

Propuesta de un modelo de atención geriátrica

Proposal for a model for geriatric attention

Zoila Edith Hernández Zamora y Marcos Muñoz Romero¹

RESUMEN

En la última década se ha insistido en la búsqueda de métodos que permitan mejorar y planificar la calidad y el tipo de atención al adulto mayor para así poder mejorar los servicios brindados a la mayoría de la población anciana. Ante esta perspectiva, se propone el establecimiento de clínicas de atención geriátrica con base en un modelo que posee bases teóricas y empíricas que demuestran la necesidad de instaurar un prototipo de organismo integrado por un equipo multidisciplinario que satisfaga las necesidades de salud integral de la población senecta.

Palabras clave: Modelo de atención; Adulto mayor; Calidad de la atención; Salud de los ancianos.

ABSTRACT

During the last decade there has been an insistent search for models to permit the betterment of the quality and planning of the type of attention for the aged adult in order to ensure the improvement of the services offered to the majority of aged people. With this perspective, we came to a series of considerations with respect to the proposal of elaborating a model for geriatric attention to treat the health problems of the elderly. This project should serve for setting up the theoretical and empirical basis to show the necessity of establishing a prototypical organism integrated by a multidisciplinary team to fulfill the needs of the aged population for integral health.

Key words: Model of attention; Aged adult; Quality of attention; Aged people's health.

El proceso de modernización en nuestro país, al igual que en otros de América Latina, se caracteriza por el desarrollo de cambios profundos frecuentemente difíciles de interpretar. A menudo, cuestiones de importancia escapan al análisis o a la acción de los especialistas hasta el momento en que el impacto de estos problemas sobre los patrones de desarrollo es inevitable. Eso es lo que ocurre con el fenómeno del envejecimiento de la población en el subcontinente; en un mundo acostumbrado a planificar en términos de la explosión demográfica, ha resultado difícil reconocer y ajustarse a las nuevas condiciones impuestas por una población en rápido proceso de envejecimiento que impacta los patrones de desarrollo de la región (Alfonso y Mena, 1999).

El interés regional por la situación de los adultos mayores genera acciones de investigación orientadas a asegurar información con la cual sea posible establecer estrategias de atención. En la actualidad se

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Apartado Postal 478, 91000 Xalapa, Ver., tel 2812-5740, fax 2812-8683, correo electrónico: zhernandez@uv.mx. Artículo recibido el 23 de mayo y aceptado el 13 de septiembre de 2003.

cuenta con un mínimo de información empírica en la que puedan fundarse algunas conclusiones; la información recogida acerca de las necesidades y servicios considerados como críticos por las personas mayores es consistente con un patrón de carácter universal: los sistemas de servicios de salud y seguridad social aparecen como los más importantes. El examen de dichos sistemas ilustra la naturaleza compleja del problema de atención de la población senescente; en la práctica, la resolución óptima de tal cuestión exige cambios profundos en la manera como nuestras sociedades deciden y administran las cuestiones relativas a quién, qué, por qué, cómo, cuándo y a qué costo recibe beneficios, especialmente en épocas de carencia y demandas conflictivas crecientes (Tapia, 1994).

El incremento de la población mayor de 60 años, por una parte, y la permanente escasez de recursos, por la otra, han puesto de relieve la importancia de la calidad y el tipo de atención que se les brinda, dado que mejorarla es también una forma de aumentar la eficiencia de los recursos. En la última década se ha insistido en la búsqueda de métodos que permitan evaluar esa atención para así planificar y asegurar una calidad adecuada en los servicios brindados a la mayoría de la población senecta (Fleishman, 1994).

Aunado a lo anterior, la cobertura de los servicios de salud para la población de 60 o más años es desigual por lugar de residencia y por grupo de edad y género. Las características del adulto mayor en las zonas rurales de México muestran la inequidad en la prestación de los servicios: 82% carece de seguridad social y, en el caso de solicitar servicios médicos, primero acude a los particulares y después a los diversos centros de la Secretaría de Salud y Asistencia (Borges y Gómez, 1998).

En la realidad, la evolución de las instituciones prestadoras de salud es un ejemplo muy concreto de la respuesta social hacia la vejez ya que demuestra cómo la sociedad invirtió en la salud de la población económicamente activa con servicios diseñados para atender a los trabajadores y sus familias, pero sin anticipar las demandas de atención que resultarían de la transición demográfica.

En muchos países, los principales factores que impiden la instauración de programas geriátricos incluyen la carencia de información esencial y comparable, los fracasos para vigilar los pro-

gramas existentes, la carencia de personal con conocimientos y capacitación en esta área, la escasez de recursos económicos, la duplicación de funciones, los intereses políticos diversos y la falta de un enfoque adecuado a las condiciones locales y nacionales. Se ha demostrado que las medidas preventivas, el diagnóstico eficaz, los procedimientos apropiados para el manejo de los pacientes crónicos y los cuidados geriátricos proporcionados por la comunidad mejoran la capacidad funcional, la adaptación a la vejez y, en general, el bienestar y la independencia. Esta perspectiva confirma la posibilidad de modificar los factores que afectan e invalidan al añoso, pero para hacerla posible se requieren estudios epidemiológicos que orienten sobre su padecimiento de mayor morbilidad (De Gortari, 1993).

Por otra parte, el mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud han provocado un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y un ascenso marcado en las enfermedades crónicas (cánceres diversos, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares) como las principales causas de muerte (Secretaría de Salud, 1994), que son las que de manera natural afectan más a la gente mayor.

También es importante señalar que el incremento en volumen y frecuencia de la demanda y uso de servicios de salud por parte de la población senescente, el aumento de la diversidad y complejidad del tipo de servicios de salud demandados, el incremento en la longitud temporal de su uso continuo y otros aspectos relacionados se pueden traducir en una elevación de los costos sociales de atención a la salud y de los gastos directos, personales y familiares, en el uso de servicios de salud para personas de este sector poblacional (Stum y Bauer, 1996).

Una de las propuestas de solución a este problema es la elaboración de modelos de atención gerontológica, consistentes en un conjunto de actividades preventivas, asistenciales, terapéuticas, de rehabilitación y capacitación, preparadas especialmente por el equipo de salud para un grupo de pacientes y sus familias que comparten necesidades y problemas médicos, psicológicos y sociales. Existe una gran diversidad de modelos, e incluso pueden crearse otros o adaptar los aplicados en

otros países para un medio específico (Morales, Rodríguez y Morales, 2000). Del equipo de salud depende el ingenio, la creatividad y la flexibilidad para implantar los modelos que en cada caso se requieran para llenar las expectativas de la atención de una población geriátrica.

Los profesionales del área de la salud deben participar en el diseño de los planes y las estrategias a fin de generar un sistema de atención a la salud adaptado a los padecimientos frecuentes crónicos y múltiples, además de tomar en consideración la medicina preventiva para disminuir las posibilidades de daño en el corto o largo plazo.

Ante esta perspectiva, la presente investigación tuvo como objetivo conocer las opiniones de una muestra de adultos mayores en relación con el proyecto de establecimiento de una clínica de atención geriátrica y de las características que debiera tener. Se recogió, además, información sobre su estado de salud, situación económica, tipos de servicios médicos que recibe y opiniones en relación a éstos. Con base en tal exploración, complementada con algunos fundamentos teóricos, es que se llegó a una serie de conclusiones en cuanto a proponer un modelo de atención geriátrica para la atención de la salud del adulto mayor. Así, el presente trabajo propone ese modelo sin dejar de considerar los problemas que el asunto plantea en cuanto a su viabilidad, pues los demandantes potenciales carecen de recursos en su mayoría y los seguros médicos no cubren gastos relacionados con la vejez, y, por otra parte, incluye al oferente potencial porque requiere sobrada especialización y, por ende, una gran inversión del sector público —destinatario último de la propuesta—, pero conscientes también del creciente aumento del grupo etario de referencia y de la necesidad de atención especializada para la evaluación, prevención, tratamiento de sus enfermedades y mantenimiento de su salud. Finalmente, este proyecto está encaminado a servir de antecedente y a sentar las bases teóricas y empíricas que demuestren la necesidad de instaurar un prototipo de organismo integrado por un equipo multidisciplinario que satisfaga las necesidades de salud integral de la población senecta.

Los resultados derivados de diversos estudios comprueban que los porcentajes de enfermedades más altos corresponden a padecimientos

de tipo crónico-degenerativo —como son las enfermedades del sistema circulatorio y del sistema osteomuscular—, los cuales requieren de tratamientos largos, costosos y especializados, además de una atención específica en cuanto a su tratamiento y prevención en las personas mayores.

En relación con la distribución y absorción de los costos de la atención médica en lo que toca a México, estos adoptan tres formas: la primera está integrada por la Secretaría de Salud, misma que presta atención a la población abierta; la segunda corresponde a las dependencias de “entrega” de atención a la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Servicios Sociales al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Durán, Sánchez, Vallejo, Carreón y Franco, 1996; Maceira, 1996), y la tercera forma es la que corresponde al pago directo por parte de los usuarios.

En cuanto a estas formas de atención a la salud, en un estudio anterior (Hernández, en revisión) se ha demostrado que la mayoría de las personas añosas requieren de servicios médicos específicos y que en su mayoría recurren a instituciones públicas del sector salud como las citadas arriba, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y otras dependencias de la Secretaría de Salud, siendo los menos quienes consultan médicos particulares, y casi nulo el número de los que asisten a especialistas en geriatría, servicio que no se ofrece en ninguna de las dependencias públicas citadas.

En referencia al uso de estos servicios, y contrariamente al resultado de otras investigaciones de este tipo (Huerta, 1999), en donde se menciona que la mujer hace mucho más uso de los servicios médicos, en el estudio ya citado de Hernández (en revisión) la frecuencia con que solicitan la atención médica fue similar en ambos sexos.

Habitualmente, la salud del adulto mayor se deteriora al paso de los años; no puede tener la misma fuerza y capacidad física que un joven, pero ello no significa que una persona mayor tenga que enfermar con frecuencia y mucho menos suponer que la enfermedad es parte natural del envejecimiento. Mas, ¿qué hacer para permanecer sano? En el estudio referido, a pesar de que más de la mitad de los adultos mayores dijo saber cómo cuidar su salud y evitar enfermedades, muy

pocos eran los que cuidaban su alimentación, hacían ejercicio (a pesar de la mayoría contestó que no tenían ningún impedimento físico para hacerlo) o tomaban complementos alimenticios, y aún fueron menos los que hacían las tres cosas.

Generalmente, se da como un hecho que los tres principales factores para una buena calidad de vida son la salud, el aspecto económico y el afectivo, en ese orden; en efecto, la salud parece ser una preocupación fundamental en la vejez, así como la situación económica, pero todavía es posible discutir cuál de los tres factores es determinante en la calidad de vida (Casas, 1998). Otra de las situaciones que dificultan la valoración del estado de salud de los ancianos es la presencia de varias enfermedades simultáneas (multimorbilidad), y hay personas que reportan más de una docena de enfermedades al mismo tiempo.

Así mismo, el crecimiento de la población de ancianos ha originado la necesidad de personal preparado en el campo de la gerontología, lo que implica cambios de actitud hacia el adulto mayor. Además del suministro de servicios, los ancianos necesitan tener un contacto estrecho con las personas que los proporcionan, quienes actúan también como acompañantes o confidentes.

Para afrontar estos problemas, se hace necesaria la participación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos geriatras y gerontólogos, enfermeras gerontólogas, gericulturistas, terapeutas físicos, trabajadores sociales, psicólogos, dietistas, odontólogos y podólogos (Conde, 1998), equipo que debe trabajar en un establecimiento, llámese clínica, hospital de día u hospital geriátrico.

Basados en estudios anteriores, y teniendo en consideración las características que debería tener la propuesta del modelo a seguir para la atención de la salud de los mismos, es que se estudiaron las particularidades de dos de los diversos modelos (Morales y cols., 2000) que hay para la atención de este grupo etario, las que se mencionan a continuación:

Hospital de día: desarrollado como una alternativa para las estancias hospitalarias prolongadas, reduce significativamente los costos en la atención de la salud del viejo, brindando un desprendimiento gradual de los cuidados hospitalarios que favorece la autonomía y disminuye los costos económicos de la hospitalización y sus riesgos.

Unidades de evaluación geriátrica: unidades donde se centren los recursos médicos y diagnósticos que pueden situarse en los servicios de consulta externa dentro de los modelos tradicionales —como el hospital, los servicios de rehabilitación (Fleites, 1995) o cualquier otro medio—, evitando la permanencia en el hospital que, aun siendo breve, puede tener serias repercusiones.

Precisamente el modelo que se propone reúne ambas condiciones, teniendo como primera consideración que tales instituciones respeten la autonomía, voluntad y calidad de vida de la población geriátrica a la que se apliquen, sin que deriven en cuestiones políticas, de lucro personal o de mera improvisación. El equipo geriátrico podría planear mejor estos servicios si antes consultara con los propios viejos sus necesidades y preferencias.

La propuesta del presente proyecto no incluye la cuestión referente a cuidados hospitalarios, ya que la hospitalización de los pacientes viejos, en la mayoría de los casos, suele ocasionar temor, desesperanza, desconfianza, agotamiento, soledad, confusión, declinación física, conflicto y otros sentimientos adversos que experimentan los pacientes cuando por alguna circunstancia se hace necesario hospitalizarlos y cuya estancia en la institución se prolonga debido a complicaciones. De hecho, el hospital es un lugar hostil para muchos de los ancianos frágiles con enfermedades graves, pues son vulnerables al ambiente hospitalario, al reposo forzado en cama, al estrés y a la iatrogenia (Romero y Rodríguez, 2000). De ahí que se proponga un modelo de atención geriátrica donde el paciente añoso acuda para llevar un control de su salud (prevención) que le haga posible gozar de una vida independiente, o bien a hacer uso de los servicios para la evaluación de su salud o el alivio de sus padecimientos.

Esta propuesta del modelo que se menciona se hizo a partir del fracaso de los esquemas tradicionales de sistemas de salud y de seguridad social, sistemas en los cuales los problemas y necesidades de la población añosa permanecen ignorados, pues las decisiones sobre políticas públicas de servicios favorecen a los grupos más numerosos y efectivos en cuanto a su capacidad para articular y promover sus intereses.

Tomando en consideración las propuestas del Plan Nacional Gerontológico (Conde, 1998) en donde

se incluye el desarrollo de modelos de asistencia para el grupo etario mencionado, es que se llegó a la conclusión que el modelo de atención geriátrica debe reunir las siguientes características:

- Estar ubicada en un centro urbano con una población geriátrica importante.
- Destinar sus servicios única y exclusivamente a personas de 60 años o más.
- Tener derecho, cualquier persona que cumpla con el requisito anterior, a solicitar los servicios, sin importar su clase o condición socioeconómica.
- Tener informado al paciente sobre sus condiciones de salud, para decidir junto con el equipo multidisciplinario las metas del tratamiento.
- Cobrar los servicios dependiendo de los recursos de cada persona.
- Especificar que sólo en casos de urgencia el profesional de la salud correspondiente acudirá al domicilio del paciente.
- Determinar que, preferentemente, la institución dependerá del gobierno, o sea, del sector público.
- Tener en consideración que la mayoría de las personas sólo puede pagar por consulta médica un equivalente a dos dólares, aproximadamente.
- Puntualizar que los servicios que no se refieran a la consulta médica (como estudios de gabinete, análisis, rehabilitación, curaciones, tratamientos dentales, psicológicos, psiquiátricos y otros) se cobrarán dependiendo de los recursos de la persona.
- Contar con los servicios de especialistas en personas mayores, como médicos, psicólogos, enfermeras, gericulturistas, trabajadoras sociales, nutriólogos, dietistas, odontólogos, podólogos y otros.

- Establecer que sólo se dará consulta o cualquier otro servicio para el mejoramiento de la salud de tipo externo; no dispondrá de instalaciones para aquellos pacientes que requieran hospitalización.
- Señalar que en lo que se refiere a la adquisición de medicamentos, el gobierno deberá instaurar un plan para que los mismos sean accesibles, en especial por aquellas personas que carecen de recursos económicos.
- Llevar a cabo programas destinados a la prevención de enfermedades y al autocuidado de la salud.
- Incluir a los servicios de rehabilitación como parte de las funciones.
- Instaurar como política principal que el trato que se dé a los pacientes deberá ser de calidad total, lo cual quiere decir que, además de que la atención médica o de cualquier otro tipo sea excelente, el cuidado que se les brinde sea expedito, amable, paciente y afectuoso.
- Diseñar las instalaciones para que sean funcionales, armoniosas, motivadoras y adecuadas al propósito buscado en lo correspondiente a áreas verdes, consultorios, salas de rehabilitación, de espera, área de recepción, de información y demás.

Para concluir, es recomendable hacer más investigaciones en relación con el adulto mayor, sobre todo en lo que se refiere a los aspectos de salud y socioeconómicos; la ejecución de programas para elevar su calidad de vida debe estar sustentada en hechos sólidos y obtenidos a partir de la realidad que actualmente viven las personas que atraviesan por esta etapa.

REFERENCIAS

- Alfonso, J. y Mena, M. (1999). Envejecimiento. Un reto adicional. Apuntes para su estudio en América Latina. En: M. Bronfman y R. Castro (Comps.): *Salud, cambio social y político*. México: Edamex .
- Borges, A. y Gómez, H. (1998). Uso de los servicios de salud por los ancianos. *Salud Pública de México*, enero-febrero, 40(1): 13-23.
- Casas, G. (1998). Salud, dinero y amor... ¿y el autocuidado? En M. Suárez H. (Comp.): *Gerontología 2000* (pp. 115-120). México: Praxis.

- Conde R., M.J. (1998). La gerontología y sus acciones e interacciones del equipo multiinterdisciplinario. En M. Suárez H. (Comp.): *Gerontología 2000* (pp. 30-33). México: Praxis.
- De Gortari, E. (1993). Servicios de salud para el anciano. En A. Uribe (Coord.): *VIII Congreso Nacional de Geriátrica y Gerontología de México* (pp. 21-25). México: Ediciones Medicina y Sociedad.
- Durán, A., Sánchez, R., Vallejo, M., Carreón, J. y Franco, F. (1996). Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. *Salud Pública de México*, 38(1): 501-512.
- Fleishman, R. (1994). Evaluación de la calidad de la atención al anciano. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (Eds.): *La atención de los ancianos, un desafío para los años 90*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Fleites, O. (1995). Técnicas de evaluación geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, mayo-agosto: 1-5.
- Hernández Z., Z.E. (en revisión). Viabilidad para el establecimiento de una clínica de atención geriátrica. *Gaceta Universitaria*. Xalapa: Universidad Veracruzana.
- Huerta, R. (1999). La situación de las personas de la tercera edad en México. Tendencias y políticas de Estado. En D. Méndez (Coord.): *Mujer de tercera edad y seguridad social (Memorias)*. México: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Maceira, D. (1996). *Fragmentación e incentivos en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe*. Documento de Trabajo Num. 391. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Morales, P., Rodríguez, R. y Morales, J. (2000). Modelos de atención gerontológico. En R. Rodríguez, J. Morales, Z. Trujillo, J. Encinas y C. D. Hyver (Eds.): *Geriátrica*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Romero, C. y Rodríguez, R. (2000). Riesgos de la hospitalización. En R. Rodríguez, J. Morales, Z. Trujillo, J. Encinas y C. D. Hyver (Eds.): *Geriátrica*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Secretaría de Salud (1994). *Encuesta Nacional de Salud II*. México: Laboratorio Gráfico Editorial.
- Stum, M y Bauer, J. (1996). Out of pocket home care expenditures for disabled elderly. *Journal of Consumer Affairs*, 30(1): 24-47.
- Tapia, J. (1994). Los ancianos y las políticas de servicio en América Latina y el Caribe. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (Eds.): *La atención de los ancianos, un desafío para los años 90*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.