

**Caja de herramientas**

# Marco conceptual y glosario





**Caja de herramientas**

# **Marco conceptual y glosario**

Publicación de HelpAge International

Registro de caridad número 288180

Cualquier parte de este documento puede ser reproducido para propósitos sin fines de lucro a no ser que se indique lo contrario. Por favor mencione claramente el título de la publicación y envíenos una copia del artículo impreso o un vínculo en internet.

Redacción:

Catherine Dusseau de Ibarra, Asesora Regional de Salud, HelpAge International

Revisión y edición:

Beatriz Lucero

Diseño y diagramación: Walter Saavedra - 3K

Impresión: Sigraf

*Impreso en La Paz - Bolivia*

# Marco conceptual y glosario

## 1. Envejecimiento y consecuencias en la salud de la población

América Latina es el continente que más rápidamente envejece en el mundo. Eran 50 millones de personas mayores de 60 años en 2006 y serán más de 100 millones en 2025. Dentro de esa población, es la población mayor de 80 años que más rápidamente crece. En nuestra región, las proporciones de población mayor se doblarán en 20 a 30 años mientras lo han hecho en más de 100 años en los países desarrollados del norte.

A diferencia del envejecimiento en los países del norte, el envejecimiento en América del Sur y en América Central se hará en un contexto de:

- Pobreza con una alta proporción de la población viviendo debajo de la línea de pobreza (la cual se mide por ingresos o por necesidades básicas); además de ser el continente que más rápidamente envejece, América Latina es también el continente que más desigualdades tiene<sup>1</sup> (entre clases sociales, zonas rurales y urbanas, entre grupos, entre regiones, entre países)
- Período menos favorable de crecimiento económico además de la reciente crisis financiera mundial, la cual genera un nuevo escenario; la inestabilidad de las economías se perfila como un tema importante del futuro cercano de las naciones.

### Bolivia también envejece

En el año 2001, el país contaba con 537.000 personas adultas mayores, esta cifra ascendió el año 2011 a 740.269; de las cuales 50,1 por ciento son mujeres y 49,9 por ciento hombres. Para el año 2030 se espera que habrá más personas mayores de 60 años que niños menores de 5 años y que para el 2050 la población mayor ascenderá a 3 millones, el 17,5 por ciento del total de la población.

---

1 Citado en Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, OPS/OMS

Bolivia tiene importantes progresos en políticas de protección social en favor de las personas adultas mayores. La Renta Dignidad, ley de Derechos y Privilegios, el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) y su Reglamento. Sin embargo, el difícil acceso a los servicios de salud, la exclusión social, el maltrato y la indocumentación, son obstáculos que las personas mayores encuentran a la hora de ejercer sus derechos.

## 2. Desafío para los sistemas de salud

El envejecimiento poblacional es uno de los principales factores para el cambio epidemiológico, el cual consiste en una creciente proporción de la carga de las enfermedades no transmisibles y crónicas. Este cambio epidemiológico desafía a los sistemas de salud que deben modificar sus modelos de atención y de gestión.

- La doble carga epidemiológica (coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles).
- El incremento de prevalencias de enfermedades no transmisibles y crónicas así como la discapacidad.
- Una presión sobre los servicios en razón del crecimiento probable de la morbilidad o de la discapacidad por la edad.

A consecuencia, la necesidad de un cambio de paradigma en los sistemas y las respuestas de los Estados es fundamental y ha sido reconocida en los documentos oficiales desde Naciones Unidas (NNUU) hasta instituciones nacionales y profesionales <sup>(2,3)</sup>.

## 3. La salud como un derecho

La salud es un derecho reconocido por múltiples tratados internacionales y los textos fundamentales de los países. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorpora dentro de sus pilares de trabajo a la salud como derecho. No es un estado o un favor. El abordaje es político y un mecanismo para asegurar este derecho es la participación. Sus elementos esenciales<sup>4</sup> son:

- Accesibilidad
- Aceptabilidad

---

2 Agenda para la Salud 2008-2017, OPS-OMS

3 Comité especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, mayo 2010 Población y Salud en América Latina y Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos

4 Población y Salud en América Latina y Caribe, ya mencionado

- Calidad
- La disponibilidad (servicios básicos y de salud)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las NNUU mediante la Observación General N° 6 de 1995 y la N° 14 del 2000, ha precisado este derecho para las personas mayores<sup>5</sup>.

#### 4. Atención primaria y determinantes sociales

La atención primaria concebida en Ama Ata en 1978 como el pilar de la atención en salud para todos, fue poco implementada en la práctica. Sin embargo, a pesar de los resultados alcanzados las instancias internacionales y los gobiernos han reconocido los límites y el alto costo de las estrategias que se substituyeron a la atención primaria y vieron la necesidad de reconsiderar su priorización.

Conceptualmente cerca de la Atención Primaria en Salud (APS), están los determinantes sociales de la salud, los cuales han sido promovido en la región (ver Cumbre de Río sobre las determinantes sociales de la salud).

**El concepto de la salud** no es sólo la ausencia de enfermedad. Es una situación de bienestar FÍSICO, PSICOLÓGICO, SOCIAL Y ESPIRITUAL en armonía con el ambiente. Es producto de cómo VIVIMOS Y DÓNDE VIVIMOS, es parte de la calidad de vida y depende de todos.

**La salud es entonces la resultante de varios factores o determinantes sociales. La OPS incluye en su análisis conceptual varios factores/ determinantes para un envejecimiento saludable y activo, integrando temas transversales como género y cultura.**

**La salud depende de determinantes económicos:**

- protección social de corto plazo (acceso económico)
- protección social de largo plazo
- acceso al trabajo e ingresos

**La salud es también dependiente de factores sociales como:**  
**el apoyo social, redes sociales: familia, comunidad, grupos...**  
**seguridad y situación de no maltrato**  
**acceso a la capacitación**  
**mitos y prejuicios versus visiones positivas**

**Los hábitos de vida “saludables”:**  
**no fumar,**  
**no beber en exceso,**  
**ejercicio físico y nutrición.**

**Las condiciones personales:**  
**genética,**  
**peso y enfermedades tempranas,**  
**enfermedades crónicas y discapacidades,**  
**nivel de educación.**

**Los servicios sociales y de salud:**  
**acceso universal (geográfico, etc.), oferta**  
**abordaje de ciclo de vida,**  
**oferta con continuidad de atención (de la prevención a la rehabilitación)**  
**existencia de servicios comunitarios de salud y sociales (promotores, cuidadores de salud, servicios domiciliarios por ejemplo),**  
**importancia de la atención primaria.**

**El medio ambiente:**  
**• sanitación**  
**• vivienda**  
**• accidentes y barreras.**

La APS se entiende a veces como un sistema operativo de atención que se enfoca en servicios de poca complejidad, fijos o móviles, permitiendo un acceso local para todos. Este sistema debe incorporar 8 áreas de trabajo que se pueden resumir en 3 bloques: a) medicina curativa de primer nivel (no especializado), b) prevención (primaria, secundaria o terciaria) y c) programas de enfermedades endémicas (de salud pública como la tuberculosis por ejemplo).



La literatura ha acumulado varios argumentos que demuestran que la estrategia de APS con actividades dirigidas a la capacitación del personal sobre ésta y la organización de los servicios amigables que se relaciona con esa estrategia, logra impacto en:

- Un mejor acceso a servicios (cercanía).
- Una prevención que mejora la funcionalidad y la calidad de vida de las personas, practicada a grupos metas y con larga duración.
- Una reducción de los costos y un mejor costo/beneficio.

## 5. Cambio epidemiológico y enfermedades no transmisibles

La transición epidemiológica con el incremento de las enfermedades no transmisibles ENT encuentra su causal en:

- El desarrollo y los cambios de vida que conllevan hábitos de vida por ejemplo.
- El envejecimiento de la población; a medida que se alarga el ciclo de vida, donde se van acumulando los impactos en la salud de la gente, aparecen alteraciones físicas del funcionamiento del cuerpo y favorece la aparición de enfermedades.

Aunque no deben ser confundidos los dos términos Enfermedades no transmitibles (ENT) y enfermedades crónicas, las ENT se caracterizan por ser crónicas y por ende tienen un manejo y necesidades de intervención diferentes a las enfermedades transmisibles. Son generalmente incluidas como ENT: las enfermedades cardio vasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y las enfermedades mentales.

En la 1ra Cumbre mundial sobre la prevención y el control de las ENT, en septiembre de 2011, las instancias internacionales y los gobiernos a través de la Declaración de Nueva York reconocieron lo que se llama ahora “la epidemia”. La OPS/OMS dispone de las evidencias de que en todos los países la carga epidemiológica en particular las causas

de mortalidad son debidas a las ENT<sup>6</sup> (el “asesino mayor”) En 2000 aprobó la Resolución WHA53.17 que dio lugar en 2007 a la publicación de un Plan de Acción 2008-13 para la Estrategia Global de prevención y control de las ENT<sup>7</sup>. En cuanto a morbilidad, en países de mayores ingresos, la contribución de las ENT a la morbilidad llega al 85 por ciento mientras en los países de bajo y mediano ingreso es equivalente a la morbilidad de las enfermedades transmisibles (44 por ciento y en el 2030 al 54 por ciento)<sup>8</sup>.

En 2002, la asamblea aprobó la resolución CSP26.R15 para que la OPS coordine la cooperación técnica en la materia. Se elaboró a partir de allí una Estrategia y un Plan de Acción para el Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las enfermedades crónicas<sup>9</sup>. Las ENT provocaron dos de cada tres muertes en la población en 2002; en 2005, 31 por ciento de las muertes eran atribuibles a las enfermedades cardiovasculares (tanto como todas las enfermedades transmisibles (idem ref.). Se estimará que esta cifra se triplicará hasta el 2025.

En Bolivia, las estadísticas producidas por el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica ha mostrado que las ENT representan el 59 por ciento de la mortalidad y de la morbilidad.

El interés de trabajar en la atención primaria en este contexto de incremento de las ENT no es fortuita: 80 por ciento de las enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares y la diabetes 2 se podrían prevenir, así como 40 por ciento de los cánceres, lo que permitiría disminuir la mortalidad, muertes prematuras, costos en salud pero también asegurar una mejor calidad de vida a mucha gente. La muerte de 12 millones de personas por año se podría decrecer en 50 por ciento como medidas apropiadas<sup>10</sup>. Se estima que se perderá 25 por ciento más de vida sana a raíz de las enfermedades cardiovasculares en 2020 (misma ref).

6 [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update)

7 [www.who.int/nmh/publications/9789241597418](http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418)

8 Patterns of Chronic diseases, SAGE study, WHO June 2010

9 PAHO, [www.paho.org/English/AD/DPC/NC/reg-strat-cneds-pdf](http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/reg-strat-cneds-pdf)

10 [www.who.int/medicentre/news/release/p83/es](http://www.who.int/medicentre/news/release/p83/es)

## 6. Salud mental y demencias

Se estima que en la actualidad, existen 35,6 millones de personas con Alzheimer en el mundo<sup>11</sup>. Se estima que esta población se doblará hasta el 2030. América Latina por el rápido envejecimiento de su población estará particularmente afectada. A pesar del subregistro de las demencias y del Alzheimer, ya en 2010 existen más personas afectadas por demencia en los países de bajos o medianos ingresos que en los países “ricos” (misma ref.). En 2001, 60 por ciento de los casos de demencias vivían en países en vías de desarrollo<sup>12</sup>.

Por la discapacidad que genera esta enfermedad y por el alto costo en cuidados que implica, las demencias (el Alzheimer en particular que representa el 66 por ciento de todas las demencias) ponen y pondrán una carga social y económica intensa en la sociedad y los servicios. Las primeras estimaciones de costo muestran un gasto de \$us. 604 billones en 2010 (equivalente al producto nacional bruto de un país como Turquía), más o menos 1 por ciento del producto mundial, obviamente con diferencias enormes entre países ricos (gasto de 1,24 por ciento) y países menos desarrollados (0,24 por ciento)<sup>13</sup>.

En América Latina, la prevalencia se estima alrededor de 8,5 por ciento en las personas mayores, va de menos de 1 por ciento entre los 60-64 años hasta 33 por ciento en los mayores de 80 (ref 13). Representaría ya a más de 3 millones de personas afectadas y se prevé que serán 15 millones en 2050. (misma ref). En los países andinos, se estima que llegarían a más de 250.000 personas y es en estos países que el incremento será más rápido a partir del 2010. A pesar de no tener estadísticas en Bolivia, se estima que la proporción debe ser similar.

La primera preocupación es que hace falta información sobre prevalencias porque las demencias no son de diagnóstico fácil a la vez que no existen instrumentos de diagnósticos simples. El desconocimiento y los mitos como “es la edad” no han permitido una conciencia y un registro de estas enfermedades. Los informes, incluyendo los de Alzheimer International, han lamentado no sólo la falta de estudios

---

11 World Alzheimer report, 2009, Alzheimer's disease international, Londres

12 The prevalence of dementia worldwide, ADI, 2008

13 World Alzheimer report 2010: the global economic impact of dementia, ADI, 2010

sino también mucha disparidad en el recojo de la información. Los tests simples aplicables de evaluación cognitiva tienen limitaciones (en particular con gente sin educación o con personas indígenas) a la vez que necesitan ser cruzados con otra información para dar un diagnóstico. Los tests más certeros son de alta complejidad y mayor costo.

La segunda preocupación es la carga social y financiera tanto individual como colectiva. El Alzheimer representa a 4,1 por ciento de toda la carga de morbilidad en los 60 años y más y 11,3 por ciento de los años de vida con discapacidad, la 2da condición más “discapacitante” (al contrario de las enfermedades cardio vasculares que son las que más matan pero que no son muy discapacitantes – 8vo en la clasificación). Casi todas las personas afectadas necesitan o necesitarán alguna ayuda. Si estudios en países ricos muestran que el cuidado informal (inc. el familiar) es del 36 por ciento, en los países latinos es probable que sea mucho más.

Es importante señalar que la salud mental, en particular las demencias en las personas mayores, es probablemente el tema más desatendido de la salud. A pesar de tener planes de salud mental (a nivel internacional y regional) y contar con planes nacionales, la implementación de las estrategias y los recursos invertidos son muy insuficientes.

## 7. Emergencias por desastres y cambios climáticos

El mundo entero incluyendo Bolivia vive cambios climáticos y un incremento del número de desastres naturales mientras los desastres a mano del hombre como los conflictos no disminuyen. Es un área de trabajo que no se puede ignorar y toda la comunidad internacional está movilizada.

En las emergencias, pero también en los programas de prevención/mitigación, el tema de salud aparece como un tema central. En los informes sobre la atención a las emergencias “crónicas” que vivimos en la región (ej. heladas o sequía), la problemática más necesitada por las personas mayores, es la salud.

Los estudios realizados en diferentes situaciones de desastres, muestran, que los mayores de 60 años representan entre 70 a 90 por ciento de la mortalidad inmediata, la mitad de los casos por personas mayores de 75 años, es decir las más viejas<sup>14</sup>. ACNUR estima que las

---

14 Older people in emergencies: Considerations for action and policy development, David Hutton, for WHO, 2008

personas mayores representan casi el 9 por ciento de la población desplazada en el Mundo (2,7 millones en 2005) y el 30 por ciento de los casos de atención. Por el envejecimiento de la población, el número de personas susceptibles de ser afectadas por los desastres y/o por los desplazamientos, se incrementará (estimación que las personas mayores representarán el 12 por ciento en el 2025), mientras que, por los cambios climáticos, el número de eventos de desastres es susceptible de aumentar.

Por la vulnerabilidad de las personas mayores (por los problemas de salud, la alta probabilidad de discapacidad, por la pobreza crónica de las personas, por la ruptura de las redes sociales de apoyo y por la carga de ser responsables de sus hijos o nietos), ellos representan un grupo de alto riesgo. Es en particular el grupo más susceptible de no alcanzar a escapar a los desastres o no tener acceso a auxilios. Sin embargo, los estudios muestran que sólo se benefician de menos de 1 por ciento de la ayuda en caso de situación de emergencia humanitaria (cit. Misma ref 14).

En emergencias y situaciones de emergencias “crónicas”, el tema de nutrición y estado nutricional es central. Al igual que los niños, las personas mayores por diferentes razones pre existentes o de acceso a alimentos, son vulnerables en este tema. Los programas de malnutrición se focalizan en los menores de 5 años y existen muy pocos datos sobre el estado nutricional de las personas mayores así como poca utilización de los instrumentos, a propósito de los cuales existen muchas preguntas: ¿Qué instrumento es mejor (el MUAC=Perímetro Braquial)? ¿qué medidas pre existentes de comparación tenemos?

La exclusión de los programas de reconstrucción así como los programas de reducción de riesgo de desastres siguen excluyendo a las personas mayores. Desastres crónicos como las heladas o las sequías del campo en zonas andinas o los desplazamientos como en Colombia han mostrado que las personas mayores por ser dependientes de actividades agrícolas son más afectadas por esos fenómenos. Entre tanto los programas de reconstrucción (ver Perú o Colombia) están dirigidos a jóvenes. En las situaciones crónicas, es más probable que la atención en salud (incluyendo la APS) sea inadecuada y escasa.

Sin embargo, las personas mayores no representan sólo una carga en caso de emergencias, además de cuidar de otros (nietos por ejemplo), su conocimiento de las comunidades, las personas y de

saberes tradicionales, hace que sean un recurso para la comunidad. Un buen ejemplo son “las Brigadas Blancas”, grupos de personas mayores capacitadas que trabajen a prevenir, preparar e intervenir en caso de situación de emergencia. Esta experiencia se desarrolla en Bolivia con éxito.

A la vez, Bolivia está desarrollando una estructura de respuesta intersectorial a la cabeza del Vice Ministerio de Defensa Civil, con la cooperación internacional, ONGs, gobiernos locales y agrupaciones civiles. Este estado de preparación constituye un terreno favorable para preparar y responder a las demandas en salud de las personas mayores.

## 8. Conceptos.

- El envejecimiento activo y saludable
- El Ciclo de vida
- La Funcionalidad
- La Discapacidad

### a) Envejecimiento activo y saludable

**El envejecimiento no debe ser sólo saludable sino también debe ser activo.**

#### **El envejecimiento saludable**

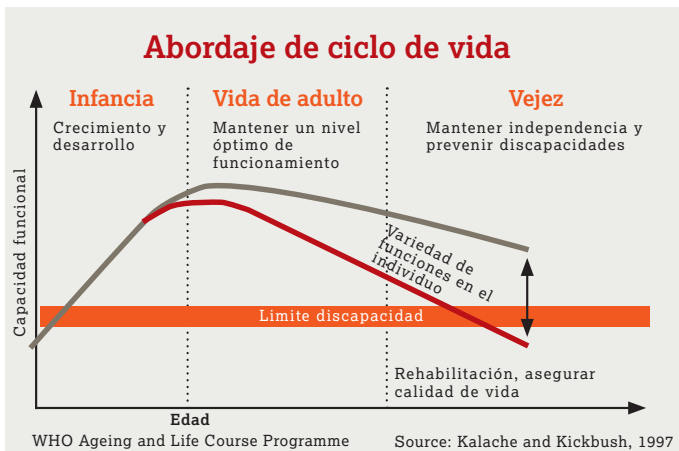
Es el proceso por el cual se optimiza las oportunidades para una mejor salud física, social y mental que permite que las personas mayores puedan participar en la sociedad sin discriminación, puedan disfrutar de una buena calidad de vida y se mantengan independientes.

## El envejecimiento activo

Es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término aplica tanto a la población como al individuo. Envejecimiento activo apunta a la autonomía y la independencia (principio de NNUU). Es más inclusivo que el envejecimiento saludable porque reconoce los factores sociales y de participación que afectan a la población tanto como a los individuos.

### b) El abordaje de ciclo de vida

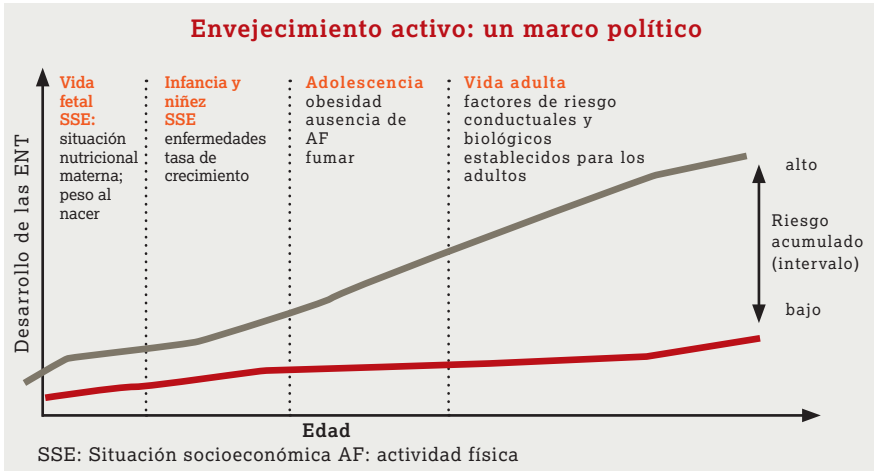
El envejecimiento es un proceso que empieza al nacer. Todas las etapas de la vida son interdependientes. La acumulación de las diferencias en la vida de las personas hace que las personas no envejezcan de manera uniforme. A consecuencia las personas mayores no forman un grupo homogéneo.



Este diagrama muestra la evolución de un factor central de la calidad de vida como es la funcionalidad del ser humano. Existe una “pérdida” de funcionalidad de manera natural debido al envejecimiento. Este

déficit no implica que se pierda la funcionalidad sino que la capacidad funcional puede reducirse si no se aplican los medios de prevención y mantenimiento necesarios. Tomando en cuenta que 80 por ciento de la discapacidad se puede prevenir, el abordaje de ciclo de vida muestra que los factores prevenibles de reducción de funcionalidad se deben abordar en todas las etapas empezando con las primeras etapas de la vida. Como la pérdida de funcionalidad se acompaña de un aumento de gastos sanitarios por enfermedades y por los cuidados, mientras una persona llegue y viva su vejez con buena salud, el gasto socio-sanitario no tiene que aumentar.

En 2012, una persona de 75 años de edad quien es diabético, hipertenso, con secuelas de ictus, y quien, a raíz de sus enfermedades, es discapacitado y entonces dependiente, deprimido y con polifarmacia, esta persona era probablemente a los 60 años un “joven” adulto mayor con una diabetes descontrolada, ya hipertenso, pero independiente, recién jubilado, sedentario, poco motivado y tal vez con un difícil acceso a sistemas de salud. Este paciente, ahora de manejo complejo, requiriendo de los 3 niveles de atención, costando mucho al sistema de salud, era entonces un paciente idóneo para el 1er. nivel de atención y de bajo costo. La prevención de las consecuencias de sus enfermedades y el control de éstas hubiera permitido evitar la discapacidad y la dependencia<sup>15</sup>.



15 Ejemplo mencionado por Dr C. Zuniga, presentación Grupo de expertos en envejecimiento y salud,, Cuba 2007



### c) Funcionalidad y discapacidad

*“La mantención de la funcionalidad de los adultos mayores debe ser materia de programas de salud especialmente dirigidos a este grupo”.<sup>16</sup>*

Con el envejecimiento, la probabilidad de tener una o varias patologías (con morbilidad) conlleva una potencial demanda de prestaciones de salud. Además esta situación así como la discapacidad y/o disminución de la capacidad funcional de la gente, implica una potencial dependencia y entonces un costo socio económico suplementario (ejemplo ya mencionado en el punto sobre demencia).

A la vez, en el diagrama presentado (ciclo de vida) se ve que existe una disminución de la capacidad funcional de las personas avanzando con la edad pero que puede ser minimizada con estrategias adecuadas en particular de prevención.

Diagramas sobre el número de personas en América Latina con dependencia<sup>17</sup> muestran una disminución de esta demanda entre el 2000 y el 2030 por la disminución del número de menores de 12 años. Sin embargo, la necesidad para las personas mayores no deja de crecer hasta el 2030 y 2050 donde el número de dependientes vuelve a aumentar. Un diagrama similar del número de personas con necesidad de cuidado diario por el estado de salud aumenta entre el 2000 y el 2050, el grupo de mayores de 60 años y más sigue siendo el “responsable” de este incremento. Esta situación de dependencia y demanda de cuidados representa entonces uno de los mayores retos para los próximos años.

A continuación, presentamos algunas definiciones generalmente aceptadas de términos a conocer:

- **Deficiencia:** alteración de la función de un órgano o miembro del cuerpo humano; ejemplo: catarata.
- **Limitación funcional:** restricción o falta de habilidad para realizar una acción o actividad dentro del rango considerado como normal, como resultado de una deficiencia; ejemplo: ceguera.

16 Agenda de la salud para las Américas, OPS, mencionado, p17

17 Población y Salud en América Latina y Caribe, mencionado

- **Discapacidad:** inhabilidad/limitación/alteración funcional para desarrollar una actividad de la vida diaria, como consecuencia de una limitación funcional y de una deficiencia; ejemplo, no ver implica no poder desplazarse o leer.
- **Dependencia:** disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad dentro de los márgenes normales; necesitar un apoyo para realizar esas actividades.
- **Autonomía:** capacidad y derecho de una persona de poder elegir ella misma las reglas de su conducta.
- **Auto validez:** capacidad de la persona de efectuar sin ayuda las actividades de la vida diaria.
- **Capacidad funcional:** conjunto de habilidades para poder desarrollar una actividad; generalmente, el interés es de evaluar la capacidad funcional de una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda de manera autónoma y auto válida.

La dificultad reside en definir cómo se evalúa tanto la capacidad funcional, la dependencia y la discapacidad. La evaluación comporta aspectos subjetivos. A continuación se presenta una matriz conceptual que sirvió para el Estudio Nacional de Dependencia en personas mayores en Chile:<sup>18</sup>

Estas definiciones y la identificación de los problemas en las personas no es sólo para tener informaciones académicas sino que a nivel individual (valoración) y a nivel colectivo, la evaluación de las situaciones de funcionalidad, vulnerabilidad y dependencia es un tema fundamental para implementar acciones de prevención, dar resoluciones y mejorar las condiciones de vida.

---

18 Senama, Estudio Nacional de la dependencia en personas mayores, 2009

Matriz de conceptualización para dependencia	
Dimensiones	Dominios
Funciones y estructuras del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Función cognitiva</li> <li>- Percepción subjetiva</li> <li>- Función sensorial</li> <li>- Función de la voz y el habla</li> <li>- Función motriz</li> <li>- Función psíquica y emocional</li> </ul>
Actividades de la persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividades básicas de la vida diaria</li> <li>- Actividades instrumentales de la vida diaria</li> <li>- Actividades avanzadas</li> <li>- Actividades de conexión con el medio ambiente</li> </ul>
Participación individual en el contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integración social</li> </ul>
Participación individual en el contexto social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación con organizaciones</li> </ul>
Contexto físico - entornos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entorno</li> <li>- Vivienda</li> </ul>
Contexto social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones</li> <li>- Apoyos sociales</li> <li>- Discriminación</li> </ul>
Contexto económico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingresos</li> <li>- Acumulación de riqueza</li> </ul>

#### d) Definición de gestión de calidad

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) define que la gestión de calidad debe adoptarse como práctica de gestión basada en enfoques de calidad (estructura, procesos y resultados), respondiendo a criterios de eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, oportunidad, compromiso, participación interna, consideración y atención a las necesidades y demandas de las personas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad y que será operativizada mediante la implementación de la normativa elaborada por el MSD y que es de aplicación obligatoria por el equipo de salud.

Para la presente guía del servicio de salud amigable vamos a trabajar con los siguientes tres conceptos:

1. Calidad es calidez y sencillez
2. La calidad de un servicio de salud es la percepción del usuario o cliente sobre el servicio
3. La calidad permite apreciar un servicio como igual, mejor o peor que otros servicios similares

## 9. Los servicios amigables

### a) Ciudades amigables<sup>19</sup>



Como estrategia para lograr el envejecimiento activo y saludable, la Organización Mundial de la Salud, OMS y la Organización Panamericana de la Salud, OPS adoptaron la Estrategia de las Ciudades Amigables al Adulto Mayor así como un instrumento específicamente desarrollado para el sector salud que son los Servicios Amigables. Estas estrategias se relacionan con otras como los determinantes sociales de la salud, la intersectorialidad y la participación.

El programa Ciudades Amigables cuenta en la actualidad con más de 50 ciudades registradas en todo el mundo. La iniciativa fue impulsada por especialistas de las Américas como son A. Kalache y Louise Plouffe.

#### Incluye acciones en:

- Vivienda
- Participación social
- Respeto e inclusión social
- Participación cívica y empleo
- Comunicación e información
- Servicios comunitarios y de salud
- Espacios al aire libre y edificios
- Transporte

<sup>19</sup> Ciudades Globales amigables con los mayores: una Guía, OMS, 2007

## b) Servicios amigables<sup>20</sup>

Para el sector salud, la adecuación y eficiencia de los servicios de salud incluye la cercanía (primera línea, 80 por ciento de la resolución y seguimiento) y la calidad de los servicios. Criterios como la capacidad resolutoria, consulta a las personas, actitudes, conocimiento y destrezas del personal, lenguaje, gestión del sistema, costos, tiempos de espera y horarios, seguimiento, referencia y contra-referencia, continuidad del servicio, tratamiento y medicamentos, acceso físico, se deben asegurar para una buena atención. Actualmente hay mucho interés de desarrollar indicadores de evaluación y “labelización” (esta última pudiendo ser un incentivo para los propios servicios).

### **Las tres áreas de trabajo de servicios amigables son:**

- El mejoramiento de las actitudes, educación y capacitación del personal de salud para que puedan atender y tratar las condiciones que afectan a las personas mayores, a la vez que empoderan a esas personas para mantenerse saludables.
- La adaptación de los sistemas de gestión para que respondan a las necesidades de las personas mayores.
- Hacer que el acceso físico sea mejor para las personas mayores que tienen una disminución de su capacidad funcional y discapacidad.

### **¿Cómo se entienden los servicios amigables en salud para los adultos mayores?**

- Es una forma (diferente) de imaginar (idear) la actividad diaria de los adultos mayores dentro de los establecimientos de atención en salud.
- Esta forma orienta la organización y la prestación de servicios de salud para los adultos mayores y promueve la vinculación y su participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta población.

20 Age friendly primary health Care Centres toolkit, WHO, 2008

- Comienza por la identificación y satisfacción de las necesidades de los adultos mayores. Apoya y orienta a los prestadores de servicios en los procesos de planificación, ejecución, de control y evaluación para cumplir con responsabilidad en la atención de acuerdo a ley.
- Los servicios amigables para los adultos mayores son un proceso que gradualmente se implementa, adapta y adecua a la realidad local y a sus recursos disponibles.

**Puntos claves a tomar en cuenta para ser amigables a la persona mayor:**

- Acceso a los servicios y oportunidad de prestación.
- Atención en horarios convenientes.
- Gratuitos.
- Accesibles y respetando su cultura.
- Confidenciales.
- Con prestadores del servicio sensibilizados, capacitados, receptivos y con buen humor.
- Integrales.
- Con enfoque de género.
- Con capacitación permanente.
- Con la participación activa de los adultos mayores.

**Qué hacer para ser servicio amigable**

**1. Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación**

- Realizar los servicios amigables no implica instalar una infraestructura. De acuerdo al SSPAM y según los recursos disponibles, se pueden introducir diversos aspectos que mejoren los servicios e infraestructuras ya existentes, convertir los espacios del centro

de salud en lugares más atractivos y cómodos para los adultos mayores.

- El acceso significa poder llegar al establecimiento de salud sin dificultades sin encontrar barreras físicas y sociales.
- Una vez que se llega y se tiene acceso, los prestadores de servicio atienden con respeto, reducen el tiempo de espera y la duración de la misma atención.
- Garantizar el recibir un servicio sin ningún tipo de discriminación
- La disponibilidad, información y afiliación al SSPAM.
- El ejercicio al derecho a la información (SSPAM, vida saludable)

## 2. Profesionales y personal de salud

- Los establecimientos de salud y su personal son garantes del derecho a la salud; deben tener una buena comprensión de la importancia de los derechos humanos y acciones para respetarlos y promoverlos.
- Quienes atiendan a los adultos mayores deben contar con aptitudes que les permitan ser efectivos y amigables en los momentos en que se relacionan e interactúan con esta población; en particular, deben tener el conocimiento requerido sobre el abordaje de la salud del adulto mayor.
- Los servicios amigables no sólo son los prestadores de la atención sino quienes tienen relación directa con los adultos mayores, como el equipo administrativo, de servicios, de apoyo, para que los adultos mayores puedan desplazarse en un ambiente cordial, y encontrar respuestas inmediatas a sus necesidades
- Habilidades de evaluación en diferentes situaciones y capacidad para orientar en la toma de decisiones oportunas y pertinentes; eso incluye la aplicación de la valoración geriátrica y los diferentes instrumentos.
- Respetar la diversidad cultural y las necesidades específicas de los adultos mayores; hablar el idioma de las personas mayores (quechua en zona quechua, aymará en zona aymará, etc.)

- El personal debe tener virtudes de comunicación y buen manejo de relaciones interpersonales; la disponibilidad de la información es también de los profesionales de la salud.
- Deben rechazar toda forma de discriminación o exclusión social

### 3. Procedimiento administrativo y de gestión

- Se debe conocer la Ley 3323 del SSPAM y su decreto reglamentario así como aplicar los procedimientos inscritos en estas normas.
- Contar con infraestructura y recursos humanos (luz, agua, servicios higiénicos) y otros de acuerdo a las exigencias de las instancias pertinentes.
- Este modelo de los servicios amigables se enmarca dentro de la política de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI). Se deben coordinar e integrar los diferentes programas de salud propuestos por el MSD, siempre pensando en transversalizar a las personas mayores en todo el accionar de los servicios
- Se debe coordinar con las autoridades responsables de la afiliación al seguro del SSPAM.

### 4. El ingreso al centro de salud

- Involucra a la primera persona con la que los adultos mayores tienen contacto (portero, chofer, etc.) quien debe tener una actitud amable y facilitar la entrada de los adultos mayores
- Recepción/información: espacio y momento en el cual se da el primer contacto con los prestadores del servicio de salud, (enfermera, auxiliar) quien será el responsable de crear un canal de comunicación adecuado que debe generar confianza y seguridad en los adultos mayores.
- Estadística/archivo: se busca la carpeta con el nombre de la persona o, se abre una con la identificación del adulto mayor,



y una carpeta familiar con sus datos. Se debe incluir la ficha de valoración del adulto mayor, instrumento del SSPAM, posteriormente.

- Presentar el carnet de afiliado del SSPAM. La persona adulta mayor presentará su carnet para ser atendido de forma gratuita; de no tener este documento, se atenderá a la persona para luego gestionar su afiliación (proceso que debe ser ágil).
- Sala de espera: un lugar acogedor y/o cómodo donde el adulto mayor tiene un espacio informativo de prevención y promoción de la salud, donde se brinda datos o mensajes importantes.
- Atención en consultorios: espacio donde se establece el primer contacto directo con los adultos mayores para efectuar su valoración (ficha) se brinda resultados, respuesta a sus necesidades (tratamientos etc.,)
- Derivación a otros servicios y de otro nivel: el prestador del servicio otorgará, una orden escrita para que los adultos mayores accedan a otros servicios de la red de salud que no se pueden prestar en el establecimiento
- Contra referencias : orden escrita del prestador de salud que informa sobre los servicios otorgados, tratamientos y recomendaciones para el manejo integral de los adultos mayores que han pasado por la consulta.

## 5. Disponibilidad de los servicios

- El SSPAM estableció un sistema de atención que las instituciones de salud deben ofrecer al adulto mayor. La política SAFCI comprende acciones de promoción y prevención, atención a la enfermedad, incluyendo orientación y educación, desde la primera consulta, identificando los servicios integrales que garanticen el servicio a toda la población.

## 6. Oferta de servicios individuales

- Consulta y controles de medicina general
- Consulta y controles de enfermería
- Consulta de odontología

## 7. Oferta de servicios colectivos

- Acciones educativas y orientación grupal
- Conformación de grupos de aprendizaje para el autocuidado o el cuidado mutuo a la salud

## 10. El contexto normativo boliviano

La salud es un derecho. La Constitución Política del Estado garantiza a la población el acceso a los servicios de salud en condiciones de calidad y oportunidad y por otra parte garantiza los derechos de las personas mayores.

La política o modelo de Atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación del paciente adulto mayor de manera eficiente, eficaz y oportuna en el marco de la equidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y comunidad.

La Ley 3323 del Seguro de Salud para el Adulto Mayor garantiza un acceso a los servicios de salud a través de un seguro para todas las personas mayores de 60 años y más que no lo tenían.

La ley y su decreto reglamentario (Nº 28968) están vigentes desde 2007. La afiliación, el pago de las primas anuales a los servicios y la aprobación de convenios con los establecimientos de los 3 niveles de atención, están a cargo de los gobiernos municipales.

Las prestaciones integrales (sólo se excluye los casos de prótesis y órtesis) son ofertadas por los establecimientos de salud. Las gerencias de red y el sistema de participación/control social garantizan la buena planificación, supervisión y evaluación. (ver Ley 3323 y DS 28968).

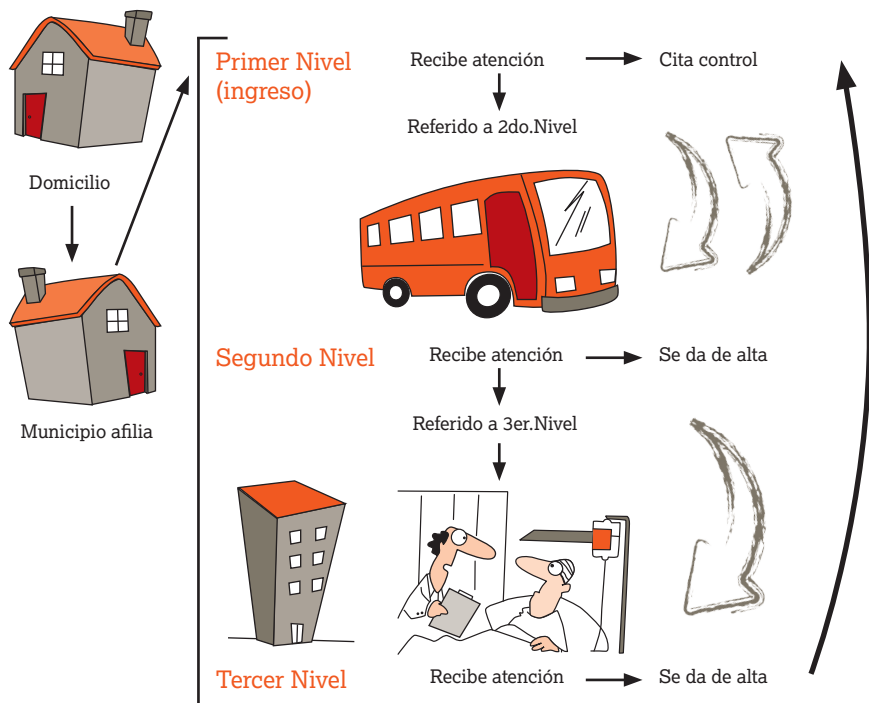
El Ministerio de Salud y Deportes ha desarrollado varios documentos estratégicos enmarcados en el Plan Sectorial de Salud 2010-2020, así como instrumentos de gestión y atención (sistema informático de afiliación SIAS-SICOF, Protocolos, Modelo de atención SAFCI, ficha de valoración geriátrica). En abril 2012 por el Día Mundial de la Salud, el MSD presentó los Lineamientos Estratégicos en Salud para un envejecimiento saludable 2012-2016, los cuales proponen objetivos y acciones para la atención y la prevención.

El SSPAM encaja muy bien con la política SAFCI:

- Permite la atención de manera intercultural e integral.
- Involucra en el desarrollo de sus prestaciones a los equipos de salud interdisciplinarios e interculturales.
- Organiza sus prestaciones en redes de servicios de salud, redes municipales e interculturales.
- Promueve la participación social en la organización de los servicios de salud.
- Promueve y permite acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.
- Posibilita un envejecimiento activo (aplicado a los individuos y a los grupos) mejorando las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de las personas adultas mayores.

Dentro del sistema boliviano, la puerta de entrada/contacto entre la persona y el sistema de salud es el nivel primario según el modelo a continuación.

## Flujograma de Atención en Salud





***Las personas mayores  
contribuyen mucho***

***es tiempo de invertir  
en ellas***

**HelpAge apoya a las personas mayores a exigir sus derechos, enfrentar la discriminación y superar la pobreza, de modo que puedan llevar vidas dignas, seguras, sanas y activas.**

**30 años como  
red global**

**HelpAge International**

**Programa Bolivia**

Calle Vincenti N° 576, Sopocachi

La Paz, Bolivia

Casilla postal: 2217

Telf.: (591-2) 2416830 - Fax (591-2) 2410957

helpagebolivia@helpagela.org

www.helpagela.org

**Fundación Horizontes**

Calle Vincenti N° 576, Sopocachi

La Paz, Bolivia

Casilla postal: 2217

Telf/Fax.: (591-2) 2415280

f\_horizontes@accelerate.com

Con el apoyo de:



**EMBAJADA DE SUECIA**