

EFFECTIVIDAD DE TAREAS PREVENTIVAS EN GERIATRÍA REALIZADAS POR AGENTES COMUNITARIOS

Dr. Hadid, Miguel A.*; Lic. Kanje, Silvia A.**

El presente es el desarrollo del compendio presentado con formato de poster en el XI Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria.

** Jefe de la Unidad de Geriatria del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.*

*** Colaboradora de la Unidad de Geriatria del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.*

Integrantes del equipo de trabajo

Abate, Isabel; Acosta, Stella Maris; Bebeder, Alba Luz; Bohorquez, Carlos; De Gennaro, Nelly; González, María Rosa; Laico, Dora; López, Balbina; López Gloria; Mezza, María Teresa; Orbistondo, Mary; Ortiz, Blanca; Reboledo, Dora; Salerno, Lidia; Trina, Pedro; Viñas, Elena; Yanque, Máxima; Zocali, Martha (Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores). Fernández, Horacio (PROSAM)

Objetivo: Evaluar la efectividad de una tarea preventiva para adultos mayores en términos de adopción de hábitos saludables.

Material y método: Se promueven hábitos saludables a través de la tarea de un grupo de agentes comunitarios en paseos públicos.

Conclusiones: La participación de agentes comunitarios en tareas preventivas para adultos mayores cuenta con una altísima aprobación (96,9%), y genera cambios saludables en una alta proporción (73,8%). Efectividad y economía hacen a esta metodología un pilar en el trabajo preventivo.

Aim: Evaluate the effectiveness of a preventive task for elderly people in terms of adoption of healthy habits.

Method: Healthy habits are promoted through de work of a group of community agents in parades.

Conclusion: The participation of community agents in preventive tasks for elderly people has a very high approval (96,9%), and generates healthy changes in a high proportion (73,8%). Effectiveness and economy make this method an important resource in preventive work.

Antecedentes

Los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), entre ellos la participación comunitaria, el trabajo en red, y el énfasis en la prevención, exigen a la vez desafiar algunas características del paradigma hospitalario clásico, y elaborar estrategias cuya efectividad debe ser mensurada. La Unidad de Geriátrica del Hospital Ramos Mejía, de Buenos Aires, viene desarrollando desde 2002 actividades preventivas de varios tipos con participación comunitaria. Este informe se refiere a una de ellas, ejecutada en plazas y paseos públicos mensualmente diez meses cada año.

Objetivo

Evaluar la efectividad de una tarea preventiva para adultos mayores (AM) en términos de adopción de hábitos saludables.

Material y método

Se distribuye la tarea en siete “postas”:

1. Recolección de datos y entrega de material informativo.
2. Medición de peso, talla y perímetro de cintura.
3. Charla médica.
4. Medición de tensión arterial.
5. Medición de glucemia.
6. Movimiento físico.
7. Difusión antes y durante la tarea.

Se completa la actividad con una llamada telefónica entre uno y cuatro meses ulterior al encuentro.

El objetivo principal de la actividad es la promoción de hábitos saludables, aunque obviamente la tarea también incluye la detección de problemas de salud.

Como estrategia de trabajo, se respeta el mayor interés de los AM por la detección de enfermedades que por la promoción de la salud, y se introducen pautas preventivas de autocuidado aprovechando el proceso de identificación que generan los Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores (PVSAM). Así, en lo primero, los controles de tensión arterial y glucemia son un atractivo que permite interrogar y actuar sobre los hábitos. En cuanto al segundo punto, casi todas las actividades son realizadas por PVSAM. Se aclara a los asistentes que el encuentro se reanuda cuando alguno de esos mismos PVSAM que los invitan y reciben los llamará por teléfono para saber cómo siguen y qué cambios produjeron, de ser necesario.

Para el presente trabajo se tomaron como muestra las cuatro primeras actividades del año 2007, a partir de marzo.

Se revisaron los datos de 163 entrevistados, y se realizaron las encuestas telefónicas. Se registraron cambios saludables (en algunos casos más de un cambio) en el 74% de los AM (Fig. 1).

PRESENTACIÓN DE CAMBIOS SALUDABLES EN ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

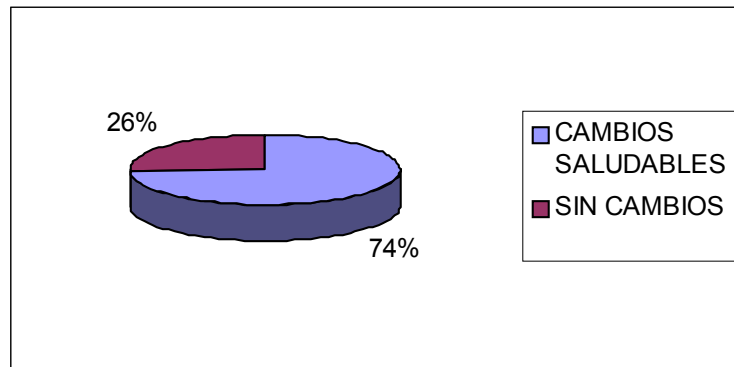


Figura 1

Los cambios fueron: modificaciones en la dieta: 58,5%; consultas / controles: 35,5%; movimiento físico: 31% (Fig. 2).

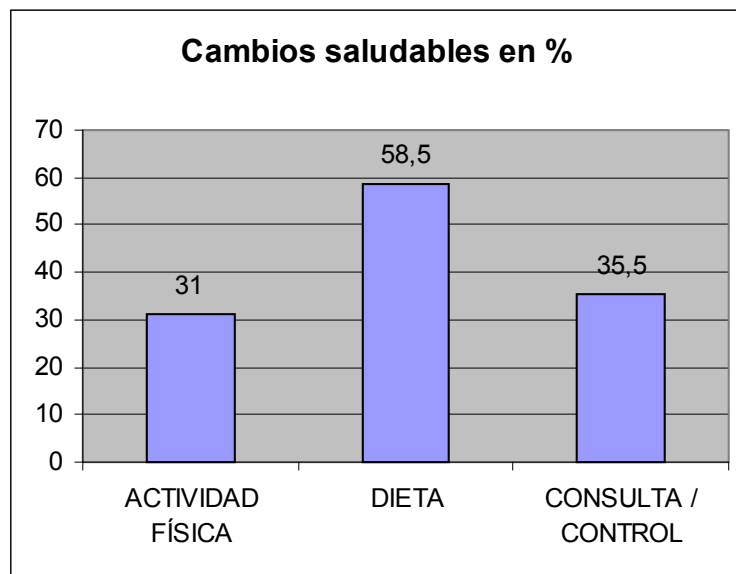


Figura 2

Manifestaron aprobación por la actividad el 96,9%, y no se manifestaron el 3,1% (Fig. 3).



Figura 3

Refirieron valorar: la charla médica el 41,5%; el control de glucemia el 16,9%; el control de TA el 13,8%; la actividad física el 1,5%; el control de peso el 1,5%; el conjunto, sin discriminar el 35,5% (Fig. 4).

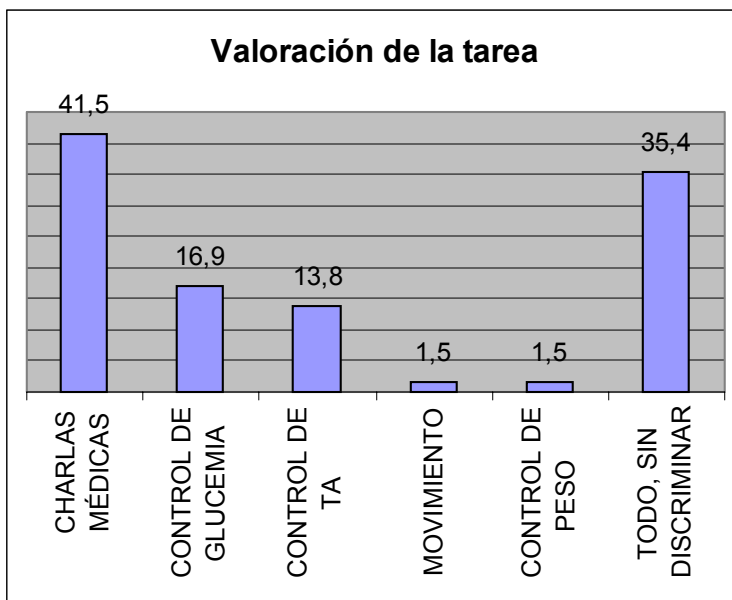


Figura 4

Se detectaron problemas (hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo) en el 51% de los casos (Fig. 5).

DETECCIÓN DE PROBLEMAS

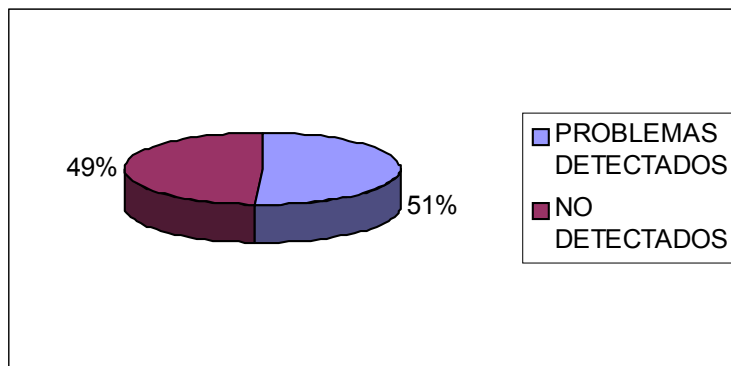


Figura 5

Discusión

Dado que en nuestro país procesamos un envejecimiento acelerado, soportamos un delicado equilibrio entre el envejecimiento demográfico y el crecimiento económico. Por lo tanto, se hace necesario considerar la promoción de salud para el logro de una vejez con la menor carga de dependencia posible y realizar su evaluación económica.

El costo de cada ciudadano dependiente en España está calculado de la siguiente manera:

- En prestación en servicios 9.327 Euros año.
- En ayuda Informal 4.366 Euros año.

La esperanza de vida como indicador no incluye la carga global de la enfermedad, por ello está siendo reemplazada por estudios que miden la esperanza de vida saludable.

En los países desarrollados (España) el énfasis de la inversión en salud está depositado en los cambios de estilos de vida, con lo cual han logrado un descenso de la discapacidad de 1,5 % anual, confirmando la hipótesis previa: Una reducción de estilos de vida poco saludables disminuye las enfermedades crónicas que deterioran la capacidad funcional.

Aunque la identificación de enfermedades prevalentes en la vejez es importante, un enfoque centrado en la prevención específica y la asistencia es limitado.

Resulta más efectivo abordar los factores de comportamiento del sujeto, la comunidad y los ambientales para reducir los factores de riesgo y las enfermedades debidas a varias causas.

Las características de un envejecimiento exitoso son ausencia de enfermedad o discapacidad, y el mantenimiento de un alto nivel funcional tanto físico, cognitivo y de participación en actividades sociales y productivas.

La mayor edad no está etiológicamente ligada a la presencia de enfermedad. A pesar de que la vejez patológica se encuentra relacionada con la edad cronológica no es inevitablemente dependiente de ella.

Existen factores de riesgo ligados a enfermedades prevalentes en la vejez que son modificables, reductibles e incluso reversibles, lo que aumenta la posibilidad de un envejecimiento exitoso.

Adjuntamos algunas referencias de destacados profesionales de la salud que fundamentan teóricamente nuestra postura y praxis.

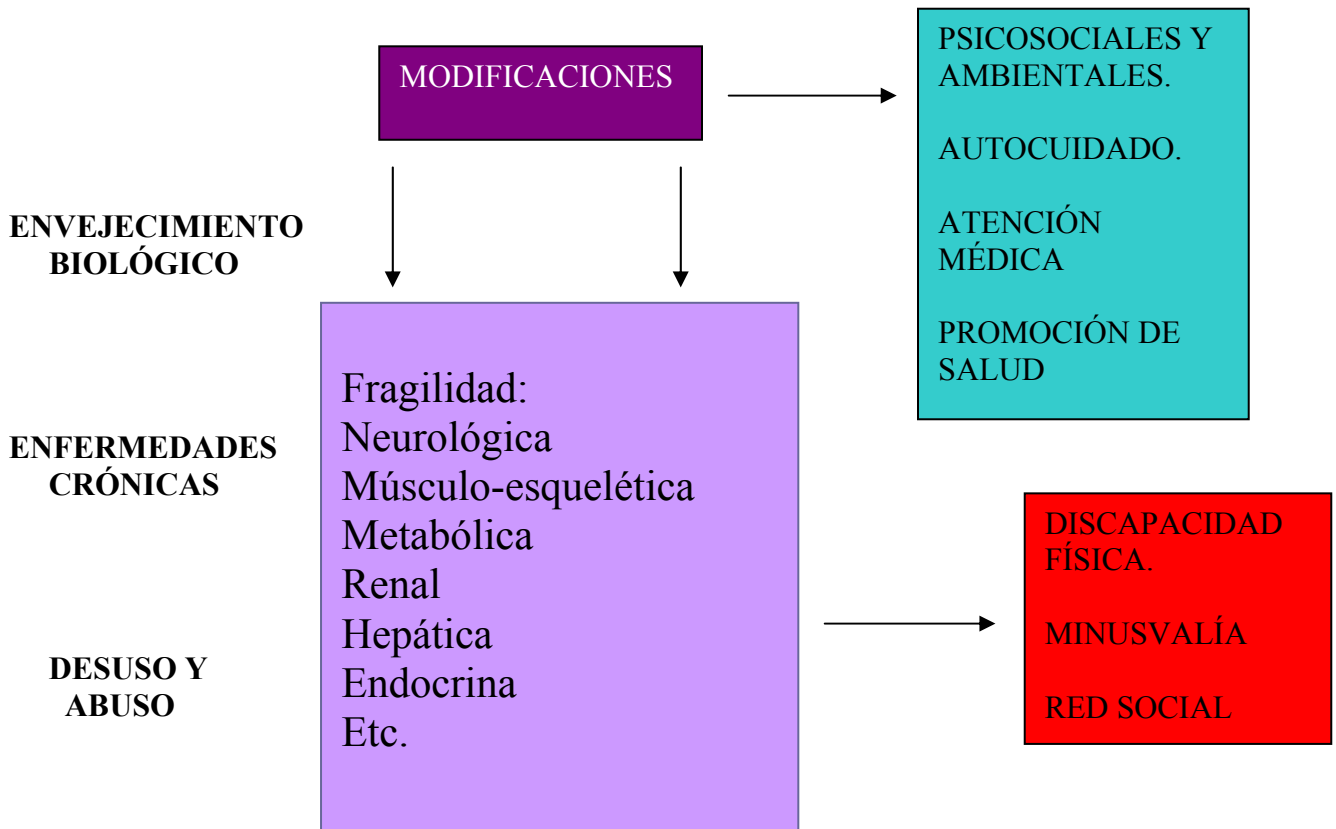
Fragilidad:

Buchner y Wagner (1992) han construido un modelo de la discapacidad que denota el concepto de fragilidad basado en la concepción funcional de la enfermedad, criterio muy útil para el diseño y planeamiento de políticas de promoción y administración de salud el cual puede ser enriquecido con el aporte de la investigación epidemiológica acerca de los factores de riesgo de la fragilidad.

En ese modelo simplificado, la fragilidad describe un estado fisiológico en el cual se observan los efectos combinados del envejecimiento biológico, la enfermedad y el desuso como determinantes de la discapacidad, la cual puede ser modificada por intervenciones apropiadas, conforme se conocen mejor los factores de riesgo en juego.

Podría por lo tanto afirmarse que es un mito que todos los ancianos son frágiles; hay quienes poseen un equilibrio en su organismo, en su psique y en sus vínculos sociales.

Mediante la evaluación integral de las personas de más de 75 años se pueden detectar indicios para actuar racional y oportunamente en la prevención de discapacidades, para la protección de la independencia y autonomía de los envejecientes.



Fuente: Buchner y Wagner.1992

“ Intervenir en la localidad

“De acuerdo con el enfoque que venimos desarrollando la *participación* y la *prevención* surgen como dos aspectos claves al momento de pensar en intervenir frente al problema de la salud de los mayores.

La participación es un elemento básico para el desarrollo social. Si reconocemos el valor productivo y los aportes constantes que realizan las personas mayores, es necesario estimular la actividad de las mismas en el entorno o comunidades donde se encuentren. La inclusión social, la seguridad económica y la atención de la salud son reclamos válidos de los mayores.

Es necesario reconocer a las personas mayores no sólo como beneficiarias del desarrollo, sino como contribuyentes al mismo. Sus destrezas y conocimientos constituyen un capital social, que ninguna comunidad puede ignorar. Para ello es necesario construir o desarrollar sistemas y estructuras de apoyo que promuevan su participación.

Las personas mayores integradas en la sociedad podrán participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que los afecten y compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes; podrán a su vez prestar servicios a la comunidad y realizar acciones de voluntariado apropiadas a sus intereses y capacidades y participar en movimientos o asociaciones de personas mayores.

Para que estos fines se logren y que las personas de edad, en ejercicio pleno de sus derechos, puedan alcanzar una real participación en todos los campos se deben desarrollar acciones dirigidas a minimizar los obstáculos que lo impiden o dificultan. La idea es compensar desventajas para igualar derechos. Sólo con estos logros estaremos hablando de una verdadera participación.

La posibilidad de participar está ligada a dos aspectos. La propia percepción sobre las capacidades existentes —donde los valores que la sociedad le asigna juegan un rol fundamental— y la información a la que tengan acceso para concretar esta participación. Una sociedad para todas las edades debe facilitar estas condiciones.

La prevención es otro de los elementos básicos para el desarrollo social. La oferta de servicios de salud presenta en nuestro país un matiz altamente asistencialista.

Los esfuerzos están dirigidos a tratar la enfermedad más que a prevenirla y mucho menos a promover la salud. Son escasos los programas desarrollados en el campo de la prevención en pos de un envejecimiento activo y saludable.

Las acciones de prevención que se desarrollen sobre las futuras poblaciones envejecientes deben ser consideradas como una inversión en salud, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de la población mayor carecerá de cobertura alguna y estará a cargo del Estado su atención.

En este sentido, si se trabaja para el mejoramiento de las condiciones de vida y/o para evitar o demorar enfermedades y patologías específicas, especialmente en la población mayor de 80 años, se estaría pensando en asignar con mayor eficiencia los recursos del mañana. Teniendo en cuenta el porcentaje de mayores sin cobertura que aumentará significativamente en los próximos años, todas las acciones de prevención que se inicien en el presente van a tener un impacto económico importante en el futuro.

En síntesis, las estrategias de prevención deben considerar el aumento progresivo de las personas mayores para evitar el quiebre de los sistemas de salud.

Causas de Muerte	Sist. At. Médica	Estilos de Vida	Medio Ambiente	Biología Humana
Enfermedades Cardíacas	12	54	6	28
Cáncer	10	37	24	29
Enfermedades Cerebro vasculares	7	50	22	21
Accidentes automovilísticos	13	70	16	1

Fuente: Prof. Silvia Gascón y Lic. María Cristina Lombardi, Salud de los Mayores Nº 10, Pág.191 Maestría en Servicios de Gerontología. Instituto Universitario ISALUD. 2007.

Deven1991, citado por Gonzalez García y Tobar.1997.

“**La biología Humana** o herencia es la responsable del 27 % de las causas de enfermedad o muerte. (Asenjo, 1993, citado por Gonzalez García y Tobar ,1997).

Medio Ambiente: Es el responsable del 19% de los casos de enfermedad.(Dever ,1993)

Estilos de Vida: Responsable del 43% de los casos de enfermedad y aún de Muerte.

Sistema Sanitario: Constituido por los hospitales, seguros de salud, consultorios médicos, medicamentos es responsable del 11% de los causas de enfermedad y muerte.

Pero consume el 90% de los recursos en salud. Rowe y Kahn (1987).

Fuente: Dever y Champagne, 1998, Citado por Gonzalez García y Tobar en “Mas salud por menos dinero”, pag. 48, Ediciones Isalud, segunda Edición 1998. Buenos Aires.

“El perfil de enfermedades crónicas en la población de 65 años y más, tales como las afecciones cardiovasculares y la hipertensión, la diabetes, los traumatismos, enfermedades respiratorias (neumonía, influenza), patologías neurológicas y el cáncer, en gran medida puede prevenirse o retardarse a través de estrategias que incluyan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.”

Fuente: Resolución y Programa de envejecimiento para los adultos Mayores, aprobado por el Ministerio de salud expediente N° 2002-9253-07-08.

Conclusiones

La participación de agentes comunitarios en tareas preventivas para AM cuenta con una altísima aprobación (96,9%), y genera cambios saludables en una alta proporción (73,8%). Efectividad y economía hacen a esta metodología un pilar en el trabajo preventivo.

Bibliografía

Dever y Champagne, 1998, Citado por Gonzalez García, G. y Tobar F. en “*Más salud por menos dinero*”, pag. 48, Ediciones Isalud, segunda Edición 1998. Buenos Aires.

Gascón, S y Lombardi, M. C.; *Salud de los Mayores N° 10*, Maestría en Servicios de Gerontología. Instituto Universitario ISALUD. 2007.

Gonzalez García, G y Tobar F,” *Más salud por menos dinero*” Ediciones Isalud, 1998, Buenos Aires.

Guzmán, José Miguel “*Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*”. CELADE, División Población Chile, Mayo de 2002.

Informe de la Reunión de Gobierno y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur- Buenos Aires, Argentina Noviembre 2005.

Naciones Unidas-CEPAL. Artículo Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas, Síntesis Santiago de Chile 2003.

OISS y Secretarí de Desarrollo Social. 1994. *La situación de los Ancianos en la República Argentina.* Encuesta de la OISS y la Secretaría de Desarrollo Social. Subsecretaría de la Tercera Edad. En Gascón S., Dall’Aglío J, Dalto S., Oddone J, et al.,La situación de los Ancianos en la Argentina. Estudio sobre expectativas, demanda y satisfacción de las personas mayores con las prestaciones médico asistenciales.

OPS, Publicación Científica N° 546, Washington D.C.

Plan de acción mundial sobre el Envejecimiento Madrid. 2002.

Resolución y Programa de envejecimiento para los adultos Mayores, aprobado por el Ministerio de Salud expediente N° 2002-9253-07-08.

Vasallo, C., Sellanes, M.;”*La salud en la Tercera Edad*” en www.udesa.edu.ar/files/UA
Economía