

Políticas en EsSalud

Dra. Rossana Apaza

Agradezco a la mesa, a la invitación de la Academia Nacional de Medicina, creo que es un foro importante de discusión. Son los espacios en los cuales se genera también muchos grados de consensos porque venimos de diferentes instituciones y al final el adulto mayor es uno solo.

En este caso, en lo que se refiere a la seguridad social, vamos a enfocar este tema en tres aspectos importantes. Primero hablamos de políticas públicas en el manejo del envejecimiento exitoso. Entonces, tenemos que hablar cómo es que la política de salud existente a través del Estado, satisface las necesidades sociales de diferentes grupos, en este caso, el adulto mayor. Entonces, tenemos que ver cómo aterriza el Estado en las diferentes instituciones, en este caso el Seguro Social y qué hace la Seguridad Social para adoptar estas políticas públicas y hacer, cambiar y transformar la realidad de los adultos mayores y que estos tengan un envejecimiento exitoso.

Sin ir a tener muchas diferencias con las otras instituciones, nosotros tenemos un crecimiento igual sostenido dentro de la institución de adultos mayores, que va en ascenso, incluso las cifras ya van por encima, ya están llegando al millón y medio, e igual el incremento para los mayores de 80 años que ya bordean el 50% (47% obtenida en el 2014). O sea, coincidimos con las cifras del nivel internacional. Lo que cabe destacar acá es que el país se ha dividido, o se está dividiendo en dos. Millón y medio de 3 millones de adultos mayores en promedio a nivel nacional, la mitad está con el sector público, el Ministerio de Salud y la otra mitad está con la Seguridad Social. Cuando hablamos que la otra mitad está con la Seguridad Social tenemos la responsabilidad de las más altas tasas de comorbilidad, tenemos la responsabilidad de las más altas tasas de fragilidad, tenemos la responsabilidad de la más alta precariedad organizativa, frente a un adulto mayor que tiene el derecho, y le asiste el derecho de que se le dé

cobertura adecuada. Entonces, esa reflexión nos trae a que nosotros como institución tenemos que organizar los servicios. Migrar la institución hacia un nuevo enfoque. Igual, las tasas de discapacidad y este es el único censo que da algún referente acerca de cuanto nosotros asumimos de las personas con discapacidad. Miren, asumimos igual, el 50%. Y el 50% son en la gran mayoría adultos mayores. Entonces, estamos hablando que somos responsables de la mitad del país, de un adulto mayor que hace ver que las tasas están siendo elevadas en mayores de 80 años. Estamos asumiendo la responsabilidad de un adulto mayor que está en condiciones de discapacidad y fragilidad y todo lo que conocemos y que lleva a un grado de dependencia.

Sin embargo, estamos asociando a política pública a un envejecimiento exitoso. Y el envejecimiento exitoso no es en esta etapa. El envejecimiento exitoso es en las escuelas. O sea, para que nosotros tengamos envejecimiento exitoso tenemos que hablar del curso de vida. Y el curso de vida nace justamente desde que somos pequeños. Qué sucede en nuestro sistema actual y esa es una conclusión muy personal, en la cual estamos teniendo generaciones de adultos, de jóvenes, y de allí a los adultos mayores y de los adultos mayores de 80 años y las futuras generaciones de centenarios que también están apareciendo. Es que no tenemos diseñadas esas políticas públicas ni aterrizadas en las instituciones para afrontar esa nueva ola de educación en jóvenes, de educación en adultos, de educación justamente de aquellos adultos sin enfermedad o sin aparente riesgo y de aquellos que ya los tenemos presentes y frente a los cuales se nos desbordó el sistema. Entonces, particularmente pienso que el envejecimiento exitoso es justamente mantener la funcionalidad, darle calidad de vida, justamente radica en que nosotros atendamos las necesidades acorde a la diversidad que va sufriendo esa persona en el transcurso de la vida.

La Seguridad Social en el marco de la reorganización que le fue solicitada por el Estado, es cuando la oportunidad nace para la geriatría en este tema en el país para la Seguridad Social, cuando justamente se le declara en crisis y tiene que reorganizarse a través de un Decreto Supremo.

Este Decreto Supremo, obliga a la Seguridad Social a tomar una reestructura. En ese marco es que hoy está reestructurado y nace la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor, Persona con Discapacidad de la que se hace responsable. Es allí donde la coyuntura se aprovecha y nace la reglamentación. O sea, la Seguridad Social hoy tiene alguien que por fin tenga que hacer incidencia en los temas de adulto mayor. Y en este caso es formular, proponer políticas, estrategias, planes y programas, en materia de prestación social y aquellas vinculadas con la salud. Esto es trascendental para los asegurados adultos mayores del país, porque por fin, la política pública aterriza en una normativa en la que vincula necesidades sociales y necesidades de salud, y es muy importante que la normativa exista, que tenga el amparo legal, sino no se puede progresar en una institución.

El Informe Mundial reciente, emitido por la Organización Mundial de la Salud en el 2015, nos hablan de que los desafíos para formular políticas públicas es justamente hacer converger estos tres temas. Primero, la diversidad de la vejez. El impacto de la inequidad, aún seguimos con precariedad de ingresos económicos. Y los estereotipos y nuevas expectativas. Somos países latinoamericanos en los cuales aún la imagen negativa del envejecimiento está presente. Entonces, nosotros tenemos que lidiar para que una política pública aterrice y tengamos un envejecimiento exitoso, tenemos que lidiar con romper paradigmas actuales, con lo que significa para nuestros jóvenes envejecer, con lo que significa tener justamente esas diferentes poblaciones de adultos mayores y de adultos jóvenes que están apareciendo.

Sin ir muy lejos, en un estudio que se realizó hace poco en el último año de facultades no médicas, en San Ignacio de Loyola, se evaluó a profesionales y se les hizo un tipo de encuesta en la cual ellos tenían que responder algunas preguntas. Estos profesionales que prácticamente se les evaluó en mayo y se graduaban en diciembre, simplemente no les interesaba saber cómo iban a envejecer. Solo hacían actividad física y se asociaban a actividad física por el hecho de una imagen personal. Y eran profesionales economistas, administradores. ¿Quién nos administra nuestros servicios? Ellos, ¿ellos nos van a

resolver? No van a resolver, porque simplemente no les interesa estos temas, ¿y qué estamos haciendo? formando profesionales que carecen de valores, que no les interesa simplemente el adulto mayor que está dentro de su casa, porque no les interesaba visitar a sus abuelos, eso es lo que respondieron. Y simplemente ellos veían un tema de envejecimiento propio como muy lejano, entonces, si estamos teniendo ese tipo de economistas, ese tipo de administradores, contadores, entonces nuestras instituciones obviamente, no van a priorizar presupuestos, no van a priorizar mayor recurso humano. Y es por eso que fracasa la política pública en el Perú.

Tampoco se está introduciendo, por ejemplo, en el sector educación, que entre el pregrado y postgrado se hable de estos temas. Ya quisiéramos ver a nuestros niños, de repente él cuenta cuentos, sin embargo, en la currícula no está. Entonces si nosotros no asociamos el trabajo multisectorial, en el cual se introduzca estos temas, no vamos a poder tener envejecimiento exitoso.

Sin embargo, ya teniendo esta teoría cómo es que EsSalud logra aterrizar en lo que hemos podido avanzar, desde que me tocó esta reorganización. Esto también es muy importante, lo que lanza la Organización Mundial de la Salud, en el último Informe Mundial del 2015: "Envejecimiento saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez". Particularmente, por eso yo no hablo de salud. Creo que un concepto más amplio y trascendental profundo, es decir que necesitamos encontrar un bienestar en nuestros adultos mayores. Porque no solo la salud es sinónimo de que ellos se sientan bien, sino es un tema de integralidad. Y acá hablamos de mantener justamente esa capacidad funcional y de la capacidad intrínseca. Sí, nosotros traemos también esta capacidad intrínseca asociado a los temas genéticos, pero también traemos temas del entorno, y esto es muy importante. El binomio de la capacidad funcional intrínseca y el entorno es muy importante. Porque si nosotros no gestionamos el entorno, nuestros planes de vida, entonces no vamos tampoco a tener un envejecimiento exitoso.

Entonces, la Seguridad Social hoy, trabaja bajo este modelo. El modelo del bienestar a las poblaciones vulnerables, el cual se va a sustentar en una visión holística que considere a la persona y su entorno, tiene por lo tanto una dimensión familiar, comunitaria y social. Debe cumplir con la importante condición de ser inclusiva, cuya mirada es no solo el modelo de la enfermedad presente o no, sino, que atienda y brinde cuidados continuos integrados, así como construir entornos

favorables y seguros, centrados en la persona como parte de los derechos de nuestros asegurados, cuya oferta prestacional sea acorde con sus necesidades. Entonces, si me decían que atiendan diversidad, estoy atendiendo necesidades. Si me dicen que el cuidado debe ser continuo, integrado, integral, lo tiene ya la política. Y debemos entender que el concepto de bienestar no solo abarca un tema de salud sino un tema de felicidad, de satisfacción y de realización de planes de vida.

Creo que es muy importante introducir el tema de bienestar, para sacarnos del tema del paradigma medicalización de los sistemas de salud. Si nosotros logramos romper en la Seguridad Social ese paradigma de la medicalización, creo que por fin vamos a lograr hacer un trabajo coordinado, un trabajo multi-interdisciplinario. Y creo que también esta política que hoy atiende la Seguridad Social, de promover y fortalecer la capacitación y la investigación, son los tres pilares sobre los cuales se está desarrollando actualmente las políticas, las estrategias, los programas, para nuestros adultos mayores.

Este es el modelo propuesto para la Seguridad Social en cuanto a la atención del adulto mayor. Es un modelo moderno que lo hemos adoptado justamente del reporte mundial de la salud en el cual se crean las estrategias, servicios, entornos para cuando el adulto mayor tiene una capacidad alta y estable para que nosotros podamos transmitir esto a quienes nos acompañan en la organización de los servicios, tengan en cuenta que no son geriatras, es gente que no es entendida. Es un economista que nunca escuchó la geriatría. Es un administrador que no sabe organizar hospitales geriátricos, porque en las facultades de administración no existe ni siquiera el postgrado o el diplomado. Es gente que aún no está formada en lo que es accesibilidad e inclusión.

Entonces tenemos que pensar que nuestro lenguaje tiene que ser sencillo. El Informe Mundial, ya no habla de funcionalidad para la organización de los servicios, habla de capacidad alta y estable. Habla de deterioro de esa capacidad y habla de la pérdida considerable de la capacidad. Entonces, cuando ya tenemos pérdida considerable de la capacidad, nuestra estrategia, servicio y entorno, tiene que ir a saludar a aquello que se llama dignidad a la calidad de la vida al final de la vida, el buen morir. Cuando tiene una capacidad ya mermada y deteriorada, definitivamente la estrategia de intervención es otra. El servicio es otro, cosa que el país no tiene. El país no tiene un solo centro de día que tenga estas características. Y cuando hablamos de envejecimiento

exitoso en las personas cuando ya están entrando a los 60 años, es que tenemos que hacer promoción no solo de salud sino social, y promoción social en domicilio. En quiénes, priorizar en esos adultos mayores de 80 años.

Bueno, ya instaurado el modelo, instaurada la política, entonces qué viene. ¿Qué va a pasar de aquí al 2021? Esas son las herramientas de mediano y largo plazo que hoy existen en la Seguridad Social en la cual se garantiza que el modelo sea visionario hasta el 2021. Entonces, se ha logrado transformar el enfoque medicalizado o enfoque de cuidados a través de los instrumentos y las realidades que aterrizan en la Seguridad Social.

Entonces el país ahora tiene una estrategia nacional llamada Cuidado Continuo e Integrado. ¿Qué directivas me avalan a que el modelo tiene que seguir así? Justamente, la norma de articulación de las necesidades, las prestaciones sociales y sanitarias, actualmente en un grado de inmadurez todavía, pero que tiene que ir avanzando conforme hacemos sostenible el modelo. Hoy, toda la Seguridad Social ha migrado a una red prestadora operativa que tiene que trabajar este modelo y que ya viene trabajando a nivel nacional en algunos pilotos. Entonces, la integración de los espacios llamados socio-sanitario, es la red prestadora del primer nivel de atención frente a la construcción de la oferta de los servicios sociales. Hoy tenemos servicios sociales en la Seguridad Social solo para promoción de la salud para el adulto mayor autovalente o lo que decíamos con capacidad todavía estable. Aún estamos en la construcción de los otros espacios para que, cuando merme su capacidad, o para cuando tenga la capacidad absolutamente deteriorada.

Solo así, teniendo una red prestadora en el primer nivel, en la que por fin se sienten a por lo menos a saludarse y conversar, estaremos integrando los servicios para las necesidades de nuestros adultos mayores. Si no se convive, entonces no aprendemos, una de otra. Entonces, nosotros estamos apostando porque esta convivencia tenga el primer nivel. Ya la Seguridad Social tiene tres redes desconcentradas a nivel nacional, que es la red desconcentrada Rebagliatti, Almenara y Sabogal. Entonces, ya geográficamente están trabajando así.

Y hoy cómo nuestros adultos mayores se están beneficiando de justamente estos 4 ejes importantes de promoción para el envejecimiento exitoso a través de la alfabetización, el micro-emprendimiento, el autocuidado, el envejecimiento activo y todo el tema de sensibilización interna y externa. Como ven, se ha logrado que más de 85 mil adultos mayores a nivel nacional gocen de esto y

que estos paquetes estén protocolizados. Y nosotros ya no hablamos de número de usuarios. Nosotros hablamos ahora de que se invierte, tenemos un rendimiento y un bienestar, para que los economistas miren que si es altamente beneficioso. Si nosotros no amarramos el tema de números y los hacemos entendibles para ellos, no se hace sostenible. Si no hay presupuesto no hay sostenibilidad.

El espacio socio-sanitario hoy a nivel Lima, trabaja a través de articulación. ¿Qué significa articular? Primero que al primer nivel de atención yo valoro riesgos a través de la herramienta que ya conocemos los geriatras y el tema de derivación para promoción social. Yo recuerdo que en los primeros años de formación nos decían medidas farmacológicas y medidas no farmacológicas y acá tenemos maestros que creo que nos recordarán así. Yo me hago la pregunta, hoy en el país, qué porcentaje de médicos damos una receta para no farmacológicas. ¿Quién receta ir al parque con su perro una vez a la semana o tres veces al día, o que camine? Nadie, ni un colega. Menos aquellos que quieren súper especializarse.

Eso es lo que está pasando en nuestro país, que hemos medicalizado tanto los servicios que hoy ya no podemos ir más con los nuevos medicamentos con la nueva tecnología, y los nuevos métodos diagnósticos, un tomógrafo o de repente un pet-scan o lo que fuera. Por qué hoy favorecen la inversión de más de 40, 50, 100 mil, a millón y medio de dólares, para tomógrafos de alta calidad y no invertimos en cobertura a estos adultos mayores solo en un 5% más.

La Seguridad Social solo atiende al 36% de su población de 11 millones, nada más, el resto está en su casa. ¿En qué condiciones? No sabemos. Solo se atienden 5 millones de adultos mayores, ¿El resto dónde está? ¿En qué condiciones? No sabemos. Entonces, es para reflexionar que no estamos haciendo bien las cosas. Hoy recién hemos empezado con el modelo del cambio de paradigma y eso tiene que seguir y es por eso que nos hemos preocupado que eso esté acuñado hasta el 2021. Para que tenga sostenibilidad.

En cuanto a cuidado. Nos hacemos la pregunta. ¿Qué herramientas de autocuidado son validadas a nivel mundial? ¿Qué estrategias de autocuidado nosotros utilizamos en el Perú? ¿Hay algunas validadas? Nosotros vamos a usar de ahora en adelante a nivel de la Seguridad Social: "Tomando control de su Salud", validado por

Stanford, cuya licencia nos la va a brindar la Organización Mundial de la Salud y estará llegando a fines de este año para la Seguridad Social.

¿Es importante la gestión del entorno? Sí. La geriatría y no solo la geriatría, que no solo el adulto mayor es el que se discapacita, el de 40 años puede discapacitarse. Cualquiera de nosotros hoy tenemos de repente una incapacidad permanente entonces estamos introduciendo en la Seguridad Social la gestión de los entornos. ¿Cómo? A través de la gestión de la accesibilidad. Y la accesibilidad que migre desde el nivel central hasta los diferentes niveles asistenciales. La accesibilidad actitudinal, arquitectónica y sensorial. La actitudinal relacionada con el trato. La arquitectónica, todo lo que es eliminar barreras arquitectónicas y la sensorial comunicacional para aquellas discapacidades que tengan alguna limitación especial.

Creo que generar ciencia y generar conocimiento a raíz de nuestros adultos mayores y de esta población con necesidades, es muy importante. La Seguridad Social no contaba con la caracterización de quienes atendíamos si son nuestros clientes. Yo me hago la pregunta, hace 10 años cómo se planificaba entonces. A ciegas. Hoy estamos planificando porque ya tenemos caracterizado, a través del estudio SABESS de la Seguridad Social en la cual, la Seguridad Social tiene el porcentaje más alto en el nivel de fragilidad digamos, 10%. Hoy hemos demostrado que cuando se ha hecho y se ha aplicado la promoción social en adultos mayores, durante estos dos o tres últimos años, qué resultados han tenido: Satisfacción 83%, autopercepción de salud 91.3%. ¿Eso qué significa? Eso significa calidad de vida. Entonces queda absolutamente demostrado que con 300 soles puedo beneficiar un envejecimiento exitoso, porque ya fue evaluado y la estrategia sirve. Es barata, es fácil de aplicar.

Si, y además se está introduciendo ya para que se acostumbren los que financian la salud, de que debemos medir felicidad, así suene muy sublime para ellos. Hemos evaluado felicidad y la respuesta de nuestros adultos mayores ha sido alta en cuanto a la percepción de que pueden ser felices. Creo que es importante dejar y generar conocimiento a través de las investigaciones y a través de todo aquello que nosotros podamos comentar. Todo esto ha sido sistematizado, de difusión pública a través del observatorio de la página web de la Seguridad Social para todos y para que esté accesible a todo aquel que quiera gestionar y planificar, pero en base a ciencia, no en base a un antojo.