertes que les permita enfrentar situaciones adversas.

B. Ámbito de trabajo: comunitario

La creación o fortalecimiento de redes de apoyo necesitan del compromiso y voluntad de la comunidad, y de esa manera lograr la participación efectiva, la responsabilidad frente a las acciones emprendidas y la comprensión del enfoque diferencial hacia la edad. El objetivo de este eje de trabajo era fortalecer la capacidad de respuesta de las comunidades frente a la protección social y el cuidado en salud de las personas adultas mayores que pudieran necesitar de redes de apoyo comunitarias.

C. Modelo:

Trabajamos bajo tres acciones específicas:

1. Formación de voluntarios comunitarios, bienestar social y cuidado preventivo de personas adultas mayores.
2. Formación de veedurías ciudadanas con participación de personas adultas mayores.
3. Formación de grupos ocio productivos de personas adultas mayores.

Este proceso permitió que la comunidad reconociera las potencialidades y el rol de las personas adultas mayores en la comunidad, pero también que identificaran de manera correcta sus necesidades para brindar atención de manera adecuada.

Contar con el involucramiento de la comunidad también permitió conocer en profundidad las necesidades y aptitudes de todos los miembros de la comunidad, para plantear acciones de promoción de su propio desarrollo, considerando las barreras de acceso a los programas y servicios de salud que tiene el grupo poblacional integrado por las personas adultas mayores.

Esta acción fue proyectada hacia la consolidación de redes de apoyo social que involucren activamente a líderes, grupos de opinión y la comunidad en

general, para intentar minimizar los vacíos de la atención prioritaria por diversos fines.

D. Estudio de caso: *Formación de voluntarios comunitarios*

Más del 75% de las personas adultas mayores de la etnia Awá habitan en comunidades alejadas de los centros poblados y de la oferta institucional de servicios de salud. Esto sumado a la presencia del conflicto armado en la zona, la baja cobertura del sistema de salud, la falta de recursos económicos, la discapacidad en algunos casos, etc. son las principales barreras para tener acceso y accesibilidad a la prestación de servicios de salud.

Como parte de esta acción promovimos el voluntariado comunitario en primeros auxilios y cuidado preventivo, generando y/o fortaleciendo redes de apoyo comunitarias con un enfoque diferencial hacia la edad. Los voluntarios comunitarios fueron miembros de la Guardia Indígena, líderes comunitarios, docentes, y otras personas con interés genuino en ayudar a sus vecinos, con quienes fue necesario reforzar la importancia de incluir en su trabajo el enfoque diferencial hacia las personas mayores teniendo en cuenta sus necesidades específicas.

El grupo de voluntarios adelantó actividades de atención inicial de emergencias médicas, actualización del censo de personas adultas mayores, desarrollo de encuentros culturales intergeneracionales, apoyo logístico al desarrollo de jornadas extramurales de salud gerontológicas, etc. generando una mejor atención en salud de las personas mayores desde los primeros auxilios básicos.

Los equipos de voluntarios comunitarios se constituyen en un gran apoyo para las comunidades debido a que contribuyen a superar las dificultades de accesibilidad a los servicios y la carencia de personal calificado para la prestación oportuna de servicios básicos de salud, durante la ocurrencia de eventos adversos en las



E. Puntos de acción de buenas prácticas:

1. Realizar un diagnóstico participativo con las personas adultas mayores de las comunidades, con el fin de identificar los principales vacíos en la atención.
2. Identificar y reconocer a los líderes comunitarios, grupos sociales organizados y otras redes de apoyo social existentes en las comunidades.
3. Promover la movilización social frente al tema de envejecimiento y vejez, así como desarrollar campañas comunitarias para promover el buen trato y el respeto en todas las edades.
4. Facilitar la conformación de grupos intergeneracionales de voluntarios comunitarios con enfoque en temas de protección y bienestar social de las personas adultas mayores.
5. Promover la conformación de veedurías ciudadanas y/o la integración de personas adultas mayores y otros grupos etarios en las veedurías existentes.
6. Sensibilizar a las comunidades sobre las características de un envejecimiento saludable y las necesidades específicas de las personas adultas mayores así como sus contribuciones al desarrollo de la familia y la comunidad.
7. Construir y aplicar fichas de recolección de información sobre afectaciones específicas de las personas adultas mayores, que puedan medir el impacto de las acciones. Ver anexos (Ficha con enfoque diferencial hacia la edad en: Asesoría Jurídica, Visita domiciliaria, Gerontología y atención Psico - Social)
8. Contribuir en el constante fortalecimiento de las Guardias Indígenas u otros grupos organizados de las comunidades, como principal fuente de protección y sensibilización sobre las necesidades específicas de las personas adultas mayores.
9. Evaluar las acciones desarrolladas estableciendo mecanismos amigables de rendición de cuentas, para ser monitoreados por las veedurías ciudadanas.

F. Mayores logros:

1. Logramos la vinculación activa de las comunidades en la protección de las personas adultas mayores. Esta acción incluía el apoyo en el desarrollo de las jornadas extramurales de salud gerontológicas.
2. Mejorar la atención inicial de las personas adultas mayores en situaciones de emergencia.
3. Motivar el reconocimiento social de las personas adultas mayores como poseedoras del conocimiento ancestral y baluarte de las tradiciones de sus comunidades.
4. El desarrollo de encuentros intergeneracionales como estrategia para fomentar la participación de otros grupos etarios en el cuidado de las personas adultas mayores.
5. Consolidar a los voluntarios comunitarios como redes de apoyo social para las personas mayores en cada una de sus comunidades.
6. Vincular a las personas adultas mayores en las veedurías ciudadanas en salud, como garantes para la prestación eficiente del servicio en sus comunidades.



Estrategia 3: fortalecimiento de la Atención sanitaria de primer nivel

A. Problema:

Por dificultades en el acceso y accesibilidad a los servicios de salud, no todos los individuos pueden gozar de este derecho, a pesar de que la atención primaria en salud debería ser un servicio esencial para todas las personas, y de brindarse con las condiciones de acceso adecuadas contribuiría enormemente a disminuir las desigualdades en materia de salud.

B. Ámbito de trabajo: servicios de salud

La Atención Primaria en Salud debe estar orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, para resolver problemas de salud de las personas y mantener un óptimo nivel de funcionamiento biológico en la vejez. Los factores de riesgo biopsicosociales como el sedentarismo, mala alimentación, consumo de cigarrillo y alcohol, aislamiento social, alteraciones del sueño, consumo excesivo de medicamentos, discapacidad, pérdida de un ser querido, abandono, maltrato físico, psicológico o sexual, etc. son generalmente poco atendidos por las IPS de primer nivel, generando una mayor predisposición de las personas a enfermedades prevenibles durante el ciclo de vida.

Este ámbito de trabajo se centró en motivar valoraciones del funcionamiento orgánico, criterio y entendimiento cognitivo, y el relacionamiento social con el fin de adelantar una intervención multidimensional de las personas adultas mayores. En algunos casos la intervención incluyó el tratamiento clínico para el control de enfermedades como la hipertensión arterial, cardiopatías, accidente cerebro vascular, demencias, incontinencia urinaria, depresión, diabetes, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, obesidad, entre otras.

C. Modelo:

El modelo de atención en salud para personas mayores se creó junto a la IPS-Indígena, como principal herramienta para brindar una atención especializada a las personas mayores Awá, y para dar a los trabajadores del área de la salud una guía de atención ajustada a las necesidades de las personas mayores. El Modelo fue creado en el año 2012 y puesto en marcha en 2013. Desde entonces, se han atendido a miles de personas mayores encontrando que la prevalencia de enfermedades como la hipertensión arterial, gastritis, depresión y desnutrición están aumentando. El Modelo ha

permitido a la IPS-I desarrollar y mejorar sus servicios con un enfoque étnico y de edad, según los lineamientos establecidos por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), y acordes a la guía de atención y a la norma técnica para el adulto mayor en Colombia. *Ver modelo en la página siguiente.*

D. Estudio de caso: *Prestación de servicios de salud en zona rural de difícil acceso del municipio de Tumaco*

El acceso marítimo a las comunidades de la costa rural de Tumaco constituye una de las principales barreras para la prestación de los servicios de salud en la zona. El elevado costo del transporte y la considerable demanda del servicio de salud por parte estas comunidades incrementa de manera significativa los costos de operación para las IPS locales, quienes ante la crisis financiera del sector optan por restringir la prestación del servicio en estas zonas a una o dos veces por año. Como resultado sus habitantes ven vulnerado el derecho a la salud y enfermedades que pueden ser fácilmente prevenibles tienen altos niveles de prevalencia.

Dentro de los grupos más afectados está el de personas adultas mayores que no tienen otros medios para recibir asistencia médica. Por esta razón, el proyecto contempló acciones específicas de salud en el Consejo Comunitario Tablón Salado, ubicado a dos horas en lancha de la cabecera municipal de Tumaco y con una población aproximada de 1.680 personas de las cuales 196 son mayores de 60 años.

Este Consejo Comunitario tiene un puesto de salud subutilizado desde el año 2014 por falta de personal médico, así que junto a la IPS realizamos jornadas extramurales de salud gerontológicas cada dos meses, por un periodo de 12 meses.

Durante las 7 jornadas realizadas pudimos atender a 100 personas adultas mayores y proveerles servicios básicos como medicina general y salud oral que incluye valoración, diagnóstico y tratamiento médico – odontológico, vacunación, valoración de agudeza auditiva y visual, promoción de la alimentación saludable y manejo no farmacológico del dolor, detección temprana de alteraciones del adulto mayor como hipertensión arterial, síndrome metabólico, etc.

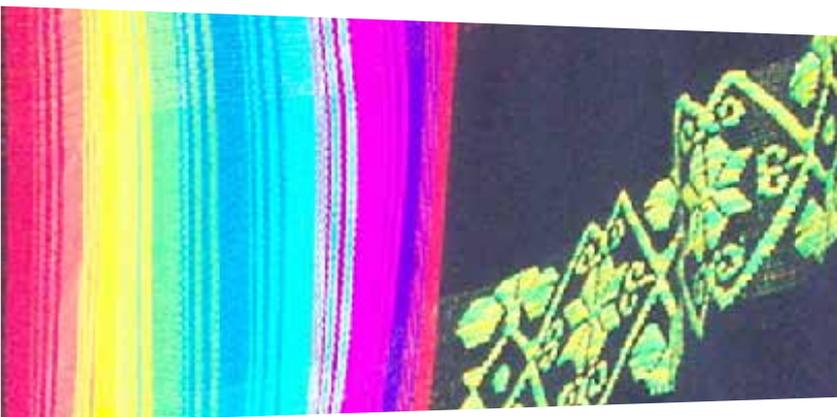
Esta acción permitió que la IPS aprovechara no solo la infraestructura de salud existente en el Consejo, sino la logística desplegada por una ONG internacional para prestar los servicios de salud en comunidades de difícil acceso.

E. Puntos de acción de buenas prácticas:

1. Realizar inventario de acciones y recursos destinados a la atención en salud por parte de las IPS públicas locales. Por ejemplo, los programas de estilos de vida saludable, Enfermedades Crónicas no Transmisibles, salud pública, etc.
2. Definir la estrategia de intervención en salud para la atención de personas adultas mayores.
3. Realizar jornadas extramurales de salud gerontológica con el apoyo de las IPS locales.
4. Identificar aliados estratégicos para la atención integral en salud de las personas adultas mayores y realizar convenios o mesas de trabajo de coordinación interinstitucional.
5. Elaborar un plan de acción integral que involucre los programas identificados para la atención de personas adultas mayores y aliados estratégicos.
6. Implementación del plan de acción con apoyo de los grupos sociales organizados existentes en las comunidades.
7. Capacitar al personal médico- asistencial de las IPS locales en temáticas relacionadas con la atención sanitaria de personas adultas mayores.
8. Promover la construcción de modelos de atención primaria en salud para personas mayores. *Ver ejemplo realizado por HelpAge International.*
9. Promover la conformación de veedurías ciudadanas intergeneracionales con enfoque específico de salud, integradas por personas mayores y otros grupos etarios.
10. Evaluar las acciones desarrolladas estableciendo mecanismos de rendición de cuentas amigables y que puedan ser monitoreadas por las veedurías ciudadanas.
11. Implementar modelos de atención primaria en salud para personas adultas mayores por parte de las IPS locales de acuerdo al contexto y la normatividad vigente.

F. Mayores logros:

1. Mejorar el acceso y accesibilidad de las personas adultas mayores a los servicios y programas de salud en sus comunidades a través del desarrollo de jornadas extramurales de salud gerontológicas.
2. Incluir el enfoque étnico y de edad en la prestación de los servicios de salud en las IPS locales.
3. Comprometer a los gerentes de las IPS locales en la inclusión de acciones amigables con la edad en los centros de salud que hacen parte de la red pública local. Por ejemplo la implementación de filas diferenciadas y atención exclusiva para personas adultas mayores 2 veces a la semana.
4. Articular el desarrollo de acciones conjuntas entre las IPS, las EPS y las comunidades en pro de la salud de las personas adultas mayores.
5. Incluir, en la atención de salud de las personas adultas mayores, los servicios de psicología, nutrición y medicina tradicional en el caso de las comunidades indígenas. Estos servicios no eran prestados por parte de las IPS locales a las personas adultas mayores en el desarrollo de las jornadas extramurales de salud.



Modelo de atención en salud para personas mayores IPSI – UNIPA

Ámbito Institucional

Fortalecer la respuesta de la IPS-I UNIPA en la atención de los adultos mayores Awá.

Construcción Política Envejecimiento y Vejez

1. Identificación actores sociales claves.
2. Abogacía institucional.
3. Implementación relaciones institucionales.

Implementación programa adulto mayor con enfoque diferencial

1. Fortalecimiento comité adulto mayor IPS –I.
2. Implementación sistemas de información IPS –I.
3. Capacitación funcionarios en salud IPS-I
4. Definición ruta de atención adulto mayor IPS –I.

Ámbito Comunitario

- Fortalecer la capacidad de respuesta de las comunidades frente al cuidado de la salud de los adultos mayores en situaciones de emergencia.
- Promover acciones de autocuidado en salud de los adultos mayores Awá.

Construcción redes de apoyo social

1. Identificación y reconocimiento liderazgos sociales.
2. Movilización social.
3. Formación de voluntarios comunitarios en

Atención sanitaria de primer nivel.

1. Fortalecimiento equipo extramural IPS-I
2. Desarrollo de brigadas Gerontológicas.
3. Jornadas médico – asistenciales IPS-I.

9

Conclusiones

1. Esta publicación plantea un modelo de trabajo fácilmente replicable en niveles municipales que propendan por brindar una atención integral a las personas adultas mayores.
2. El diseño de todos los productos del proyecto involucró activamente a las comunidades de acogida, brindando un panorama de los vacíos en la atención identificados por las mismas personas mayores.
3. La coordinación interinstitucional con autoridades estatales en salud, autoridades municipales y departamentales, funcionarios públicos en general, y otras Organizaciones presentes en el territorio permitió crear modelos de trabajo unificados y con objetivos comunes en beneficio de las personas mayores. Intentamos responder a las necesidades reales de las personas mayores de estas comunidades e incidir en el nivel municipal para que sean incluidos de manera integral en los programas destinados para este grupo etario.
5. La utilización de modelos de planificación científicamente validados permite reorganizar los recursos disponibles en un municipio, con el fin de lograr un mayor impacto de las acciones de protección social y atención primaria en salud para personas mayores.
6. El plan de acción orientado a mejorar la prestación de los servicios sociales, incluidos los programas de salud para personas mayores, debe incluir como mínimo el desarrollo de acciones estratégicas articuladas entre los ambientes político-institucional, comunitario y atención sanitaria de primer nivel.
7. Son los actores locales quienes deben asumir la responsabilidad de orientar los procesos de fortalecimiento institucional y comunitario para el desarrollo de acciones amigables con la edad. Las organizaciones externas a los territorios deben actuar como facilitadores con el fin de transferir los conocimientos y herramientas técnicas necesarias para la implementación de las acciones.

Glosario

Adulto mayor

De acuerdo a las declaraciones de la Organización Naciones Unidas (ONU) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Colombia se denomina adulto mayor a toda persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. Sin embargo a criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen (Ley 1276 del 2009).

Enfoque diferencial

Parte del reconocimiento de las necesidades específicas de los diferentes grupos humanos, teniendo en cuenta su edad, género, orientación sexual, situación de discapacidad, etc. que tiene por objeto promover la igualdad real y efectiva entre todos los seres humanos.

Ámbito: Espacio y conjunto de personas y cosas en que se desarrolla una persona, o comunidad.

Atención sanitaria

Entendida como el conjunto de organizaciones procesos y recursos centrados en la prestación de servicios de salud dirigidos a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación.

Conflicto armado

Todo enfrentamiento bélico por grupos de diferente índole, que utilizan armas u otros medios de destrucción.

Envejecimiento humano

Es un proceso natural, universal, progresivo y continuo durante todo el ciclo de vida, resultando en profundos cambios físicos, psicológicos

y sociales en los seres humanos. Estos cambios están determinados por los estilos de vida, el contexto y particularidades sociales de cada persona, que definen la vivencia particular de este proceso.

Modelo de planificación

Herramientas teóricas que proporcionan la dirección y el marco teórico – conceptual suficiente para el uso racional de los recursos, puntualiza las

acciones, genera credibilidad e incrementa las posibilidades de éxito de una propuesta integral de intervención.

Modelo multinivel para la promoción de la salud comunitaria

En inglés Multilevel Approach to Community Health (MACTH) fue desarrollado en la década de los 80 por Simons – Morton y colaboradores, para el desarrollo de acciones que articule de manera coherente acciones para el direccionamiento de programas de promoción de la salud.

Salud La salud no debe ser entendida como la ausencia de enfermedad, sino como un completo estado de bienestar físico, psicológico y social. Este concepto dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos lleva a buscar enfoques que nos permita una intervención integral del proceso salud – enfermedad.

Vejez

Es la última etapa de la vida de los seres vivos antes de que ocurra el fallecimiento y es una inevitable consecuencia del paso del tiempo. De acuerdo a la vivencia de cada persona puede ser considerada como la etapa final o de realización personal, donde se cosechan los frutos de toda una vida.

Veedurías ciudadanas

Mecanismo democrático de representación por medio del cual los ciudadanos o organizaciones comunitarias ejercen vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades administrativas políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público.

Víctimas del conflicto armado

Personas de la sociedad civil que individual o colectivamente, como resultado de actos u omisiones que violan el Derecho Internacional Humanitario han sufrido daños físicos o mentales.

Marco jurídico

A partir de la constitución política (C.P) de 1991 en Colombia se ha avanzado en la configuración de una normatividad orientada a garantizar los derechos fundamentales de las personas adultas mayores del país. La legislación en este sentido es amplia y considera factores clave del proceso de envejecimiento así como de la vejez. Sin embargo, la implementación de este marco jurídico ha sido inconsistente permitiendo que existan grandes vacíos en la atención integral de este grupo poblacional. El siguiente marco jurídico permite conocer algunas de las herramientas disponibles y que pueden ser aplicadas en distintos niveles en el ámbito nacional.

Artículo 46 de la C.P. “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán en la protección y asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su vinculación a la vida activa y comunitaria. El Estado garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”

Ley 1171 del 2007. “por medio del cual se establecen unos beneficios para las personas adultas mayores”. Construcción de la política nacional de envejecimiento y vejez.

Ley 1251 del 2008. “por medio del cual se dictan normas tendientes a procurar la promoción, protección y defensa de los derechos de los adultos mayores”

Ley 1276 del 2009. A través de la cual se modifica la ley 687 del 15 de agosto de 2001 “por medio de la cual se modifica la ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro – dotación de los centros de bienestar del anciano, instituciones y centros vida para la tercera edad, se establece su

destinación” y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida”

Resolución 00001 de 2014 del Ministerio de salud y protección social. “atención especial y preferencial al adulto mayor”.

Ley estatutaria 1705 del 2015. “Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de los niños, las niñas y adolescentes, las mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de la violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y en condición de discapacidad, gozaran de especial protección por parte del Estado. Su atención no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

Resolución 482 de 2016 Ministerio de salud y protección social. Por medio de la cual se modifica el artículo 4 de la resolución 1378 del 28 de abril de 2015 “por lo cual se establecen las disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del “Día Colombiano de Oro”.

Ficha

Identificación y asesoría jurídica
(Información confidencial)

Ciudad

Fecha

Datos generales

Nombres

Apellidos

Documento de identidad

Teléfonos

Dirección de residencia

Edad

¿Adulto mayor?

Género

Masculino Femenino

Estado civil

Grupo étnico

Nivel de escolaridad

- Alfabeta
 Analfabeta
 Estudios

Comentarios

Identificación del grupo familiar

1. Nombres completos

Documento de identidad

Parentesco

Discapacidad

Edad

Ocupación

Género

- Masculino Femenino

Nivel de escolaridad

- Alfabeta
 Analfabeta
 Estudios

Lugar y motivos del desplazamiento

Lugar

Fecha

Fecha en que se reubicó

Motivo

Situación económica

¿Qué actividad desempeña actualmente?

¿Qué actividad realizaba antes del desplazamiento?

¿Aporta económicamente al sostenimiento de la familia?

Sí No

¿Por qué?

Ayuda Humanitaria de emergencia

¿Ha rendido declaración?

Sí No

¿Ha recibido ayuda humanitaria de emergencia?

Sí No

¿Cuáles?

¿Ha solicitado prórroga de ayuda humanitaria?

Sí No

¿Ha sido beneficiario de la prórroga de ayuda humanitaria?

Sí No

Presentación de tutela

Sí No

Reparación

¿Ha realizado el trámite de reparación por vía administrativa?

Sí No

¿Ha realizado el trámite de restitución de tierras?

Sí No

Protección de tierras

¿Ha tramitado la protección de tierras?

Sí No

¿Recibió resolución?

Sí No

Programas sociales

Está inscrito en:

1. Familias en acción Sí No
2. Programa de protección social para el adulto mayor Sí No
3. Programa Nacional de alimentación para el adulto mayor Sí No

Servicio de salud

¿Tiene servicio de salud?

Sí No

¿Está satisfecho con el servicio?

Sí No

Servicio de educación

¿Recibe subsidio de educación?

Sí No

¿Para cuántas personas?

Proyectos productivos

Inscripción en proyectos productivos

Sí No

Solicitud de fortalecimiento

Sí No

Subsidio de vivienda

Convocatoria para subsidio de vivienda

Sí No

Espacio para la organización

Trámites pendientes

Ficha

Recepción psicosocial
(Gerontológica y psicológica)

Ciudad

Fecha

Datos generales

Nombres

Apellidos

Documento de identidad

Teléfonos

Dirección de residencia

Fecha de nacimiento Lugar

¿Adulto mayor?

Sí No

Género Masculino Femenino

Grupo étnico

Lugar de procedencia

Estado civil

Nivel de escolaridad

Alfabeta
 Analfabeta
 Estudios

Ocupación anterior

Ocupación actual

Salud

Diagnóstico médico actual

Actualmente se siente saludable

Sí No

Comentarios

Medicación

1. Prescripción médica Sí No
2. Automedicación Sí No

Estado sensorial

Visual

Regular
 Deficiente
 Usa anteojos

Auditivo

Bien Deficiente
 Regular Usa Audífonos

Comunicación

Buena Espontánea
 Regular Limitada
 Deficiente

Hábitos

Café Alcohol
 Tabaco Otros
 Drogas

Presentación personal

Buena Regular
 Mala Otra

Movilidad

1. ¿Se baña solo? Sí No
2. ¿Se viste solo? Sí No
3. ¿Se desplaza solo? Sí No
4. ¿Usa alguna ayuda ortopédica?
 Sí No

¿Cuál?

Identificación del grupo familiar

¿Con quién vive?

Número de hijos

Mujeres

Hombres

Número de nietos

Mujeres

Hombres

Número de hermanos

Mujeres

Hombres

Otros familiares

¿Se comunica con su familia?

- Sí No

¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?

- Sí No

¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?

- Sí No

¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?

- Sí No

¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?

- Sí No

¿Siente que su familia lo quiere?

- Sí No

Aspectos sociales

¿Participa en actividades de su barrio?

- Sí No

¿Qué actividades realiza diariamente?

¿Qué le gusta hacer y por qué?

¿Qué sabe hacer usted?

Aspectos psicológicos

¿Es prevenido o se disgusta fácilmente?

- Sí No

¿Qué estrategias tiene frente a la vida?

¿Ha presentado depresión?

- Sí No

Enfermedades psiquiátricas

- Sí No

¿Requirió hospitalización?

- Sí No

Memoria inmediata

Buena

Regular

Mala

Memoria lejana

Buena

Regular

Mala

Espacio para la organización

Diagnóstico gerontológico

Conducta a seguir

Ficha

Visita domiciliaria

Ciudad

Fecha

Datos generales

Nombres

Apellidos

Documento de identidad

Salud

Estrato socio económico

 1 2 3 4

Nombre de la EPS

Encuesta SISBEN

Sí No

Carta socio-económica

Sí No

¿Sufre de alguna enfermedad?

Sí No

¿Cuál/cuáles?

¿Su EPS actualmente le está suministrando algún medicamento?

Sí No

¿Cuál/cuáles?

¿Tiene alguna discapacidad?

Sí No

Habitabilidad

Vivienda

Propia Familiar Alquilada

¿Tiene fácil accesibilidad? Sí No

Servicios públicos

Agua Gas natural

Energía Teléfono

Usos y espacios de la vivienda

Número de dormitorios

Número de personas por dormitorio

Número de camas

Condiciones higiénicas

Sanitario Ducha

Letrina Presencia de basuras

Lavamanos Presencia de malos olores

Eventos significativos de la familia

¿Abandono de alguno de los padres?

Sí No

¿Gestación en adolescentes menores de 18 años?

Sí No

¿Fuga del hogar de uno o varios hijos?

Sí No

¿Consumo de sustancias psicoactivas de algún familiar?

Sí No

¿Pérdida de la libertad de algún familiar?

Sí No

¿Abuso sexual de algún familiar?

Sí No

¿Muerte de algún familiar?

Sí Violenta

No Natural

Otro

¿Algún miembro de la familia participa en organizaciones sociales, comunitarias, culturales, deportivas, etc.?

Sí No

Comentarios