

Red geriátrica de atención: Una nueva propuesta en el Seguro Social

Geriatric care network: a new proposal on Social Security

Carlos Hidalgo-Aguilar^{1,2,a}

RESUMEN

El aumento de la población de adultos mayores en el Perú y el Mundo conocido como Invierno Demográfico, origina una alta demanda en la atención de los servicios de salud, llamada geriatrización de la salud, lo que ha llevado a una insatisfacción en la prestación de servicios de los adultos mayores, por la falta de atención en Red y por ser esta múltiple, desordenada y repetida con costos elevados, por lo que en el desarrollo del artículo se presenta una propuesta de Red Geriátrica integrada a la red asistencial de EsSalud estas redes son un conjunto de organizaciones que tratan de resolver los problemas de salud de la población asegurada cumpliendo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud de trabajar en redes integradas de salud a través de un sistema de Atención Integral continuo jerarquizada por niveles de complejidad patológica. La red geriátrica utiliza el concepto de funcionalidad y mediante un flujo grama de procesos conjugará la atención por niveles de acuerdo a la patología que presenten los adultos mayores, manteniendo el principio de indisolubilidad de la atención geriátrica preventivo/ promocional/asistencial/rehabilitativo/social sin perder la relación red asistencial EsSalud/red geriátrica/población.

Palabras clave: Evaluación Geriátrica, Atención Integral de Salud, Promoción de la Salud (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Increasing elderly population in Peru and the world known as Demographic Winter, creates a high demand in the care of health services, call geriatrization health, which has led to dissatisfaction in the provision of services older adults, lack of attention to this Red and being multiple, unordered and repeated with high costs, so in developing a proposed article Red Geriatric integrated healthcare network presents these networks are EsSalud a group of organizations that try to solve the problems of health of the insured population in compliance with the guidelines of the World Health Organization to work in integrated health through a system of continuous hierarchical Comprehensive Care for pathological levels of complexity networks. Geriatric network uses the concept of functionality, through a process flow program will combine the care levels according to the pathology presented by the elderly, maintaining the principle of indissolubility of preventive / promotional / welfare / rehabilitative / social geriatric care without losing the care network EsSalud / geriatric / population ratio network.

Keywords: Geriatric Assessment, Comprehensive

Health Care, Health Promotion (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población de los adultos mayores en el Perú y el mundo conocido como invierno demográfico⁽¹⁾, origina una alta demanda en la atención de los servicios de salud hecho conocido como geriatrización de la salud⁽²⁾. Este fenómeno se viene dando en el Perú donde el 9.2% de la población son adultos mayores⁽³⁾, mientras que en Seguro Social-EsSalud es 16% aproximadamente⁽²⁾, y este grupo poblacional tiene una calidad de vida en las dimensiones salud general, rol físico las más comprometidas⁽⁴⁾ que causa el consumo aproximadamente el 49% del presupuesto de la institución como consecuencia de:

- a. La geriatrización de la salud ha producido en el Seguro Social EsSalud la geriatrización hospitalaria⁽⁵⁾ fenómeno caracterizado por la atención mayoritaria de adultos mayores en los hospitales generales y diferentes centros asistenciales. Existe una tendencia de incremento creciente y sostenido de los adultos mayores en la demanda de la atención de problemas de salud sobre todo a los establecimientos del primer nivel⁽⁶⁾.
- b. Costos altos en la atención por ser estos pacientes

1. Servicio de Geriatria. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo-Perú.
2. Universidad San Martín de Porres-Filial Chiclayo.
a. Médico Geriatria.

- pluripatológicos con polifarmacia⁽⁷⁾.
- c. Atención múltiple, desordenada y repetida⁽⁸⁾, debido a que estos pacientes se atienden en consultorios de distintas especialidades simultáneamente por diversas patologías crónicas o por un mismo problema se ven en distintos consultorios o también la patología no corresponde al nivel de atención.

Es conocido que la atención múltiple, repetida y desordenada del adulto mayor ocasiona costos altos en cualquier sistema de salud, como viene ocurriendo en nuestra institución donde el 50% de los hospitalizados son causas post agudas⁽⁹⁾, además que existen tasas de infecciones intrahospitalarias que llega a 9%, y en otros casos el 15,3% pueden llegar a ser infecciones por bacterias BLEE que causan mayores costos sin mencionar las tasas de mortalidad que producen^(10,11); además estos se agrega la fragmentación en la atención geriátrica que es de naturaleza preventivo, promocional, social, rehabilitativos y asistencial que se dan en las actividades de los centros de adultos mayores, programas, prestaciones sociales y las actividades hospitalarias.

El sistema de atención del Seguro Social-EsSalud actual cuenta con los recursos suficientes para brindar una atención satisfactoria a los adultos mayores sin diferimiento ni lista de esperas en consultas, ni postergación de citas o actos quirúrgicos, lo que falta es crear una Red Geriátrica asistencial que permita decidir dónde puede ser mejor atendido un adulto mayor para cumplir con el principio de "el anciano justo, en el sitio justo, en el momento justo"⁽¹²⁾ y sea un sistema de atención integral continuo jerarquizada por niveles de complejidad patológica en el que a través del concepto de funcionalidad⁽¹³⁾ se clasifique a los adultos mayores y mediante un flujograma se asigne actividades y se atienda por niveles de atención geriátrica dentro de los niveles de complejidad del Sistema. Siendo el objetivo establecer normas, criterios, procesos y procedimientos que regulen la atención en RED del adulto mayor, con alta calidad y con costos razonables.

FUNCIONES DE LA RED GERIÁTRICA

1. Organizar y otorgar prestaciones asistenciales de atención integral en forma continua, jerarquizada por niveles geriátricos de atención de salud con énfasis en la mejoría de la calidad de vida de los adultos mayores respetando los niveles de complejidad para lograr atención en Red.
2. Articular los centros asistenciales de diferentes niveles de complejidad, unidades operativas que integran la Red geriátrica para brindar las prestaciones integrales a los adultos mayores, cumpliendo con las políticas, normas y procedimientos del sistema de referencias y contra

referencias.

3. Desarrollar actividades de capacitación, investigación y docencia de acuerdo a las líneas de investigación establecidos.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1. Adulto mayor (AM): persona mayor de 60 años.
2. Valoración geriátrica integral (VGI): proceso diagnóstico realizado en el adulto mayor que abarca las áreas biomédica, psicológica, socio-económica y funcional⁽¹⁴⁾.
3. Tipología funcional del adulto mayor: clasificación tipológica que basándose en los instrumentos de la VGI clasifica a los Adultos Mayores en Autovalentes, Frágiles y postrados.
4. Adulto mayor autovalente: AM que realiza las actividades de vida diaria (AVD) y actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD). Corresponden al grado funcional cruz roja 0 al III⁽¹⁵⁾.
5. Adulto mayor frágil: realiza las AVD y puede realizar las AIVD con síndromes geriátricos. Corresponden al grado funcional cruz roja I al III⁽¹⁵⁾.
6. Adulto mayor postrado: no realiza las AVD y AIVD. Corresponden al grado funcional cruz roja IV al V⁽¹⁵⁾.
7. V.A.C.A.M. Instrumento oficial de VGI del Ministerio de Salud del Perú.
8. Escala funcional de la cruz roja de Madrid: Instrumento de la VGI, validado internacionalmente, evalúa movilidad, control de esfínteres y capacidad de auto cuidado de los pacientes⁽¹⁶⁾.
9. Tamizaje: proceso aplicado en el nivel I de la Red geriátrica para detectar adultos mayores frágiles, realizado a través del VACAM por un médico general con diplomado en geriatría y/o gerontología.
10. EBAG: equipo básico de atención geriátrica conformado por un médico general, enfermero, psicólogo, trabajador social, terapeuta físico y nutricionista con diplomado en geriatría y/o gerontología⁽¹⁷⁾.
11. EMAG: equipo multidisciplinario de atención geriátrica conformado por un médico geriatra y enfermera, psicóloga, trabajadora social, terapeuta físico con diplomado en geriatría y/o gerontología⁽¹⁷⁾.
12. Selección: proceso aplicado en el nivel II de la Red geriátrica para detectar problemas complejos e inestabilidad en los AM frágiles realizado por el EBAG y que sirven para referir al paciente al nivel III de la Red.
13. Evaluación exhaustiva: Proceso aplicado en el Nivel III de la Red geriátrica para intervenir y solucionar los problemas detectados en el nivel anterior realizado por el EMAG.
14. Síndromes geriátricos: condición clínica que no se

ajusta de una manera correcta a una categoría diagnóstica.

PROPUESTA DEL MODELO DE RED GERIÁTRICA

La red geriátrica entendida como un conjunto de niveles asistenciales interrelacionados con un concepto de horizontalidad que desarrollan actividades en torno a la solución de problemas de salud que se presentan en los adultos mayores⁽¹³⁾, con una estrategia que relaciona a la población y sistema de salud^(18,19). Organiza y combina los recursos del Seguro Social-EsSalud con la finalidad de cumplir las políticas y objetivos de la institución, permitiendo que los adultos mayores resuelvan sus problemas de salud de diferentes complejidades, cooperativamente en diferentes establecimientos, así, un mismo proceso clínico por una enfermedad cualquiera. Además tiene etapas que se desarrollan en el primer nivel y otras derivadas a especialidades, conjugando la atención por niveles de acuerdo a la patología y entorno social de nuestros pacientes manteniendo el principio de indisolubilidad⁽²⁰⁾.

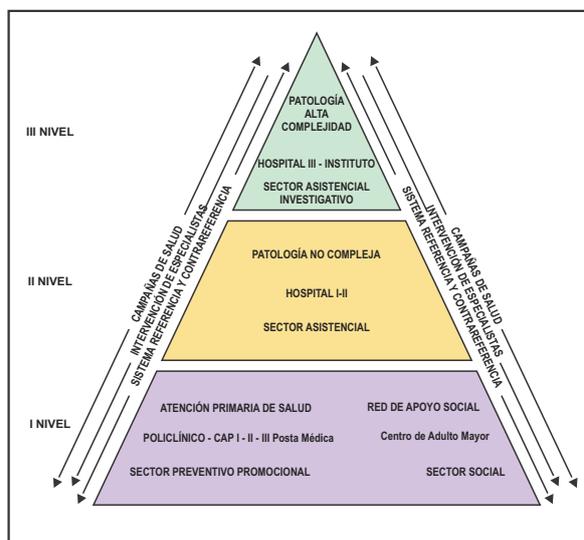
La propuesta de la red geriátrica tiene la estructura piramidal, donde están organizados los establecimientos de acuerdo al nivel de complejidad y tienen un carácter clínico- asistencial, administrativo o de operaciones⁽²¹⁾. En la estructura de la Red la autoridad, la responsabilidad y el control se concentran en los niveles superiores donde existe una interacción de los diferentes sectores y acciones de salud en forma directa y progresiva, tanto vertical como horizontal, de tal manera que se haga el tamizaje de los problemas y patología en el nivel inicial, evitando la fragmentación del sistema, causa de aumento de costos en la atención, por otro lado la complejidad de los problemas de los adultos mayores independientemente de su origen exigen una respuesta global como la que se propone en el modelo⁽²²⁾.

En este modelo las prestaciones de los servicios sociales y de salud tienen en cuenta las características de la presentación de las enfermedades en los pacientes geriátricos, integrándose los procesos de diagnóstico y evolución de la enfermedad con los sistemas de tratamiento y rehabilitación en forma progresiva de tal manera que la Red geriátrica ofrezca a los adultos mayores la posibilidad de elegir un determinado tipo de servicios⁽²³⁾.

CARACTERÍSTICAS DE LA RED GERIÁTRICA

- Estructura piramidal por niveles de complejidad e integrado a las diversas redes asistenciales de la institución según las necesidades de atención de los adultos mayores.
- Atención integral en la red la salud es un derecho y esta se brinda en organizaciones integradas e

Figura N°01. Modelo de red geriátrica por niveles de complejidad.



integrales de EsSalud con participación de la familia y la comunidad.

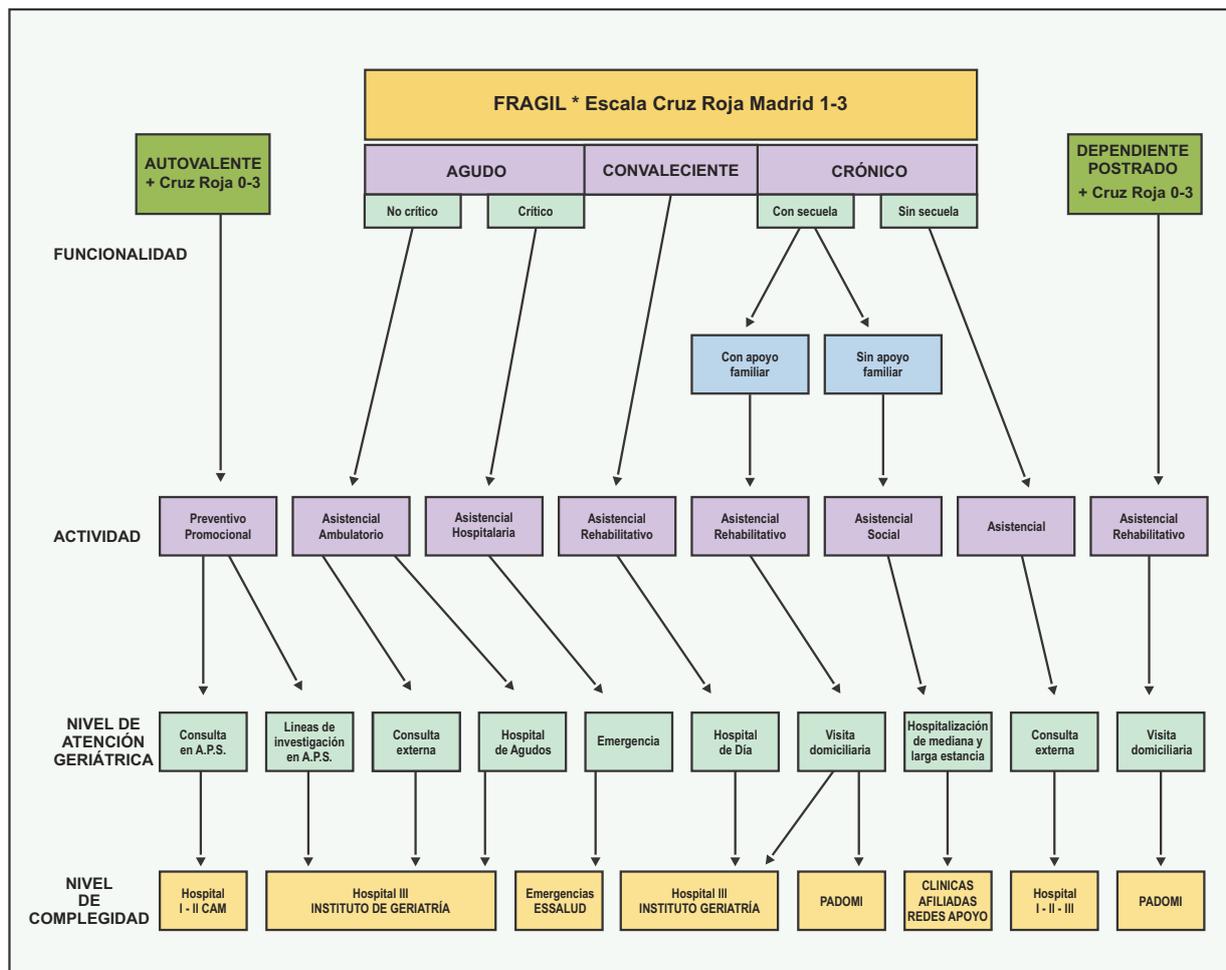
- Atención continua de los cuidados no se limitan sólo a la consulta externa, ya que toma al adulto mayor hasta el fin del episodio de la enfermedad o riesgo bajo vigilancia.
- Atención especializada al grupo de adultos mayores a través de las diferentes técnicas geriátricas y donde el médico es el jefe del equipo multi e interdisciplinario.
- Atención permanente al paciente las 24 horas del día en interrelación directa con el servicio sanitario de EsSalud.
- Participación familiar la red a través del programa familiar - acompañante consigue que la familia asuma su responsabilidad en el cuidado del adulto mayor.
- Visión humanístico-comunitaria que busca mantener al paciente en buenas condiciones de salud física, funcional, psíquica y social, participando del desarrollo de su comunidad, entendiendo que la salud no solo es un derecho de todos, sino una responsabilidad de todos.
- Integra la atención primaria de la salud y el servicio social en el primer nivel en la Atención del AM que podrá permitir racionalizar la organización y financiación de las prestaciones, dando por consiguiente mayor justicia y equidad en la distribución de servicios y recursos.

FLUJOGRAMA

Los servicios de geriatría existentes en la Red asistencial actuarán como cabeza de red geriátrica realizándose las siguientes actividades.

1. **Proceso de tamizaje:** se realiza en la atención primaria de Salud (nivel de complejidad I) de la Red Geriátrica en la consulta externa tomando como base la historia clínica más el uso del V.A.C.A.M. obteniendo la clasificación tipológica funcional del adulto mayor (autovalente, frágil, postrado), y con ello será asignado al centro asistencial sectorizado y por nivel de complejidad que le corresponde. Excepcionalmente el AM será captado en el servicio de emergencia o en Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). Los pacientes recitados o frágiles podrán ser referidos al nivel asistencial superior por nivel de complejidad, concluyéndose con la referencia al nivel II o con receta médica y/o recomendaciones finales que puedan surgir según sea el caso.
 2. **Proceso de selección:** se inicia con referencia del proceso anterior al nivel de complejidad II siendo evaluados por el médico general, psicóloga, trabajadora social, enfermera, nutricionista o terapeuta físico (todos con diplomado en gerontología) y un médico Internista con maestría en Geriátrica y/o Gerontología o preferentemente un Geriatra perteneciente a la Red Asistencial correspondiente. En este proceso se utilizará el V.A.C.A.M. y/o otro instrumento de evaluación geriátrica específico para el caso a evaluar⁽¹⁴⁾. Como resultado se tendrá pacientes frágiles con problemas complejos, recitados, inestables que serán referidos al nivel superior.
 3. **Proceso de evaluación exhaustiva:** se inicia con la referencia del proceso anterior al nivel de Complejidad III y será atendido por el geriatra y/o médico internista con maestría en Geriátrica y/o gerontología.
- En el hospital base se atienden pacientes con pluripatologías (hipertensión arterial, diabetes mellitus, tumores malignos, insuficiencia renal crónica, etc)⁽²⁴⁾ Los pacientes AM del grupo especial de la Red asistencial (anti coagulados, oncológicos) así como referidos a otras especialidades en el nivel de

Figura N°01: Flujograma del Red Geriátrica



ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Las funciones, actividades y Centros Asistenciales que la RED GERIATRICA desarrollará en relación al tipo funcional del adulto mayor serán:

GRADOS según Escala Cruz Roja de Madrid	ACTIVIDADES DE SALUD	ACTIVIDADES ASISTENCIALES	NIVEL DE COMPLEJIDAD
1 - 2	PROMOCION Y PREVENCIÓN	Atención primaria de salud.	CAM HOSPITAL I - II
		Investigación Epidemiológica e Investigación Biomédica de A.P.S	HOSPITAL III - INSTITUTO (Unidad de Prevención).
0 - 1 - 2 3 - 4 - 5	ASISTENCIA AMBULATORIA	Consulta Externa	CAM HOSPITAL I – II
		Dx. Precoz, tratamiento y seguimiento patología no compleja.	HOSPITAL III - INSTITUTO Consulta Externa).
		Dx. de patología compleja tratamiento	
	ASISTENCIAL HOSPITALARIA	Dx. Tratamiento ancianos no frágiles.	HOSPITALES II
		Dx. Tratamiento ancianos frágiles agudos y críticos.	HOSPITAL III - IV, INST. GERIATRIA (Unidad de Hospitalización de Agudos).
		Control, tratamiento y seguimientos a pacientes crónicos sin familia.	CRONICARIOS O UNIDAD DE LARGA ESTANCIA.
		Emergencias.	SISTEMAS DE EMERGENCIAS DE EsSALUD
4 - 5	ASISTENCIAL PRE HOSPITALARIA	Control, tratamiento y seguimiento a pacientes crónicos.	PADOMI GENERAL PADOMI ESPECIALIZADO
4 - 5	REHABILITATIVO	Rehabilitación Pacientes convalecientes.	HOSPITAL III - IV (Unidad de Hospital de Día).
		Rehabilitación Pacientes Secuelas con familia.	HOSPITAL I – II PADOMI
		Rehabilitación Pacientes Secuelas sin familia (Reinserción social).	PRESTACIONES SOCIALES
0 - 1 - 2 3 - 4 - 5	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Cursos de Capacitación. Líneas de Investigación. Acciones de Acreditación. Formación de Recursos Humanos	HOSPITAL III - IV (Unidad de Prevención).

complejidad III podrán ser atendidos por los servicios de Geriatria o en el nivel de mayor complejidad de la Red Asistencial correspondiente a través de interconsultas.

Conflictos de interés: El autor, niega conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dumont G-F. ['El envejecimiento de las poblaciones en Europa o el invierno demográfico \[Le vieillissement des populations en Europe ou l'hiver démographique\]. Debats Valencia . 2007 ;\(96\):15-23.](#)
- Hidalgo-Aguilar C. [Atención del adulto mayor un problema de salud pública. Geriatr Hosp Un Nuevo Enfoque. Rev Cuerpo Méd HNAAA. 2011;4\(1\):70.](#)
- Martina-Chávez M. [Demanda de Atención del Adulto Mayor por Problemas de Salud, 2006-2010. INEI: 2012 Nov. Disponible en: \[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf\]\(http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf\)](#)
- Gálvez C, Mavhler J, Díaz-Vélez C, Apolaya-Segura MA, González M, Miguel L, et al. [Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta Médica Peru. 2009;26\(4\):230-8.](#)
- Cabrera AJR. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev Panam Salud Pública. 2008;24(4). 288-94
- Espinosa Brito AD, Romero Cabrera AJ, Espinosa Roca DAA. [La geriatrización de los servicios y de los profesionales de la salud. Rev Cuba Med. 2009;48\(4\):135-8.](#)
- Serra M, German J. [Polifarmacia en el adulto mayor. Rev Haban cienc méd. 2013;142-51.](#)
- Chigne Verástegui O, Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Sandoval Berrocal L. [Utilización de los Servicios de Hospitalización, consulta externa y emergencia, por adultos mayores y de menor edad, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia: 1990-1997. Rev Medica Hered . 1999;10\(3\):111-8.](#)
- Salazar A, Cuzquén R, Arauco F, Poma J. [Mejorando la información a los cuidadores, sobre la enfermedad de sus pacientes adultos mayores hospitalizados. Rev Cuerpo Méd HNAAA.](#)

- [2012;5\(2\):31-2.](#)
10. Nidia Elina Salazar-Ramírez, Elizabeth Neciosup-Puican, Gladys Fernández-Reque, Dafne Moreno-Paico, Cristian Díaz-Vélez, Anyolina Ysabel Quiroz-Mejía, et al. [Prevalencia puntual de infecciones intrahospitalarias del Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo". EsSalud-octubre 2011. Chiclayo-Perú. Rev Cuerpo Méd;4\(2\):103-6.](#)
 11. Escalante-Montoya JC, Síme-Díaz A, Díaz-Vélez C. [Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con infección intrahospitalaria por bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido. Rev peru epidemiol 2013; 17 \(1\) \[6 pp.\]](#)
 12. Casado JMR, Lera FG, Núñez JFM. Geriatria desde el principio [Libro]. Editorial Glosa, SL; 2005
 13. Artaza O, Méndez C, Holder M, Suárez J. [Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Santiago Chile OPSOMS. 2011;](#)
 14. Pinedo LFV. [Geriátrica Integral \(VGI\). Geriatria Gerontol \[Internet\]. Pag 146](#)
 15. Ramos C, Elvira R. [Modelo de atención integral de salud en la percepción de los directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Ministerio de Salud del Departamento de Ica, 2007. Cybertesis Perú. 2010](#)
 16. Giraldo C. [Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Av En Enferm. 2010;26\(1\):43-58.](#)
 17. Gómez-Pavón J, Ruipérez-Cantera I, Rodríguez-Valcarce A, Rodríguez-Solis J, González-Guerrero JL, Maturana-Navarrete N. [Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles: período 2003-2005. Rev Esp Geriatria Gerontol. 2006;41\(1\):77-80.](#)
 18. Salud OP de la. [Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS Washington^ eDC DC; 2010.](#)
 19. Salud OP para la. [Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Área de Sistemas y Servicios de Salud \(HSS\). Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social \(HSS/SP\). Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS Washington^ eD. C DC; 2008.](#)
 20. Artaza O. [Los desafíos de la autogestión hospitalaria. Rev Chil Pediatría \[Internet\]. 2008 \[cited 2015 Jul 12\];79\(2\):127-30.](#)
 21. [Modelo de Gestión para la Normalización. Hospital Regional de Talca \[Internet\]. Ministerio de Salud de Chile; 2007 Nov. Disponible en: \[http://www.hospitaldetalca.cl/adicional/documentos/MODELO_DE_GESTION.pdf\]\(http://www.hospitaldetalca.cl/adicional/documentos/MODELO_DE_GESTION.pdf\)](#)
 22. [Salud OP de. Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. OPS Washington, DC; 2005. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/AnalisisSalud.pdf>](#)
 23. Ferrer Arrendo C, Orozco D, Román P. [Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Minist Sanid Política Soc. 2012;](#)
 24. Ramírez LRMR, Díaz MOM, Ramos KZ, Díaz-Vélez C. [Perfil clínico, epidemiológico y radiológico de la neumonía en el adulto mayor. Servicio de Geriatria del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Julio 2010-Julio 2011. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo . 2013;6\(4\):30-5](#)

Correspondencia

Dr. Carlos Hidalgo-Aguilar

Correo: chidalgoa1@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 30/04/2015

Aceptado: 15/06/2015