

# GLOBALIZACIÓN DE LOS NIVELES ASISTENCIALES

**Adriana Yitzully Montoya Vargas**  
Médica Familiar

**Victoria Eugenia Arango Lopera**  
Geriatra Clínica  
Hospital San Ignacio

## Abstract

One of the challenge of the elderly stage is to be able to reflect on life satisfaction; assume goodness and badness aspects; achieve pace, serenity with himself and with others; reformulate life in order to execute new activities; enjoy spare time and achieve activities that before were not done. Attention to the elderly health is one of the contemporary issue in many countries since the decade of the sixties due to the fact of the increase of life expectancy that implies an increase of the sanitary demand and a higher proportion of health spent, mainly on dependence and incapability.

## Introducción

El desafío en la etapa de la vejez se orienta a ser capaces de reflexionar acerca de la vida con satisfacción; asumirla con lo bueno, lo malo y todo lo que ésta haya tenido; lograr paz, serenidad consigo mismo y con los demás; replantearse la vida para realizar nuevas actividades; disfrutar del tiempo que ahora se tiene y hacer aquello que antes no se pudo. La atención a la salud de los ancianos es una preocupación de muchos países desde los años setenta, por el aumento en la esperanza de vida que supone un incremento de la demanda sanitaria y mayor proporción del gasto en salud, sobre todo por incapacidad y dependencia (Tabla No. 1).

## Definición

La asistencia geriátrica se define como el conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, que deben dar una respuesta escalonada en las diferentes situaciones de enfermedad

Recomendaciones en el cuidado del anciano a nivel mundial
Concertar esfuerzos de cooperación internacional, para mejorar la calidad de vida, mantener la dignidad humana y buscar la distribución equitativa de recursos. Incluir al anciano dentro de procesos socioeconómicos y evitar la segregación
Preparar para el envejecimiento, educando desde la juventud
Detectar grupos de riesgo hacia los cuales deben enfocarse los recursos y la prestación de servicios
Continuar las investigaciones del envejecimiento

Tabla 1

o necesidad que plantean los ancianos de una determinada área de salud. Precisa una preparación, una infraestructura y un funcionamiento que la diferencia del resto de la prestación de servicios médicos. Hasta hace poco tiempo los servicios dedicados a la atención de los ancianos eran considerados, por las diversas políticas en salud, sistemas de poco provecho, costosos y llenos de pacientes sin recuperación alguna. La geriatría, junto con su interdisciplinariedad, ha demostrado lo equivocado de esta apreciación: al contar con el recurso apropiado, con plena conciencia de la pro-

blemática, la atención es más eficaz, disminuyendo el uso errado de los servicios y sobre todo mejorando la calidad de vida.

Los niveles asistenciales son un conjunto de actividades preventivas, terapéuticas y de capacitación, preparados a partir de un equipo de salud, dirigidos a los pacientes y sus familias; adaptados a la necesidad de un cuidado progresivo y diferente, desde las situaciones críticas y agudas a la convalecencia, y desde los cuidados continuados en el domicilio a las residencias asistidas.

### Características que avalan su definición

En general se estima que el 10% de la población geriátrica usa el 30% de los servicios de salud. Asociado a esto, se han tenido en cuenta condicionamientos de tipo económico (costo-efectividad y costo beneficio), social (preocupación por la satisfacción de los usuarios-clientes), técnico (disminución de las estancias medias, descentralización de la tecnología, aparición de nuevos sistemas de información y comunicación) y cultural (la muerte es parte del proceso natural y no un fracaso del sistema sanitario), que han contribuido de forma radical al replanteamiento de los modelos de los sistemas sanitarios, que respondan a las exigencias sociales y que además sean costo-efectivos.

Se han creado nuevos modelos de atención los cuales se han probado en Canadá, EUA y Nueva Zelanda, estimando que la atención integral es menos costosa que la tradicional; que existe un uso 35% más eficiente de las camas hospitalarias con mayor satisfacción de los usuarios, cuando el anciano es atendido por equipos geriátricos; que a corto plazo hay más rápida recuperación, menor deterioro funcional y disminución en la mortalidad y riesgo de reingreso por la misma causa.

**Aumento de la dependencia:** En los últimos años se ha podido constatar un aumento considerable en las tasas de prevalencia de afecciones invalidantes, que crecen de manera notable a partir de los 75 años. Desafortunadamente el incremento en la esperanza de vida no siempre se acompaña de una mejor calidad de vida.

**Disminución del potencial de cuidadores informales:** En este punto influyen tanto el aumento en el número de personas que requiere ayuda, como la disminución del

número de individuos de las generaciones siguientes, y en concreto hijos, así como la menor dedicación de las mujeres debido al marcado ingreso al mercado laboral.

Insuficiencia de los recursos comunitarios en determinadas situaciones: Aun en sitios como Dinamarca, donde hay un gran funcionamiento de los servicios sociales, asequibles para la comunidad, hay personas que por su gran dependencia, por vivir solas o con un cuidador no capacitado, tienen inadecuada asistencia en el domicilio. El aislamiento, la soledad, la falta de contacto social, se vuelven problemas irresolubles por más recursos con que se cuenten. En esos casos las residencias, más que la atención domiciliaria son la opción (Tabla No. 2).

Justificación de los niveles asistenciales
1. Envejecimiento poblacional
2. Mayor recuperación con equipos interdisciplinarios
3. Aumento de la dependencia
4. Disminución en el número de cuidadores informales
5. Recursos comunitarios insuficientes

Tabla 2

### Estructuración de los modelos de atención

La proporción de institucionalización puede variar de 1.5 a 2% y está relacionada con patologías de base que causan alteraciones funcionales y con situaciones socio-familiares conflictivas. La institucionalización, a pesar que brinda el máximo de atención, trae consigo problemas como despersonalización, abandono, negligencia, confusión mental, polifarmacia, falta de afecto, etc. (2). Pese a la creencia de que las familias participan poco en la atención de los ancianos, es claro que siguen constituyendo la red de apoyo social más constante e importante para los viejos, con provisión de seguridad emocional e intimidad (3). Sin embargo en muchas ocasiones la familia no es la mejor respuesta a las necesidades de un anciano, por desconocimiento en el manejo, falta de un equipo de apoyo, conflictos, vivienda inadecuada, problemas económicos y sobre-

carga, con alteración en este último de las actividades laborales, sociales, conyugales, parentales y de salud.

En este punto cabe mencionar que estos niveles asistenciales no solo están destinados para población geriátrica, incluyen también pacientes de salud mental, minusválidos y en cuidados terminales. El objetivo final es brindar atención de acuerdo a las necesidades y con esto disminuir los costos al sistema de salud, ya que acorta la estancia hospitalaria, facilita la rehabilitación y evita recaídas y reingresos hospitalarios.

La organización asistencial debe estar precedida de un análisis de las características de la población (biológicas, demográficas, socioeconómicas, indicadores del estado de salud, estilo de vida, recursos de salud y utilización de los mismos, entre otras), de las necesidades de la misma y de los factores de riesgo.

Después de realizar el análisis detallado, se deben priorizar los problemas existentes, para así definir el tipo de asistencia necesaria en la comunidad. Algunos de los problemas que tienen los servicios de atención al anciano son la falta de coordinación y duplicación de servicios, insuficiente personal capacitado, escasez de prevención y promoción en salud, cobertura limitada para la atención especializada y carencia de servicios de rehabilitación.

### Características básicas de los modelos de atención

- Capacidad de análisis de las prioridades de la población
- Multidisciplinariedad: deben concurrir profesionales de los campos sanitarios y social, es decir no se trata de un quehacer exclusivamente médico. La coordinación sociosanitaria resulta fundamental para asegurar su éxito
- Valoración integral de las necesidades del individuo
- Coordinación entre niveles: Continuidad asistencial entre los diferentes recursos. El concepto involucra a la medicina hospitalaria y extrahospitalaria, con la necesidad de una debida coordinación e integración. Los problemas sanitarios que plantean los ancianos, en particular los pacientes geriátricos, no se resuelven sin esta condición

- Participación comunitaria
- Deben basarse en el respeto, la máxima autonomía del individuo, la voluntad y la calidad de vida de aquellas personas a quienes se apliquen
- Regulación de los criterios de admisión

### Clasificación de los modelos de atención

- **En función del tiempo:** a corto y a largo plazo. Los primeros comprenden la atención de los problemas agudos y las consecuencias inmediatas. Aquí se incluyen la hospitalización, la atención domiciliaria y el hospital día, entre otros. De otro lado, el largo plazo incluye los servicios creados para la atención de enfermedades crónico-degenerativas, sus consecuencias y secuelas. En esta última categoría se incluyen las guarderías, las residencias para ancianos, los centros de cuidado diurno, y las unidades de cuidado paliativo, entre otros.
- **De acuerdo a la naturaleza de quien los presta:** formales e informales. Los primeros corresponden a entidades privadas o gubernamentales regidas por las políticas existentes. Los informales son las asociaciones o grupos que funcionan con reglamentos propios, establecidos según el tipo de servicio prestado. Así mismo las diferentes comunidades han creado gran cantidad de modalidades diversas donde se concentran los viejos a otras actividades, generalmente recreativas.
- **Según la funcionalidad del individuo:** Ancianos con buena capacidad funcional: Es el mayor porcentaje de ancianos. Estas personas se incluyen en los grupos de promoción y educación en salud, prevención y recreación. De ahí que generalmente requieren los servicios ambulatorios cuyo objetivo es mantener el mejor nivel de funcionamiento durante el mayor tiempo. Ancianos con deterioro de la capacidad funcional: requieren atención ambulatoria e intermedia: la atención se dirige a la disminución de los factores de riesgo y a enfrentar las discapacidades existentes. Ancianos con pobre capacidad funcional: Requieren supervisión continua. Son usuarios de los servicios institucionales. El objetivo es dar el soporte asistencial tanto al paciente como a los cuidadores.

- **Según el sitio de prestación del servicio:** Pueden dividirse en ambulatorios y en institucionales, (de internamiento y no-internamiento, en otros países) de acuerdo a la permanencia, o no, del anciano con su familia. Existe un punto intermedio, donde el uso de las instituciones es temporal (Tabla No. 3).

Tipos de asistencia		
Nivel		
Primario	Equipos de atención primaria Atención domiciliaria	Promoción en salud Prevención Educación Recreación Información
Hospitalario	Unidad de Hospitalización	Unidad de Agudos Unidad de Media estancia Unidad de Larga Estancia Unidad Psicogeriátrica
	De atención diurna	Hospital de Día Consulta de Geriatria Hospitalización a domicilio Atención geriátrica domiciliaria
Servicios Sociales	Cuidados en la comunidad	Centro de Día. Estancias temporales Comedores Agrupaciones
	Cuidados en residencias de ancianos	Viviendas comunitarias Viviendas tuteladas Acogimiento familiar
	Cuidados en el domicilio	Programa de atención domiciliaria Ayuda domiciliaria

Tabla 3

## Futuro

La sociedad tiene que aceptar y comprender las necesidades de los adultos mayores pues, de otra manera, difícilmente podrá haber equidad en el acceso a la salud. Los ancianos y sus necesidades de servicios, probablemente lograrán que los sistemas de salud centren

ya su atención en la búsqueda de soluciones a un problema global, enfrentando los problemas emergentes mediante prioridades, creando ambientes sociales y físicos adecuados, promocionando los estilos de vida saludables, y formando un equipo de médicos y paramédicos especializados en una gama de cuidados para la atención al envejecimiento.

La eficiencia de los hospitales y el acortamiento de estancias hospitalarias seguirán siendo, por mucho tiempo, una prioridad, fenómeno que podrá ser resuelto tanto por la aparición de nuevas tecnologías, como por los altos costos de la hospitalización.

Otro aspecto que se deberá contemplar es la formación de los profesionales de medicina y enfermería, donde tendrán que adoptarse cambios importantes en el currículum, además de la creación de más plazas para especialistas en geriatría, rehabilitación y atención de enfermos terminales.

## Conclusión

El envejecimiento de la población, manteniendo la calidad de vida, es el deseo de cualquier sociedad, teniendo en cuenta que se trata de un proceso irreversible, una vez se inicia. El cambio verdadero para una sociedad es mantener la autonomía y la independencia para la mayoría de sus ancianos.

El nuevo reto debe basarse en un proyecto solidario que se fundamente en la práctica del humanismo que sitúe a las personas en el centro de la acción social protectora, así como en el desarrollo de una oferta de servicios, capaz de dar respuesta a las nuevas necesidades de los ciudadanos. Finalmente debe caracterizarse por una atención integral a la persona que trasciende a la mera prestación de servicios asistenciales y proporcione respuesta a todas las dimensiones y necesidades con el objetivo de conseguir el pleno desarrollo y la completa integración social.

En todo este proceso la familia, y los diferentes cuidadores, desarrollan un papel fundamental e insustituible, basado en las relaciones afectivas y en la asistencia al anciano. Por tanto dentro de la estructuración de los niveles asistenciales es necesario darles el soporte necesario para que puedan asumir, en la medida de lo posible, el cuidado a las personas en situación de dependencia.

Toda población de ancianos asilada es, a priori, de alto riesgo en relación con un deterioro funcional; a ello contribuyen la propia reclusión, la baja estimulación y el estado de salud precario que suele prevalecer. Por estas razones, se hace imperativa la utilización de protocolos e instrumentos de evaluación funcional para el seguimiento longitudinal del anciano. Tal metodología permitiría el reconocimiento precoz de complicaciones susceptibles de tratamiento antes de que ocurran, ya que pueden ser costosas o irreversibles.

En el caso de Colombia, no hay políticas sociales claras que contemplen los problemas de envejecimiento y su atención. Como reflejo de esta falta de atención se encontró en 1995 que el 12% de los egresos hospitalarios era de personas mayores de 60 años. Esto plantea entonces que es necesario implementar un sistema de asistencia tanto sanitaria como social.

## Bibliografía

1. Reyes-Ortiz CA. The health conditions of the elderly in Colombia: An overview. *Clin Geriatr* 2000; 8(2): 61-66
2. Programa de acción: Atención al envejecimiento. Subsecretaría de prevención y protección de la salud. Primera edición, 2001. Secretaría de Salud. México, D. F.
3. Diago, JL. Programa salud del anciano. Bogotá: Ministerio de salud 1997
4. Rossjanki S, Matusevich D. La familia del anciano institucionalizado. Libro de Geriatria. Tomo No. 9 989:34-39
5. El aporte del médico en atención primaria al cuidado del anciano en la comunidad. Programa de Geriatria y Gerontología
6. Valero C, Regalado PJ, González JI, Alarcón MT, Salgado A. Valoración geriátrica integral: diferencias en el perfil de los pacientes de los distintos niveles asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33:81-90
7. Servicios Asturianos. La asistencia sociosanitaria
8. Gómez, JF, Curcio, CL. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales, 2002
9. López, J, Serra, J, Lozano, M, Tron, A et al. Programa integral de atención psicogeriatrica. *Revista Neurología* 2000; 30: 1181-87
10. González Ramallo, J. Estructura, organización y cartera de servicios en hospitalización domiciliaria
11. Terol García, E. Modelo de organización de la atención domiciliaria con equipo de soporte en atención primaria del territorio INSALUD
12. Berdún Cheéliz, P., Mancebón, M, Sánchez, A. Envejecimiento y dependencia: una valoración de las alternativas de financiación de los cuidados de larga duración. Universidad de Zaragoza
13. Gómez Pavón, J. Cuidados geriátricos en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias. Volumen 34. Nº 92: 9213-9223
14. Gutiérrez-Robledo LM, Reyes-Ortega G, Rocabado-Quevedo F, López-Franchini J. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. *Salud Pública Mex* 1996;38:487-500