

## **Modelo de Gestión en Unidad de Geriátría**

Luis Alberto Navarro Sánchez

Estudiante de Maestría de Gerencia en Organizaciones de Salud

Diana Hamburger Arrazola

Estudiante de Maestría de Gerencia en Organizaciones de Salud



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

**Y ADMINISTRATIVAS**

**MAESTRIA EN GERENCIA EN ORGANIZACIONES DE SALUD**

Tutor:

Dr. Francisco Javier Tamayo -Giraldo

Cali, Valle del Cauca

2024

## **Modelo de Gestión en Unidad de Geriatría**

### **Autores:**

Luis Alberto Navarro Sánchez

Diana Hamburger Arrazola

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de Magister en Gerencia en Organizaciones de Salud.

**Director de trabajo de grado:** Dr. Francisco Javier Tamayo Giraldo

Medico Geriatra

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
Y ADMINISTRATIVAS  
GERENCIA EN ORGANIZACIONES DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2025**

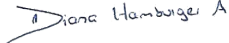
Santiago de Cali, día de mes de año

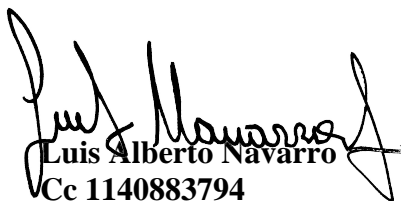
**Doctor**  
**Fabian Fernando Osorio Tinoco**  
**Decano**  
**Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas**  
**Pontificia Universidad Javeriana**  
**Cali**

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es  
“Modelo de Gestión en Unidad de Geriátrica “.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el  
propósito para el cual fue elaborado.

**Atentamente**

  
**Diana Hamburger Arrazola**  
**Cc 31982957**

  
**Luis Alberto Navarro**  
**Cc 1140883794**

Santiago de Cali, diciembre 13 de 2024

Doctor  
**Fabian Fernando Osorio Tinoco**  
Decano  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas  
Pontificia Universidad Javeriana  
Ciudad

Cordial Saludo

La presente con el fin de comunicarle, en calidad de Director de Trabajo de Grado, he revisado el mismo titulado **Modelo de Gestión en Unidad de Geriatría** realizado por los estudiantes de Maestría Diana Hamburger y Luis Alberto Navarro con concepto favorable para ser presentado a evaluación

Atentamente



---

Francisco Javier Tamayo-Giraldo  
Director del trabajo de Grado

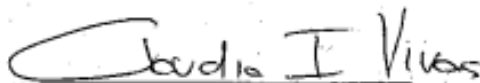
ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

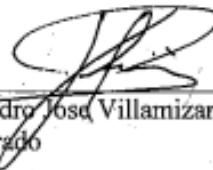
**“MODELO DE GESTIÓN EN UNIDAD DE GERIATRÍA.”** Aprobado por el  
Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la  
Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de  
Organizaciones en Salud.



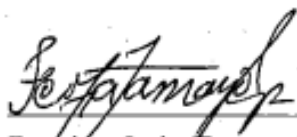
Fabian Fernando Osorio Tinoco  
Decano  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar  
Directora Maestría en Gerencia  
de Organizaciones en Salud.



Pedro José Villamizar Beltrán  
Jurado



Francisco Javier Tamayo García  
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 24 febrero de 2025

## Tabla de contenido.

<b>1.</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>Glosario.....</b>	<b>14</b>
<b>3.</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>15</b>
	<b>3.1 Objetivo General .....</b>	<b>15</b>
	<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>4.</b>	<b>Justificación.....</b>	<b>17</b>
<b>5.</b>	<b>Marco Teórico .....</b>	<b>20</b>
	<b>5.1 ¿Por qué es importante un Modelo de Gestión en Unidad de Geriátrica? .....</b>	<b>24</b>
<b>6.</b>	<b>Propósito .....</b>	<b>27</b>
<b>7.</b>	<b>Modelo de Unidad Geriátrica .....</b>	<b>28</b>
	<b>7.1 Estructura Unidad Geriátrica .....</b>	<b>28</b>
	<b>7.2 Pilares del Modelo de la Unidad Geriátrica .....</b>	<b>30</b>
	<b>7.3 Funcionamiento de la unidad Geriátrica .....</b>	<b>33</b>
	<b>7.3.1 Criterios de Inclusión .....</b>	<b>33</b>
	<b>7.3.2 Esquema funcional de la Unidad Geriátrica .....</b>	<b>33</b>
	<b>7.3.2.1 Atención Hospitalaria.....</b>	<b>33</b>

7.3.2.1.1	Criterios de Ingreso a hospitalización.....	34
7.3.2.1.2	Ruta Integral Atención Hospitalaria.....	34
7.3.2.1.3	Ubicación y Estructura de la Unidad Geriátrica Hospitalaria .....	37
7.3.2.2.4	Recurso Humano en la Unidad Geriátrica de Atención Geriátrica Aguda .....	37
7.3.2.2	Unidad Geriátrica Ambulatoria .....	40
7.3.2.2.1	Consulta Externa .....	40
7.3.2.2.2	Ubicación y Estructura Consulta Externa.....	41
7.3.2.2.3	Recursos Humano en La Unidad de Consulta Externa....	42
7.3.2.3	Recurso Humano en La Unidad de Atención Domiciliaria.	44
7.3.2.4	Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor.....	44
7.3.2.4.1	Ubicación y Estructura de la atención Paliativa y Manejo del Dolor.....	45
7.3.2.4.2	Recursos Humanos Cuidado Paliativo y Manejo del Dolor .....	45
8.	Evaluación de Habilitación de la Unidad Geriátrica.....	47
8.1	Derechos de los pacientes .....	48
8.2	Seguridad del paciente.....	49
8.3	Acceso.....	50
8.4	Registro e Ingreso .....	51
8.5	Evaluación de necesidades al ingreso.....	52
8.7	Ejecución del tratamiento .....	54

	<b>8.8 Evaluación de la atención.....</b>	<b>55</b>
	<b>8.9 Salida y Seguimiento.....</b>	<b>56</b>
	<b>8.10 Referencia y contrarreferencia.....</b>	<b>57</b>
<b>9.</b>	<b>Seguimiento y Control.....</b>	<b>58</b>
	<b>9.1 Seguimiento Clínico.....</b>	<b>58</b>
	<b>9.2 Indicadores Financieros.....</b>	<b>59</b>
<b>10.</b>	<b>Conclusión.....</b>	<b>61</b>
	<b>Referencias.....</b>	<b>62</b>

#### Resumen:

Modelo de gestión en unidades de geriatría diseñado para optimizar la atención integral y humanizada del paciente a partir de los 60 años. El modelo tiene como objetivo mantener su autonomía, mejorar su calidad de vida y reducir complicaciones en salud.

El modelo integra la colaboración interdisciplinaria entre los diferentes profesionales de salud y servicios que se prestan en la institución que promueve la atención coordinada y centrada en el paciente.

El modelo de Gestión en Unidades de Geriatría consta de cinco pilares:

**Atención Primaria Geriátrica:** Que se enfoca en la prevención, diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas.

**Hospitalización Geriátrica:** Enfocada en la atención especializada para pacientes con enfermedades agudas o que presenten descompensación de condiciones crónicas.

Rehabilitación Geriátrica: Enfocado en la recuperación funcional de enfermedades, cirugías o crisis de salud que incluye terapia física, ocupacional y del habla.

Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor: Enfocada en el alivio del sufrimiento y mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas.

Docencia e investigación: Enfocada en la formación continua de profesionales de la salud y desarrollo de investigación.

Palabras Claves: Modelo de gestión geriátrica, atención integral, calidad de vida, hospitalización, rehabilitación, cuidados paliativos, docencia, investigación.

Summary:

A management model for geriatric units designed to optimize comprehensive and humane care for patients over the age of 60. The model aims to maintain patient autonomy, improve their quality of life, and reduce health complications.

The model integrates interdisciplinary collaboration between the various healthcare professionals and services provided at the institution, promoting coordinated, patientcentered care.

The Geriatric Unit Management Model consists of five pillars:

Geriatric Primary Care: Focuses on the prevention, diagnosis, and management of chronic diseases.

Geriatric Hospitalization: Focuses on specialized care for patients with acute illnesses or decompensated chronic conditions.

Geriatric Rehabilitation: Focuses on functional recovery from illnesses, surgeries, or health crises, including physical, occupational, and speech therapy.

Palliative Care and Pain Management: Focused on relieving suffering and

improving the quality of life of patients with advanced illnesses.

Teaching and Research: Focused on the continuing education of healthcare professionals and research development. Keywords: Geriatric management model, comprehensive care, quality of life, hospitalization, rehabilitation, palliative care, education, research.

## **1. Introducción**

De acuerdo con cifras publicadas por el (DANE, s.f, citado por Asociación Colombiana de Informática, Sistemas y Tecnologías Afines, 2022) el 14.4 % de la población colombiana corresponde personas mayores de 60 años. Debido a lo anterior existe preocupación de cómo abordar los retos relacionados al sostenimiento socio económico de un modelo de salud en donde se prevé un incremento significativo de la población perteneciente al segmento de adultos mayores. A su vez se proyecta que a futuro exista un menor número de personas en edad de trabajar, lo que conlleva a menores ingresos al sistema de salud. Esto, junto con una población de adultos mayores con un elevado número de comorbilidades puede generar un costo mayor en salud si no se hacen los abordajes adecuados para la atención. Es importante resaltar el desequilibrio que genera un aumento significativo de adultos mayores sumado a las bajas tasas actuales de natalidad que limita la capacidad productiva del país a futuro. Acompañado no solo de un costo más elevado en el servicio de salud, sino también en la carga que generan las pensiones en el gasto público del país.

En Colombia a pesar de los avances en la implementación de “La Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022- 2031” (Constitución Política de Colombia, Decreto 681 del 2022), todavía existen importantes brechas para la atención de la población adulta mayor en

las regiones más alejadas del país. Por otro lado, en las principales ciudades donde hay alta concentración poblacional, no se realiza un seguimiento integral para tener un envejecimiento saludable de la población en donde se minimice el riesgo de enfermedad y discapacidad que permita mantener la función física y mental.

Para la población de Magisterio, Puerto y Ferrocarriles en donde Cosmitet LTDA Corporación de servicios Médicos Internacionales figura como prestador de servicios de salud en las regiones de: Valle del Cauca, Cauca, Eje Cafetero y Bolívar, los servicios más representativamente costosos son aquellos derivados de patologías que pueden ser detectadas oportunamente y tratadas de tal manera que se puedan evitar futuras complicaciones, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida del paciente y la disminución de costos al sistema de salud (Informe de Gestión Cosmitet ,2023,p,10-25).

Como parte de la problemática podemos percibir que el modelo de atención al adulto mayor tiene oportunidades de mejora, puntualmente en cómo abordar y tratar a las personas de esta población. Si bien el personal de servicios de salud cuenta con los conocimientos globales necesarios para atender a los pacientes independientemente de su edad y segmento poblacional no se puede dejar a un lado el manejo que se le da a los pacientes en los diferentes ciclos de vida. Es evidente que no es el mismo manejo el que se le debe dar a un niño en sus primeros años de vida, un adolescente en etapa de maduración, o un adulto mayor en su vejez.

Según cifras publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015) los resultados obtenidos a través del estudio SABE ( Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento) -que recoge información importante sobre la situación, en el ámbito rural y

urbano, de la población de personas adultas mayores en el país-, dan cuenta de que en Colombia el gasto en salud ha fluctuado en alrededor del 7.2% del producto interno bruto( informe OCDE ,2019), que incluye el gasto público y privado. A su vez se encontró que el segmento poblacional mayor de 60 años consume más servicios en comparación con otras edades. Entre el 25% y 30%, del gasto en salud está relacionado con el tratamiento de enfermedades crónicas como: hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas de este grupo poblacional (Análisis Situacional de Salud (ASIS),2020). (En esta misma línea, el 84.8% de los adultos mayores padecen dos o más enfermedades en donde hipertensión arterial, problemas visuales y auditivos representaron más del 40%(SABE Colombia 2015 : Estudio Nacional de Salud , 2015, p, 6). .

Actualmente la falta de citas oportunas genera que estos pacientes desarrollen complicaciones, si bien es importante darle atención a la totalidad de la población, estos pacientes deberían ser prioridad en los programas, no solo porque representan un costo elevado para la entidad aseguradora sino también porque son aquellos que más riesgo de complicaciones y muerte pueden llegar a tener.

Es importante contar con una unidad de geriátrica que permita que los pacientes adultos mayores puedan tener un modelo de atención de fácil acceso que les ayude no solo a atender las molestias actuales, sino que también les permita aprovechar y hacer revisión de las demás patologías que más afectan a las personas cuando llegan a edad avanzada. Esta unidad debe hacer sinergia con el grupo familiar y su entorno.

## 2. Glosario

**Vejez:** período vital que sigue a la madurez. la Organización Mundial de la Salud ubica esta etapa a partir de los 60 años (Enciclopedia Significados, s.f.)

**Envejecimiento saludable:** La OMS define el envejecimiento saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (Organización Mundial de la Salud, 2012, p, 1).

**Geriatría:** Según la OMS es la ciencia médica que estudia, identifica y trata las enfermedades en el adulto mayor (Organización Mundial de la Salud, 2012, p, 1).

**Gerontología:** La gerontología es una disciplina científica que estudia el proceso de envejecimiento desde todas sus vertientes y dimensiones, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

**Equipo multidisciplinario:** “Un equipo multidisciplinario es aquel que está formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, donde trabajan en un área común, pero de forma independiente” (Empatía, 2020) de manera encadenada.

**La capacidad funcional:** “Comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la capacidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar (o restringir). Estas capacidades son: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad” (Officer & Manandhar, 2019, p.1).

**La capacidad intrínseca:** “Es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de

una persona e incluye su capacidad de caminar, pensar, ver, oír y recordar. Distintos factores influyen sobre la capacidad intrínseca como la presencia de enfermedades, los traumatismos y los cambios relacionados con la edad” (Officer & Manandhar, 2019, p.1).

**El entorno:** “Comprende el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan” (Officer & Manandhar, 2019, p.1).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Integrar las intervenciones individuales, familiares y de los profesionales de la salud para permitir el desarrollo de acciones multidisciplinarias de atención integral centrada en el paciente con un trato humanizado a las necesidades de salud de las personas adultas mayores de 60 años en adelante, a través de actividades en atención primaria, hospitalización, rehabilitación, geriatría de enlace, investigación, y docencia con el fin de mejorar la salud general y calidad de vida en este grupo etario.

### 3.2 Objetivos Específicos

Garantizar la atención integral escalonada, oportuna y eficaz que permitan hacer cambios en estilo de vida, hábitos y costumbre, previniendo o retardando la aparición de enfermedades y discapacidades que estas pudieran llevar.

Organizar las acciones de la atención hospitalaria del adulto mayor con el fin de disminuir mortalidad, morbilidad e incapacidades residuales.

Garantizar una adecuada interrelación entre el personal de salud hospitalario, la familia y la comunidad. Con el fin de mantener la continuidad en el tratamiento y la rehabilitación durante la hospitalización y al alta del paciente.

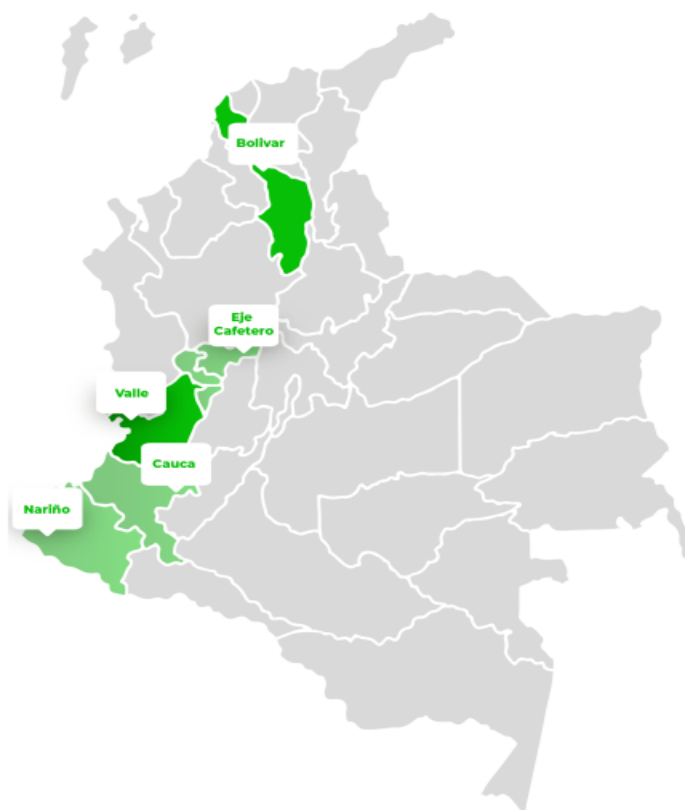
Desarrollar la formación y capacitación del recurso humano calificado en la atención integral al adulto mayor con el fin de mejorar la disponibilidad de personal calificado en este tipo de atenciones

Generar Investigación en gerontología y geriatría en todos los ámbitos de atención en salud con el fin de transformar y aumentar el conocimiento relacionado con este grupo etario.

#### **4. Justificación**

Los cuidados de atención en salud para personas de 60 años en adelante son motivo de estudio alrededor del mundo, en donde podemos encontrar diferentes prácticas y modelos que tienen como fin mantener a la población adulto mayor saludable y disminuir el costo que representan las enfermedades y complicaciones que van surgiendo con el paso de los años. Es importante definir las características demográficas y epidemiológicas de la población, así como también la red de salud integrada e integral que permita detectar tempranamente posibles enfermedades y evitar complicaciones que desencadenen en sobre costos en salud.

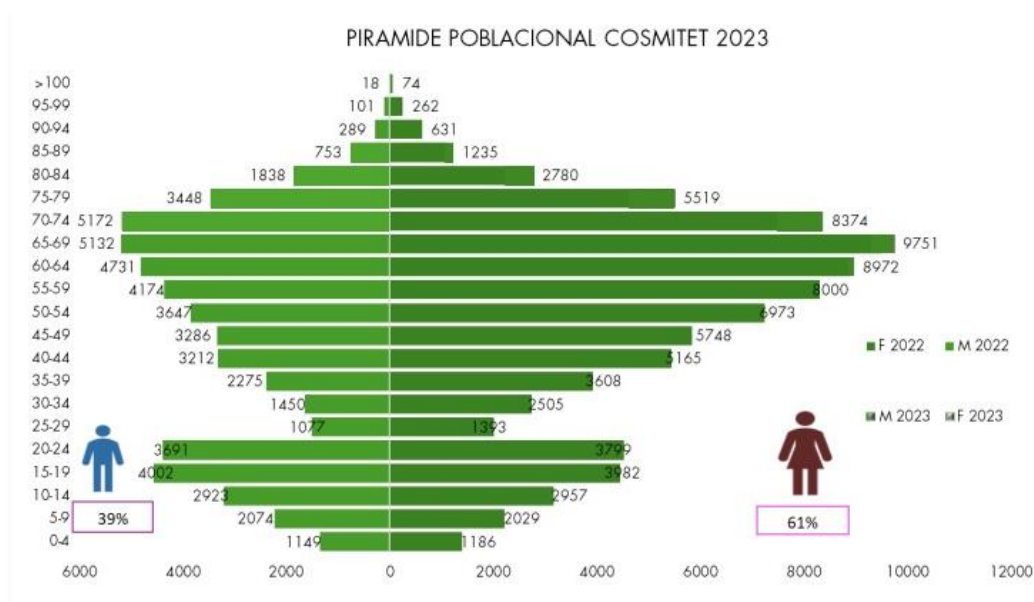
La Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them (COSMITET) es una institución promotora de salud (IPS) de carácter privado con 26 años de experiencia en el sur occidente colombiano, conformada por 40 centros médicos ambulatorios y 3 clínicas de mediana y alta complejidad distribuidas en los departamentos de: Valle del Cauca, Cauca, Risaralda, Caldas, Quindío, Nariño y Bolívar.

**COSMITET TIENE PRESENCIA  
EN ESTAS REGIONES:**

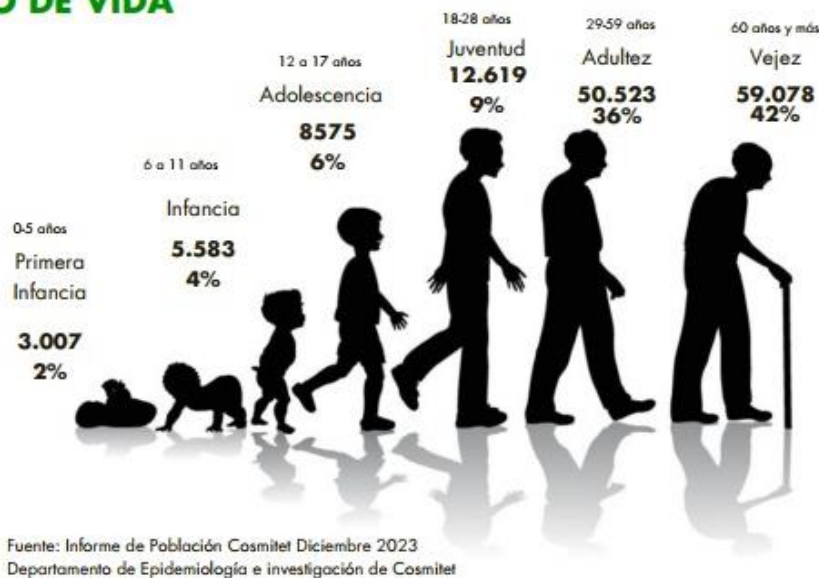
Fuente: Informe de Gestión (Cosmitet, 2023)

Es importante resaltar que el 42 % de la población que atiende Cosmitet son personas adulto mayor que si la comparamos al promedio del país, la concentración de la población en Cosmitet es significativamente mayor que la del resto del país. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, s.f, citado por Asociación Colombiana de Informática, Sistemas y Tecnologías Afines, 2022), en el país hay 7.412.407 personas que tienen más de 60 años, cifra que equivale al 14,4 por ciento de la población del país. Estas cifras toman relevancia teniendo en

cuenta que actualmente el promedio del país tiene una tasa más baja de adulto mayor que la población de Cosmitet. Por esta razón la empresa se ve en la necesidad de focalizar esfuerzos e implementar un modelo que preste especial atención a esta población; que no solo posee una concentración más alta de este segmento de afiliados, sino que también es la que más costos le representa al sistema.



## CICLO DE VIDA



### 5. Marco Teórico

En la lista de los países con poblaciones más envejecidas se encuentran Japón que ha identificado la necesidad de focalizarse en la atención médica en adultos mayores, esto se debe a disminución en las tasas de natalidad y un aumento del grupo etario mayor de 60 años, en donde para el 2013 representaba el 25% de la población, para el 2025 se proyecta en el 30% y para el 2060 en el 39.9%. Por esta razón el concejo científico de Japón ha buscado mecanismos para fortalecer elementos como: Modelos de unidades geriátricas domiciliarias, el recurso humano capacitado en gerontología o medicina geriátrica y centros médicos (Arai, 2014).

Japón se prepara para afrontar un aumento significativo de ancianos, es por esto por lo que también ha implementado medidas para atención médica dirigida a la cura, el apoyo de actividades médicas

de atención a la población, formación de los médicos y personal de salud para establecer centros de atención geriátrica, así como también el desarrollo de modelos de atención geriátrica (Arai,2015). En el continente europeo destacan países como España que también se caracterizan por tener una población envejecida muy activa e independiente. En España se han desarrollado programas de asistencia al adulto mayor que le permite al gobierno conocer sus patologías, llevar un seguimiento de ellas, y estar preparados para cualquier eventualidad, permitiéndoles a su vez llevar una vida normal que no les impida realizar sus actividades diarias. España cuenta con un modelo de bienestar de acceso universal para la población que a pesar de ser limitado en su cobertura (Tobío, 2010) es considerado un modelo de cuidado de larga duración que responde y es influido por la nueva generación de derecho social que está emergiendo en la unión europea, que tiene como fin reconocer como un derecho lo que antes eran ayudas dispersas y subsidiarias del cuidado familiar (Rodríguez Cabrero, 2011).

Existen preocupaciones con respecto al aumento de la población envejecida en España y del costo al sistema de salud que esto representa. Cada vez la población española está alcanzando edades más avanzadas lo cual conlleva a mayor probabilidad de tener enfermedades crónicas y requerir constantemente los servicios de salud y consumo de medicamentos (Bazo, 1998).

En Alemania por su parte las personas cuentan con un sistema de protección social que garantiza determinadas prestaciones sociales, que a diferencia de España cuenta con una financiación mixta donde también hacen parte los seguros privados que son enfocados para las personas que trabajan de manera autónoma o de altos ingresos. Es importante resaltar que todos los residentes deben contar con un seguro público o privado. Este sistema se caracteriza por ser un sistema de seguro social contributivo, con derechos basados en la historia previsional, sin requerir la existencia de prueba de recursos. Este sistema también cuenta con programas de promoción social y ayudas para

el desarrollo de capacidades y oportunidades individuales en situaciones sociales determinadas (Acosta et al. 2018).

Alemania es un país que ha destacado por tener bajos niveles de natalidad y población adulto mayor en aumento. Actualmente vive problemas relacionados con la dificultad para conseguir mano de obra calificada para el sector industrial y las proyecciones con respecto a los niveles de natalidad se mantienen estables. Esto significa que el país tiene un riesgo latente en donde el número de personas ancianas sigue en aumento y el número de personas jóvenes en edad productiva se mantiene escaso. Para el año 2020 la población mayor a 65 años representaba el 21.97% de la población, mientras que la de niños era solo del 13.8%. Alemania es uno de los países que más trabaja en el desarrollo de modelos de atención para el adulto mayor ya que este será un factor determinante para el sistema de protección social del país (Acosta et al. 2018)

Los países desarrollados han generado diferentes modelos para atender la población con enfermedades crónicas y/o adulto mayor como el modelo de Cuidado Crónico Extendido del Gobierno de la Columbia Británica de Canadá que hace hincapié en el contexto comunitario, al igual que en la importancia de la prevención y promoción sanitaria. Otra adaptación popular del CCM es el modelo marco Cuidado Innovador para Enfermedades Crónicas, que añade una perspectiva de política sanitaria. Uno de sus aspectos clave es el énfasis que pone en la necesidad de optimizar el uso de los recursos sanitarios disponibles dentro de un contexto geográfico y demográfico específico. Tal enfoque es crucial en muchos países de ingresos medios y bajos donde coexisten infraestructuras de múltiples proveedores, con un uso no óptimo de los servicios

Por otro lado, en América latina se vive una realidad distinta en relación con el sistema de salud y de su capacidad de atender al adulto mayor, sin embargo, en la región existen algunos países que han alcanzado resultados sobresalientes en la atención en salud como lo es el caso de Colombia,

Chile y Costa Rica. Un logro importante para esta región; teniendo en cuenta el aumento significativo de personas adulto mayor. Los sistemas de salud se ven en la necesidad de establecer políticas que permitan dar atención oportuna para la población, sin embargo, frente al número progresivo de las necesidades de tratamientos y cuidados paliativos la capacidad de respuesta en América Latina y el Caribe es considerada escasa.

*” Muchos países no satisfacen las demandas y se considera que sólo reciben cuidados paliativos entre el 5 y el 10% de los enfermos que los necesitan (1); más del 90% de servicios paliativos está en las grandes ciudades, y más del 50% de pacientes no puede pagar los servicios o la medicación. El 80% de las naciones no los reconocen como una disciplina y no los incluyen en los sistemas sanitarios públicos o privados. Siguiendo la clasificación de Wright y colaboradores, 11 países están en prestación aislada de servicios, 6 en etapa de integración preliminar con los servicios de salud estándar y 2 países (**Colombia** y **Costa Rica**) se consideran en una etapa de integración **avanzada** con los servicios de salud estándar”* (Parodi et al., 2016, p. 70).

Si comparamos Colombia y su sistema de salud con el resto del Caribe y América latina podríamos decir que el país se encuentra en una etapa “avanzada” con servicios de salud estándar y con un alto nivel de población afiliada al sistema (Parodi et al., 2016). Al comparar a Colombia con los demás países de América Latina y el Caribe, el país cuenta con un sistema de amplia cobertura en los servicios de salud respaldado por leyes y decretos que tienen como fin propender por los derechos de salud de la población. Sin embargo, afronta retos relacionados con la prestación de los servicios en zonas de difícil acceso en donde existen poblaciones dispersas, así como también el aumento de la población adulto mayor (en donde en algunas zonas del país la expectativa de vida ha aumentado hasta 40 años) y la disminución en la natalidad no se comporta de la misma

manera que países como Japón en donde la tasa de fertilidad de la población ya alcanza números negativos. Colombia paso de tener una tasa de fertilidad promedio en el año 1950 de 5.5 hijos, pero recientemente la cifra ha bajado a 2.3 promedio por familia (Rivillas et al., 2017).

Es indispensable pensar en soluciones que contribuyan a la estabilidad fiscal del sistema de seguridad social en el que exista una ruta de atención al adulto mayor que permita atender necesidades en salud de manera oportuna evitando complicaciones que representan elevados costos al sistema de salud y pongan en riesgo la continuidad del sistema en el largo plazo (Rivillas et al., 2017).

### **5.1 ¿Por qué es importante un Modelo de Gestión en Unidad de Geriatría?**

La cobertura universal en salud se considera un principio clave para lograr la protección social, particularmente en el caso de los adultos mayores. Esto, a su vez, contribuye a los objetivos más amplios del desarrollo sostenible. Sin embargo, alcanzar esta cobertura supone desafíos importantes para los países, especialmente en contextos donde los recursos son limitados o donde la infraestructura de salud es débil.

El objetivo 3 de objetivo dentro de los objetivos de desarrollo sostenible de la OMS de los reconoce la necesidad de cobertura universal en salud, lo que implica garantizar que las personas no sufran problemas económicos por el acceso a servicios de salud. También incluye el acceso a medicamentos y vacunas de calidad, seguros y asequibles, donde y cuando sean necesarios. En este contexto, el bienestar del adulto mayor adquiere especial relevancia, dado el envejecimiento de la población, no solo en los países desarrollados, sino también en países de ingresos bajos y medianos, donde el envejecimiento se está produciendo a un ritmo acelerado.

En el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud presentado en la 73.<sup>a</sup> Asamblea

Mundial de la Salud el 5 de mayo del 2020, refiere que:

*“La gran mayoría de los adultos mayores estudiados poseen una capacidad funcional y una capacidad intrínseca elevada o suficiente, el 81,0% y el 85,2% respectivamente. Se calcula que el porcentaje de adultos mayores con pérdida significativa de capacidad funcional es del 4%, y el de aquellos con pérdida significativa de capacidad intrínseca es del 0,7%. Para las personas con una pérdida significativa de capacidad intrínseca, tener un entorno de apoyo, por ejemplo, servicios de salud y sistemas de atención social, puede mejorar su capacidad funcional general. Para promover un envejecimiento saludable y evitar que se produzcan pérdidas importantes, es necesario adoptar un planteamiento basado en todo el ciclo de vida y trabajar en los factores determinantes de la capacidad intrínseca, como los comportamientos relacionados con la salud y la presencia o ausencia de enfermedades” (p.3).*

Cuidar la salud de las personas mayores es una inversión en capital humano y social, y contribuye al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. Sin embargo, atender a la creciente población de personas mayores plantea un desafío para los sistemas de salud, lo que requerirá redistribuir los recursos de atención entre los diferentes grupos etarios. Es necesario un cambio profundo en las estrategias de salud pública enfocadas en el envejecimiento.

Como se evidencio en el estudio de la Organización Mundial de la Salud la mayor parte de los adultos mayores tienen una capacidad funcional y una capacidad intrínseca elevada o suficiente lo cual le permite tener un envejecimiento activo y saludable, y teniendo en cuenta que Según el Global Aging Preparedness Index (GAP Index) esto significa pagar más por el cuidado de la salud, ya que la población adulta mayor consume al menos tres veces más per cápita en los servicios de

atención aguda que la población adulta (entre 35-59 años de edad); y por lo menos diez veces más en los servicios de atención a largo plazo a causa de condiciones crónicas no transmisibles (cardiopatías, diabetes, cáncer, etc (Rivillas et al., 2017). Con un modelo de atención en unidades geriátricas, donde el adulto mayor se vea de manera integral, esta frecuencia se verá impactada de manera positiva.

Colombia no es ajena a esta situación demográfica y presenta un envejecimiento importante con un fuerte aumento de la proporción de personas mayores de 80 años y más. Este aumento del número de personas mayores de 60 años y más, junto al aumento en la esperanza de vida inevitablemente incrementará la carga asistencial de servicios de salud y pensional, y puede además originar inequidades sociales en la salud y bienestar del adulto mayor, por lo cual previendo esta situación desde la Constitución Política Colombiana establece los principios y derechos fundamentales que protegen la salud del adulto mayor en el país. Aunque no se menciona de manera específica el término "salud del adulto mayor", existen varios artículos que garantizan la protección de la salud y los derechos de todas las personas, incluyendo a los adultos mayores.

En la Constitución Política de Colombia, por medio de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031 adoptada por el decreto 681 de 2022, se establece la misión que tiene el gobierno de promover la salud y el bienestar de los adultos mayores en Colombia. Incluye acciones para prevenir enfermedades, promover hábitos de vida saludables y garantizar el acceso a servicios de salud adecuados, con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo del envejecimiento activo y saludable y de una vejez digna, autónoma e independiente en condiciones de igualdad.

A pesar de existir legislación actual en Colombia, que de alguna manera prevé la atención adecuada del adulto mayor, el sistema de salud colombiano no posee una estructura

específica para la atención de este paciente, que se diferencia de los otros grupos etarios por sus características especiales, que han sido descritas, y aun así, algunas instituciones prestadoras de salud (IPS), han comenzado a reconocer el problema y buscado soluciones para hacer más efectivo el recurso disponible y mejorar la atención preventiva y reacción rápida que exige el adulto mayor, y han incursionado en la UNIDAD GERIATRICA AGUDA HOSPITALARIA, entre ellos está la Clínica Rey David en la ciudad de Cali y el Hospital Universitario San Ignacio en la ciudad de Bogotá.

Revisando las experiencias con diferentes modelos de atención de la Población del Adulto Mayor llevadas a cabo por otros países como Japón, España, Alemania, Inglaterra, Gran Bretaña, Costa Rica y Canadá, se puede evidenciar que en Colombia prima la necesidad de tener una Unidad de Atención Geriátrica que integre las rutas de atención, permita disminuir las complicaciones y contribuya a prevenir problemas comunes en el adulto mayor, manejando las limitaciones de presupuesto que el sistema tiene, magnificando su utilización de manera más eficiente.

En el caso de COSMITET, El manejo de los programas de Magisterio y Fondo Pasivo envuelve a la empresa en la necesidad de incorporar un modelo holístico de atención geriátrica, ya que no es lo mismo, ni tiene la misma efectividad, el manejo a la población general que la atención dirigida a este grupo etario en particular, proponiendo un abordaje integral e integrado a partir de la interacción entre un equipo de salud proactivo, adecuadamente capacitado con pacientes y círculo familiar involucrados en la atención integrada del adulto mayor.

## **6. Propósito**

Diseñar un modelo de atención integral en salud del adulto mayor con el objetivo de darle atención al grupo poblacional para el mantenimiento de la salud y recuperación que le permita conseguir el

máximo nivel de autonomía, independencia e inclusión social. Lentificando su deterioro y reduciendo la posibilidad de hospitalización.

El modelo incluye acciones multidisciplinarias de atención integral a las necesidades de salud de las personas adultas mayores con un enfoque biológico, psicológico, funcional y social. Centrado en el adulto con un trato humanizado, creando un manejo integral entre atención primaria, hospitalización, geriatría de enlace, rehabilitación geriátrica, cuidado paliativos y atención domiciliaria.

Permite a los profesionales de la salud una educación continua y especialización en este segmento de la población. Con posibilidad de investigación que redunde en la atención de este segmento de la población. Por medio de los convenios docente asistencial con universidades aliadas.

## **7. Modelo de Unidad Geriátrica**

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, a continuación, se presenta el Modelo de Gestión en Unidad de Geriatría que se propone implementar en COSMITET.

### **7.1 Estructura Unidad Geriátrica**

#### **Unidad Geriátrica**

La unidad geriátrica está diseñada para brindar atención integral especializada a las personas adultas mayores en diferentes niveles de cuidado con una atención humanizada y basados en los pilares del modelo:

1. **Unidad Geriátrica en Atención Primaria:** se centra en la prevención, diagnóstico temprano y manejo de condiciones crónicas y agudas comunes en la población anciana, con un enfoque en la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables.

2. **Unidad Geriátrica de Hospitalización:** se dedica al cuidado de pacientes geriátricos con enfermedades agudas o exacerbaciones de condiciones crónicas, y el manejo integral de comorbilidades.
3. **Unidad Geriátrica de Rehabilitación:** se enfoca en la recuperación funcional de pacientes geriátricos después de una enfermedad aguda, una cirugía o una exacerbación de una condición crónica, con un enfoque en la terapia física, ocupacional y del habla, y la educación sobre prevención de caídas y manejo de discapacidades.
4. **Cuidados paliativos y del dolor:** Se enfoca en general, la unidad Geriátrica busca abordar las necesidades específicas de la población anciana, con un enfoque en la prevención, la coordinación de cuidados y la mejora de la calidad de vida, desde la prevención primaria, hospitalización, rehabilitación y paliación

#### 5. **Investigación y Docencia**

La docencia en una unidad geriátrica se refiere a la formación y educación continua de profesionales de la salud en el campo de la geriatría. Esto incluye médicos, enfermeras, terapeutas y otros especialistas que trabajan con personas mayores.

La investigación en una unidad geriátrica se centra en estudiar y mejorar la comprensión de los procesos de envejecimiento, así como en desarrollar y evaluar intervenciones para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

En conjunto, la docencia e investigación en una unidad geriátrica buscan mejorar la calidad de la atención geriátrica, formar a futuros profesionales y generar evidencias que apoyen la práctica clínica y las políticas de salud relacionadas con el envejecimiento.

## **7.2 Pilares del Modelo de la Unidad Geriátrica**

### **Valoración Geriátrica Multidimensional**

La valoración geriátrica multidimensional, también conocida como evaluación geriátrica integral (EGI), es un proceso multidimensional y sistemático diseñado para evaluar y abordar las diversas necesidades de salud de las personas mayores. Esta valoración abarca tres dimensiones principales: la salud física, la salud mental y la situación funcional y social del paciente.

Para llevar a cabo una adecuada Valoración Geriátrica Integral (VGI), se debe comenzar con una valoración clínica tradicional. A continuación, se procede con un enfoque multidimensional, utilizando instrumentos específicos conocidos como escalas de valoración. Estas escalas aumentan la objetividad, facilitan la detección de problemas en etapas tempranas y permiten una evaluación evolutiva de los mismos.

El centro de partida es el área clínica, donde se debe llevar a cabo la elaboración de la historia clínica, se evalúa toda la parte física del paciente a través de la anamnesis y el examen físico para llegar a los diagnósticos clínicos del paciente. Incluyendo la parte nutricional que es muy importante porque nos permite determinar los riesgos que pueda presentar el adulto mayor complicando sus patologías de base, además nos permite determinar si hay malnutrición que es un factor de riesgo independiente para mortalidad en este grupo etario. NO se debe olvidar evaluar el componente farmacológico en este punto, teniendo en cuenta tanto los medicamentos que está consumiendo, su interactividad entre ellos y los resultados deseados y no deseados de su uso.

Una vez realizada La historia clínica de la fase I, se debe pasar a al área funcional, Fase II, donde se deberá evaluar la esfera funcional con el índice de Barthel mide la capacidad de una persona para realizar diez (10) actividades básicas de la vida diaria, que se consideran esenciales, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Se debe interrogar al

paciente sobre cada una de las actividades correspondientes y según su capacidad para realizarla se dará un puntaje entre 0, 5 o 10 (hasta 15 para determinadas actividades), con un puntaje máximo de 100 puntos (90 si utiliza silla de ruedas) como La escala de Lawton y Brody se aplica directamente al paciente y se contrarresta con la información que pueda aportar su familiar. Evalúa la dependencia en algunas de las actividades instrumentales (compra, cocina, limpieza, lavado, finanzas, medicación, transporte y uso del teléfono), lo cual puede ser el primer indicador de un proceso demencial. y así consecutivamente medir todo lo necesario según las escalas o ejecución de actividades del paciente según la literatura y los protocolos disponibles para estos pacientes.

Terminado el área física pasamos al Área Mental, fase III, donde se deberán evaluar las áreas Cognitiva y del afecto. Se medirán los riesgos de padecer o no (o confirmar diagnóstico) de afecciones agudas (delirium) o enfermedades crónicas como las demencias.

En la fase IV se revisa el área Socio Económica del paciente. En esta área se deben examinar las condiciones de vivienda, recursos económicos disponibles, que servicios y disponibilidad de servicios de salud tiene, si cuenta o no con cuidadores, su red de apoyo social y su espacio de vida. En este punto se recomienda realizar el APGAR familiar (Gabriel Smilkstein) para determinar su función familiar.

### **Valoración Geriátrica Integral por Niveles Asistenciales**

La evaluación geriátrica centrada en el paciente tiene como fin tener en el centro de todas las decisiones al paciente mismo, toda acción que se llevará a cabo gira en torno al paciente, su salud y su bienestar. Se centra en reconocer que el paciente tiene su propia dignidad, autonomía y valores personales, asegurándose que sus necesidades y preferencias sean prioritarias. Se logra cuando

existe un trato respetuoso y compasivo, comunicación afectiva y sobre todo participación del paciente y su entorno familiar en el plan de cuidado, promoviendo así una calidad de vida optima y un entorno de apoyo integral.

### **Trabajo en equipo Interdisciplinario**

Trabajar en equipo por parte del personal de salud debe ser prioritario, deben colaborar entre si las diferentes disciplinas para proporcionar un cuidado en salud integral y completo al paciente, al aportar cada integrante, desde su disciplina y experticia, su experiencia al abordaje de las diferentes necesidades complejas del paciente desde diversos ángulos, logrando una colaboración basada en la comunicación efectiva, respeto mutuo y coordinación de esfuerzos en beneficio de la salud y bienestar del paciente, de todos los miembros del equipo con una optimización de recursos y cuidados holísticos.

### **Coordinación de la Atención por la Especialidad Geriátrica**

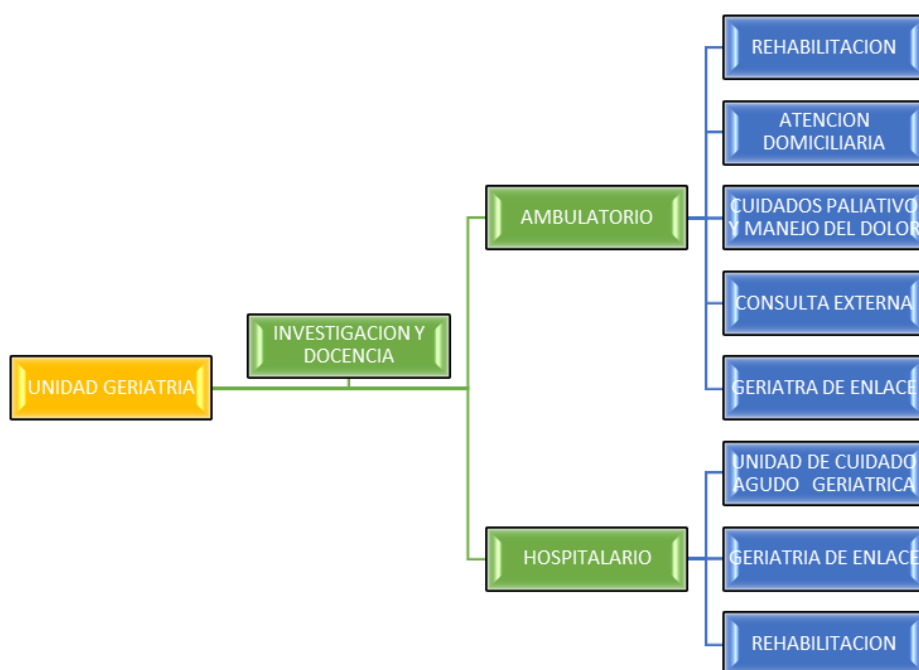
Para lograr un trabajo interdisciplinario exitoso, se debe contar con una buena coordinación e integración de los cuidados prestados por los diferentes especialistas, desde los geriatras hasta los especialistas en otras áreas, que intervienen en el manejo del paciente mayor. Esta coordinación debe buscar mejorar la calidad del cuidado, evitar duplicar procedimientos, pruebas y/o tratamientos, garantizar que el plan de atención tenga coherencia y se mantenga centrado en el paciente, logrando mantener el enfoque integral y eficiente del manejo de la salud del paciente mayor.

## 7.3 Funcionamiento de la unidad Geriátrica

### 7.3.1 Criterios de Inclusión

El único criterio a tener en cuenta para incluir a un paciente dentro del Modelo de Atención Integral en salud del adulto mayor (MAISAM) es tener 60 años cumplidos o más.

### 7.3.2 Esquema funcional de la Unidad Geriátrica



#### 7.3.2.1 Atención Hospitalaria

Los servicios de Hospitalización son parte importante en la atención a los pacientes que requieren cuidados que no pueden ser recibidos fuera de la institución o de ninguna otra manera, sin embargo, estas instituciones tienen falencias en el momento de satisfacer las necesidades del paciente adulto mayor con enfermedad aguda, sobre todo por ser sus periodos de recuperación mayores al promedio y las complicaciones más frecuentes, como el deterioro funcional y el delirium, ambas

complicaciones exigentes en recursos y manejo adecuado, falencias muy comunes en nuestros hospitales, generando respuestas exageradas o minimizadas, ambas inadecuadas, frente a las necesidades del paciente.

El objetivo de la Hospitalización es restaurar la salud a sus niveles previos a la misma, mediante el tratamiento de la condición que generó su ingreso, prevenir y controlar las complicaciones que puedan generarse, tanto en las afectaciones agudas como en las crónicas, minimizando especialmente el deterioro funcional que pueda presentarse.

Las causas más comunes de hospitalización del paciente adulto mayor suceden por descompensación de enfermedades crónicas, procesos infecciosos, deterioro funcional agudo y cuadro confusional agudo.

La unidad geriátrica hospitalaria debe tener ubicación física y estructura propia atendida por un equipo multidisciplinario (Romero, Sánchez & Abizanda, 2009).

#### **7.3.2.1.1 Criterios de Ingreso a hospitalización**

Los pacientes pertenecientes al MAISAM que ingresan a la unidad geriátrica son por presentar condiciones médicas que indican hospitalización, pero no requieren UCI, Cirugía o unidad psiquiátrica.

#### **7.3.2.1.2 Ruta Integral Atención Hospitalaria**

##### **Atención de Urgencias**

Una vez el adulto mayor ingresa a urgencias, debe ser atendido de manera prioritaria por el personal más capacitado disponible y realizar todo el proceso de Historia clínica, definición del plan de acción y tratamiento, definir su egreso o su ingreso a hospitalización, todo antes de 24

horas. Mientras se encuentre en sala de observación deberá ser evolucionado cada tres horas. Si la decisión es el egreso, su familiar y el adulto mayor deberán tener conocimiento de la situación de salud que presenta, remitido a su médico familiar junto con su historia clínica, pronóstico probable y terapia impuesta, como la sugerida para su continuación. Si el paciente fallece en urgencias se realiza el certificado de defunción si es claro el motivo o se solicitará levantamiento del cadáver a la autoridad competente en caso de duda.

### **Internación en Unidad Geriátrica**

Una vez el paciente ingresa a la unidad, debe tener realizada la historia clínica geriátrica en las primeras 24 horas, siendo evaluado por el equipo interdisciplinario y definida conducta terapéutica y de rehabilitación desde el primer día. Se debe llevar evolución diaria por parte del médico tratante, en casos de pacientes graves la evolución será cada 12 horas ( en la mañana y en la noche). Es muy importante iniciar al mismo tiempo que al paciente, el trabajo con los familiares en la promoción en salud para favorecer cambios en el estilo de vida, hábitos y costumbres que favorezcan el conocer las enfermedades físicas y el necesario control de las mismas que se presentan en la vejez.

Se recomienda iniciar lo más pronto posible la rehabilitación cuando sea necesaria y el alta se deberá realizar de acuerdo al criterio del equipo interdisciplinario, sin olvidar la información adecuada al paciente y los familiares, su tratamiento en casa bien informado con la cita de control de medicina familiar ambulatoria asignada.

En caso de fallecimiento se deberá generar la partida de defunción.

### **Docencia e Investigación en Unidad Geriátrica Aguda**

**Objetivo:** Busca avanzar en la medicina geriátrica, asegurándose que las intervenciones sean basadas en evidencia y que los profesionales estén preparados para enfrentar los retos específicos que presenta esta población.

**Docencia:** Capacitar a médicos, enfermeros y otros profesionales en el cuidado especializado de adultos mayores, promoviendo las mejores prácticas clínicas, la comprensión de las complejidades del envejecimiento, y la importancia de un enfoque multidisciplinario.

**Investigación:** Desarrollar estudios clínicos y científicos que aborden los desafíos específicos del cuidado geriátrico agudo, como el manejo de síndromes geriátricos, la optimización de tratamientos, y la prevención de complicaciones. La investigación también puede enfocarse en la evaluación de nuevos modelos de atención, tecnologías, y estrategias para mejorar la calidad de vida y los resultados en salud de los pacientes mayores (Romero, Sánchez & Abizanda, 2009).

### **Geriatría de Enlace**

El geriatra de enlace es un médico especialista en geriatría que actúa como un puente o nexo entre diferentes servicios médicos para coordinar y optimizar la atención de los pacientes mayores, especialmente aquellos que tienen múltiples comorbilidades o requieren atención en diferentes niveles del sistema de salud.

Dentro de las funciones de coordinación esta facilitar la revisión por otros especialistas como cardiología, psiquiatría, cirugía, etc. para lograr el manejo integral del paciente y adaptarse a sus necesidades específicas.

De la misma forma debe realizar la consulta y evaluación geriátrica integral para identificar problemas de salud complejos que puedan afectar la recuperación o el tratamiento del paciente, incluyendo la evaluación cognitiva, estado nutricional, movilidad y presencia de síndromes

geriátricos.

Reuniendo toda la información debe trabajar para prevenir las complicaciones posibles de pacientes geriátricos y asesorar a otros profesionales de la salud del grupo de trabajo para el manejo adecuado de los pacientes geriátricos.

Dentro del proceso de dar de alta, forma parte del grupo que lo define y colabora en la planificación del proceso a seguir asegurándose que el paciente tenga acceso a los servicios necesarios a largo y corto plazo, tanto ambulatorios como en la unidad si es necesario.

### **Rehabilitación**

La rehabilitación en una unidad geriátrica hospitalaria es esencial para ayudar a los pacientes mayores a recuperar su funcionalidad, minimizar las secuelas de una enfermedad o intervención, y mejorar su calidad de vida, permitiéndoles volver a un nivel óptimo de independencia y bienestar.

#### **7.3.2.1.3 Ubicación y Estructura de la Unidad Geriátrica Hospitalaria**

La Unidad Geriátrica se encuentra ubicada en la Clínica Rey David de la ciudad de Cali, Colombia Cuenta con 15 Camas, de las cuales 14 son de acomodación doble y una individual para los pacientes que requieran aislamiento, dispone de estación de enfermería completamente dotada.

#### **7.3.2.2.4 Recurso Humano en la Unidad Geriátrica de Atención Geriátrica Aguda**

El recurso humano es clave para proporcionar una atención integral y de calidad a las personas adultas mayores. Romero, Sánchez & Abizanda (2009) mencionan la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario, el cual debe contar con una variedad de profesionales de la salud, cada uno con funciones específicas.

El Geriatra deberá realizar la valoración multidimensional, realizando la historia clínica y el plan de cuidados multidimensional, al mismo tiempo que ordena el programa de rehabilitación pertinente. Debe mantener al día al paciente o en su defecto a el familiar o tutor legal de su estado de salud y los procedimientos a llevar a cabo, al mismo tiempo que los educa sobre su salud y los cuidados para casos específicos; el geriatra será el coordinador de todo el equipo y será quien realice el informe de alta con datos de seguimiento para facilitar la continuidad de cuidados y manejar las comorbilidades y polifarmacia en estos pacientes.

El Geriatra participara en la docencia de pregrado y posgrado para residentes de la especialidad y afines, fomentando la formación continua y la investigación.

El Médico Hospitalario continuará con la revisión general exhaustiva en aspectos físicos, mentales, funcionales y sociales, diagnosticará y ordenará los tratamientos para enfermedades agudas o crónicas, teniendo en cuenta comorbilidades e interacciones medicamentosas.

El Hospitalario será quien realice las rondas diarias, revisará la atención integral, que se esté llevando a cabo para su cumplimiento previendo las posibles complicaciones de pacientes geriátricos hospitalizados. Planificará el alta con el geriatra teniendo en cuenta las necesidades a largo plazo del paciente. Si es del caso participa en las discusiones sobre los deseos del paciente respecto a la atención al final de la vida, incluyendo la planificación de cuidados, decisiones sobre reanimación y cuidados paliativos.

El servicio de Enfermería deberá realizar la valoración integral y el estado de salud del paciente empleando los instrumentos diagnósticos y técnicas habituales de enfermería realizando un plan de atención individualizada y realista, de tal manera que se pueda evaluar constantemente y si es del caso corregir el rumbo. Asistir a los equipos de coordinación interdisciplinaria, administrar medicamentos, cuidado de heridas y manejo de síntomas.

El Auxiliar de enfermería se encargará del cuidado básico del paciente, ayudándolos en las actividades de la vida diaria como el aseo personal, vestirse, asistir al baño y alimentación si el paciente lo requiere, entre otros. Controlará los signos vitales, ayudará a los pacientes a evitar la presentación de úlceras por presión al ayudarse a moverse o cambiar de posición, subirse a sillas o a la cama, colaborará administrando los medicamentos, procedimientos médicos, alimentación e hidratación bajo supervisión del personal de enfermería o el médico, informando al personal de enfermería cualquier cambio en el estado del paciente; ofrece apoyo emocional a los pacientes. El contacto humano y la empatía son muy importantes en la atención geriátrica.

El Fisioterapeuta debe también realizar su historia clínica para realizar un diagnóstico funcional y un plan de tratamiento específico individualizado, previniendo caídas y mejorando la calidad de vida.

El Terapeuta Ocupacional debe realizar su valoración ocupacional y diseñar el plan de recuperación y/o mantenimiento de las actividades cotidianas como vestirse, comer o bañarse. Conoce el entorno del paciente para poder colaborar en el diseño y adaptación del hogar para el bienestar del paciente y enseñar a su grupo familiar o cuidador el manejo en su domicilio. El Trabajador Social valorará a el paciente ingresado en sus necesidades y su red de apoyo, brindando apoyo emocional y social a los pacientes y sus familias. El Nutricionista evaluará el estado nutricional del paciente diseñando planes de alimentación personalizados según las necesidades del paciente, evitando así complicaciones por malnutrición o enfermedades existentes (diabetes).

El Psicólogo y el Terapeuta del Lenguaje evaluarán al paciente en sus respectivas áreas, previniendo o manejando la depresión, ansiedad, problemas de salud mental, Stress familiar y adaptación al cuidado del adulto mayor; problemas de comunicación y deglución. Todo esto también de la mano del grupo familiar o cuidadores.

Todos estos profesionales deberán reunirse para evaluar el progreso del paciente y planificar su alta. Participarán en la docencia e investigación en cada una de sus áreas y colaborarán en la educación en salud de los familiares y el propio paciente.

### **7.3.2.2 Unidad Geriátrica Ambulatoria**

#### **Atención Ambulatoria**

La atención ambulatoria es la que se presta en una instalación médica pero el paciente no pasa la noche en el lugar, es útil para realizar diagnósticos, seguimientos y tratamientos basándose en la historia clínica y la exploración física.

Generalmente los servicios ambulatorios ocupaban un espacio al lado del servicio de hospitalización, espacios limitados; actualmente la importancia del cuidado ambulatorio ha tenido más relevancia debido a los cambios evolutivos de la atención al paciente, adecuándose a las necesidades del mismo y a sus expectativas, buscando la mejor gestión de los procesos y la satisfacción del paciente.

#### **7.3.2.2.1 Consulta Externa**

La consulta externa es el espacio idóneo para diagnosticar, orientar y establecer una estrategia terapéutica para adultos mayores que no requieren hospitalización. Un servicio de consultas externas de alta calidad se caracteriza por su fácil accesibilidad, tiempo de consulta adecuado, continuidad en la atención y resolución eficaz, contribuye a reducir la presión asistencial en urgencias y en las unidades de hospitalización. Además, ofrece diversas ventajas, como la comodidad para el paciente, el mantenimiento de su actividad sociofamiliar y, en el caso de las

personas mayores, la reducción del riesgo de complicaciones asociadas a la hospitalización. Para el sistema de salud, presenta beneficios como los bajos costos de instalación y mantenimiento.

El fin de la consulta externa (CE) es ofrecer cuidado integral y personalizado, buscando prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de enfermedades crónicas, promover vida saludable, gestionar medicamentos y coordinar otros servicios de salud para el paciente, de tal manera que el adulto mayor tenga el apoyo moral, de nutrición y apoyo sicosocial para que continúe su vida con respeto a su dignidad y autonomía.

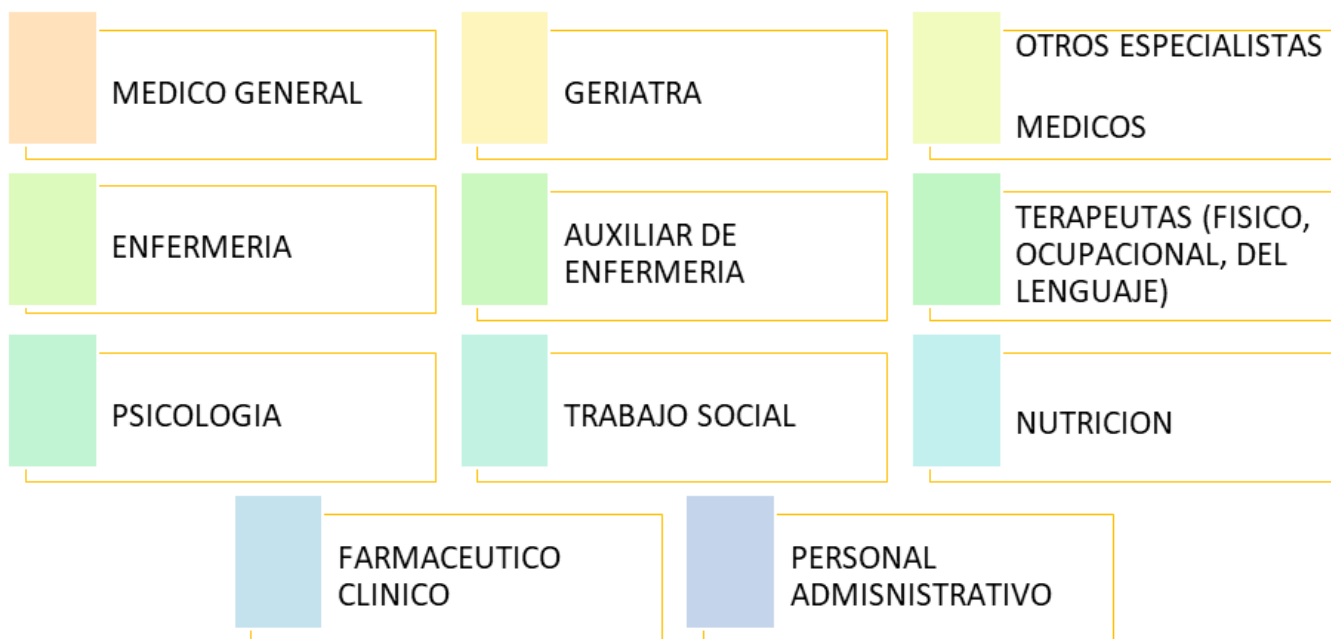
Para este fin la CE evaluará al paciente tridimensionalmente para determinar diagnóstico y tratamiento, enseñar las técnicas RIAS y fomentar estilos de vidas sanos, disminuyendo malos hábitos alimenticios, fumadores, sedentarismo, abuso de alcohol, polifarmacia y otros; realizando seguimiento y control de sus patologías crónicas, garantizando también su asistencia a las citas periódicas y al esquema de inmunización establecido para el adulto mayor.

Los profesionales de consulta externa deberán desarrollar investigaciones que respondan a las necesidades del adulto mayor, midiendo costo beneficio y costo eficacia y midiendo el impacto social del modelo.

De acuerdo con el curso de vida de las personas adultas mayores se harán las intervenciones necesarias y solicitadas por las RIAS, las cuales permitirán mejorar el uso de recursos escasos, identificar riesgos y priorizar intervenciones claves.

#### **7.3.2.2.2 Ubicación y Estructura Consulta Externa**

Las atenciones de la unidad de consulta externa se encuentran ubicada en el centro médico el Bosque en la ciudad de Cali. Cuenta con 21 consultorios para la atención en medicina general, especializada, actividades de promoción y mantenimiento de la salud para este grupo etario,



atención de odontología, atención psicológica, trabajo social, rehabilitación, educación en salud, laboratorio clínico (Programa de Atención al Adulto Mayor, s, f).

### 7.3.2.2.3 Recursos Humano en La Unidad de Consulta Externa

El recurso humano en una unidad geriátrica ambulatoria está compuesto por un equipo multidisciplinario que trabaja en conjunto para proporcionar una atención integral y centrada en el paciente mayor. Cada miembro del equipo tiene un rol específico que, en conjunto, cubre las diversas necesidades médicas, funcionales, psicológicas y sociales de los adultos mayores. A continuación, se describe el personal clave necesario para el funcionamiento de una unidad geriátrica ambulatoria:

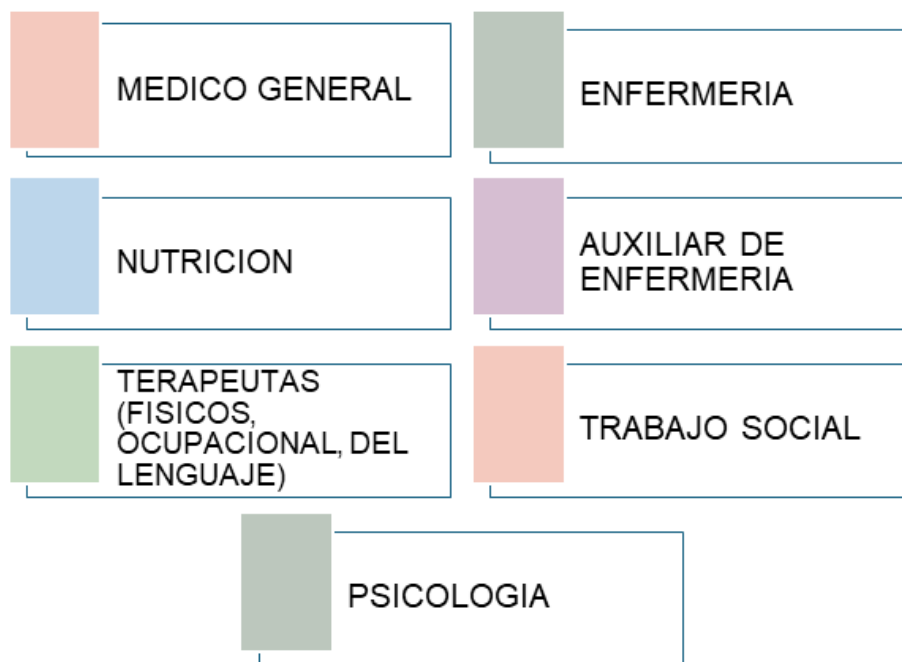
Fuente: Autoria Propia

Las funciones de todos los profesionales de este equipo interdisciplinario son las mismas del equipo Hospitalario ya descritas en capítulo anterior, teniendo en cuenta que las atenciones son ambulatorias y de largo plazo, hay fuerte promoción de todos los profesionales hacia la educación del paciente y sus familiares en las áreas de promoción de estilos de vida saludable, enfermedades y cuidados preventivos más que en la hospitalización y los seguimientos de sus tratamientos son a largo plazo, necesitando hacer los ajustes que el paciente necesite según cada área de experticia del profesional.

Las planificaciones se hacen a más largo plazo que en la hospitalización y se discuten en los grupos interdisciplinarios. Al igual que en la hospitalización, el Geriatra coordina el grupo interdisciplinarios e invita otras especialidades médicas según las necesidades del paciente.

Para mayor claridad, el grupo debe contar con su manual de procedimientos.

### 7.3.2.3 Recurso Humano en La Unidad de Atención Domiciliaria



Fuente: Autoría Propia

Las funciones de este grupo de profesionales se mantienen de igual forma, cada uno en su especialidad, pero coordinados por el médico general, para el tratamiento del paciente y la capacitación del núcleo familiar.

Para mayor claridad, el grupo debe contar con su manual de procedimientos.

### 7.3.2.4 Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor

Los cuidados paliativos y el manejo del dolor son básicos en Geriátrica debido a la complejidad y vulnerabilidad en salud de las personas mayores. El dolor, limitaciones, pueden estar no detectados, no reportados o mal manejados, lo que impacta negativamente sobre la calidad de vida el paciente. El enfoque adecuado y compasivo ayuda a que las personas mayores tengan sus últimos años con confort y en paz.

Estos cuidados buscan un alivio al sufrimiento, por medio de la planificación anticipada, soporte emocional, acompañamiento en el proceso del duelo y tener en cuenta los deseos del paciente, manteniendo la mejor calidad de vida al mismo tiempo.

Los principios del manejo del dolor en geriatría se basan en identificar la causa, intensidad, ubicación y características del dolor usando herramientas avaladas para personas gerentes, aún si hay limitaciones cognitivas. Si esto se hace bien, se puede proceder a el uso de medicamentos adecuados, terapias físicas, y técnicas no farmacológicas de alivio del dolor.

Pero eso no acaba ahí, se debe hacer evaluación regular para verificar la efectividad del tratamiento y ajustar si es necesario, revisar los efectos secundarios si los hay. Tratar de no usar un solo método de control del dolor, la mezcla de técnicas suele dar mejor resultado y reduce la dependencia en el paciente en una sola forma de manejo. La familia o cuidadores se deben capacitar para ayudar en estos manejos.

#### **7.3.2.4.1 Ubicación y Estructura de la atención Paliativa y Manejo del Dolor**

La unidad de atención se realiza con IPS aliadas baja la directriz de la unidad geriátrica ambulatoria y hace parte integral del grupo interdisciplinario de atención ambulatorio

#### **7.3.2.4.2 Recursos Humanos Cuidado Paliativo y Manejo del Dolor**

##### **Médico Geriatra**

Coordina el equipo de cuidados paliativos. Evalúa las condiciones médicas complejas, prescribe tratamientos, y ajusta los planes de manejo del dolor según la evolución del paciente.

##### **Médico de Cuidados Paliativos**

Manejo del dolor y otros síntomas graves, asesoramiento sobre decisiones de fin de vida, y

planificación de cuidados.

### **Enfermero de Cuidados Paliativos**

Proporciona cuidados directos, monitoriza los síntomas, administra medicamentos, y educa a los pacientes y sus familias sobre el manejo de la enfermedad y el dolor en el hogar.

### **Psicólogo**

Ofrece apoyo psicológico al paciente y su familia, ayudándoles a enfrentar la enfermedad, el dolor, y las emociones relacionadas con la etapa final de la vida.

### **Trabajador Social**

Ayuda al paciente y su familia a navegar los aspectos prácticos, sociales, y legales del cuidado paliativo. Facilita el acceso a recursos, y coordina con servicios de apoyo comunitario.

### **Fisioterapeuta**

Trabaja para mantener o mejorar la movilidad y el bienestar físico del paciente, y ayuda a reducir el dolor a través de ejercicios y técnicas físicas.

### **Terapeuta Ocupacional**

Ayuda al paciente a mantener la mayor independencia posible en sus actividades diarias, adaptando el entorno y las tareas a sus capacidades.

### **Nutricionista**

Se encarga de asegurar una nutrición adecuada, adaptada a las necesidades y condiciones del paciente, considerando la anorexia, la disfagia, y otros problemas comunes en geriatría y educación sobre la alimentación en el contexto de cuidados paliativos.

### **Farmacéutico**

Proporciona asesoramiento sobre la farmacoterapia, asegura la correcta administración de medicamentos y revisa las interacciones y efectos secundarios, especialmente en pacientes polimedicados.

### **Capellán o consejero Espiritual**

Ofrece apoyo espiritual y emocional al paciente y su familia, ayudando a abordar las inquietudes espirituales y existenciales que pueden surgir en la etapa final de la vida.

### **Familiares y Cuidadores**

Aunque no son profesionales de la salud, los familiares y cuidadores desempeñan un papel crucial en la provisión diaria de cuidados y en el apoyo emocional del paciente

## **8. Evaluación de Habilitación de la Unidad Geriátrica**

Como método de evaluación se tomó como referencia el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, con el fin de poder identificar la situación actual en que se encuentra la institución y las oportunidades de mejora en donde se debe enfocar la organización para poder tener un servicio que cumpla con un alto estándar de calidad en la institución. Se realizó la evaluación con las diferentes clasificaciones que hacen parte de los estándares asistenciales de

la Unidad Geriátrica Hospitalaria y Ambulatoria.

A continuación, se presenta resultados de la evaluación segmentada por tipo de estándar.

### **8.1 Derechos de los pacientes**

#### **Fortalezas**

La institución cuenta con un enfoque integral y humanizado en la atención de sus pacientes que a su vez es respaldado por el comité de Bio ética hospitalaria el cual ayuda a una guía clara para los usuarios y sus familias. También se resalta la estrategia en comunicación que tiene la institución buscando que los usuarios y familiares conozcan sus deberes y derechos que, mediante redes sociales, carteleras, página web se le brinda información constante y actualizada. Donde constantemente es medica con indicadores de efectividad en la comunicación.

La institución cuenta con protocolos solidos que permiten tener rutas claras de bienvenida, presentación de documentos (como consentimientos informados o desistimientos) , procesos documentados para garantizar atención de calidad en toda la población.

#### **Oportunidades de mejora**

El sistema de indicadores debe medir de manera más precisa que tan eficaz es el proceso de escucha activa hacia los usuarios. Así como también fortalecer generar comunicados para los usuarios provenientes del comité de bioética. Así como también actualización constante de los códigos de bioética y buen gobierno acorde a los criterios de acreditación.

Se recomienda hacer revisión y actualizar procesos documentados que tengan relación con la atención para usuarios con limitaciones auditivas, visuales, diferencias culturales entre otros.

Es importante que el personal en el servicio de geriatría realice una reinducción en este servicio que permita trabajar las guías enfocadas a las necesidades de esta población.

## **8.2 Seguridad del paciente**

### **Fortalezas**

La organización cuenta con un programa estructurado para seguridad del paciente basado en prácticas seguras y metodologías que son respaldadas por evidencia científica, permitiendo implementar estrategias efectivas para el cuidado y manejo seguro de los pacientes.

También se realizan constantes procesos de monitorización, análisis de datos, y seguimiento de indicios de atención insegura con el fin de prevenir y disminuir el daño no intencional causado a los usuarios.

Existen programas dentro de los que destacan el programa de uso seguro de los medicamentos, hemo componentes y dispositivos médicos, así como también la prevención de infección relacionadas con la atención en salud, resistencia microbiana, vigilancia de reactivos, así como también los programas de educación a pacientes y familiares para la prevención de eventos adversos.

La monitorización de eventos adversos se realiza a través de un panel de indicadores en donde se realiza evaluación de los programas de prevención, así como también ayuda a establecer metas alcanzables y exigentes.

### **Oportunidades de mejora**

Dentro de las oportunidades de mejoras que más destacan que debe establecer la organización para contribuir a la seguridad del paciente se encontró que es indispensable mejorar la efectividad de estrategia de comunicación que se están implementando para socializar la prevención de eventos adversos y acciones a realizar.

Es importante desarrollar un proceso documentado para la reducción de riesgos de los pacientes con enfermedad mental que permita garantizar una atención más segura para esta población. También se destaca la necesidad de establecer un protocolo de limpieza y desinfección del paciente, familiares y personal asistencial, asegurando su cumplimiento y eficacia.

### **8.3 Acceso**

#### **Fortalezas**

La organización tiene mecanismos establecidos para identificar riesgos de acuerdo con el tipo de usuario, permitiéndole contar con una evaluación ms precisa de las necesidades individuales de cada usuario, así como también un análisis detallado de las barreras de acceso en donde se tienen en cuenta factores demográficos, patológicos, entre otros.

La institución también cuenta con documentación, como contratos que permite dar claridad a las instituciones aliadas tienen acceso, así como también conocer cuales servicios no están disponibles en la institución.

#### **Oportunidades de mejora**

Se debe fortalecer la identificación de los riesgos, así como también las barreras administrativas que puedan afectar a la prestación del servicio. Es importante a su vez mejorar el conocimiento del personal con relación a la ruta de atención al usuario (desde su ingreso – hasta la salida).

Es importante también contar con un mecanismo que permita medir la adherencia que los colaboradores están teniendo a las rutas de atención que permita seguir de correctamente todas las etapas.

## **8.4 Registro e Ingreso**

### **Fortalezas**

Se resalta los procesos bien documentados con los que cuenta la organización para la asignación de citas, admisiones y preparación de usuarios con procesos diseñados para garantizar que cada usuario reciba una atención adecuada desde su llegada.

La organización cuenta con servicio de llamada que está disponible en todos los servicios habilitados, donde se identifican los riesgos de los pacientes y se les informa a sus familiares. También proporciona información detallada del médico tratante, el tratamiento que está recibiendo el paciente y sus derechos y deberes. También se cuenta con guías y protocolos establecidos que detallan los procedimientos de preparación del paciente, para cualquier intervención que permite garantizar una atención adecuada en cada etapa del proceso.

### **Oportunidades de mejora**

Existen oportunidades de mejoras que la organización debe trabajar en ello como lo es la información que se le proporciona al usuario sobre la atención que recibirán, su estancia y sobre todo asegurarse que el paciente lo comprenda. También se le debe ajustar la información dada al paciente que también incluya el comportamiento esperado y paso a seguir ante una posible evacuación.

Se debe también implementar listas de chequeo, así como verificar la comprensión de la información entregada en la guía a los pacientes y familiares.

### **8.5 Evaluación de necesidades al ingreso**

#### **Fortalezas**

Se destaca por tener guías y protocolos que permiten identificar necesidades de los usuarios desde su ingreso, garantizando un manejo adecuado de acuerdo con los diferentes tipos de patologías. La organización cuenta con técnicas de aislamiento para ciertas patologías, así como también mecanismos para prevenir infecciones en donde no solo involucra al paciente sino a su círculo familiar. Estos protocolos de adherencia son verificados y medidos con indicadores de efectividad.

#### **Oportunidades de mejora**

Se pueden mejorar aspectos de las necesidades de los pacientes teniendo en cuenta el contexto cultural y darle a su vez la dotación adecuada e insumos desde el ingreso.

### **8.6 Planeación de la atención**

#### **Fortalezas**

La organización cuenta con guías y protocolos que abarcan desde la identificación de riesgos en: urgencias, hospitalización, UCI hasta el desarrollo de planes de atención y seguimiento para cada tipo de servicio. Cuenta también con indicadores que le permite monitorear riesgos.

La prestación de los servicios con los que cuenta la organización está respaldada por talento humano calificado en donde se destacan procesos interdisciplinarios en áreas como rehabilitación, psicología, nutrición y cuidados intensivos. Garantizando a su vez una atención personalizada y

oportuna para sus pacientes.

La organización también cuenta con desarrollos tecnológicos como el Dusoft, que permite tener rutas definidas de atención inmediata, priorización clínica, protocolo para eventos adversos entre otros. también se cuenta con programas de fármaco vigilancia permitiendo tener una trazabilidad y brindar una atención efectiva y segura.

### **Oportunidades de mejora**

En la organización se puede fortalecer la adherencia a las guías y protocolos institucionales, desarrollando guías de práctica clínica, así como también velar por garantizar su medición y cumplimiento, también es necesario implementar y desarrollos tecnológicos que permitan priorizar ordenes hospitalarias, estandarizar puntos clave en la atención y tratamiento.

Se recomienda generar un registro de servicios específicos como nutrición, que permita registrar detalladamente el manejo de pacientes con preferencias alimentarias. También se resalta la importancia de crear actividades especiales para los pacientes de tercera edad y familiares que permitan mejorar su conocimiento en autocuidado, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

El personal de la organización debe poder contar con capacitaciones constante en temas relacionados con comunicación efectiva y gestión del conocimiento. Por último, tener en cuenta indicadores de entrega de resultados, evaluaciones de efectividad de las interconsultas y fomentar el trabajo en equipo de los responsables del tratamiento permitirá asegurar a una atención más eficiente e integral para los pacientes.

## **8.7 Ejecución del tratamiento**

### **Fortalezas**

En la ejecución y tratamiento la organización cumple con informar adecuadamente los procedimientos a realizar, dejando constancia en la historia clínica y soportado por el consentimiento informado. Además, se cuenta con información documentada de aquellos medicamentos de alto riesgo.

Se tienen procedimientos y mecanismos para la entrega de resultados críticos, que es apoyado por el personal de psicología el cual brinda acompañamiento y soporte para casos sensibles.

Para garantizar el egreso seguro de los pacientes, la organización cuenta con procedimientos enfocados a la orientación de cuidados en casa, referenciación y adherencia a la medicación que les permite tener un paciente mejor informado y conectado con la institución.

En la institución el abordaje al maltrato infantil y la violencia intrafamiliar esta protocolizado, es por esto que permanentemente existen capacitaciones enfocadas al personal y pacientes, así como también se realiza un registro estandarizado y un seguimiento telefónico para aquellos casos críticos. Existe un comité especializado en violencia sexual que analiza el cumplimiento de las rutas y define acciones correctivas.

Se fomenta un programa de humanización que promueve el respeto de los derechos de los pacientes y es reforzado por medio de estrategias de comunicación masiva. Además, el personal de hospitalización y UCI permanentemente tiene un especial enfoque de instruir a pacientes y familiares de los cuidados especiales con el fin de prevenir lesiones por presión, infecciones entre otros.

También se realizan auditorias periódicas de historias clínicas en donde se presentan los resultados a un comité y este realiza una retroalimentación al personal, fomentando la mejora continua y se

monitoriza el trato que tiene el personal hacia los usuarios, mediante revisión de encuestas de satisfacción.

### **Oportunidades de mejora**

La institución debe fortalecer la evaluación efectiva de las interconsultas y el trabajo en equipo, junto con la interacción que tienen los responsables del tratamiento de los pacientes. Que acompañado de un sistema de evaluación y seguimiento de historias clínicas contribuye a mejorar los resultados en salud de la población atendida y mejorar a su vez los procesos y adherencia a historias clínicas.

Es importante implementar un proceso claro que garantice al usuario el derecho a solicitar una segunda opinión médica, que deberá ser comunicado por los mecanismos de comunicación de la organización y por el profesional tratante. Además, se resalta la importancia de programas de retroalimentación al personal asistencial, así como también contar con un sistema que permita analizar las causas de la no adherencia a las guías de práctica clínica.

## **8.8 Evaluación de la atención**

### **Fortalezas**

La organización cuenta con herramientas que contribuyen a mejorar la calidad del servicio. El formato “DIME” (Dame Ideas Para Mejorar) fomenta la participación del personal y los usuarios que contribuyen a la generación de ideas de mejora y retroalimentación de los servicios prestados por la institución. Adicionalmente se realizan encuestas de satisfacción al usuario desde el servicio de SIAU, permitiéndole acceder a una retroalimentación directa que le ayuda a identificar posibles falencias y optimizar la prestación prestada.

Adicionalmente se cuenta con un sistema de verificación y seguimiento de conducta del personal hacia los usuarios y sus resultados son monitoreados y evaluados permitiendo generar acciones de mejora propendiendo por crear un sistema de atención que se pueda adaptar a las necesidades de sus pacientes.

### **Oportunidades de mejora**

Fortalecer la consolidación, análisis, formulación e implementación de acciones de mejoramiento de PQRS para asegurar la mejora continua del proceso de atención al usuario.

## **8.9 Salida y Seguimiento**

### **Fortalezas**

Se realizan actividades desde el area clínica dentro de las que destacan la ruta crítica, a todo paciente que tiene un resultado de apoyo diagnostico que necesita una toma de consulta prioritaria; se realiza seguimiento telefónicamente y/o se envía correo al programa para que sea direccionado al servicio de atención.

También se cuenta con mecanismos para pacientes con egreso y se dan indicaciones de cuidado, signos de alarma, se explica formula médica, citas de control ambulatorio. Todo paciente quirúrgico se le realiza seguimiento al DIA 8 -15-30 días; Paciente oncológico se realiza seguimiento telefónico de síntomas post quimioterapia, a las 3 días y 7 días, se registra en sistema Alertas (Dusoft).

### **Oportunidades de mejora**

La organización debe propender por establecer programa de plan de egreso seguro, realizar

mediciones de seguimiento e implementar medición sistematizada de los procesos de seguimiento clínicos.

## **8.10 Referencia y contrarreferencia**

### **Fortalezas**

La institución cuenta con el sistema Dusoft, este sistema permite a los profesionales médicos hacer registros y solicitar exámenes e imágenes de manera eficiente. A su vez se cuenta con un manual que detalla las condiciones de preparación de los pacientes para los diferentes tipos de exámenes, lo que permite tener uniformidad en los procesos.

Se otorga un manejo especial y confidencial de los resultados críticos en donde el jefe de servicio reporta directamente al médico tratante. Toda la información proporcionada al paciente queda registrada en la historia clínica. Para exámenes ambulatorios los pacientes pueden acceder a sus resultados a través de la intranet o recibirlos por correo electrónico.

La institución también realiza referenciación de lectura de laboratorios clínicos con otros prestadores y recibe resultados de sedes y municipios externos lo cual implica tener una atención coordinada. Para remitir exámenes a prestadores externos, se debe adjuntar la información necesaria como: epicrisis, ordenes de servicio, identificación del paciente y consentimiento informado cuando corresponda, lo cual permite garantizar un proceso seguro y completo.

### **Oportunidades de mejora**

Es necesario poder dar acceso a algunos módulos del sistema Dusoft a personal del laboratorio

clínico e imagenología, de tal manera que les permita conocer las condiciones que motivaron la solicitud de los exámenes y que de esta forma puedan correlacionar los resultados con la historia clínica del paciente.

## **9. Seguimiento y Control**

Un modelo de atención geriátrica centrado en la prevención debe incluir indicadores de salud y financieros que reflejen tanto la eficiencia operativa como los resultados en términos de prevención y mejoras en la salud. De esta forma la organización podrá mostrar resultados cuantificables del ahorro que representa tener a la población adulto mayor en buenas condiciones de salud. Para esto es importante hacer seguimiento periodo de los siguientes indicadores:

### **9.1 Seguimiento Clínico**

#### **Calidad de la historia clínica y de la evaluación geriátrica:**

Evaluar la realización de una historia clínica geriátrica adecuada (comité de historias clínicas)

#### **Seguimiento de medicación:**

Se evalúa la adherencia a tratamiento medicamentoso y la polifarmacia.

#### **Cumplimiento de citas:**

Se evalúa la adherencia a los diferentes programas que se prestan en la unidad geriátrica.

#### **Satisfacción del paciente y la familia:**

Consiste en medir el grado de satisfacción global de los usuarios referente a la atención recibida.

**Frecuencia de eventos adversos relacionados con el uso de analgésicos y otros medicamentos paliativos:**

Se evalúa la interacción farmacología en los pacientes con el fin de evitar la existencia de eventos adversos.

**9.2 Indicadores Financieros**

**Costo por paciente atendido:**

Evaluar el costo promedio por paciente atendido brinda información sobre la eficiencia operativa en el modelo de atención.

**Costo por intervención preventiva:**

Analizar el costo asociado por cada intervención preventiva implementada (exámenes de detección, vacunas, programas de ejercicio, entre otros).

**Costo por resultado positivo de prevención:**

Calcular el costo asociado con cada resultado positivo en términos de prevención (la reducción de caídas, mejoras en la función cognitiva o la disminución de hospitalizaciones).

**Ratio de eficiencia de recursos:**

Medir cómo se están utilizando los recursos financieros en relación con los resultados obtenidos en términos de prevención.

**Retorno de la inversión (ROI):**

Evaluar el retorno financiero de las inversiones realizadas en intervenciones preventivas. Esto implica comparar los beneficios económicos derivados de la prevención con los costos incurridos.

**Reducción de costos hospitalarios:**

Evaluar cómo la implementación de estrategias preventivas ha impactado en la reducción de costos relacionados con hospitalizaciones y tratamientos más intensivos.

**Participación de aseguradoras y pagadores:**

Analizar la participación de aseguradoras y otros pagadores en el modelo de atención geriátrica preventiva, así como la negociación de tarifas y acuerdos financieros.

**Costo por año de vida ajustado por calidad (QALY):**

Medir el costo por QALY ganado a través de intervenciones preventivas, proporcionando una perspectiva de la relación costo-beneficio en términos de calidad de vida.

**Costo por evitación de complicaciones:**

Calcular el costo asociado con la prevención de complicaciones y eventos adversos (caídas, fracturas u otras enfermedades relacionadas con la edad).

**Costo por adherencia a programas preventivos:**

Evaluar el costo por paciente que sigue y se beneficia de programas preventivos (programas de ejercicio, educación para la salud, etc.).

Estos indicadores financieros contribuyen a evaluar la viabilidad económica y la eficacia financiera de un modelo de atención centrado en la prevención. Permitiendo tener una visión integral de la unidad como negocio y de las ganancias que trae la gestión medica preventiva para la salud de sus pacientes y la organización.

**10. Conclusión**

La construcción de un modelo de atención geriátrica representa un paso indispensable para poder abordar los desafíos que representa hoy en día el sistema de salud. En donde si bien existe una alta concentración en el gasto destinada para el tratamiento de enfermedades del adulto mayor, estas no son suficientes. Es importante entender que debemos trabajar enfocados en la prevención de los adultos mayores y no simplemente en tratar las complicaciones cuando se presenten. Por medio de un modelo de atención que propenda por el cuidado integral del adulto mayor, permitiéndoles realizar sus actividades cotidianas y mantener su independencia.

Ante la innegable realidad que se vive en el mundo de bajos niveles de natalidad y aumento exponencial de adultos mayores, los gobiernos deben fomentar estrategias que les permita ser eficientes no solo en el manejo del sistema de salud, sino que también revisar otros aspectos como el pago de mesadas pensionales, empleo y sostenimiento de esta población que recién acaba su

etapa más productiva en términos laborales.

Colombia necesita un modelo de atención que se adapte a los cambios que se avecinan. Orientada a la prevención y trato humanizado al adulto mayor. Que le permita generar una reducción de costos asociados a los tratamientos de patologías avanzadas; logrando mantener la calidad de vida del adulto mayor y abordando las patologías adecuadamente. De esta manera le permitirá fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud desarrollando así un sistema orientado al bienestar integral y sostenibilidad en donde se busque atender las necesidades individuales de cada paciente.

El modelo pretende contribuir a la educación de la población adulto mayor permitiéndole estar informado de cuáles son las posibles patologías que se pueden llegar a presentar con la edad y que se debe hacer para prevenirlas. Pretende también contribuir al cambio de hábitos de consumo y fomento de actividades de prevención que permita a las futuras generaciones de adultos mayores ser completamente funcionales, permitiéndoles gozar de una mejor calidad de vida y así poder preservar su independencia en la realización de actividades diarias.

### **Referencias**

Romero Rizos, L., Sánchez Jurado, P. M., & Abizanda Soler, P. (2009). El anciano en la unidad de geriatría de agudos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(S1), 15-26

Observatorio nacional de envejecimiento vejez

Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Boletines Poblacionales : Personas Adultas Mayores de 60 años*. Consultado el 30 de Junio, 2024.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayorI-2020.pdf>

Constitución Política de Colombia [Const]. Decreto. 681 de Mayo 2 de 2022 (Colombia).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. Consultado el 30 de Junio, 2024.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-ejecutivo-encuesta-SABE.pdf>

Enciclopedia Significados. (s.f). Vejez. <https://www.significados.com/vejez/>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Decenio del Envejecimiento Saludable. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana*. 73.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Punto 15.1 del Orden del día Provisional.

Empatía. (2020). *Trabajo en equipo*. <https://ayudadomicilioempatia.com/trabajo-en-equipo/#:~:text=Un%20equipo%20multidisciplinario%20es%20aquel.com%C3%BAAn%2C%20pero%20de%20forma%20independiente.>

Officer & Manandhar. (2019). *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Primer Informe de Progreso, Marzo del 2019*.

Cosmitet. (2023). Informe de Gestión. <https://www.cosmitet.net/Cosmitet/#>

Parodi, J., Morante, R., Hidalgo, L., Carreño, R. (2016). *Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe.*

Arai, H., Ouchi, Y., Toba, K., Endo, T., Shimokado, K., Tsubota, K., Matsuo, S., Mori, H., Yumura, W., Yokode, M., Rakugi, H., & Ohshima, S. (2015). *Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. Geriatrics & Gerontology International*, 15(6), 673–687. <https://doi.org/10.1111/ggi.12450>

Tobío, C, Agulló, MS, y Gómez, V.: *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Fundación La Caixa, 2010.*

Asociación Colombiana de Informática, Sistemas y Tecnologías Afines. (2022). *El gran reto del envejecimiento digno en Colombia.* <https://acis.org.co/portal/content/el-gran-reto-del-envejecimiento-digno-en-colombia>

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011): «Economía del envejecimiento» en

VV.AA (2011): Envejecimiento activo. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO.

Bazo, M. (1998). *Vejez dependiente, políticas y calidad de vida.* Universidad del País Vasco / EHU. Departamento de Sociología

Avda. Lehendakari Aguirre, 83. 48015 Bilbao. Spain

Acosta, E., Picasso, F., Perrotta, V. (2018). *Envejecimiento y cuidados en Chile. Avances y desafíos en la construcción de una política pública.*

[https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO\\_COSTO\\_FIN\\_AL\\_070911.pdf](https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FIN_AL_070911.pdf)

<https://www.larepublica.co/globoeconomia/el-gasto-en-salud-de-colombia-es-7-2-del-pib-segun-informe-de-la-ocde-2881922>

Análisis de Situación de Salud (ASIS), 2020:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>