

La atención primaria de salud como estrategia para el bienestar de las personas mayores

Primary healthcare as a strategy for well being in the elderly

José Francisco Parodi G.¹

RESUMEN

El siglo XXI viene marcado por un incremento en las tendencias demográficas de su antecesor. De esta manera existe un incremento de la esperanza de vida y un ritmo cada vez mayor de incremento en la población que envejece luego de los 60 años de edad. Esto tiene cada vez mayores impactos sobre el sistema de atención de salud, la seguridad social y su capacidad para atender una población con mayor susceptibilidad y riesgo a los nuevos escenarios epidemiológicos producto del cambio climático y la globalización mundial.

Palabras clave: atención primaria de salud.

ABSTRACT

The 21st Century shows marked changes in demographic trends compared to 20th Century. Consequently, now there is an increase in life expectancy and a greater proportion of elderly people. This poses a significant impact on healthcare systems and social security services, as well as on their capability for taking care of a progressively susceptible population, particularly in the context of a new epidemiological scenario which is a consequence of climatic change and globalization.

Key words: primary healthcare.

El ritmo de envejecimiento sin precedentes de Latino América y el Caribe (LAC) está condicionando una serie de fenómenos que exigen a los gobiernos y a la comunidad en general el optimizar sus planes y estrategias de cara a lograr el mejor nivel de salud y bienestar de un segmento poblacional en rápido crecimiento. Todo esto, en un contexto en el cual los incrementos de supervivencia logrados en la región no han sido acompañados por mejoras comparables en el bienestar económico, social y de las condiciones de salud. Esta creciente población adulta mayor es más heterogénea, tiene características y necesidades particulares, así como mayor grado de vulnerabilidad que los usuarios tradicionales de los sistemas sanitarios. Los problemas de salud de las personas mayores van más allá de la misma persona mayor, condicionando una serie de situaciones y trastornos al interior de la familia cuyo impacto rebasa el sector salud. La Atención Primaria de Salud (APS), se presenta como estrategia comprobada para maximizar los sistemas de salud mundiales que debe renovarse en el marco de un mundo globalizado en constante cambio; pero al mismo tiempo, como uno de los mejores escenarios para el diseño, implementación y hasta evaluación de acciones –no sólo de salud- que condicionen un envejecimiento activo y saludable^{1,2}.

Los cambios demográficos y epidemiológicos

La dinámica poblacional que se viene produciendo en LAC ha condicionado que en los últimos 25 años la esperanza de vida se incrementara en 17 años en la región, siendo actualmente de 21 años después de cumplir los 60. En números absolutos, desde el 2000 al 2025, 57 millones

de personas mayores se sumarán a los 41 millones existentes y del 2025 al 2050 ese incremento será de 86 millones de personas. Por lo tanto, la región debe enfrentar el reto que plantea el enorme aumento de la proporción de población de 60 años y más, la cual pasará de 8% en el año 2000 a 14,1% en el año 2025 y a 22,6% en el año 2050. El resultado será que en el 2010 habría menos cantidad de niños menores de 5 años que personas mayores de sesenta, y en el 2050 la cantidad de niños será casi equivalente a la de personas con más de 80 años. En el 2025, habrá 15 millones de personas con más de 80 años (el grupo poblacional de más rápido crecimiento) y 116 000 centenarios⁴. Para el 2050 uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor⁵.

Simultáneamente se están produciendo cambios epidemiológicos determinados por la variación de la predominancia de las enfermedades transmisibles sobre las no transmisibles crónicas y/o degenerativas. En LAC es probable que aún coexistan las tradicionales enfermedades transmisibles con las no transmisibles (doble carga de la enfermedad), interactuando entre ellas y modificando, tanto sus perfiles clínicos, como sus consecuencias sobre la salud de las poblaciones, así como, sobre los sistemas sanitarios de estos países.

Los cambios descritos condicionan que esta población asuma casi el 35-40% de los gastos en salud debido al agrupamiento de la mortalidad en las personas mayores⁶. De esta manera, este grupo poblacional surge como la principal “carga” de los sistemas de salud.

Por otra parte, el contexto social y económico en la región hace que el reto del manejo de los problemas de salud de estas personas sea mayor. Casi el 50% de los entrevistados en el estudio SABE dijeron que no tenían recursos

1. Director del Centro de Investigación del Envejecimiento (CIEN)
Facultad de Medicina Humana - Universidad San Martín de Porres-Perú.
Academia Latino Americana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA)

suficientes para satisfacer sus necesidades diarias. El 33% de las personas mayores en las zonas urbanas y un 50% de las rurales están en la pobreza. En algunos países la pobreza alcanza el 70% de las personas mayores⁷. Según cifras de CEPAL, un tercio de las personas mayores de 65 años o más no disponen de jubilación, pensiones o trabajo remunerado. En América Latina y el Caribe las personas de edad avanzada cuentan con niveles de escolaridad más bajos que el resto de la población, alcanzando niveles de analfabetismo muy altos, que en algunos países llega al 80% en las zonas rurales.

La APS y su evolución. Qué ha demostrado y por qué debe cambiar

Existen evidencias en países desarrollados que señalan que con sistemas de APS sólidos, integrales, integrados y orientados a la comunidad se ha logrado mayor satisfacción del usuario, menores costos, mejor calidad de atención y mejora de la salud de la población⁸⁻¹⁰. Se ha calculado que la disminución de mortalidad producida en Europa en los últimos 50 años, hasta el 50%, podría deberse a la optimización de la atención médica y cerca de la mitad de este mejoramiento podría ser atribuido a la APS. En LAC tenemos ejemplos de países como Costa Rica, Chile y Cuba en los cuales la disminución de la mortalidad infantil y el consiguiente aumento de la esperanza de vida también han sido atribuidas al mejoramiento de los servicios públicos de salud, el cual en gran medida ha sido atribuido al fortalecimiento de la APS.

Durante los últimos 28 años, los sistemas sólidos de APS se asociaron a menor mortalidad prematura por todas las causas y por enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del corazón, neumonía e influenza, asma y bronquitis, incluso al controlar otros determinantes importantes de salud como PIB per cápita, demografía, servicios médicos y consumo de alcohol y tabaco⁸. Cabe señalar que la efectividad de la APS se ve poderosamente influenciada por las mejoras sociales (agua, saneamiento, vivienda, educación, etc).

La APS ha sido entendida y aplicada de diversas maneras en LAC por cada país. Esto podría ser en parte explicado, para algunos, por las necesidades, culturas y sistemas políticos diferentes; aunque para otros se deba a la falta de una definición concreta de la misma.

Vuori^{12,13}, describe la transición de los enfoques que ha sufrido la APS a través de los años. Iniciando con una APS selectiva enfocada en un número limitado de servicios de alto impacto dirigidos a los principales retos de salud y con actividades específicas dirigidas a población pobre. Posteriormente se enfoca la APS sólo como un nivel de atención que sirve de puerta de entrada al sistema de salud. La declaración de Alma Ata ve a la APS como una estrategia para la organización de los servicios. Por último, el enfoque de la APS basada en derechos (“como una filosofía que impregna el sector público”) y que requiere la participación del Estado, trabajadores de

salud, comunidad, sociedad civil organizada y organismos internacionales. Difiere de Alma Ata más en el énfasis dado a las implicaciones sociales y políticas que a los principios mismos.

La Organización Panamericana de la Salud plantea una metodología para la evaluación de la APS que no sólo considera su impacto en la salud, sino además en la equidad, la calidad y la eficiencia de sus intervenciones. En ese sentido, aunque en LAC ha habido mejoras en salud el tema de la equidad continúa siendo un gran reto. Si bien países cuyo enfoque de salud se caracteriza por una fuerte orientación APS, tienen resultados más equitativos en salud que aquellos países cuyos sistemas están orientados hacia las especialidades. Muchos gobiernos en LAC, sólo han gastado entre el 10% y 20% de su presupuesto en salud para la Atención Primaria¹⁴, cantidad que ha sido insuficiente para ofrecer una cobertura universal. Cabe resaltar, que mientras la APS en la mayoría de los países de la región ha demostrado ser una estrategia propobres, tradicionalmente en la región los gastos de los gobiernos en atención hospitalaria ha sido abrumadoramente pro-ricos^{15,16}.

Reconociendo a la APS como una prioridad regional que requiere un nuevo y actualizado enfoque, de manera que sirva de guía para la transformación de los sistemas de salud y se convierta en la base para las estrategias nacionales y regionales para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano, se la plantea como líder del sistema de salud.

Una APS renovada: liderando el sistema de salud¹⁷

La APS como líder del sistema de salud es una estrategia integral para el mejoramiento de la salud y la equidad que puede adaptarse a distintos niveles de desarrollo y diferentes contextos políticos, sociales y culturales. Su organización y gestión se basa en un conjunto de valores, principios y elementos esenciales (Figura 1).

El desarrollo de este enfoque tiene su núcleo en el análisis de los valores sociales y en involucrar la participación del ciudadano y el tomador de decisiones, en la determinación de cómo se definen, priorizan y articulan dichos valores. La orientación de todas las estructuras y funciones del sistema de salud deben buscar la mejora del derecho a la salud (implica obligaciones y responsabilidades), la equidad en salud (imperativo moral y obligación legal) y la solidaridad social (personas unidas para definir y lograr el bien común).

Los principios planteados se presentan como un nexo entre valores sociales y elementos estructurales y funcionales del sistema de salud; sirviendo de base para políticas de salud, legislación, criterios de evaluación, generación de recursos y decisiones sobre la asignación de recursos.

Los elementos son para traducir los principios propuestos en definiciones operacionales y deben:

- Ser consistentes con los principios y reflejarse a nivel de sistemas como de servicios.

- Evaluar y monitorear la responsabilidad (“accountability”) de la medida en que esos elementos son implementados.
- Permitir ser representados por medidas cualitativas y cuantitativas.
- Reconocibles en todos los niveles del sistema de salud, (nacional y regional) y desde las instalaciones de salud a las poblaciones, dentro de cada uno de estos niveles políticos.
- Poder ser representados tanto como una estructura (por ejemplo: un componente de los recursos), como por un proceso que transforma el elemento estructural en acciones necesarias para obtener una mejor salud.
- Evidencia de su efectividad para alcanzar mejor estado y distribución de salud.

En este modelo la APS es el conductor del sistema de salud (políticas y financiamiento; escenarios prioritarios para la salud pública, atención especializada y hospitalaria; y promoción de la salud orientada a la población) en el desarrollo de servicios equitativos, eficientes y altamente efectivos. Al mismo tiempo, la APS sirve como el punto de primer contacto entre el sistema de salud y los individuos, familias y comunidad en general. Bajo este enfoque el rol de la APS es fundamental pero no exclusivo, ya que para promover el desarrollo humano sostenible requiere de otros sectores y actores comprometidos.

La APS renovándose para la Atención de las personas mayores: un nuevo usuario, una nueva meta, una nueva estrategia

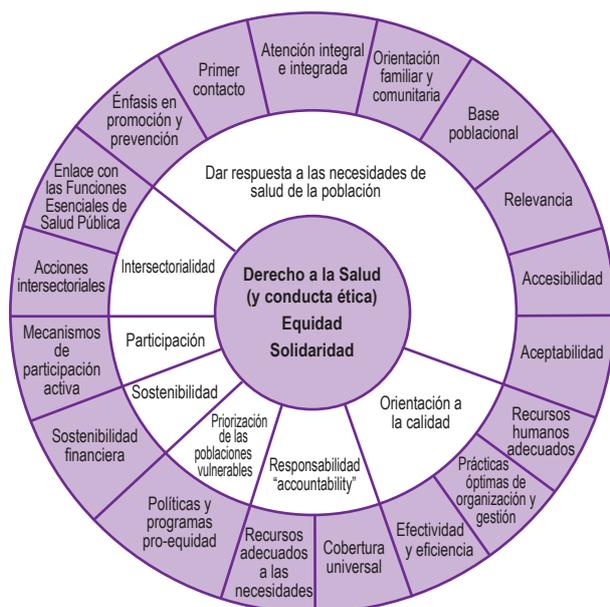
De lo antes descrito tenemos claro que los sistemas de salud van a tener, cada vez más, que enfrentar a un usuario diferente: más añoso, con una fisiología, presentación clínica y patologías particulares, que pasa más tiempo enfermo, con comorbilidades (la mayoría crónicas),

polimedicado, con gran potencial de discapacitarse ante un problema de salud, y con mayores necesidades de servicios de rehabilitación y cuidados paliativos.

La aparición de la discapacidad en una persona mayor genera otro usuario cuyos problemas tienen gran impacto socio-sanitario: la unidad cuidador/cuidado. El reconocer y hacer visible a estos usuarios (generalmente detrás de la puerta) es fundamental si se relaciona el hecho que la participación comunitaria es un factor determinante para las mejoras de salud. Dada la heterogeneidad de las necesidades estos usuarios deben ser vistos, en un escenario ideal, como clientes con capacidad de elección, y que exigen un servicio oportuno, de calidad y eficiente.

El aumento de la esperanza de vida de las personas es un hecho, pero nuestra nueva meta es que estos años ganados sean con la mayor capacidad funcional posible. Si bien, el envejecimiento de la población es un tributo al éxito de los sistemas de salud, a la vez que hemos aumentado la esperanza de vida hemos creado una legión de personas con enfermedades crónicas, dependientes y dementes, frente a los cuales nuestros sistemas sanitarios y sus profesionales de salud requieren una mayor preparación para abordarlos¹⁸. Por lo tanto, la adquisición de competencias en medicina geriátrica es fundamental. Al ritmo de crecimiento poblacional, el número de especialistas en geriatría de la región es insuficiente, por lo cual es imprescindible el desarrollo y la implementación de programas de geriatría en pregrado, además de la optimización de los de postgrado y formación continua de manera que todos los profesionales de salud tengan los conocimientos, destrezas y actitudes mínimas para responder a las demandas de salud de estos nuevos usuarios. En ese sentido la Academia Latino Americana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) ha propuesto Contenidos Mínimos para los Programas Docentes de Pregrado en Medicina Geriátrica para AL¹⁹ y ha desarrollado nuevos modelos de capacitación para docentes de geriatría y médicos de APS que se viene implementando desde el 2003. Simultáneamente, se requiere capacitación específica en gestión de salud para Personas Mayores por parte de los gerentes de salud, de manera que se vaya consolidando un equipo de gestión de cambio que trabajará en sincronía con los organismos nacionales e internacionales y comunidad para la renovación de la APS

La medicina geriátrica plantea a la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como instrumento para diagnóstico multidimensional, prevención, monitoreo, tratamiento y marcador pronóstico, con el fin de mantener a la persona mayor independiente, en su hogar y lo menos vulnerable posible. Su uso requiere un entrenamiento y su aplicación debe ser sin esquemas rígidos, según las necesidades del paciente y según el nivel asistencial. La VGI busca acercar el diagnóstico a las necesidades del paciente y su familia; es decir, la valoración debe ir de la mano con una intervención de impacto.



Fuente: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. 2005

Figura 1. Valores, principios y elementos esenciales de un Sistema de Salud basado en la APS

Dadas las características de los usuarios personas mayores y la multifactorialidad de sus problemas, son las intervenciones integrales más que los programas verticales los que en APS tendrían un mayor impacto, sostenibilidad y capacidad de adaptación a las cambiantes necesidades de este grupo poblacional. Cabe señalar que no abundan las evidencias del impacto de los sistemas integrales de APS sobre la salud de la población en los países en desarrollo. Las razones están dadas en general por la falta de compromiso de los sistemas nacionales con la APS, lo que hace necesario el diseño y aplicación de instrumentos sistemáticos para monitorear y evaluar el desempeño de la APS.

Los países miembros de la CEPAL se han comprometido con el cumplimiento del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento (2002)²⁰ y la Estrategia de Implementación Regional en Santiago de Chile en el 2003²¹, cuya aceptación ha sido renovada en Brasilia en diciembre del 2007, a través del informe de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en ALC. En estos documentos, que constituyen un marco de referencia regional que los países deberían adaptar a sus propias coyunturas nacionales, se definió la mejora de la salud y el bienestar de las personas mayores como área prioritaria. Se recomienda la adopción de medidas que garanticen el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de APS para atender a las necesidades de las personas de edad. Entre las acciones específicas que la APS debe emprender se encuentran: priorizar a la promoción en salud y medicina preventiva; fomentar la rehabilitación con base comunitaria y atención de salud mental comunitaria; implementación de acciones específicas tales como el examen periódico de salud, evaluación geriátrica integral utilizando instrumentos validados y estandarizados; el apoyo social y comunitario; control de enfermedades crónicas degenerativas; implementación de cuidados a largo plazo con base comunitaria, y capacidad efectiva de referencia al segundo y tercer nivel de atención. Así mismo, menciona que los centros de APS deben adaptar los procedimientos administrativos a las necesidades específicas de las personas mayores y elaborar normas y protocolos de servicios de salud para éstas, estableciendo los objetivos que deben perseguirse así como la forma de lograrlo.

Reconociendo que bajo el enfoque de ciclo de vida la APS se presenta como un escenario fundamental para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida que determinen un envejecimiento saludable y activo, no se debe pasar por alto que existen grandes posibilidades de intervención también siendo ya una persona mayor.

Por último, en el marco de una rápida transición demográfica en la región que acentúa la dificultad para el manejo de los retos que ha creado el envejecimiento debido al poco tiempo que los países tienen para adaptarse y la persistencia en nuestros países de graves problemas socioeconómicos, la priorización de problemas y actividades debe replantearse de manera que podamos lograr una APS para las personas mayores que sea: universal, accesible, con cobertura de medicamentos (inclusive los mentales) disponible, carente

de discriminación, coordinada, integral, integrada, eficaz en función del costo, amigable, sensible con capacidad de respuesta que garantice una alta calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kickbusch I, Buse K, editors. Global influences and global responses: international health at the turn of the Twenty-First Century. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 2001.
2. World Health Organization. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva: WHO; 2001.
3. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de población. 2006.
4. Perspectivas de la Población Mundial: Revisión del 2006. División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas 2007.
5. Viveros A. Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. CELADE Serie Población y Desarrollo 22. 2001.
6. Palloni A, Guido P, Peláez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. Int J Epidemiol. 2002;31:762-71.
7. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):307-322.
8. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Services Research 2003;38(3):819-853.
9. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. Health Policy 2002;60(3):201-216.
10. Boerma W, Fleming D. The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe.; 1998.
11. Bunker JP. The role of medical care in contributing the health improvements within societies. Int J Epidemiol 2001;30(6):1260-1263.
12. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. Health Policy 1985;4(3):221-230.
13. Vuori H. Primary health care in Europe-- Problems and solutions. Community Medicine 1984;6:221-231.
14. Govindaraj R, Chellaraj G, Murray CJ. Health expenditures in Latin America and the Caribbean. Soc Sci Med 1997;44(2):157-169.
15. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. Lancet 2004;364(9441):1273-1280.
16. Filmer D. The incidence of public expenditures on health and education. Background note for the WDR 2004 Report. Washington, DC: World Bank; 2003.
17. Organización Panamericana de la Salud OPS. Renovando la Atención Primariade Salud en Las Américas.Mayo2005.
18. Ken Dychtwald. 'Age power': how the new-old will transform medicine in the 21st century. Interview by Alice V. Luddington. Geriatrics. 1999 Dec;54(12):22-27.
19. Cano C, Gutiérrez LM, Marín PP, Martínez F, Peláez M, Mañaz L, et al. Propuesta de contenidos mínimos para programas docentes de pregrado en medicina geriátrica en América Latina. Rev Panam Salud Pública 2005;17(5-6): 429-437.
20. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe de la A/CONF.197/9. Publicación de las Naciones Unidas. Número de venta: S.02.IV.4 ISBN 92-1-330176-6. 2002.
21. Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, Noviembre 2003.

CORRESPONDENCIA

José Francisco Parodi G.

parodi@terra.com.pe