

**Diseño de un Modelo de Gestión de Riesgo Enfocado en las Comorbilidades e Interacciones Básicas del  
Paciente Adulto Mayor en el Hospital Isaías Duarte Cancino**

Angela M. Guerra y Estefanía Hurtado

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud

Santiago de Cali

2022

GESTIÓN DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR

**Diseño de un Modelo de Gestión de Riesgo Enfocado en las Comorbilidades e Interacciones Básicas del  
Paciente Adulto Mayor en el Hospital Isaías Duarte Cancino**

Angela M. Guerra y Estefanía Hurtado

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magíster en Maestría en  
Gerencia de Organizaciones de Salud

Dr. Jorge Iván Ortiz, MBA.

Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas  
Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud

Santiago de Cali

2022

Santiago de Cali, 31 de enero de 2022

Doctor  
Silvio Borrero Caldas  
Decano  
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas  
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad


Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es **“Diseño de un Modelo de Gestión de Riesgo Enfocado en las Comorbilidades e Interacciones Básicas del Paciente Adulto Mayor en el Hospital Isaías Duarte Cancino”**

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

Atentamente



Angela Maria Guerra Guerra  
CC: 1085277819



Estefania Hurtado Suarez  
CC: 1151945339

## GESTIÓN DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR

Doctor

Silvio Borrero Caldas

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

Cali

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “Diseño de un modelo de gestión de riesgo enfocado en las comorbilidades e interacciones básicas del paciente adulto mayor en el Hospital Isaías Duarte Cancino “, realizado por las estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: Estefania Hurtado cc: 1151945339, Angela Maria Guerra cc: 1085277819, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,



---

Doctor Jorge Iván Ortiz

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”.

**"DISEÑO DE UN MODELO DE GESTIÓN DE RIESGO ENFOCADO EN LAS COMORBILIDADES E INTERACCIONES BÁSICAS DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO."**

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 de la Salud.



---

SILVIO BORRERO CALDAS  
Decano  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



---

Claudia Isabel Vivas Tobar Rolando  
Director Jurado  
Maestría en Gerencia de Organizaciones  
De la salud



---

Enrique Peñaloza Quintero



---

Jorge Ivan Ortiz  
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, enero 31 de 2022

**Tabla de contenido**

<b>Justificación .....</b>	<b>1</b>
<b>Marco Referencial.....</b>	<b>3</b>
<b>Marco Conceptual.....</b>	<b>3</b>
<b>Marco Normativo.....</b>	<b>11</b>
<b>General.....</b>	<b>30</b>
<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>31</b>
<b>Resultados esperados: .....</b>	<b>32</b>
<b>Población Objeto .....</b>	<b>33</b>
<b>Consideraciones Éticas .....</b>	<b>35</b>
<b>Descripción General de la Entidad .....</b>	<b>36</b>
<b>Historia y análisis del entorno .....</b>	<b>36</b>
<b>Misión .....</b>	<b>38</b>
<b>Visión .....</b>	<b>38</b>
<b>Densidad demográfica para el área de influencia inmediata .....</b>	<b>40</b>
<b>Perfil epidemiológico .....</b>	<b>41</b>
<b>Análisis de situación.....</b>	<b>43</b>
<b>Descripción del modelo GIRS vigente.....</b>	<b>43</b>
<b>Modelo de gestión integral del riesgo en salud .....</b>	<b>45</b>

<b>Diseño de un Modelo de Gestión de Riesgo Enfocado en las Comorbilidades e Interacciones</b>	
<b>Básicas del Paciente Adulto Mayor en el Hospital Isaías Duarte Cancino .....</b>	<b>45</b>
<b>Caracterización .....</b>	<b>45</b>
<b>Captación .....</b>	<b>46</b>
<b>Modelo de atención .....</b>	<b>56</b>
Teleconsulta.....	64
Consulta Presencial.....	66
Consulta por visita domiciliaria.....	68
Seguimiento programa adulto mayor.....	70
Cuidados paliativos.....	76
<b>Presupuesto.....</b>	<b>81</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>82</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>85</b>



**Lista Tablas**

Tabla 1. Población atendida desde 2018 a agosto 2021 por género y grupo etario .....	33
Tabla 2 Atención por tipo de EPS desde el año 2018 al año 2021 .....	37
Tabla 3. Cali en cifras 2018-2019 – páginas 22 – 25 y 31 -Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2.....	40
Tabla 4. Primeras causas de consulta externa por mes - Primer Trimestre año 2020.....	41
Tabla 5. Primeras Causas de Oftalmología por mes - Primer trimestre año 2020 Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E.....	42
Tabla 6. Encuesta .....	52
Tabla 7. Índice de Barthel .....	58
Tabla 8. Escala Lawton y Brody .....	60
Tabla 9. Escala FRAIL .....	61
Tabla 10. Cuestionario PHQ-9 .....	63
Tabla 11. Seguimiento según Riesgo.....	71
Tabla 12. Escala Zarit .....	73
Tabla 13. Presupuesto modelo de gestión del riesgo adulto mayor .....	81

**Lista Ilustraciones**

Ilustración 1. Modelo GIRS Hospital Isafías Duarte Cancino E.S.E .....	43
Ilustración 2 Equipo Multidisciplinario del Modelo de gestión del riesgo.....	47
Ilustración 3. Captación al modelo de gestión del riesgo.....	49
Ilustración 4. Primer Telecontacto .....	51
Ilustración 5. Tipo de Atención .....	56
Ilustración 6. Modelo Teleconsulta.....	66
Ilustración 7. Modelo Consulta Presencial .....	68
Ilustración 8. Modelo Consulta Domiciliaria .....	70
Ilustración 9. Modelo Seguimiento Adulto Mayor .....	75
Ilustración 10. Algoritmo Cuidados Paliativos.....	78
Ilustración 11. Cuestionario ESAS-r.....	80

### Justificación

A medida que se habla de un crecimiento poblacional no se puede dejar de lado el aumento concomitante de la población geriátrica, generando a nivel mundial la necesidad de desarrollar modelos de atención específicos para el adulto mayor, hecho que no es ajeno tanto para nuestro país Colombia como para el Hospital Isaías Duarte Cancino que maneja una cantidad considerable de población vulnerable tanto económica como socialmente hablando en la ciudad de Cali.

Es importante entender al adulto mayor como parte fundamental de la sociedad, sinónimo de legado y sabiduría, quien requiere protección, comprensión y cuidado para enfrentar los diferentes cambios físicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos a los que se ve expuesto, además de factores asociados como las enfermedades crónicas, nivel de dependencia, fragilidad, polifarmacia, etc. De aquí parte la necesidad de implementar un manejo y seguimiento integral para dicha población, con el fin de mejorar la calidad de la última etapa de la vida y promover el envejecimiento activo y no patológico desde las diferentes disciplinas.

Por lo tanto, podemos entender a la población geriátrica como parte de un grupo de riesgo específico, de alto impacto en la salud pública, el riesgo se entiende como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (Resolución 1841 de 2013, p. 51)

El Hospital Isaías Duarte Cancino, como institución prestadora de servicios de salud reconocida en la ciudad por atender a la población del Oriente de Cali, cuenta con atención para la población geriátrica, sin embargo y por lo descrito anteriormente es fundamental crear un modelo para la

atención del adulto mayor con un enfoque holístico de las necesidades y requerimientos, brindando así un manejo integral conservando el equilibrio entre la prestación del servicio y los recursos de la institución destinados para ese fin.

Por esta razón desarrollamos esta propuesta de Modelo de Gestión Integral del Riesgo en Salud para el paciente adulto mayor que es atendido en el Hospital Isaías Duarte Cancino

## Marco Referencial

### Marco Conceptual

En Colombia se define adulto mayor a toda persona mayor de 60 años, según cifras del DANE (Fuente: DANE Censo 2018. Proyecciones poblacionales 2019), el total de la población adulta mayor en Colombia es de 6.509.512 habitantes, representando el 13.2% de la población total. Los adultos mayores hacen parte de un grupo etario que va en aumento. La mayoría de su estado de salud depende de diferentes factores: físico, cognoscitivo y sociofamiliar, adicionalmente, tienen características como la heterogeneidad, la gran carga de enfermedad, múltiples comorbilidades, entre otras, que afectan no solo en el ámbito familiar sino social. Es de suma importancia ofrecer a la población adulta mayor los recursos para ejercer un óptimo control sobre su salud y mejorarla con el fin de lograr un envejecimiento digno, es decir, sin discapacidad, con la menor cantidad de enfermedades posibles o adecuadamente controladas e intentando mantener su autonomía y calidad de vida, respetando sus valores y preferencias (Aliaga, Meza, & Marcela, 2016.). Además, en los programas de prevención se debe tener en cuenta no solo el riesgo de enfermedad, sino también la alteración de la función que produce la enfermedad, y aquellas condiciones frecuentes en el adulto mayor que pueden deteriorar su estado de salud como la fragilidad, las caídas, o complicaciones iatrogénicas; estos programas de prevención deben estar dirigidos a todos estos factores.

La prevención es uno de los pilares fundamentales en la atención del adulto mayor con el fin de evitar el desarrollo de situaciones que una vez implantadas, son difícilmente reversibles (OPS, 2011). La valoración clínica del adulto mayor es multidisciplinaria, destinada a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales de este grupo etario con la intención de

elaborar un plan de promoción de la autonomía. Dicho plan debe incluir actividades educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras. La atención debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos tales como: la infantilización (creencia que el adulto mayor es como un niño), que sus capacidades no son suficientes o que no son compatibles con su entorno, etcétera (M. Boyd Cynthia, 2007).

Según la OMS en su informe sobre la salud en el mundo (World Health Organization, 2002), define el riesgo como: “ la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad”, ante esta definición de riesgo en salud, el ministerio de salud y protección social, creó el plan decenal de salud pública (PDSP), interviniendo en ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), a través de tres líneas operativas 1) promoción de la salud 2) gestión del riesgo en salud y 3) gestión de la salud pública. El ministerio de salud y protección ha diseñado múltiples estrategias dirigidas a cada sector vulnerable, La Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS es definida por el MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) como una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y el bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), frente a esto el gobierno ha diseñado unas herramientas llamadas Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), las cuales son una herramienta orientadora que define a los integrantes del Sector salud (entidad territorial, aseguradoras, prestadores de servicios de salud) y de otros sectores, las condiciones necesarias para

asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desenvuelve, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación, según lo establecido en la resolución 3202 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

En las actividades generales en un modelo de atención integral se encuentran: registrar y mantener actualizado el grupo de adultos mayores, buscar activamente a la población geriátrica del territorio, evaluar, clasificar según el riesgo individual y planificar la atención respectiva, mantener su vacunación al día, investigar las principales causas de mortalidad de los adultos mayores en el territorio para construir estrategias de intervención con el objetivo de aumentar la esperanza de vida, exponiendo los factores de riesgo, buscando estrategias para eliminar o proteger de los riesgos potenciales en esta etapa de la vida, evaluación integral de la persona adulta mayor con riesgo o no riesgo según protocolo, incluyendo visitas domiciliarias por parte del personal de salud requerido, auxiliar de enfermería, enfermería o médico según corresponda, facilitar la medicación a pacientes crónicos, actividades de socialización y educativas para abordar temas relacionados con sus derechos y afecciones, la prevención de la violencia doméstica, realización de prácticas corporales y ejercicios físicos acordes a la edad y características individuales, educar a la comunidad de su entorno o al cuidador encargado de la persona adulta mayor (Kirst, 2017).

(Chad Boulton, 2009) realizó una revisión sobre los programas de atención integrada para adultos mayores y así identificar los procesos clave que conducen al éxito o al fracaso de estos programas logrando resultados como la reducción de la utilización de la atención médica, la mejora de la salud del paciente y mejorar la experiencia tanto del paciente como del cuidador. En este estudio se realizaron búsquedas en la literatura académica internacional en 12 bases de datos electrónicas, búsquedas para

identificar estudios evaluativos. Los criterios de inclusión abordaron literatura evaluativa sobre salud integrada de larga estancia y programas de atención social, publicados entre enero de 1980 y julio de 2015. Se extrajeron datos sobre el propósito del estudio, período, entorno, diseño, población, tamaño de la muestra y resultados del estudio, así como explicaciones de los mecanismos y factores que influyen en los resultados. Se incluyó un total de 65 artículos, que representan 28 programas. Se identificaron dos resultados: confianza de las relaciones de equipo multidisciplinario y compromiso del proveedor y comprensión del modelo. Factores contextuales como un liderazgo fuerte que establece metas claras y establece una cultura organizacional en apoyo del programa, junto con estructuras de gobierno conjuntas, colaboración en equipo y posterior implementación exitosa. Se concluye que esta revisión incluyó una amplia gama de evidencia internacional e identificó procesos clave para la implementación exitosa de programas que deben ser considerados por los planificadores de programas, líderes y evaluadores.

Para describir el efecto del cuidado domiciliario para adultos mayores confinados en casa en forma individual y con cuidador, un estudio de (Nathan Stall, 2014) en el cual se realizó una revisión sistemática de la atención primaria domiciliaria para adultos mayores que viven en la comunidad ( $\geq 65$  años) utilizando las bases de datos Cochrane, PubMed y MEDLINE desde la fecha más temprana disponible hasta el 15 de marzo del 2014. Se incluyeron estudios de visitas domiciliarias en atención primaria, visitas al servicio de urgencias, hospitalizaciones, admisiones de atención a largo plazo. Adicionalmente se evaluó costos, programas de diseño, calidad de vida del individuo, del cuidador y satisfacción con la atención. Como resultado podemos observar que, de 357 resúmenes identificados, nueve cumplieron los criterios para revisión. Las nueve intervenciones se basaron todas en Norte América, ocho de los nueve programas demostraron efectos sustanciales en al menos un resultado de inclusión, con siete programas afectando dos resultados. Seis intervenciones compartieron tres



componentes del programa: equipos de atención interprofesional, reuniones de atención interprofesional y apoyo fuera de horario. Como conclusión los programas de atención primaria domiciliaria pueden influir progresivamente al individuo, los resultados del cuidador y de los sistemas. Los componentes del programa identificados en esta revisión podrían orientar al desarrollo y difusión de este tipo de programas.

En un estudio realizado en Japón (Minoru Yamada, 2012), los adultos mayores son evaluados mediante una lista de verificación de fragilidad para la prevención necesaria en la atención. El efecto de los programas de prevención de la atención en adultos mayores frágiles que viven en la comunidad aún no está claro. El propósito de este estudio fue investigar si el programa de prevención en el cuidado sirve para reducir la discapacidad y medir su rentabilidad en adultos mayores frágiles. Se reclutó a un total de 610 adultos mayores residentes en la comunidad en 2 ciudades de Japón, los pacientes asistieron a sesiones de ejercicio físico una vez a la semana durante 16 semanas consecutivas, las sesiones de ejercicio estaban en un formato estandarizado que consistía en intensidad moderada de ejercicio aeróbico, entrenamiento de fuerza progresivo, ejercicios de flexibilidad y equilibrio. El período de seguimiento fue por 1 año, los resultados fueron los cambios en la lista de verificación de la fragilidad, la atención y costo médico. Como consecuencia, el costo de la atención médica para los sujetos del grupo de ejercicio fue significativamente menor que en el grupo de control. Además, los sujetos en el grupo de ejercicio tuvieron mejoras significativas en puntuaciones totales de la lista de verificación de fragilidad en comparación con el grupo de control que empeoró después de 1 año. Estos resultados sugirieron que el ejercicio físico es eficaz para prevenir la progresión de fragilidad y mayor discapacidad en los adultos mayores que viven en la comunidad.

La Guía Metodológica (2015) del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez (OEV): El desarrollo y fortalecimiento del OEV para Colombia, refleja la importancia alcanzada en el país por el

trabajo conjunto entre agencias e instituciones y el acceso e intercambio de información en salud de las personas. La Dirección de Epidemiología y Demografía (DED) en conjunto con la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a las competencias y obligaciones de seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento establecidas para el sector salud, ha priorizado este observatorio, el cual apoya, estructura y genera información apoyados en el SISPRO, gestiona el conocimiento y difunde resultados.

El OEV para Colombia es una propuesta coherente, armonizada con el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018: “Todos por un nuevo país”, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 - 2019, por tanto centraliza y proporciona información, datos y evidencia disponible sobre la situación de salud y desarrollo de la población de 60 años y más desde el abordaje de los determinantes sociales del proceso de envejecimiento y la vejez, con el propósito de orientar la política basada en la evidencia que mejoren la atención en salud de las personas en edad avanzada, la promoción del envejecimiento activo, la afectación positiva de los determinantes sociales, así como orientar la toma de decisiones de protección social que aseguren un abordaje efectivo del envejecimiento poblacional en Colombia durante las próximas décadas (URIBE, y otros, 2010).

Dentro de las herramientas más importantes en la atención al adulto mayor, se encuentra la valoración geriátrica integral (comprehensive geriatric assesment o CGA por sus siglas en inglés) con la cual se ha demostrado en el estudio de (A.E Stuck, 1993), que asociado a cuidados a largo plazo por equipos multidisciplinarios, ya sea en instituciones geriátricas o viviendo en casa, esta herramienta es efectiva en mejorar supervivencia y funcionalidad en adultos mayores.

De acuerdo a un estudio controlado aleatorizado de Cochrane del presente año (Smith SM, 2021), en el cual las intervenciones multidisciplinarias, como en el modelo “Guided Care”, realizadas en

adultos mayores con múltiples comorbilidades, evidencia cómo las políticas en salud dirigidas a los adultos mayor brindan innumerables beneficios a ésta población, concluye con buena evidencia que dichas intervenciones mejoran los resultados esperados cuando se enfocan en diversos factores de riesgo especialmente en la salud mental, reportados en las escalas de depresión PHQ9. Lo anterior demuestra como un modelo de atención adecuadamente dirigido y bajo un equipo multidisciplinario puede mejorar la salud general de los adultos mayores pluripatológicos

En cuanto a la parte de cuidados paliativos, La OMS/OPS define el cuidado paliativo como un planteamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus familias, que afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Los cuidados paliativos permiten prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la detección temprana, la evaluación correcta y el tratamiento del dolor y otros problemas. La atención paliativa previene y alivia el sufrimiento de todo orden, físico, psicológico, social o espiritual, que experimentan los adultos y niños que viven con problemas de salud que limitan la vida (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Promueve la dignidad, la calidad de vida y la adaptación a las enfermedades progresivas, y utiliza para ello los mejores datos probatorios disponibles, es de entender que no solamente las enfermedades oncológicas están incluidas en este planteamiento, se calcula que en el mundo del 40% al 60% de las muertes requieren cuidados paliativos (Alliance, 2014), las enfermedades no oncológicas más comunes con requerimiento de cuidados paliativos en el adulto más común son enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir cuidados paliativos, incluidas la insuficiencia renal, la hepatopatía crónica, la artritis reumatoide, las enfermedades neurológicas, la demencia, las anomalías congénitas y la tuberculosis farmacorresistente.

Un punto clave para iniciar el manejo de cuidados paliativos en los adultos mayores es el hecho de que, tanto paciente como familia, acepten que la enfermedad que presenta el paciente no es curativa, por lo tanto, el apoyo psicosocial es de gran importancia. El dolor es uno de los síntomas más importantes a tratar en el cuidado paliativo, por eso los opioides son esenciales en tratar el dolor y otros síntomas físicos. Por ejemplo, el 80% de los pacientes con sida o cáncer y el 67% de los que padecen enfermedades cardiovasculares o enfermedad pulmonar obstructiva crónica experimentará dolor de moderado a intenso al final de la vida (Organización Panamericana de la Salud, 2020), En el 2014, la primera resolución mundial sobre cuidados paliativos, WHA 67.19, instó a la OMS y los Estados Miembros a ampliar el acceso a los cuidados paliativos como un componente básico de los sistemas de salud, con énfasis en la atención primaria de salud y la asistencia comunitaria y domiciliaria.

Los cuidados paliativos comienzan con una evaluación pluridimensional de necesidades físicas, emocionales, sociales, espirituales y culturales, los valores y las preferencias de los pacientes y las familias. Existen instrumentos de tamizaje rápidos, validados en entornos ricos y pobres, por ejemplo, la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (Escala de evaluación de síntomas de Edmonton) y la Palliative Outcome Score (POS) (Escala de resultados de los cuidados paliativos).

Existen pruebas de peso que indican que los cuidados paliativos, en instituciones, hospitalarios o domiciliarios, reducen los costos hospitalarios y los costos totales de la atención de salud (Smith S, 2014; Penrod JD, 2006; Morrison RS P. J.-E., 2008; Morrison RS D. J., 2011; Serra-Prat M, 2001; Brumley R, 2007), porque disminuyen las hospitalizaciones evitables, las visitas al departamento de emergencias y los tratamientos innecesarios. Los cuidados paliativos en residencias para personas mayores también pueden reducir las derivaciones a los hospitales (Ennis L, 2015). Esto quiere decir que prestando cuidados paliativos en realidad se pueden reducir los costos de la atención de salud y al mismo tiempo proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes que reciben cuidados paliativos

**Marco Normativo**

Iniciamos con la primera ley otorgada para el adulto mayor en 1986: Autorízase a las asambleas departamentales, a los consejos intendenciales y comisariales y al Concejo Distrital de Bogotá, para emitir una estampilla como recurso para contribuir a la construcción, dotación y funcionamiento de los centros de bienestar del anciano en cada una de sus respectivas entidades territoriales (ley 48 1986, Gutiérrez, Bogotá, Colombia).

(Ley 100 de 1993, Gaviria, Bogotá, Colombia) Establece el Sistema de Seguridad Social Integral, incluyendo el Sistema General de pensiones el Sistema de Seguridad Social en Salud y los Servicios Sociales complementarios. (Samper, Ley 300 de 1996, Bogotá, Colombia) Por la cual se expide la ley general del turismo en la que se incluye la obligación de que las entidades que presten dichos servicios organicen, proporcionen y desarrollen programas de recreación a personas mayores.

(Pastrana, González ley 599 del año 2000, Bogotá, Colombia) también habla en el artículo 299 Artículo 229A. Maltrato por descuido, negligencia o abandono en persona mayor de 60 años. El que someta a condición de abandono y descuido a persona mayor, con 60 años o más, genere afectación en sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años y en multa de 1 a 5 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Y en el artículo 230: Maltrato mediante restricción a la libertad física. El que mediante fuerza restrinja la libertad de locomoción a otra persona mayor de edad perteneciente a su grupo familiar o puesta bajo su cuidado, o en menor de edad sobre el cual no se ejerza patria potestad, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses y en multa de uno punto treinta y tres (1.33) a veinticuatro (24) salarios mínimos legales mensuales vigentes, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor.

(Pastrana, Santos, ley 687 de 2001, Bogotá, Colombia) Establece la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida

para la tercera edad y la ley 715 de 2001: través de la cual se redefinen las competencias para organizar la prestación de los servicios de salud. A las entidades territoriales de salud corresponde vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano. (Uribe, ley 931 de 2004, Bogotá Colombia) La presente ley tiene por objeto la protección especial por parte del Estado de los derechos que tienen los ciudadanos a ser tratados en condiciones de igualdad, sin que puedan ser discriminados en razón de su edad para acceder al trabajo.

(Uribe, Decreto No. 1011 de 2006, Bogotá, Colombia), De acuerdo con el Decreto, se estableció un sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el sistema general de salud y seguridad social. Se determina en las características del artículo 3 del SOGCS que la seguridad es una de las características que debe cumplir el SOGCS para poder evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, y se define como un conjunto de elementos estructurales, procesos y métodos basados en los siguientes elementos para ser científicamente probados con base en la evidencia, estas evidencias a menudo pueden minimizar el riesgo de eventos adversos o mitigar sus consecuencias en el proceso de atención médica.(Uribe, La Ley 1171 de 2007, Bogotá, Colombia) Por la cual se establecen beneficios a las personas adultas mayores como descuentos en instituciones educativas y consultas médicas prioritarias y medicamentos a domicilio, descuentos en espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales; tarifa diferencial en el transporte público y turismo; trato preferencial en entidades públicas, consultorios jurídicos, consultas médicas prioritarias, medicamentos a domicilio.

(Uribe, Ley 1251 de 2008, Bogotá, Colombia) Por la cual se establecen beneficios a las personas adultas mayores como descuentos en instituciones educativas y consultas médicas prioritarias y medicamentos a domicilio, descuentos en espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y

recreacionales; tarifa diferencial en el transporte público y turismo; trato preferencial en entidades públicas, consultorios jurídicos, consultas médicas prioritarias, medicamentos a domicilio. (Sierra, sentencia T1178/ 2008, Colombia) La exoneración de este tipo de pagos tiene como fin cumplir con la obligación de accesibilidad que incorpora el derecho a la salud según la interpretación que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha hecho del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tratado que hace parte del bloque de constitucionalidad según el artículo 93 de la Constitución. Según este organismo internacional la accesibilidad implica que las personas puedan ingresar a los establecimientos de salud y hacer uso efectivo de los bienes y servicios de salud sin que se presente ningún tipo de discriminación, lo que supone asegurar varias cosas, entre ellas, establecer condiciones por medio de las cuales se haga factible el acceso a la salud de quienes carecen de los suficientes recursos económicos para tales efectos. A juicio de la Sala, las razones que llevan a hacer esta excepción se acentúan en el caso de la población vinculada que a menudo suele ser la más desprotegida debido a que, además de estar aspirando a ingresar al régimen subsidiado de salud lo que da cuenta de su incapacidad económica, no le ha sido asignada una ARS lo que le dificulta su atención en salud en la mayor parte de los casos. Ahora bien, la inaplicación de esta obligación general no se da automáticamente, pues, según la jurisprudencia de esta Corte se deben cumplir los siguientes requisitos: “(I) que la falta de servicio médico o del medicamento vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad física de quien lo requiere, salvo el caso de los niños y los ancianos donde se puede Expediente T-1959069 2 obviar este requisito por ser sujetos de especial protección cuyo derecho a la salud es fundamental per se, (II) que el interesado no pueda directamente costear el servicio médico o el medicamento, ni puede acceder a éstos a través de otro plan de salud que lo beneficie, ni puede pagar las sumas que por acceder a éstos le cobre, con autorización legal, la EPS, y (III) que el servicio o el medicamento ha sido prescrito por un médico adscrito a la EPS o ARS de quien se está solicitando el

tratamiento.". Lineamientos de Política de Seguridad del Paciente: En 2008, el Ministerio de Salud emitió los "Lineamientos de Política de Seguridad del Paciente para la Implementación de Políticas de Seguridad del Paciente en la República de Colombia". Que, en el año 2007 se inició la formulación e implementación de la Política de Envejecimiento y Vejez, dotada de una línea de acción sobre participación ciudadana e integración social, en cuyo marco se gestionó la conformación y el fortalecimiento de los consejos departamentales, distritales y municipales de personas adultas mayores, que incluían a instituciones públicas y privadas con responsabilidades en temáticas de envejecimiento humano y vejez, y a representantes de este grupo poblacional y sus organizaciones. (Uribe, la Ley 1251 de 2008, Bogotá, Colombia) "Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores", contempla en su Título IV la creación, los fines, la conformación y las funciones del Consejo Nacional del Adulto Mayor, estas últimas adicionadas mediante las (Lizcano, leyes 1850 de 2017, Bogotá, Colombia) "por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las (Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, Bogotá, Colombia), se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones" y 2040 de 2020 "por medio de la cual se adoptan medidas para impulsar el trabajo para adultos mayores y se dictan otras disposiciones".

(Uribe, Ley 1276 de 2009, Bogotá, Colombia): La presente ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. (Uribe, La Ley 1328 de 2009, Bogotá, Colombia) desarrolla los beneficios económicos periódicos : las personas de escasos recursos que hayan realizado aportes o ahorros periódicos o esporádicos a través del medio o mecanismo de ahorro determinados por el Gobierno Nacional, incluidas aquellas de las que trata el artículo 40 de la ley 1151 (Uribe, Ley 1151 de 2007, Bogotá ,



Colombia) podrán recibir beneficios económicos periódicos inferiores al salario mínimo, de los previstos en el Acto legislativo 01 de 2005, como parte de los servicios sociales complementarios, una vez cumplan con los siguientes requisitos: Que hayan cumplido la edad de pensión prevista por el Régimen de Prima Media del Sistema General de Pensiones. Que el monto de los recursos ahorrados más el valor de los aportes obligatorios, más los aportes voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorio y otros autorizados por el Gobierno Nacional para el mismo propósito, no sean suficientes para obtener una pensión mínima. Que el monto anual del ahorro sea inferior al aporte mínimo anual señalado para el Sistema General de Pensiones. Para estimular dicho ahorro a largo plazo el Gobierno Nacional, con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad Pensional y teniendo en cuenta las disponibilidades del mismo, podrá establecer incentivos que se hagan efectivos al finalizar el período de acumulación denominados periódicos que guardarán relación con el ahorro individual, con la fidelidad al programa y con el monto ahorrado e incentivos denominados puntuales y/o aleatorios para quienes ahorren en los períodos respectivos. En todo caso, el valor total de los incentivos periódicos más los denominados puntuales que se otorguen no podrán ser superiores al 50% de la totalidad de los recursos que se hayan acumulado en este programa, de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Los incentivos que se definirán mediante los instructivos de operación del Programa Social Complementario, denominado Beneficios Económicos Periódicos, deben estar orientados a fomentar tanto la fidelidad como la cultura del ahorro para la vejez. En todo caso, el ahorrador sólo se podrá beneficiar del incentivo periódico si cumple con los requisitos establecidos en los numerales anteriores y ha mantenido los recursos en el mecanismo a la fecha de obtener un Beneficio Económico Periódico, salvo el caso de los incentivos aleatorios. Como mecanismo adicional para fomentar la fidelidad y la cultura del ahorro el Gobierno determinará las condiciones en las cuales los recursos ahorrados podrán ser utilizados como garantía para la obtención de créditos relacionados con la atención de imprevistos

del ahorrador o de su grupo familiar, de conformidad con la reglamentación que se expida para tal efecto. También se podrá crear como parte de los incentivos la contratación de seguros que cubran los riesgos de invalidez y muerte del ahorrador, cuya prima será asumida por el Fondo de Riesgos Profesionales. El pago del siniestro se hará efectivo mediante una suma única. Los recursos acumulados por los ahorradores de este programa constituyen captaciones de recursos del público; por tanto, el mecanismo de ahorro al que se hace referencia en este artículo será administrado por las entidades autorizadas y vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia. El Gobierno Nacional podrá establecer el mecanismo de administración de este ahorro, teniendo en cuenta criterios de eficiencia, rentabilidad y los beneficios que podrían lograrse como resultado de un proceso competitivo que también incentive la fidelidad y la cultura de ahorro de las personas a las que hace referencia este artículo. Con las sumas ahorradas, sus rendimientos, el monto del incentivo obtenido y la indemnización del Seguro, cuando a ella haya lugar, el ahorrador podrá contratar un seguro que le pague el Beneficio Económico Periódico o pagar total o parcialmente un inmueble de su propiedad. Todo lo anterior de conformidad con el reglamento que para el efecto adopte el Gobierno Nacional, siguiendo las recomendaciones del Conpes Social.

(Uribe, Ley 1315 de 2009, Bogotá, Colombia) La presente ley busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social. se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años o más. Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Instituciones de Protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores. Centros de Día para Adulto Mayor. Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas. Instituciones de Atención. Instituciones públicas,

privadas o mixtas que cuentan con infraestructura físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que beneficien al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos. *Habla acerca de restricciones al ingreso de las instituciones donde No* podrán ingresar a los centros de protección social y centros de día, aquellas personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente. Se exceptúan, aquellas instituciones de atención que han sido habilitadas para la prestación de servicios de salud o cuando a criterio del médico tratante, se disponga de los recursos humanos, equipamiento clínico y terapéutico necesario y no represente riesgo para la persona ni para las demás personas que son atendidas en la institución. *Sobre la solicitud para la instalación y funcionamiento de los centros de protección social y de día.* El representante legal de las instituciones reguladas mediante esta ley, solicitará ante la Secretaría de Salud correspondiente sea esta Departamental, Distrital o Municipal la autorización para su funcionamiento e instalación, adjuntando además de los requisitos establecidos en la ley especial para adulto mayor los siguientes: Nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico del establecimiento; Individualización, (C. C., RUT, NIT), y domicilio del titular y representante legal, en su caso; Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos para ser utilizados por parte del establecimiento a través de su representante legal; Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios; Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, y condiciones sanitarias y ambientales básicas que establecen la (Bogotá, Colombia Ley 9ª de 1979) y demás disposiciones relacionadas con la materia; Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado; Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el

establecimiento; Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su respectivo sistema de turnos, información que deberá actualizarse al momento en que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría de Salud competente, la nómina del personal que labora ahí; Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de los contratos que celebrará el establecimiento con los residentes o sus representantes, en el que se estipulan los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente; Plan de evacuación ante emergencias; Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria. *Las instituciones reguladas por la presente ley* deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la (Ley 361 de 1997, Bogotá, Colombia) y las normas que lo desarrollen. Deberán poseer, además, las dependencias bien diferenciadas e iluminadas, que no tengan barreras arquitectónicas y las siguientes pautas de diseño: Humanización espacial: Generación de espacios confortables, con tratamiento y uso del color y la iluminación, señalización y orientación del paciente entre los que se contará con: En los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla, zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos (2) personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados, zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín, los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados, las duchas deben permitir la entrada de silla de ruedas, deberán tener un inodoro y un lavamanos. Además, habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados, los pisos de estos serán antideslizantes

o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo, la cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar, El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor. La Flexibilidad Espacial: Que permitan los cambios programáticos y de instalaciones que incluyan los avances tecnológicos, teniendo en cuenta la relación eficiencia y eficacia en los costos. Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares, salas de estar o de usos múltiples que, en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música, juegos, revistas, libros, etc. Comedores suficientes para el cincuenta por ciento (50%) de los residentes simultáneamente, dormitorios con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por habitación y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contar con un número de camillas clínicas o similares para el ciento por ciento (100%) de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica, lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas, lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo, lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y

planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia, si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia. Sustentabilidad: Implica el ahorro energético reduciendo los consumos de climatización e iluminación, uso racional del agua, ambientes saludables con la utilización de materiales no contaminantes, ventilación e iluminación natural, visual y espacios verdes, reducción de la generación de residuos, en relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas concordantes, dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura, todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y según la normatividad técnica que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social. En ningún caso el director de los centros de protección social, de día, instituciones de atención o cualquier otra persona, podrán obtener autorización para el cobro y disposición total o parcialmente de las mesadas pensionales de los residentes. El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas. Las cuáles serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del (centro de protección, día o atención). Cualquiera que sea el número de residentes o su condición de dependencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo de una sola persona. El personal auxiliar de enfermería y los cuidadores desarrollan las funciones asignadas por el director técnico y además de las que determine el Ministerio de la Protección Social de conformidad con las patologías y condiciones de los residentes. Los centros de protección social y de

día, así como las instituciones de atención además de los funcionarios anteriormente enunciados, deberán contar con el siguiente personal: Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes; Auxiliares de servicio, encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de acuerdo con el número y condición de los residentes; Personal encargado de la nutrición, terapeuta ocupacional o profesor de educación física, para el mantenimiento de las funciones biopsicosociales mediante acompañamiento psicológico y todo personal que pueda brindar talleres de artes manuales e intelectuales (club) que permitan mantener la productividad tanto física como mental de los residentes. El Ministerio de la Protección Social establecerá los lineamientos técnicos a seguir en los centros de protección social, de día y de atención, de acuerdo con el número de residentes y condiciones de los mismos. *Los Directores Técnicos*, además de las funciones asignadas de conformidad con el artículo 6° de la presente ley, velarán porque los residentes dispongan de medios para el control periódico de su salud, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes. El seguimiento de vigilancia y control a los centros de protección social, de día e instituciones de atención para adultos mayores y/o de personas en situación de discapacidad corresponde a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Municipal. Por lo menos una vez cada año se efectuará una visita de seguimiento y control a estos sitios; no obstante, la respectiva entidad de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, entregará informes de gestión. La contravención a la presente disposición será sancionada por la misma autoridad que expida la autorización. La sanción será graduada de acuerdo con la gravedad de la infracción, teniendo como criterio el riesgo ocasionado a la vida de los residentes y la reincidencia. Las sanciones consistirán en: amonestación verbal, suspensión de la autorización o cierre definitivo. La autorización de la que

habla esta ley no incluye ni exime la obligatoriedad de las autorizaciones a las que hagan referencia otros ordenamientos jurídicos.

Los centros de protección social, de día y de atención, a los que se refiere esta ley, que pretendan acceder a los distintos programas orientados por el Gobierno Nacional, Departamental, Municipal, deberán cumplir a cabalidad con lo dispuesto en esta normatividad. Los centros de protección social de día, así como las instituciones de atención deberán acoger a los adultos mayores afectados por casos de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención

(Santos, La ley 1643 de 2013, Bogotá, Colombia) habla acerca de Las Cajas de Compensación Familiar deberán prestar a los pensionados cuya mesada pensional sea de hasta uno y medio (1.5) smlmv, tanto del sector privado como del sector público del orden nacional, territorial, y de los regímenes especiales, mediante previa solicitud, los servicios a que tienen derecho los trabajadores activos en materia de recreación, deporte y cultura. Para estos efectos los pensionados sólo presentarán ante la respectiva Caja, a la que estuvieron afiliados en su última vinculación laboral, la documentación que los acredite como tales, incluyendo a su cónyuge o compañera o compañero permanente cuando éste no ostente la calidad de trabajador activo, y sus hijos menores de dieciocho (18) años, acreditando el vínculo familiar, sin que se haga necesario el pago de cotización alguna. Los pensionados cuya mesada sea superior a uno y medio (1.5) salario mínimo legal mensual vigente (smlmv), cotizarán en los términos y condiciones establecidos en la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, sin que en ningún caso la cuantía de la cotización sea superior al dos por ciento (2%) de la correspondiente mesada. Los pensionados que se acojan a este beneficio no recibirán subsidio en dinero.

(Vargas, La sentencia t 199 de 2013, Bogotá, Colombia) habla sobre el derecho a la salud del adulto mayor, tratándose de personas en estado de debilidad, sujetos de especial protección por parte



del Estado como es el caso de los niños, los discapacitados y los adultos mayores (C.P. arts. 13, 46 y 47) la protección al derecho fundamental a la salud se provee de manera reforzada, Así, la omisión de las entidades prestadoras del servicio de salud, la falta de atención médica o la imposición de barreras formales para acceder a las prestaciones hospitalarias que se encuentren dentro del POS que impliquen grave riesgo para la vida de personas en situación evidente de indefensión. Vulneración de EPS por cambio en el suministro de oxígeno en pipetas por un generador de oxígeno que opera con energía eléctrica, incrementando el servicio de energía eléctrica.

(Vargas, La sentencia T266 de 2014, Bogotá, Colombia) ha establecido ya en la jurisprudencia constitucional que los servicios de salud deben prestarse de manera continua, es decir, un servicio o un tratamiento no puede interrumpirse de manera repentina dejando al paciente desprotegido en su salud. En el presente caso, el servicio de salud se venía prestando de manera regular y fue interrumpido tan pronto la entidad advirtió que la actora había perdido la condición de beneficiaria. En este sentido, con dicho proceder se interrumpió el tratamiento de una enfermedad grave y se puso en riesgo la vida y la integridad física de la accionante. Queda entonces claro que, suspender de manera abrupta un tratamiento ante la circunstancia en la que la persona pierde su calidad de afiliada a una determinada EPS por razones ajenas a su voluntad, resulta violatorio de los derechos fundamentales de la misma. Cuando una EPS ha iniciado la prestación de un servicio o tratamiento debe continuar con el mismo hasta tanto la persona afectada logre afiliarse nuevamente, bien sea al régimen contributivo o al subsidiado.

(Ministerio de salud y protección social, Bogotá, Colombia La Resolución No. 2003de 2014): Con el fin de mejorar la seguridad del paciente, el Ministerio de Salud y Protección Social definió los procedimientos y condiciones para el registro de prestadores de servicios médicos y autorización de servicios en esta resolución, y determinó que los prestadores de servicios médicos deben adoptar el

registro de proveedores y el manual de autorización de servicios de salud como integral de esta resolución.

(Vargas, Luis Ernesto La sentencia C 451 de 2016, Bogotá , Colombia) que habla de Limitar el deber de cuidado y auxilio de los abuelos, bisabuelos y tatarabuelos legítimos, quebranta el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación de las diversas formas de familia que reconoce la Constitución. Hay un deber de solidaridad con las personas de la tercera edad. Solidaridad familiar de los hijos frente a los ascendientes directo-derecho de alimentos.

(Pretelt, Jorge Ignacio, La sentencia C177 de 2016, Bogotá , Colombia) en donde Se evidencia que el término “ancianos” sí tiene un significado jurídico en la jurisprudencia constitucional colombiana, y está ligado a aquellas personas que por su avanzada edad o por estar en el último periodo de la vida, han perdido algunas de sus facultades y ameritan por ello una especial protección constitucional. En ese sentido, en general, los conceptos de “adulto mayor”, de la “tercera edad” o “ancianos”, pueden ser usados indistintamente para hacer referencia a la vejez como un fenómeno preponderantemente natural que trae implicaciones constitucionales. Pero en algunas circunstancias, como sucede con la valoración de la inminencia de un daño por el paso del tiempo, la Corte ha considerado que la ancianidad, por tratarse de una avanzada edad, que supera el estándar de los criterios de adulto mayor, requiere de una protección inmediata a través de la acción de tutela. En general, no es posible determinar un criterio específico para establecer el momento o la circunstancia que permita calificar a una persona con la palabra “anciano”. Pero tampoco es posible adjudicarle un valor peyorativo o discriminatorio, sino que, al parecer, la expresión “ancianos” se refiere a un concepto sociológico, más propio del lenguaje común y en general referente a una persona que por su avanzada edad ha visto disminuidas algunas de sus capacidades, por lo que en consecuencia requiere de la protección y el apoyo de la sociedad y del Estado, en el marco del máximo respeto a su dignidad humana.

(Liscano, Oscar Mauricio La ley 1850 de 2017, Bogotá, Colombia) habla acerca de establecer medidas de protección al adulto mayor en Colombia, modifica las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social implementará una ruta de atención inmediata y determinará los medios de comunicación correspondientes frente a maltratos contra el adulto mayor, tanto en ambientes familiares como en los centros de protección especial y demás instituciones encargadas del cuidado y protección de los adultos mayores. *Redes de apoyo comunitario a las personas de la tercera edad*. El Estado, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Municipales de Desarrollo Social, o quienes hagan sus veces, con la participación de las Personerías, la Defensoría del Pueblo, las IPS-S y la Policía Nacional, impulsarán la creación de Redes Sociales de Apoyo Comunitario a las personas de la tercera edad, con el fin de generar y operar canales de comunicación que brinden la posibilidad de activar alertas tempranas y efectivas para la atención oportuna, ante la ocurrencia de eventos de abandono, descuido, violencia intrafamiliar y hechos similares que pongan en riesgo la integridad física o moral de algún adulto mayor.

(Pulido, Carlos Bernal, Sentencia T-716/17, Bogotá, Colombia) La Corte Constitucional ha considerado que los programas de atención integral al adulto mayor son muy importantes, dado que, en la mayoría de los casos, el auxilio no es una simple asistencia social, sino que se trata del único ingreso que percibe un sujeto en condiciones de vulnerabilidad y pobreza extremas, “en consecuencia, la única manera de garantizar su derecho fundamental al mínimo vital, dado el grado de debilidad manifiesta en que se halla. Por esta razón, el Estado está en la obligación de dar prioridad, en lo que a presupuesto se refiere, a los programas de gasto público social, para así cumplir a cabalidad con el principio de solidaridad y garantía al derecho a la vida en condiciones dignas que emana de la Constitución.

(Escruceria, Iván, Humberto La Sentencia T-252/17, Bogotá, Colombia ) habla acerca de que los adultos mayores son un grupo vulnerable, por ello han sido catalogados como sujetos de especial protección constitucional en múltiples sentencias de esta Corporación. Desde el punto de vista teórico, esto puede obedecer a los tipos de opresión, maltrato o abandono a los que puede llegar a estar sometida la población mayor, dadas las condiciones, físicas, económicas o sociológicas, que la diferencian de los otros tipos de colectivos o sujetos. principio de solidaridad con persona de la tercera edad-Responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia Respecto de los adultos mayores existe una carga específica en cabeza del Estado, la sociedad y la familia para que colaboren en la protección de sus derechos, ya que éstos se encuentran en una situación de vulnerabilidad mayor en comparación con otras personas. Sin embargo, el Estado es el principal responsable de la construcción y dirección de este trabajo mancomunado, que debe tener como fin último el avance progresivo de los derechos de la población mayor. protección del adulto mayor-deberes prestacionales y asistenciales subsidio económico para adulto mayor-Procedencia excepcional de la acción de tutela para proteger derechos fundamentales de ancianos en extrema pobreza derecho a la salud, a la vida digna y a la integridad física del adulto mayor-Vulneración por parte de Hospital Geriátrico al haber incurrido en una irregular prestación del servicio hacia los adultos mayores que residen en la institución derecho a la salud, a la vida digna y a la integridad física de adulto mayor-Orden a Hospital Geriátrico y Ancianato brindar asistencia terapéutica a la accionante y atender con amabilidad y prudencia las solicitudes de sus residentes.

(Lizarazo, Antonio José La Sentencia T-178/17, Bogotá, Colombia) Se ha sostenido que la idoneidad del mecanismo jurisdiccional que se surte ante la Superintendencia Nacional de Salud debe analizarse en cada caso por lo que el juez de tutela no puede declarar la improcedencia de la acción de tutela automáticamente; toda vez que deberá tener en consideración las condiciones de salud de la

persona que acude a la acción de amparo y la urgencia de una resolución pronta. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo. En segundo lugar, manifiesta que comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En tercer lugar, radica en cabeza del Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Finalmente, advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

(Flórez, Guillermo, Ley 1893 de 2018, Bogotá, Colombia) MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 1025 DEL CÓDIGO CIVIL, el cual quedará así: Artículo 1025. Indignidad sucesoral. Son indignos de suceder al difunto como heredero o legatarios: 1. El que ha cometido el crimen de homicidio en la persona del difunto o ha intervenido en este crimen por obra o consejo, o la dejó perecer pudiendo salvarla. 2. El que cometió atentado grave contra la vida, el honor o los bienes de la persona de cuya sucesión se trata, o de su cónyuge o de cualquiera de sus ascendientes o descendientes, con tal que dicho atentado se pruebe por sentencia ejecutoriada. 3. El consanguíneo dentro del sexto grado inclusive que en el estado de demencia o destitución de la persona de cuya sucesión se trata no la socorrió pudiendo. 4. El que por fuerza o dolo obtuvo alguna disposición testamentaria del difunto o le impidió testar. 5. El que dolosamente ha detenido u ocultado un testamento del difunto, presumiéndose dolo por el mero hecho de la detención u ocultación. 6. El que abandona sin justa causa a la persona de cuya sucesión se trata, estando obligado por ley a suministrarle alimentos. Para los efectos de este artículo, entiéndase por abandono: la falta absoluta o temporal a las personas que requieran de cuidado personal en su crianza, o que, conforme a la ley, demandan la obligación de proporcionar a su favor habitación, sustento o

asistencia médica. Se exceptúa al heredero o legatario que, habiendo abandonado al causante, éste haya manifestado su voluntad de perdonarlo y de sucederlo, lo cual se demostrará por cualquiera de los mecanismos probatorios previstos en la ley, pero previo a la sentencia judicial en la que se declare la indignidad sucesora y el causante se encuentre en pleno ejercicio de su capacidad legal y libre de vicio. 7. El que hubiese sido condenado con sentencia ejecutoriada por la comisión de alguno de los delitos contemplados en el Título VI Capítulo Primero del Código Penal, siendo el sujeto pasivo de la conducta la persona de cuya sucesión se trate. 8. Quien abandonó sin justa causa y no prestó las atenciones necesarias al causante, teniendo las condiciones para hacerlo, si este en vida se hubiese encontrado en situación de discapacidad.

(Duque, Iván La ley 2044 de 2020, Bogotá, Colombia) tiene por objeto sanear de manera definitiva la propiedad de los asentamientos humanos ilegales consolidados y precarios en bienes baldíos urbanos, bienes fiscales titulables, y los que existan en predios de propiedad legítima a favor de particulares, cuya ocupación o posesión, sea mayor de diez (10 años) y cumplan con los requisitos establecidos en la presente ley, de igual modo la titulación de predios de uso público a favor de entidades territoriales, a fin de materializar el principio de equidad que permita el cumplimiento de las garantías ciudadanas en el marco del Estado Social de Derecho. Parágrafo 1º. Lo establecido en este artículo tampoco aplicará para los predios titulados con uso diferente a vivienda. Artículo 16. En complemento de los programas de legalización o titulación en asentamientos humanos ilegales precarios, se podrá: 1. Realizar de manera simultánea la implementación de programas de servicios públicos domiciliarios en caso de que no se cuente con ellos, tales como: instalación de la infraestructura de acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y gas natural; 2. Realizar de manera simultánea un plan de articulación con la red de equipamientos de educación, salud, bienestar, recreación, seguridad y transporte y la consolidación del Sistema de Espacio Público para dicho

asentamiento. De ser necesario, al presentarse un déficit de alguno de los anteriores, el municipio debe elaborar un plan para la construcción de nuevos equipamientos que permitan un adecuado acceso al asentamiento.

## **Objetivos**

### **General**

Diseñar un modelo de gestión de riesgo para el adulto mayor enfocado en la adecuada caracterización de sus patologías y la detección temprana de sus riesgos sociales.



**Objetivos específicos**

- Fortalecer el modelo de atención enfocado en la promoción y prevención del adulto mayor en el Hospital Isaías Duarte Cancino.
- Reforzar la identificación temprana de la población geriátrica del Hospital Isaías Duarte Cancino para el manejo de sus patologías más comunes.
- Crear estrategias de seguimiento de la población adulta mayor del Hospital Isaías Duarte Cancino, con el fin de prevenir aparición y progreso de comorbilidades frecuentes de dicho grupo etario.
- Entendimiento de la red integral que se ofrece por parte del Hospital Isaías Duarte Cancino para la atención del paciente pluripatológico

**Resultados esperados:**

- 1) Con el desarrollo de este modelo de gestión de riesgo buscamos obtener beneficios tanto para la población geriátrica que recibe atención en el Hospital Isaías Duarte Cancino como para el mismo Hospital.
- 2) Mejorar la calidad de vida del paciente adulto mayor optimizando los resultados clínicos frente a la historia natural de la enfermedad de las patologías más comunes e intervenibles como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Glaucoma, etc.
- 3) Mediante el manejo oportuno y el seguimiento se espera evitar descompensación de las enfermedades de base y así disminuir necesidad de hospitalización y visitas al servicio de urgencias.
- 4) Con un seguimiento activo se busca prevenir la progresión de comorbilidades como HTA o DM a una Enfermedad Renal Crónica o a la necesidad de diálisis renal.
- 5) Fortalecer las actividades de tamizaje con el fin de realizar un diagnóstico temprano de las patologías catastróficas como el Cáncer y sus tipos más comunes, pulmón, próstata, colon, mama, etc.
- 6) Capacitar al personal de salud del Hospital y a los cuidadores encargados de la salud en casa del paciente geriátrico para mantener un manejo actualizado y un acompañamiento completo de sus necesidades.
- 7) Mejorar la vigilancia de la salud mental del adulto mayor inculcando al personal de salud y sus cuidadores la importancia de escuchar y comprender los cambios comportamentales y su impacto en el ámbito social.
- 8) Con mejores resultados en salud, se busca un menor uso de recursos de la institución frente a la progresión o a las descompensaciones de las comorbilidades de este grupo etario

**Población Objeto**

Se desarrollará un modelo de gestión integral del riesgo en la población adulta mayor de 65 años que recibe atención en el servicio de consulta externa en el Hospital Isaías Duarte Cancino.

Se obtiene información de una base de datos desde el año 2018 hasta agosto de 2021 de la población general que fue atendida en esta institución, la cual se caracterizó según los determinantes estructurales relacionados con sexo y edad. También se desarrollan por intervalos de quinquenio dependiendo de la edad del paciente y así se saca un total de población geriátrica atendida en cada año, adicionalmente se muestra el porcentaje con respecto al total atendido, evidenciando la población necesaria para la captación de pacientes.

*Tabla 1. Población atendida desde 2018 a agosto 2021 por género y grupo etario*

GRUPO ETARIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		Enero - Agosto 2021	
	F	M	F	M	F	M	F	M
00-04 AÑOS	2.302	2.599	2.896	3.245	1.217	1.638	470	758
05-09 AÑOS	2.384	2.528	3.060	3.557	1.393	2.008	929	1.497
10-14 AÑOS	2.392	2.398	2.805	3.655	1.895	2.689	718	1.549
15-19 AÑOS	4.470	4.228	6.289	5.640	6.378	6.522	4.107	3.493
20-24 AÑOS	6.282	4.767	10.302	6.290	7.755	7.068	4.897	4.023
25-29 AÑOS	7.130	3.997	10.116	6.096	8.171	7.391	6.014	6.447
30-34 AÑOS	7.499	3.969	9.826	6.502	7.261	6.274	5.622	4.603
35-39 AÑOS	9.683	4.697	13.093	7.076	10.031	6.605	7.341	6.592
40-44 AÑOS	10.901	4.871	15.726	6.450	11.615	7.745	10.133	5.158
45-49	12.060	6.512	17.090	8.700	11.912	9.855	10.243	6.636

AÑOS								
50-54 AÑOS	14.220	7.004	18.952	12.483	13.554	10.607	12.169	7.986
55-59 AÑOS	16.304	9.723	21.805	14.346	15.760	15.347	15.937	12.421
60-64 AÑOS	15.670	14.861	22.881	17.339	18.154	20.407	13.158	14.429
65-69 AÑOS	12.975	11.248	22.117	16.485	17.233	16.356	14.412	11.643
70-74 AÑOS	10.554	11.180	16.108	14.070	14.045	16.920	13.409	11.101
75-79 AÑOS	12.934	9.077	17.210	12.974	12.144	13.037	11.319	8.958
80 Y MAS AÑOS	15.001	9.549	20.025	13.572	17.564	13.040	17.930	12.950
Total general	162.761	113.208	230.301	158.480	176.082	163.509	148.808	120.244
total 65 años y más	51.464	41.054	75.460	57.101	60.986	59.353	57.070	44.652
porcentaje mayor de 65 años	31,6%	36,3%	32,8%	36,0%	34,6%	36,3%	38,4%	37,1%

Fuente: Informe Gerencial hospital isaias duarte cancino 2021

De esta tabla se puede deducir que la población mayor de 65 años corresponde a un tercio del total de los pacientes atendidos por la institución, demostrando la importancia que esta población tiene para el Hospital Isaiás Duarte Cancino y el valor del modelo de gestión de riesgo a proponer en este proyecto.

**Consideraciones Éticas**

Basados en la resolución número 8430 de 1993, título II, Capítulo 1, artículo 11, este proyecto se clasifica en una investigación sin riesgo, igualmente en este proyecto se garantizarán los principios éticos básicos de no maleficencia, beneficencia, justicia y respeto. Además, bajo la ley estatutaria 1581 de 2012, utilizando los principios rectores mencionados en el artículo 4 de la misma ley, se protegerán todos los datos recopilados sobre la población objeto de estudio.

El diseño metodológico será mixto con enfoque cuantitativo y cualitativo, donde se aplicará entrevistas y encuestas con previa autorización. Se realizará entrevista al gerente, un especialista en medicina familiar, médico general, psicólogo y trabajador social del Hospital Isaías Duarte Cancino. Para las entrevistas se utilizará el modelo de entrevista de Sampieri con preguntas de opinión abiertas y neutrales, pretendiendo obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje, ya que es el personal que tiene contacto directo con la población objeto.

Se realizarán encuestas y/o escalas a los adultos mayores como población objeto, pacientes de consulta externa o en su debido caso al familiar o al acudiente, serán preguntas cerradas, ya que son más fáciles de codificar y preparar para su análisis, responder a un cuestionario con preguntas cerradas toma menos tiempo que contestar preguntas abiertas.

## **Descripción General de la Entidad**

### **Historia y análisis del entorno**

El Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E., creado mediante Escritura Pública No 2534 del 9 de septiembre del 2003 Notaria 14 del Círculo de Cali, la cual incluye las respectivas autorizaciones, según Ordenanza 163 del 9 de mayo del 2003 y Acuerdo 106 del 15 de enero del 2003. Su proceso de construcción comenzó en el año de 1997, pero solo hasta el 1 de noviembre del 2003 abrió sus puertas a la comunidad y se transformó en lo que es actualmente, el Hospital Isaías Duarte Cancino Empresa Social del Estado, su nombre en homenaje a Monseñor Isaías Duarte Cancino Q.E.P.D., quien realizó una gran labor en los sectores más deprimidos de Aguablanca. El Hospital Isaías Duarte Cancino se encuentra ubicado al Oriente de la Ciudad de Cali, cuenta con una infraestructura adecuada y ofrece servicios especializados a todas a la población del sur occidente colombiano, pretendiendo ser un polo de desarrollo de las comunas 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21 y corregimiento de navarro, áreas de influencia inmediatas de la institución.



El hospital atiende todo tipo de régimen de salud, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2 Atención por tipo de EPS desde el año 2018 al año 2021

ATENCIÓN POR ENTIDAD (EPS, ASEGURADORA, SECRETARÍA Y POBLACION PRIVADA DE LIBERTAD)	2018	2019	2020	2021
	NUMERO DE AFILIADOS ATENDIDOS			
EMSSANAR SUBSIDIADO	27153	17732	7499	6127
EMSSANAR CONTRIBUTIVO	507	594	446	446
COOSALUD EVENTO SUBSIDIADO	1159	1686	1605	1129
COOSALUD EVENTO CONTRIBUTIVO	59	124	115	76
COOSALUD MODELO PGP CONTRIBUTIVO	36	617	459	0
COOSALUD MODELO PGP SUBSIDIADO	973	9908	3047	0
ASMET SALUD SUBSIDIADO	703	624	496	253
ASMET SALUD EPS CONTRIBUTIVO	23	28	34	17
MEDIMAS EPS-C	987	3319	1338	1
MEDIMAS EPS-S	1127	2869	1234	1
NUEVA EPS-C		21	45	67
NUEVA EPS-S		3	18	30
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. -S	\$18	\$21	\$28	\$5

SERVICIOS OCCIDENTALES DE SALUD S.O.S-C	\$36	\$57	\$36	\$20
POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD	\$26	\$450	\$280	\$441
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	14	18	24	15
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	14	12	17	9
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE	610	464	164	13
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO EPS - S	10	18	6	3

Fuente: Informe Gerencial hospital isaias duarte cancino 2021

### Misión

Es una empresa social del estado por asociación de entidades territoriales, que aporta al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, su familia y la comunidad; garantizando la prestación de los servicios integrales de mediana y alta complejidad, bajo los criterios establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, con personal profesional comprometido, idóneo, competente y formación continua; asistidos con el uso de tecnología e infraestructura segura; basados siempre en una atención humanizada con responsabilidad, compromiso social, ambiental y financiero, articulados con la red pública del Departamento

### Visión

- Para el año 2023, el Hospital Isaiás Duarte Cancino E.S.E, será reconocido a nivel nacional como institución hospitalaria integrada con la red, con alta capacidad resolutive, excelencia en la prestación de sus servicios, con sentido de pertenencia y profesionalismo de sus trabajadores, dotada con la más alta tecnología para la recuperación de la salud, una atención humanizada y segura centrada en el usuario y la comunidad.



**Servicios de Consulta Externa:**

El Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E., cuenta con 13 consultorios para la atención ambulatoria de mediana complejidad, con espacio cómodos y completamente dotados para brindar atención ambulatoria en las 25 especialidades ofertadas, con un equipo médico de especialistas y profesionales en diferentes áreas de la salud, que realizan consultas ambulatorias en los horarios de lunes a viernes hasta 6 p.m. y sábados de 7:00 am a 2:00 pm.

Se cuenta con las siguientes especialidades:

- Anestesiología
- Cardiología
- Cirugía General
- Cirugía Pediátrica
- Ortopedia y Traumatología
- Cirugía Plástica
- Neumología
- Neurología Clínica
- Nutrición y Dietética
- Oftalmología
- Optometría
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psicología
- Urología

- Cirugía Vasculat
- Dermatología
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Familiar
- Medicina Interna

*Tabla 3. Cali en cifras 2018-2019 – páginas 22 – 25 y 31 -Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2*

PROYECCIÓN POBLACIONAL 2020		
COMUNA	No. DE BARRIOS	POBLACIÓN
4	22	51.806
5	12	116.608
6	14	198.137
7	13	68.739
8	18	103.445
11	22	110.302
12	12	66.028
13	22	181.084
14	10	181.093
15	7	174.473
16	7	112.135
21	14	121.440
Total	173	1.485.290
Cgto Navarro		778

## Densidad demográfica para el área de influencia inmediata

## Perfil epidemiológico

A continuación, se describen las primeras causas de consulta externa y oftalmología, en consulta externa Hospital Isaías Duarte Cancino

Tabla 4. Primeras causas de consulta externa por mes - Primer Trimestre año 2020

ORDEN	CIE 10	DIAGNOSTICO	ENERO		FEBRERO		MARZO		TOTAL	%
			F	M	F	M	F	M		
1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	80	43	106	42	34	14	319	3,49
2	D259	LEIOMIOMA DEL UTERO- SIN OTRA ESPECIFICACION	88		87		79		254	2,78
3	I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	55	11	86	18	71	12	253	2,77
4	K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	49	42	39	33	38	15	216	2,36
5	H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	52	35	47	35	17	14	200	2,19
6	M198	OTRAS ARTROSIS ESPECIFICADAS	43	17	71	19	37	12	199	2,17
7	N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	7	64	13	63	4	48	199	2,17
8	K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA- SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	18	39	13	31	12	41	154	1,68
9	I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	43	6	56	6	31	8	150	1,64
10	M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	32	12	31	11	37	2	125	1,37
11	E039	HIPOTIROIDISMO- NO ESPECIFICADO	32	5	54	6	23	4	124	1,36
12	H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL- BILATERAL	25	20	32	14	22	9	122	1,33
13	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	26	15	25	9	20	10	105	1,15
14	N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL- NO ESPECIFICADA	35		44		22		101	1,10
15	K439	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	29	10	12	11	28	8	98	1,07
16	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	22	9	28	14	20	5	98	1,07
17	R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL	33	1	18	5	31	4	92	1,01
18	K297	GASTRITIS- NO ESPECIFICADA	30	5	25	4	19	1	84	0,92
19	K808	OTRAS COLELITIASIS	14	3	24	2	34	6	83	0,91
20	K802	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	34	4	18	8	14	2	80	0,87
		RESTO	1.462	507	1.726	722	1.157	520	6.094	66,60
		<b>TOTAL</b>	<b>2.209</b>	<b>848</b>	<b>2.555</b>	<b>1.053</b>	<b>1.790</b>	<b>735</b>	<b>9.150</b>	<b>100</b>

Fuente Informe de RIPS Hospital Isaías Duarte Cancino año 2020.

Tabla 5. Primeras Causas de Oftalmología por mes - Primer trimestre año 2020 Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E

ORDEN	CIE 10	DIAGNOSTICO	ENERO		FEBRERO		MARZO		TOTAL	%
			F	M	F	M	F	M		
1	H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	99	33	127	57	79	24	419	11,26
2	M350	SINDROME SECO [SJOJGREN]	109	37	87	22	53	22	330	8,87
3	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	60	29	78	36	83	29	315	8,47
4	H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION- NO ESPECIFICADO	51	21	59	51	44	29	255	6,85
5	H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGLIO ABIERTO	69	34	58	29	26	17	233	6,26
6	Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	39	38	50	35	41	18	221	5,94
7	H526	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION	52	23	54	26	27	16	198	5,32
8	Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	46	26	24	12	28	15	151	4,06
9	H218	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL IRIS Y DEL CUERPO CILIAR	50	15	31	8	23	7	134	3,60
10	H110	PTERIGION	28	18	32	12	22	12	124	3,33
11	H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	37	8	26	9	6	2	88	2,37
12	H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	23	8	27	13	5	10	86	2,31
13	H258	OTRAS CATARATAS SENILES	19	14	20	14	17	2	86	2,31
14	H524	PRESBICIA	19	11	14	8	17	11	80	2,15
15	H545	VISION SUBNORMAL DE UN OJO	14	14	18	6	6	1	59	1,59
16	H542	VISION SUBNORMAL DE AMBOS OJOS	17	18	13	3	3	2	56	1,51
17	Z489	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA- NO ESPECIFICADO	7	7	17	14	5	3	53	1,42
18	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	9	3	20	3	11	6	52	1,40
19	H360	RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14 CON CUARTO CARACTER COMUN .3)	5	6	21	9	5	3	49	1,32
20	E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	12	4	10	8	10	2	46	1,24
<b>RESTO</b>			135	100	172	87	120	71	685	18,41
<b>TOTAL</b>			<b>900</b>	<b>467</b>	<b>958</b>	<b>462</b>	<b>631</b>	<b>302</b>	<b>3.720</b>	<b>100</b>

Fuente Informe de RIPS Hospital Isaías Duarte Cancino año 2020.

**Análisis de situación**

**Descripción del modelo GIRS vigente**

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	DESCRIPCION	DOCUMENTOS INVOLUCRADOS
	Usuario/Paciente	Desde que el usuario ingresa a la IPS, se debe identificar si es paciente con capacidad diversa (en condición de discapacidad).	
		usuarios que hagan parte de este enfoque diferencial.	
	Auxiliar de información	Si de acuerdo a las condiciones de paciente requiere que hacer el proceso de seguimiento interno dentro de la institución, se le explica al paciente o acompañante su condición y la actividad que se desea llevar con él para disminuir su riesgo, y la prioridad que tiene de atención en MI IPS	
	Auxiliar de información	Se entrega al paciente o acompañante información sobre los cuidados que debe tener dentro de la institución.	Formato Folleto
	Auxiliar de información	No se debe perder de vista al paciente en condiciones especiales constantemente el auxiliar de atención al usuario debe hacer rondas y verificar estado en el que se encuentren los pacientes, si fueron atendidos rápidamente, especialmente los que ya se identificaron inicialmente.	
	Auxiliar de atención al usuario	Gestionar con el equipo de MI IPS su atención prioritaria, hasta su salida de la IPS.	

*Ilustración 1. Modelo GIRS Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E*

*Fuente Informe de RIPS Hospital Isaías Duarte Cancino año 2020.*

Como se observa en la grafica anterior, el Hospital Isafías Duarte Cancino no cuenta con un modelo de gestión de riesgo para el adulto mayor, razón principal por la que se desarrolla esta propuesta de modelo.

### Modelo de gestión integral del riesgo en salud

#### Diseño de un Modelo de Gestión de Riesgo Enfocado en las Comorbilidades e Interacciones Básicas del Paciente Adulto Mayor en el Hospital Isaías Duarte Cancino

#### Caracterización

Se desarrollará un plan/modelo de gestión integral del riesgo en la población adulta mayor de 65 años que recibe atención en el servicio de consulta externa en el Hospital Isaías Duarte Cancino previamente mencionada, necesaria para la captación de pacientes, de esa población se obtendrá mediante previa autorización, una base de datos con los teléfonos de cada persona.

Tabla 1. Población atendida desde 2018 a agosto 2021 por género y grupo etario

GRUPO ETARIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		Enero - Agosto 2021	
	F	M	F	M	F	M	F	M
00-04 AÑOS	2.302	2.599	2.896	3.245	1.217	1.638	470	758
05-09 AÑOS	2.384	2.528	3.060	3.557	1.393	2.008	929	1.497
10-14 AÑOS	2.392	2.398	2.805	3.655	1.895	2.689	718	1.549
15-19 AÑOS	4.470	4.228	6.289	5.640	6.378	6.522	4.107	3.493
20-24 AÑOS	6.282	4.767	10.302	6.290	7.755	7.068	4.897	4.023
25-29 AÑOS	7.130	3.997	10.116	6.096	8.171	7.391	6.014	6.447
30-34 AÑOS	7.499	3.969	9.826	6.502	7.261	6.274	5.622	4.603
35-39 AÑOS	9.683	4.697	13.093	7.076	10.031	6.605	7.341	6.592
40-44 AÑOS	10.901	4.871	15.726	6.450	11.615	7.745	10.133	5.158
45-49 AÑOS	12.060	6.512	17.090	8.700	11.912	9.855	10.243	6.636
50-54 AÑOS	14.220	7.004	18.952	12.483	13.554	10.607	12.169	7.986
55-59 AÑOS	16.304	9.723	21.805	14.346	15.760	15.347	15.937	12.421
60-64 AÑOS	15.670	14.861	22.881	17.339	18.154	20.407	13.158	14.429
65-69 AÑOS	12.975	11.248	22.117	16.485	17.233	16.356	14.412	11.643
70-74 AÑOS	10.554	11.180	16.108	14.070	14.045	16.920	13.409	11.101
75-79 AÑOS	12.934	9.077	17.210	12.974	12.144	13.037	11.319	8.958
80 Y MAS AÑOS	15.001	9.549	20.025	13.572	17.564	13.040	17.930	12.950

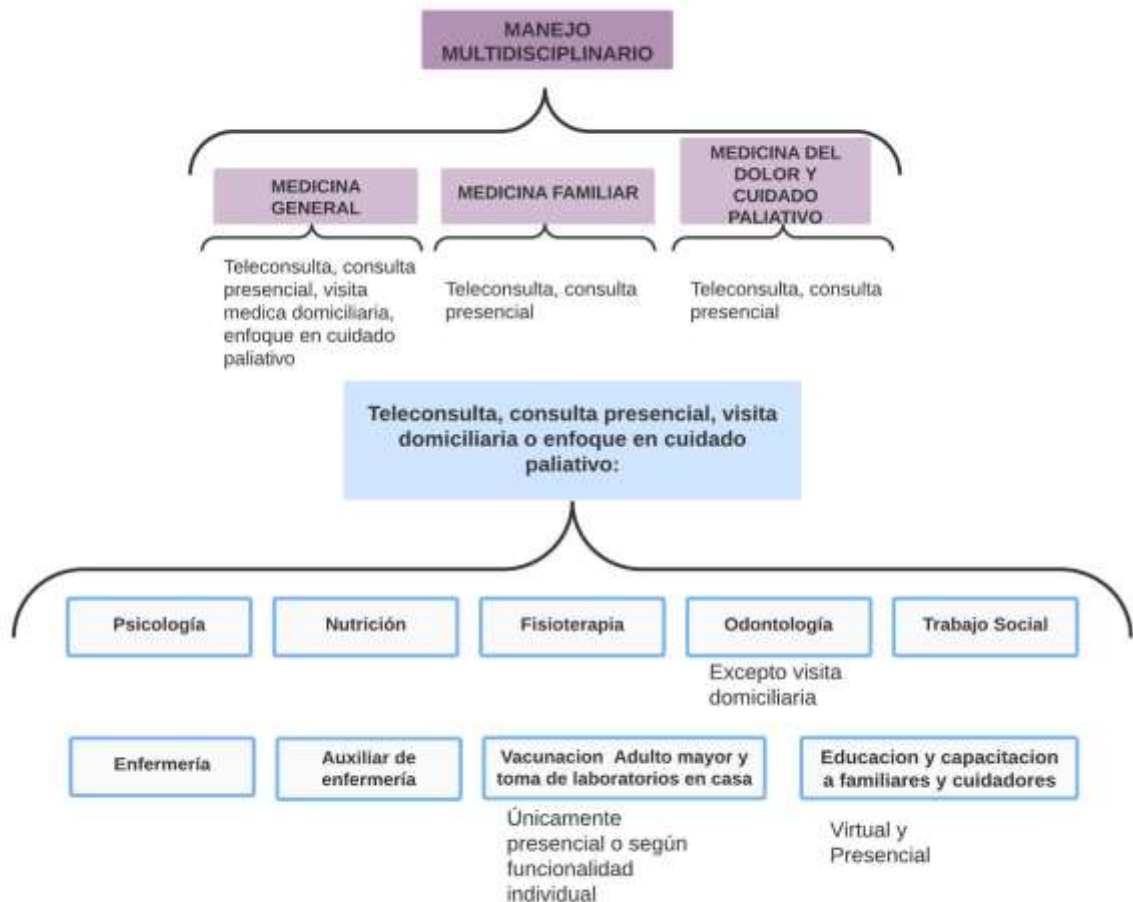
Total general	162.761	113.208	230.301	158.480	176.082	163.509	148.808	120.244
total 65 años y más	51.464	41.054	75.460	57.101	60.986	59.353	57.070	44.652
porcentaje mayor de 65 años	31,6%	36,3%	32,8%	36,0%	34,6%	36,3%	38,4%	37,1%

### Captación

Para la captación de dicha población, se realizará una primera intervención la cual será telefónica a cargo de médico general, con el fin de contactar al paciente, brindar información acerca del programa para el adulto mayor, explicar los beneficios acerca del manejo conjunto, multidisciplinario y multidimensional para el control y seguimiento de sus comorbilidades, y si no las tiene, de la revisión médica periódica de su estado de salud. Este programa va a incluir: consulta general, seguimiento y de control en diferentes modalidades según se indique con médico general (teleconsulta, consulta presencial, visita médica domiciliaria, enfoque en cuidado paliativo), si el paciente lo requiere manejo por parte de especialista en Medicina Familiar y especialista en Medicina del dolor y cuidado paliativo; acompañamiento y seguimiento continuo (modalidad de teleconsulta, consulta presencial o visita domiciliaria) por parte de profesionales en: psicología, nutrición, fisioterapia (terapia física, ocupacional, respiratoria), odontología (excepto visita domiciliaria), trabajo social, enfermería, auxiliares de enfermería, vacunación para el adulto mayor, toma de paraclínicos en casa según estado funcional, entrega de medicamentos a domicilio, educación, capacitación a familiares y cuidadores y desarrollo de actividades lúdicas para los adultos mayores.



En el caso de los pacientes que requieren manejo paliativo se ofrecerá manejo integral domiciliario para alivio del dolor en pacientes terminales, evitando exacerbación de síntomas con los traslados, teniendo la posibilidad de morir dignamente en casa en compañía de sus familiares o cuidadores quienes de igual manera recibirán acompañamiento por parte de psicología y de las demás disciplinas.



*Ilustración 2 Equipo Multidisciplinario del Modelo de gestión del riesgo*

*Fuente: elaboración propia*

El objetivo principal de esta intervención será conocer la decisión de pertenecer o no al programa del adulto mayor del Hospital Isaiás Duarte Cancino.

Si el paciente no tiene comorbilidades y no acepta pertenecer al programa se explicarán los riesgos de no tener un control periódico de su salud y se realizará un nuevo telecontacto en tres meses, si continúa con la decisión de no pertenecer al programa se reportará con su asegurador para que este se encargue de su monitoreo según conveniencia.

Si el paciente tiene comorbilidades y no acepta pertenecer al programa se explicarán los riesgos de no tener un control rutinario de sus comorbilidades, si continúa con la decisión de no pertenecer al programa, se reportará inmediatamente con su asegurador para que se encargue del monitoreo respectivo.

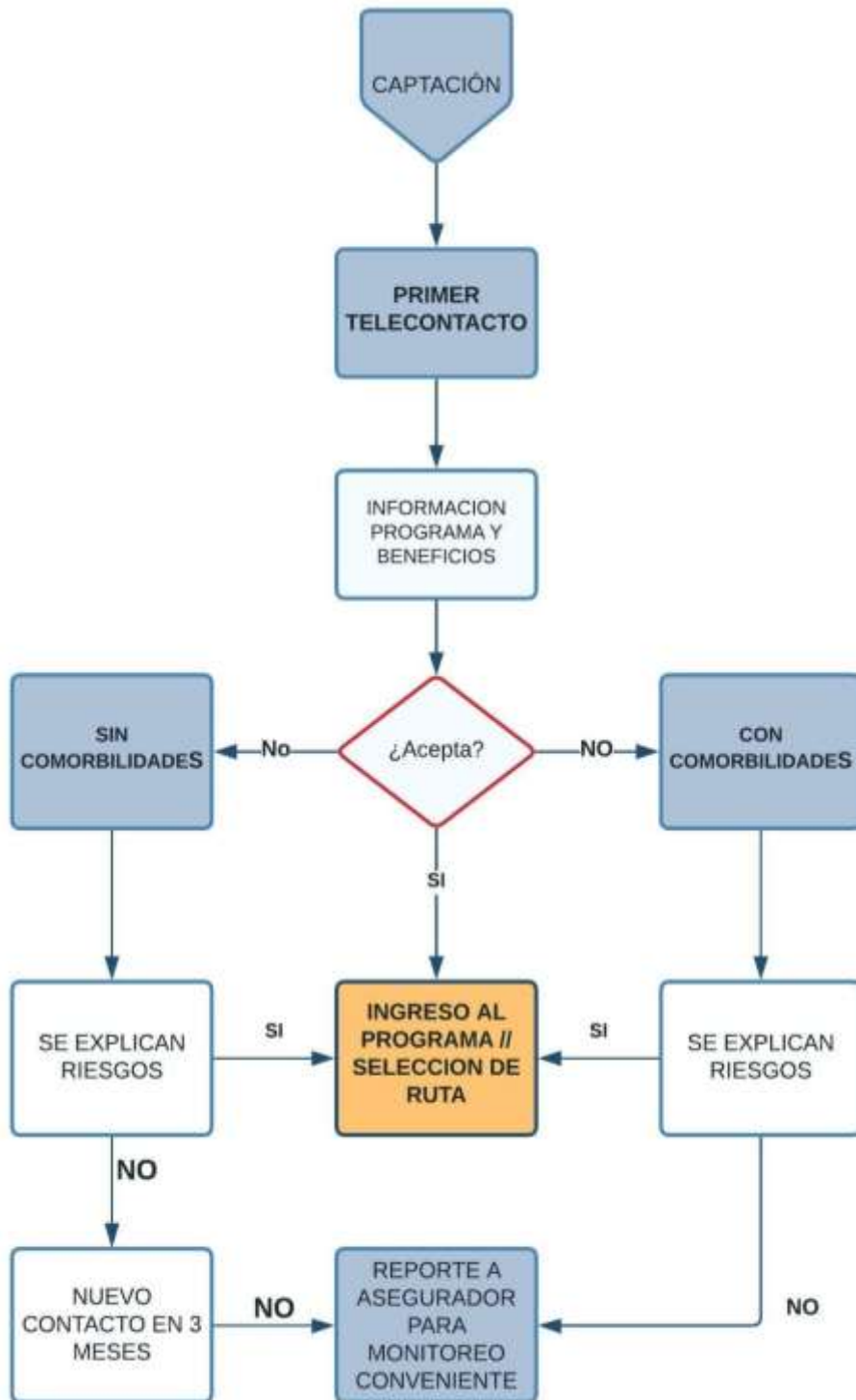
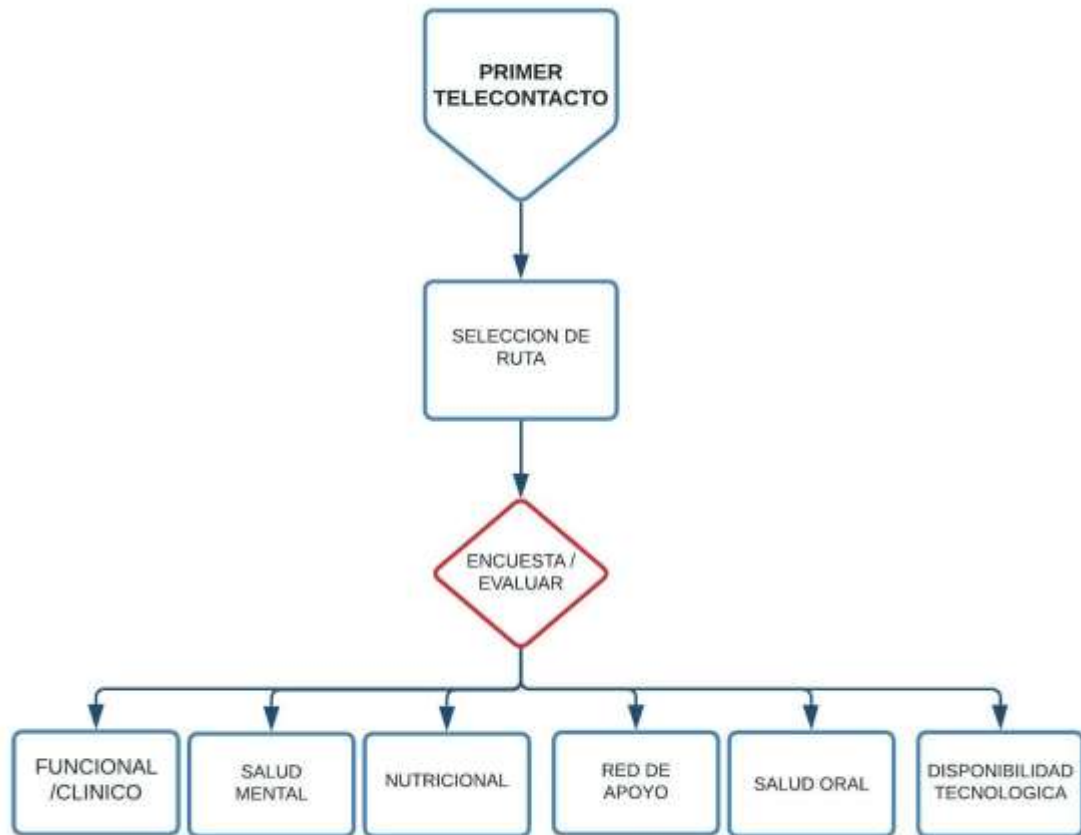


Ilustración 3. Captación al modelo de gestión del riesgo

*Fuente: elaboración propia*

Si el paciente acepta pertenecer al programa independiente de tener o no comorbilidades se inicia con la selección de la ruta a seguir en cada caso particular.

La “Selección de ruta” consiste en realizar una lista de chequeo estilo encuesta, con preguntas puntuales las cuales van a permitir al médico evaluar diferentes aspectos: clínico, salud mental, nutricional, salud oral, red de apoyo y disponibilidad tecnológica si en algún momento se requiere para evaluación del paciente.



*Ilustración 4. Primer Telecontacto*

*Fuente: elaboración propia*

Para dicha evaluación, se realizará la siguiente encuesta con el fin de conocer el estado general del paciente y los requerimientos:

Tabla 6. Encuesta

Fuente: modificado de (Moore AA, 1996) (Yueh B & MacLean CH, 2003) (Wallace JI, 1995) (AL, 1991) (Lessig MC, 2008) (Prevention & Control, s.f.) (Reuben DB, 1998) (Wenger NS, 2009) (Kroenke K, 2003)

	PREGUNTA	INDICACIÓN
<b>ESTATUS FUNCIONAL</b>		
	Necesita ayuda para bañarse, vestirse, movilizarse, alimentarse	Independiente Capaz, pero con dificultad → Vigilancia Médica Dependiente de ayuda → Vigilancia médica
<b>CLÍNICO</b>		
	¿En el momento presenta algún síntoma por el cual no ha consultado?	Cualquiera Si → Vigilancia Médica
	¿Ha visitado urgencias o ha estado hospitalizado en el último mes?	
	¿Su último control médico presencial fue hace más de 4 meses?	
<b>VISIÓN</b>		
	¿Tiene dificultad para manejar, mirar televisión, leer o realizar una actividad diaria por culpa de su visión a pesar de usar gafas?	Si → Vigilancia Médica No
<b>AUDICIÓN</b>		
	¿Tiene dificultad para escuchar adecuadamente?	Si → Vigilancia Médica No
<b>CAÍDA</b>		
	¿Se ha caído 2 o más veces en los últimos 12 meses?	Cualquiera si → Vigilancia Médica
	¿Se ha caído o herido a sí mismo desde la última visita al médico?	

	¿Tiene miedo de caerse a causa de dificultades para caminar o del balance?	
<b>COGNITIVO</b>		
	Tiene algún problema de memoria u orientación (ej.: no sabe dónde está o qué días)?	Cualquiera Si → Vigilancia Médica
	Tratar de recordar 3 palabras (casa, árbol, madera)	Menor a 2 palabras indica test positivo
<b>SALUD MENTAL</b>		
En las últimas 2 semanas, que tan a menudo se ha sentido preocupado por:	Poco interés o placer al realizar sus tareas	Puntuar respuesta para cada uno: 0. Para nada 1. pocos días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días Positivo si puntuó mayor o igual a 3 -----> Ruta Psicología
	Sentirse bajo de ánimo, deprimido o desesperanzado	
<b>NUTRICIONAL</b>		
	¿Ha perdido de manera intencional más de 3kg de peso en el último mes?	Si → Vigilancia Médica No
	¿Ha experimentado pérdida del apetito en los últimos 3 meses?	Si → Vigilancia Médica No
<b>SOCIO-FAMILIAR</b>		
	¿Tiene algún problema con alguien con quien vive?	Si → Ruta Trabajo Social
	¿Se siente solo?	Si → Ruta Trabajo Social
	¿Está satisfecho con la ayuda y cuidados de su familia y/o cuidador?	No → Ruta Trabajo Social
	¿Tiene apoyo financiero?	No → Ruta Trabajo Social
<b>SALUD ORAL</b>		
	¿En las últimas 2 semanas ha presentado dolor de encías o alguna pieza dental?	Si → Ruta Odontológica
	¿Puede masticar adecuadamente	No → Ruta Odontológica

	los alimentos?	
	¿Ha tenido control odontológico en los 2 últimos años?	No → Ruta Odontológico
<b>DISPONIBILIDAD TECNOLÓGICA</b>		
	¿Tiene computador o teléfono con cámara, internet, correo electrónico y/o cuidador que lo acompañe a la teleconsulta?	Si → Teleconsulta (según riesgo individual). No → Consulta presencial o visita domiciliaria.

Si el paciente es funcionalmente dependiente se va a beneficiar de la visita médica domiciliaria o teleconsulta periódica según su riesgo y el nivel de dependencia, el cual se establecerá más adelante según escalas geriátricas específicas. Si por el contrario es funcional independiente la consulta será presencial.

Para conocer acerca del estado clínico del paciente, se indagará sobre síntomas recientes, si ha visitado el servicio de urgencias o ha estado hospitalizado en el último mes y si su último control médico presencial fue hace más de 4 meses, si una de estas respuestas es positiva el paciente se beneficiará de atención por médico general en las diferentes modalidades (dependiendo de riesgo individual) para definir conducta a seguir.

Si el paciente tiene algún problema de visión que le dificulte llevar a cabo sus actividades diarias o que interfiera en su estabilidad física se beneficiará de atención por médico general en las diferentes modalidades (dependiendo de riesgo individual) para que según hallazgos al examen físico pueda definir conducta

Si el paciente tiene algún problema auditivo que le dificulte llevar a cabo sus actividades diarias, comunicación y desarrollo social o que interfiera en su estabilidad física se beneficiará de atención por médico general en las diferentes modalidades (dependiendo de riesgo individual) para definir según



hallazgos al examen físico si se trata de una patología infecciosa, problemas con los audífonos (si los utiliza) o si es una patología auditiva y requiere manejo por especialidad.

Si el paciente ha presentado caídas o siente miedo de caerse porque se siente inestable o presenta alguna dificultad para caminar desde la última vez que fue valorado por médico general o especialista, se beneficiara de atención por médico general en las diferentes modalidades (dependiendo de riesgo individual) para evaluar los síntomas o causas específicas y poder definir conducta a seguir.

Si el paciente siente que ha perdido memoria u orientación, en ocasiones no recuerda en qué lugar está, que día es hoy, que comió en el desayuno, si se le pide recordar 3 palabras (casa, árbol, madera) y posteriormente se pregunta y solo recuerda una, se va a direccionar para atención por médico general en las diferentes modalidades (dependiendo de riesgo individual) para definir conducta.

En cuanto a la salud mental, se evaluará si el paciente ha tenido poco interés para realizar sus actividades diarias, frecuentemente melancólico, triste o desesperanzado, se va a realizar la escala de depresión (PHQ-2) que se compone de dos preguntas cortas y específicas, si el resultado es mayor o igual a 3 en la suma de la respuesta de cada ítem a evaluar se activará la ruta de psicología, para ser valorado directamente por dicha disciplina.

En cuanto al estado nutricional, se tendrá en cuenta si el paciente ha perdido peso de manera no intencional (promedio de 3 kg en el último mes) o ha perdido el apetito en los 3 últimos meses se beneficiará de atención por médico general en las diferentes modalidades (dependiendo de riesgo individual) para definir conducta y necesidad de activar ruta de vigilancia por parte de nutrición.

En el aspecto socio - familiar se indagará al paciente si tiene algún problema con alguien con quien vive, si se siente solo, si se siente satisfecho con la ayuda/cuidados de su familia y/o el cuidador y si tiene apoyo financiero; dependiendo de la respuesta se activará ruta para valoración por Trabajo Social.

En cuanto a la salud oral, si el paciente presenta síntomas relacionados a la cavidad oral o ha tenido dificultad para masticar los alimentos se activará ruta odontológica, si no tiene ninguno de los problemas mencionados anteriormente pero no ha asistido a control odontológico hace más de dos años, también se activará ruta odontológica para seguimiento.

Es fundamental conocer los recursos tecnológicos del paciente ya que según esto se puede llevar a cabo la teleconsulta o prescindir de este servicio.

Según los resultados arrojados en la selección de ruta se va a establecer la modalidad de atención que el paciente requiere.

### Modelo de atención



*Ilustración 5. Tipo de Atención*

*Fuente: elaboración propia*

El médico que realiza el primer telecontacto se encargará durante esa llamada de informar al paciente el tipo de atención indicado y verificar si el paciente está de acuerdo, posteriormente un auxiliar encargado del agendamiento de los pacientes se pondrá en contacto para informar fecha, hora y el profesional de la salud que va a realizar la atención respectiva según el requerimiento individual.

Llevar a cabo esta primera consulta con médico general del programa del adulto mayor, independiente del tipo de atención bien sea teleconsulta, consulta presencial o visita médica domiciliaria, tiene como objetivo principal definir las otras variables específicas para la población geriátrica con el fin de determinar el riesgo de cada paciente y su respectiva prioridad, variables como: estatus clínico, estatus funcional, cognición, polifarmacia, riesgo de caída, estatus psicoafectivo, estatus socio-familiar, soporte financiero. Para determinar lo anterior se desarrollarán las siguientes escalas geriátricas:

- Índice de Barthel: evalúa la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria, su puntuación oscila de 0 a 100.

Es un predictor de mortalidad, necesidad de hospitalización, utilización de servicios socio sanitarios, mejoría funcional y el riesgo de caídas.

Tabla 7. Índice de Barthel

Índice de Barthel		
Actividad	Descripción	Puntos
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes.....	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Andá con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

La interpretación sobre la puntuación del Índice de Barthel

0-20: Dependencia total

21-60: Dependencia severa

61-90: Dependencia moderada

91-99: Dependencia leve

100: Independencia

Fuente: (Cid-Ruzafa, -Moreno, & Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. Baltimore, 2019)

- Escala de Lawton y Brody: evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems, a cada uno se le asigna un valor numérico, 1 (independiente) o 0 (dependiente). Ha demostrado ser un buen método para implementar y evaluar plan terapéutico para los cuidados diarios de los pacientes, detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

Tabla 8. Escala Lawton y Brody

ESCALA DE ACTIVIDADES DIARIAS INSTRUMENTALES		H	M
Capacidad para usar el teléfono	. Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1	1
	. Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	1
	. Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1	1
	. No utiliza el teléfono.	0	0
Hacer compras	. Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	1
	. Realiza independientemente pequeñas compras.	0	0
	. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0	0
	. Totalmente incapaz de comprar.	0	0
Preparación de la comida	. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1	1
	. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	0
	. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	0
	. Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
Cuidado de la casa	. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	1
	. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1	1
	. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	1
	. Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	1
	. No participa en ninguna labor de la casa	0	0
Lavado de la ropa	. Lava por sí solo toda su ropa.	1	1
	. Lava por sí solo pequeñas prendas.	1	1
	. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0	0
Uso de medios de transporte	. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1	1
	. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	1
	. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1	1
	. Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	0	0
	. No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	1	1
	. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0	0
	. No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de sus asuntos económicos	. Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos.	1	1
	. Incapaz de manejar dinero	0	0
TOTAL			

## Interpretación:

Dependencia	TOTAL	GRAVE	MODERADA	LEVE	AUTONOMA (0)
Mujeres:	0-1	2-3	4-5	6-7	8
Hombres:	0	1	2-3	4	5

Fuente: (Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people, 2012)

- **Escala FRAIL:** compuesta por 5 ítems, fatigabilidad, resistencia, deambulaci3n, comorbilidad y p3rdida de peso, cada respuesta afirmativa es valorada con 1 punto, se considera fragilidad puntuaciones mayor o igual a 3 y prefragilidad 1 o 2 puntos.

Tabla 9. Escala FRAIL

ESCALA FRAIL	
En las 3ltimas 4 semanas: ¿se ha sentido cansado la mayor parte del tiempo o todo el tiempo?	Respuesta afirmativa: 1 a 2 pre frágil; 3 o más frágil
¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (2 cuadras) sin descansar?	
¿Tiene más de cinco de las siguientes enfermedades? (Hipertensi3n, Diabetes, c3ncer diferente a piel, enfermedad pulmonar cr3nica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, angina, asma, artritis, embolia, enfermedad renal cr3nica)	
¿Tiene dificultad para subir 10 escalones?	
¿Ha perdido más del 5% de su peso en los 3ltimos 6 meses?	

Fuente (Morley JE, 2012)

- Encuesta PHQ-9: Es un cuestionario compuesto por nueve ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor en adultos.



Tabla 10. Cuestionario PHQ-9

<b>CUESTIONARIO DE LA SALUD DEL PACIENTE- 9 (PHQ-9)</b>				
Durante las últimas dos semanas ¿con qué frecuencia tuvo molestias por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una "X")	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo o sentir que uno es un fracaso o que le ha fallado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, tales como leer el diario o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado más lentamente que otras personas lo notaron? O por el contrario — ha estado más inquieto/a e intranquilo/a, moviéndose más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto/a, o de hacerse daño a sí mismo/a de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u>  0  </u> + <u>  </u> + <u>  </u> + <u>  </u> =Total Score: <u>  </u>				
Si usted tuvo molestias por alguno de los problemas mencionados, ¿Cuánta dificultad le causaron estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas?				
Ninguna dificultad <input type="checkbox"/>	Un poco de dificultad <input type="checkbox"/>	Mucha dificultad <input type="checkbox"/>	Extremada dificultad <input type="checkbox"/>	

Desarrollada por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B. Williams, Kurt Kroenke y colegas con una donación de Pfizer Inc. No es necesario ningún permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

En esta primera consulta el tiempo con cada paciente será de 30 minutos con el fin de desarrollar dichas escalas, identificar variables, priorizar al paciente, determinar manejo y seguimiento indicado, independiente del tipo de atención, para las demás consultas generales, control y seguimiento, el tiempo será de 20 minutos.

**Teleconsulta.**

Se contactará al paciente o acudiente al número de teléfono registrado en sus datos personales, se identificará con nombres y apellidos del personal de la salud que va a llevar a cabo la atención, se explica el propósito de la llamada, los riesgos y complicaciones ya que este tipo de atención no reemplaza la consulta presencial donde se realiza examen físico completo del paciente, se deja claro que si lo requiere se remitirá a consulta presencial, visita domiciliaria o al servicio que se considere apropiado. Una vez que el paciente o el acudiente acepte estas condiciones, se iniciará la Teleconsulta.

La Teleconsulta va a ser una herramienta importante en el manejo multidisciplinario ya que permite a los diferentes profesionales de la salud realizar control y seguimiento general en cada uno de los componentes del programa siempre y cuando el paciente no lleve más de 6 meses sin tener una consulta presencial, si tiene una comorbilidad o más ese tiempo debe ser menor a 4 meses.

Dentro de la Teleconsulta se puede dar manejo a algunos síntomas que no requieran examen físico, instaurar tratamiento, renovación de fórmulas de medicamentos e insumos, solicitar paraclínicos relacionados a algún síntoma específico o de control general para el adulto mayor los cuales tienen la posibilidad de tomar en casa si el paciente según el riesgo lo necesita, realizar seguimiento periódico a los pacientes que no requieran hacerlo presencialmente o que tuvieron control presencial reciente, durante el seguimiento se aplicarán las escalas geriátricas para mantener los indicadores de riesgo actualizados según los cambios en el estado de salud de los pacientes y evaluar necesidad de cambios en

el manejo médico o de remisión a especialidades. En el caso de medicina general, si se tiene una duda respecto al manejo o a la necesidad de remisión, se realizará Teleapoyo con Medicina Familiar con el fin de esclarecer esas dudas y de esa manera encaminar tratamiento sin necesidad de remisión a una especialidad específica, buscando así resolutivez oportuna desde medicina general, evitando de esta manera consultas repetitivas, incrementando oportunidad de citas y previniendo remisiones que podrían ser innecesarias.

Durante el seguimiento, independiente del tipo de atención, se reforzará la importancia del autocuidado, brindando educación continua al paciente y sus familiares y/o cuidadores según la disciplina que esté realizando la atención.



Ilustración 6. Modelo Teleconsulta

Fuente: elaboración propia

**Consulta Presencial.**

La consulta presencial se realizará por parte de todas las disciplinas que forman parte del modelo de atención del programa de adulto mayor dentro del Hospital Isaías Duarte Cancino, con el fin

de dar manejo a signos y síntomas de los pacientes por primera vez o para control y seguimiento como en los demás tipos de atención, con la diferencia importante de poder realizar examen físico.

Al igual que en la Teleconsulta, medicina general contará con la posibilidad de realizar Teleapoyo con Medicina Familiar.

La consulta presencial se establecerá como el tipo de atención principal para los pacientes que no cuenten con la tecnología para llevar a cabo la teleconsulta o que no tengan una persona que los pueda guiar durante ese proceso.

Al igual que en la Teleconsulta, se dejará claro que, si lo requiere, se remitirá al servicio que se considere apropiado.



*Ilustración 7. Modelo Consulta Presencial*

*Fuente: elaboración propia*

**Consulta por visita domiciliaria.**

La modalidad consulta por visita domiciliaria no se va a realizar a todos los pacientes del programa, se van a tener en cuenta unos aspectos que definen quien la requiere: paciente con movilidad reducida que será determinada según el Índice de Barthel, un puntaje menor o igual a 60 será

el punto de corte para determinar la consulta domiciliaria como modalidad de atención principal para un paciente.

Se tendrá en cuenta para el cubrimiento de este servicio la ubicación del domicilio del paciente ya que el Hospital Isaías Duarte Cancino se encuentra localizado en una zona vulnerable, y a su alrededor hay barrios de difícil acceso a los cuales no se podrá ingresar.

Otro aspecto importante es que se puede realizar por todas las disciplinas excepto odontología y las especialidades clínicas, en el caso de requerir valoración de especialidades como Medicina Familiar o Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos la visita estará a cargo de médico general entrenado en dicha especialidad.

Una vez se han evaluado estos puntos, se procederá a realizar la atención domiciliaria a cargo de la disciplina correspondiente, según necesidad y al igual que en los otros tipos de atención se buscará resolver los requerimientos del paciente o de sus familiares y/o cuidadores.

Los pacientes que cumplan los requisitos para recibir consulta por visita domiciliaria tendrán además toma de paraclínicos en casa, si requieren algún tipo de terapia también se realizará en casa y entrega de medicamentos a domicilio.

En esta modalidad, el médico general también podrá realizar Teleapoyo con Medicina Familiar si lo considera necesario y oportuno.



*Ilustración 8. Modelo Consulta Domiciliaria*

*Fuente: elaboración propia*

### **Seguimiento programa adulto mayor.**

Con referencia al seguimiento y control del paciente que pertenece al programa del adulto mayor del Hospital Isaiás Duarte Cancino será igualmente de manera multidisciplinaria buscando el bienestar del paciente y familiares y/o cuidadores.

La frecuencia del seguimiento individual bajo cualquier disciplina y tipo de atención se va a determinar según el riesgo del paciente, el cual se clasifica en bajo, moderado y alto. Dicho riesgo se va a establecer por los antecedentes del paciente, comorbilidades asociadas, grupo etario y principalmente según la interpretación del médico que realiza las escalas geriátricas las cuales se van a aplicar y actualizar en cada valoración.



Tabla 11. Seguimiento según Riesgo

SEGUIMIENTO DE ACUERDO A RIESGO	
BAJO	6 MESES
MODERADO	3 MESES
ALTO	SEMANA O MES

*Fuente: elaboración propia*

Se tendrá seguimiento telefónico, que va a estar a cargo de Enfermería, se realizará a pacientes con alto riesgo de complicaciones mensualmente por parte de una persona capacitada, se cuestionará sobre el estado de salud general, aparición de nuevos síntomas, si ha acudido al servicio de urgencias o ha sido hospitalizado desde su último control médico, además con el fin de acompañar a los pacientes en algunas situaciones específicas: estado postoperatorio, alta hospitalaria reciente, en cuanto a los estados paliativos se encargará de clasificar el dolor para informar al médico encargado.

Se implementarán líneas de apoyo para pacientes y cuidadores en modalidad de teleasesoría por parte de enfermería, resolviendo la mayor cantidad de dudas posibles acerca de la salud del paciente, recomendaciones generales y signos de alarma, de esta manera determinar si debido al cuadro clínico necesita acudir a un servicio de urgencias, solicitar una cita médica o puede manejar en casa.

El cuidador y/o familiar como parte activa y fundamental del programa del adulto mayor del Hospital Isaías Duarte Cancino tendrá acompañamiento continuo en su importante labor, se implementará la Escala ZARIT que tiene como objetivo medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo y competencias para

afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente, el total oscila entre 0 y 88 puntos, entre "no sobrecarga" y "sobrecarga intensa" como se describe en la siguiente tabla.

Asociado a esto tendrán apoyo mediante consultas o teleconsultas con psicología y trabajo social según necesite.

Tabla 12. Escala Zarit

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

\* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" ( $\leq 46$ ), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" ( $\geq 56$ ). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

\*\* Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" ( $\leq 16$ ) y "sobrecarga intensa" ( $\geq 17$ ). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

*fuentes: Short Zarit Interview on Burden of Care for Caregivers in Primary Care DOI: 10.1157/13100841*

Se enfatizará en la educación de pacientes y familiares y/o cuidadores para entender el autocuidado como pilar fundamental de la prevención primaria, se realizarán talleres y capacitaciones de manera virtual o con videos pregrabados de nutrición educativa, gimnasia pasiva, recetas sencillas de cocina, educación acerca de la higiene oral, del correcto almacenamiento de medicamentos.

Para el bienestar del adulto mayor es importante el desarrollo de relaciones sociales en comunidad, lo que se buscará lograr de manera didáctica mediante actividades lúdicas extrainstitucionales (para los pacientes que sea posible) de beneficio psicosocial y físico, se implementara sesiones de bailoterapia para el adulto mayor y acompañantes dos veces a la semana dentro de las instalaciones del Hospital en el área de estacionamiento, lugar en el que también se llevarán a cabo actividades como bingo una vez a la semana, mesas de ajedrez, parques, dominó en modalidad de campeonato o recreación dependiendo de los inscritos y sus intereses, clases de pintura y manualidades, se programaran visitas a museos y parques ecológicos.

Para estas actividades se buscarán convenios con diferentes instituciones educativas de las diferentes disciplinas que abarcan las ciencias de la salud o instituciones con enfoque comunitario que deseen realizar su práctica con el adulto mayor. Se buscará patrocinios o apoyo económico por parte de la Alcaldía de Cali, Secretaría de Cultura y Secretaría del Deporte y Recreación

Se realizará encuesta de satisfacción del usuario con el fin de corregir errores y mejorar la calidad de atención, de requerirse se programará cita por teleconsulta, presencial o domiciliaria según sea el caso.



*Ilustración 9. Modelo Seguimiento Adulto Mayor*

*Fuente: elaboración propia*

**Cuidados paliativos.**

El servicio de cuidados paliativos va a estar a cargo del especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, médicos generales (teleapoyo con especialista) y demás personal de la salud requerido capacitados en cuidados paliativos.

Primero se conocerá el diagnóstico por el cual se solicita este servicio para el paciente, se estudiará el caso y si es conveniente se iniciará la atención.

La primera consulta dentro de este programa se realizará de manera presencial por médico general capacitado (consulta presencial o domiciliaria) siempre y cuando el estado del paciente lo permita.

En esta consulta se aplicará el índice "PROFUND", el cual evalúa la probabilidad de supervivencia a un año para el paciente paliativo, según el resultado se va a determinar el seguimiento específico a cada uno, por lo tanto, un puntaje de 0 a 2 puntos se visitará en el próximo mes, de 3 a 10 puntos se visitará en las próximas 2 semanas y mayor o igual a 11 puntos se visitará en la semana próxima. De acuerdo con el índice PROFUND también se programará la cita con el especialista en cuidado paliativo según posibilidades.

Otro de los objetivos principales de esta consulta será la evaluación pluridimensional de los requerimientos del paciente con el apoyo de otras disciplinas para el alivio del dolor, prevención, detección y tratamiento de efectos secundarios de los medicamentos paliativos, tratamiento sintomático no farmacológico, apoyo psicológico, terapia física o respiratoria según se requiera, educación a familiares y/o cuidadores.

Según la necesidad individual de seguimiento se realizará teleconsulta o seguimiento telefónico para situaciones específicas como ajuste farmacológico, orientación acerca de un nuevo síntoma y la necesidad de asistir o no al servicio de urgencias, el personal de enfermería se encargará de educar al

familiar y/o cuidador acerca del uso de sondas, aplicación de medicamentos, cuidados básicos de la persona (higiene oral, lavados, baños), asesoramiento en tratamiento no farmacológico de los síntomas, evaluación del dolor y el requerimiento de apoyo médico.

Durante el seguimiento de los pacientes paliativos, la familia y/o cuidadores van a jugar un papel fundamental ya que serán miembros activos en la toma de decisiones en cuanto al manejo y tratamiento, para ello es muy importante el acompañamiento psicosocial a los mismos. Se brindará apoyo telefónico y presencial para pacientes y familiares y/o cuidadores por parte de psicología, trabajo social y medicina general para dar a conocer el diagnóstico terminal de su familiar, trabajar en la aceptación de su condición, iniciar el manejo del duelo mientras se recibe acompañamiento emocional, apoyo y asesoría para su comprensión ya que se deben iniciar trámites sociales y financieros. Se evaluará la carga emocional y social sobre el familiar y/o cuidador mediante la escala ZARIT.

Al realizar este tipo de acompañamiento, no se puede dejar de lado la parte espiritual del paciente, de sus familiares y/o cuidadores, ya que surge sufrimiento espiritual e inquietudes existenciales, los que se considera deben ser tratados en el mismo orden de importancia que los demás sufrimientos como el físico y el psicosocial, para ello se buscará asesoría o apoyo por parte de un asesor espiritual dependiendo de las creencias individuales.

Se aplicará la escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), como parte del seguimiento de los pacientes, evaluando la efectividad del tratamiento y manejo instaurado, con el fin de realizar ajustes a la terapia farmacológica para mejorar la calidad de vida durante el acompañamiento en la etapa de fin de vida.

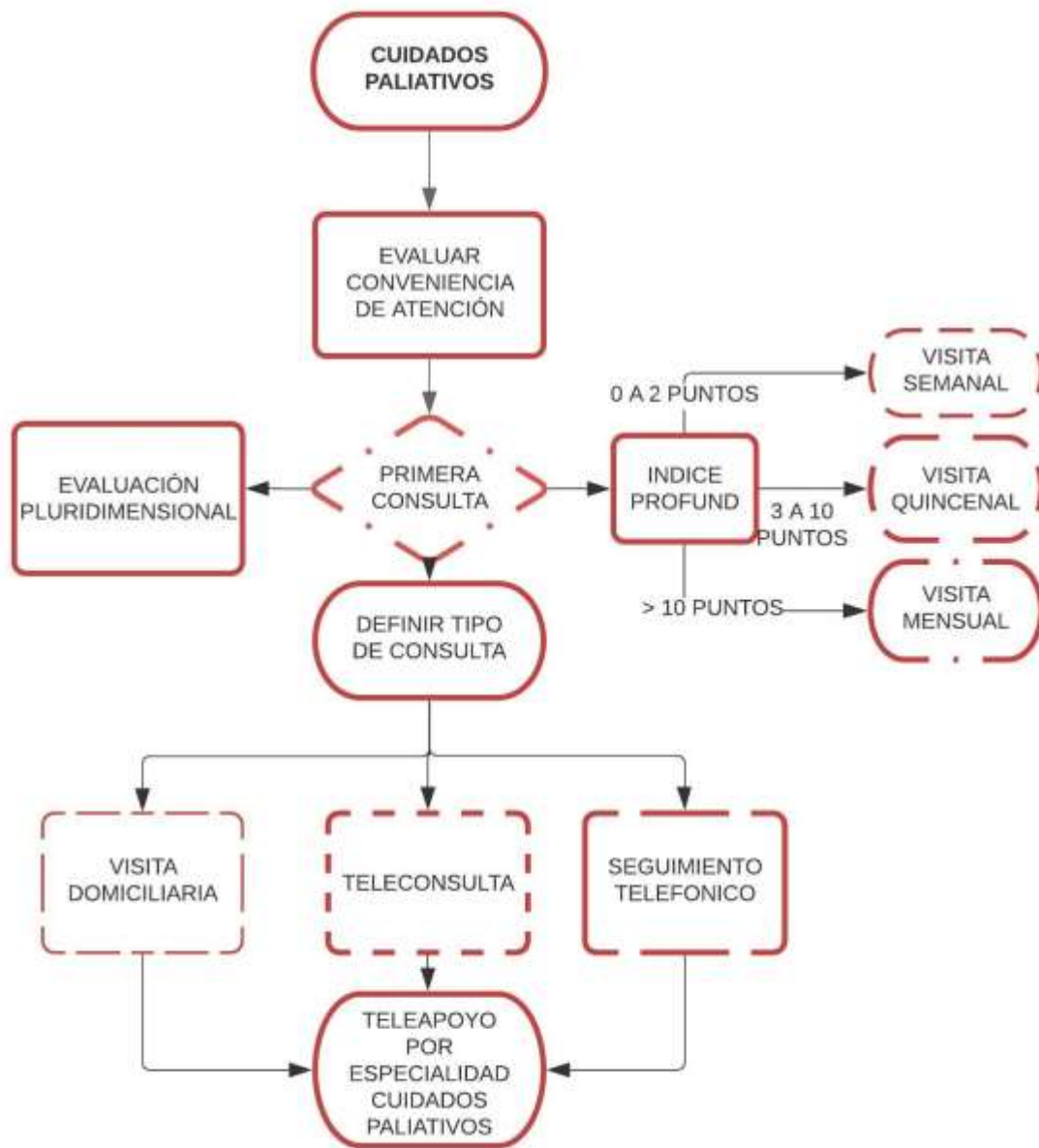


Ilustración 10. Algoritmo Cuidados Paliativos

Fuente: elaboración propia

Escala evaluación de síntomas de EDMONTON ESAS-r: Consta de escalas visuales análogas para medir la intensidad de 10 síntomas: dolor, cansancio, falta de aire, náuseas, depresión, ansiedad, bienestar,



somnolencia, apetito e insomnio, con la cual se hará el seguimiento en la calidad de vida del paciente paliativo durante la etapa de fin de vida, esperando llevar de la mejor manera posible, la escala puede ser respondida por el paciente o el cuidador que pase mayor tiempo con el paciente.

**Cuestionario de evaluación de síntomas de edmonton, versión revisada  
ESAS-r (es)**

*Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:*

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duelmo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

MEDIPAL. 2013;20:143-9

*Ilustración 11. Cuestionario ESAS-r*

*Fuente (Valcárcel, 2013)*

## Presupuesto

Tabla 13. Presupuesto modelo de gestión del riesgo adulto mayor

USUARIOS SUSCEPTIBLES DE INGRESO A MODELO		UPC PONDERADA \$70.418 1,99%			
CALCULO MENSUAL					
DESCRIPCION DEL MODELO	COSTO USUARIO	CME	FRECUENCIA	EVENTOS	COSTO MÉDICO
<b>MODELO BASICO SIN CONDICIONES ESPECIFICAS</b>	\$ 938	\$ 61.100	0,02741	274	\$ 9.384.317
CONSULTA MEDICINA GENERAL	\$ 817	\$ 36.300	0,02250	225	\$ 8.167.500
PARAMÉDICAS (terapia física, trabajo social, nutrición, psicología)	\$ 122	\$ 24.800	0,00491	49	\$ 1.216.817
<b>MODELO DE GESTION PALIATIVO</b>	\$ -	-	-	1	\$ 977.900
<b>COMPLEMENTARIOS</b>	\$ 461	\$ 58.367	0,03057	306	\$ 4.610.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	\$ 314	\$ 52.400	0,00600	60	\$ 3.144.000
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 147	\$ 5.967	0,02457	246	\$ 1.466.000
<b>TOTAL COSTO POS</b>	\$ 1.399	\$ 119.467	0,05797	580	\$ 13.994.317

Fuente: elaboración propia

La nota técnica anterior se estableció tomando como base el manual tarifario SOAT de salud 2021, en el cual se explica que el costo de cada modelo y sus componentes puede variar según la negociación que se establece con cada institución.

Para los pacientes que requieren manejo por cuidados paliativos se adicionará el valor del modelo de atención de cuidados paliativos, el cual sería un valor único mensual sin importar la frecuencia de uso.

### CONCLUSIONES

- El Adulto Mayor como miembro importante de nuestra sociedad debe ser evaluado dentro de un enfoque holístico y proactivo, considerando aspectos tanto clínicos como sociales, los cuales juegan un papel trascendental en el proceso gradual e individual hacia un envejecimiento digno y saludable ya que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales diferentes a otros grupos etarios
- Con este Modelo de Gestión Integral de Riesgo en Salud diseñado para el adulto mayor de 65 años en adelante que recibe atención en el Hospital Isaías Duarte Cancino, se busca prevenir, detectar, controlar y evitar la reaparición de patologías físicas, funcionales, mentales y sociales adoptando la valoración geriátrica integral como herramienta esencial para la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación del riesgo de la población geriátrica.
- El paciente adulto mayor debe ser analizado en un contexto de multimorbilidad, de seguimiento secuencial, sus patologías no deben considerarse aisladas o de origen singular, se debe abarcar de manera multidimensional, sin dejar de lado su entorno y desenvolvimiento social.
- Con las estrategias propuestas en este modelo se interviene de manera positiva en la historia natural de la enfermedad, identificando el riesgo de manera temprana, brindando atención oportuna, manejo y seguimiento, se evita la exacerbación de síntomas y descompensación de comorbilidades, previniendo la progresión de las enfermedades de base, las visitas al servicio de urgencias, la necesidad de hospitalización e incluso de procedimientos quirúrgicos, obteniendo así mejores resultados en salud para la población geriátrica, lo que se traduce en un menor uso de los recursos de la institución para

emplear en este tipo de situaciones, las cuales, en la mayoría de ocasiones se convierten en largas estancias hospitalarias y desbalance en el costo proyectado previamente.

- La atención domiciliaria permite dejar de lado el modelo centralizado de atención y tener una interacción cercana con el paciente, su familia, sus vecinos, conocer su entorno y comprender por qué en algunas situaciones no hay adherencia a tratamientos o procedimientos, pero principalmente, permite brindar asistencia a los adultos mayores con algún grado de discapacidad, previniendo el deterioro funcional y contribuyendo a disminuir la sobrecarga de sus familiares y/o cuidadores en cada intento de movilización.
- La salud mental es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en el cuidado del adulto mayor, influye directamente en el desempeño funcional y viceversa; muchos factores pueden generar vulnerabilidad en esta población, la incapacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad, problemas mentales o físicos, maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material, de la misma manera el abandono, falta de atención y pérdida de dignidad y respeto, experiencias frecuentes como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad, factores que pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia presentando un desempeño insuficiente en la evolución clínica en comparación a otras enfermedades crónicas. Por lo anterior la vigilancia y manejo continuo del riesgo psicoafectivo es un componente indeleble del programa del adulto mayor del Hospital Isaías Duarte Cancino.

- Es importante brindar manejo exclusivo a los pacientes que requieren cuidados especiales para el final de la vida, específicamente nuestra población geriátrica, el modelo de atención de cuidados paliativos tiene como fin prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la detección temprana, la evaluación correcta y el tratamiento del dolor. Sin embargo, es igualmente importante el acompañamiento a familiares y/o cuidadores con respecto a la aceptación y duelo por su ser querido.
- Para el adulto mayor, las actividades lúdicas tienen múltiples beneficios siempre y cuando le sea posible desarrollarlas según sus capacidades individuales, como mantenerse activos, mejorar capacidades cognitivas, salud mental y la interacción social.

### Referencias

- A.E Stuck, A. S. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*, 1032-1036.
- AL, S. (1991). Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Med*, 115:122.
- Aliaga, D. ., Meza, & Marcela. ( 2016.). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida.
- Alliance, L. W. (2014). Global atlas on palliative care at the end of life. Retrieved from <https://indicators.ohchr.org/>
- Brumley R, E. S. (2007). Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.*, 55(7):993–1000.
- Chad Boulton, M. M. (2009). Successful Models of Comprehensive Care for Older Adults with Chronic Conditions: Evidence for the Institute of Medicine’s “Retooling for an Aging America” Report.
- Cid-Ruzafa, J., -Moreno, J. D., & Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. Baltimore, E. d. (2019). Índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica vol.71 no.2 Madrid*, vol.71 no.2 Madrid.
- Clyde, N. G. (2011). *Una lista de verificación para el hogar que puede salvar vidas*. Retrieved from [http://www.nhsggc.org.uk/CONTENT/default.asp?page=s1192\\_3&newsid=11231&back=s8\\_1](http://www.nhsggc.org.uk/CONTENT/default.asp?page=s1192_3&newsid=11231&back=s8_1)
- Downing, W. (2011 ). Prevención de caídas: cómo monitorear el riesgo e intervenir . *Nursing & Residential Care* , vol.13, no.2, pp. 82 - 84.

- Ennis L, K. J. (2015). The cost of providing end of life care for nursing care home residents: a retrospective cohort study. *Health Serv Manage Res*, 28(1-2):16-23. Retrieved from Health Serv Manage Res. .
- Fullbrook, S. (2007 ). El deber de cuidado 2: evaluación de riesgos y gestión de riesgos. *British Journal of Nursing*, vol. 16, no. 2, páginas 112-113.
- Health and Safety Executive, H. (2006). *Cinco pasos para la evaluación de riesgos*. Retrieved from <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg163.pdf>
- Hughes, R. &. (2009). Una introducción a la gestión de riesgos en la atención residencial . *Nursing & Residential Care*, vol.11, no. 7, págs. 356 - 358.
- Kennedy, K. (2010). “Un análisis crítico de la norma 6 de NSF para personas mayores: caídas”. *British Journal of Nursing*, vol. 19, no. 8, págs. 505 - 510.
- Kennedy, S. (2008 ). “ El papel del profesional de la salud en ayudar a los pacientes a comprender el concepto de riesgo cardiovascular” . *British Journal of Cardiac Nursing*, vol. 3, no. 11, págs. 522 - 526.
- Kirst, M. . (2017). What works in implementation of integrated care programs for older adults with complex needs? A realist review.
- Kroenke K, S. R. (2003). he Patient Health Questionnaire-2. *Med Care*, 41:1284.
- Lessig MC, S. J. (2008). Time that tells: critical clockdrawing errors for dementia screening. *Int Psychogeriatr*, 20:459.
- Leyshon, S. (2005 ). Principios de la gestión de riesgos en la enfermería comunitaria . *British Journal of Community Nursing*, vol. 10, no. 7, págs. 330-333.
- M. Boyd Cynthia, M. B. (2007). Guided Care for Multimorbid Older Adults .



- Mills, H. y. (2007). Realización de una evaluación de riesgos en la práctica de la neurociencia: principios y procedimiento. *British Journal of Neuroscience Nursing*, vol. 3, no. 5, págs. 223 - 226.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, C. (2013). Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. *Resolución 1841 de 2013*. .
- Minoru Yamada, H. A. (2012). Community-Based Exercise Program is Cost-Effective by Preventing Care and Disability in Japanese Frail Older Adults.
- Mitchell, E. (2009). El impacto de las caídas en los residentes y el personal: gestión del riesgo. *Nursing & Residential Care*, vol.11, no.5, pp. 258 - 260.
- Moore AA, S. A. (1996). Screening for common problems in ambulatory elderly. *Am J Med*, 100:438.
- Morley JE, M. T. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. . *J Nutr Health Aging*, 16:601-8.
- Morrison RS, D. J. (2011). Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff Proj Hope.*, 30(3):454–63.
- Morrison RS, P. J.-E. (2008). Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med.*, 168(16):1783–90.

- Nathan Stall, M. N. (2014). Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults.
- Nazarko, L. (2005). “Reducir el riesgo de caídas entre las personas mayores”. *Nursing & Residential Care*, vol. 7, no. 2, págs. 67 - 70.
- Nazarko, L. (2006). Prevención de caídas en la práctica: orientación y estudio de caso. *British Journal of Community Nursing*, vol. 11, no. 12, págs. 527 - 529.
- Nazarko, L. (2007). Reducción del riesgo de caídas en el hogar de ancianos. *Nursing & Residential Care*, vol.9, no.11, pp. 524 - 526.
- Nazarko, L. (2008). Parte 3 de las caídas: factores de riesgo ambientales. *British Journal of Healthcare Assistants*, vol. 2, no. 10, págs. 487 - 490.
- NPSA, A. N. (2007). “Resbalones, tropiezos y caídas en hospitales”. Retrieved from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821>
- Oliver, D. P. (2008). Una revisión sistemática y un metanálisis de estudios que utilizan la herramienta STRATIFY para la predicción de caídas en pacientes hospitalarios: ¿qué tan bien funciona? *Age & Aging*, vol. 37, no. 6, págs. 621-627.
- OPS, O. p. (2011). Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos: Guía para directores de programa. Washington, D.C.:*  
doi:<https://doi.org/10.37774/9789275322871>
- Penrod JD, D. P. (2006). Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. *J Palliat Med.*, 9(4):855–60.

- Pountney, D. (2009 ). Identificación y manejo de los riesgos de caídas en el hogar de ancianos. *Nursing & Residential Care*, vol. 11, no. 12, págs. 618 - 620.
- Prevention, C. f., & Control, N. C. (n.d.). *Check for safety: A Home Fall Prevention Checklist for Older Adults*. Retrieved from [https://www.cdc.gov/steady/pdf/check\\_for\\_safety\\_brochure-a.pdf](https://www.cdc.gov/steady/pdf/check_for_safety_brochure-a.pdf)
- Reuben DB, W. K. (1998). Hearing loss in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc*, 46:1008.
- Salud, E. d. (2006). *Cinco pasos para la evaluación de riesgos*. Retrieved from <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg163.pdf>
- Serra-Prat M, G. P. (2001). Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliat Med.*, 15(4):271–8.
- Smith S, B. A. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. . *Palliat Med.*, 28(2):130–50.
- Smith SM, W. E. (2021). *Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings*. doi:DOI: 10.1002/14651858.CD006560
- Stuck, A. E. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032 - 1036. doi:[https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-v](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-v)
- URIBE, G., Alejandro, R. G., Fernando, O. M., Elkin De Jesus, O. M., Jose Fernando, H.-V., Susanna, O., . . . PONGUTA, C. (2010). Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia.

- Valcárcel, A. C. (2013, octubre - diciembre). *Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado*. doi:DOI:0.1016/j.medipa.2013.02.001
- Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. (2012). *Health Qual Life Outcomes*, 10:130.
- Wallace JI, S. R. (1995). Involuntary weight loss in older outpatients. *J Am Geriatr Soc*, 43:329.
- Waterhouse, C. (2007 ). Desarrollo de una herramienta para la evaluación de riesgos para facilitar la seguridad y la sujeción adecuada. *British Journal of Neuroscience Nursing*, vol. 3, no. 9 , págs. 421 - 426.
- Weaver, D. (2008). Estrategias efectivas en el manejo de la prevención de caídas. *Enfermería y Atención Residencial*, vol.10, no.5, pp. 217 - 222.
- Wenger NS, R. C. (2009). Practice-based intervention to improve primary care for falls, urinary incontinence and dementia. *J Am Geriatr Soc*, 57:547.
- World Health Organization. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo*. Retrieved from <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>
- Young, A. &. (2011 ). Evaluación del riesgo de violencia en la práctica de la salud mental: parte 1 . *British Journal of Healthcare Assistants*, vol.5, no. 1, págs. 31 - 34.
- Yueh B, S. N., & MacLean CH, S. P. (2003). Screening and management of adult hearing loss in primary care. *JAMA*, 289:1976.