

Políticas en la Fuerzas Armadas

Dra. Marcela Mar

Buenas noches a todos, agradezco a la Academia Nacional de Medicina por la invitación, y no quería desaprovechar la oportunidad de agradecer la organización de eventos como este, que tocan temas de adulto mayor, porque sabemos que el nuevo desafío de los sistemas de salud en sociedad que estamos enfrentando en los últimos años es realmente el envejecimiento poblacional y esto nos enfrenta a muchos retos, y es oportuno y es importante de que se desarrollen estos temas en espacios académicos como este.

Hablaremos de lo que es el desarrollo de la geriatría en las Fuerzas Armadas, la experiencia que estamos teniendo en estas instituciones, los desafíos a los que estamos encontrando y cómo los estamos superando.

Cuando hablamos de adulto mayor, es bastante importante tener en cuenta es una condición muy heterogénea. Porque yo puedo hablar de un adulto mayor de 80 años que está educado en salud, que tiene acceso a un sistema de salud organizado, que puede tener una, dos o tres comorbilidades, es hipertenso, diabético, incluso tiene osteoartritis, pero que se mantiene adecuadamente, es consciente de sus enfermedades; a los 80 años está todavía sin dependencia, es independiente, puede manejar aspectos de una calidad de vida adecuada. Puede incluso hasta desarrollar actividades laborales.

Pero también hablo de adulto mayor cuando me refiero a quizás una persona de no tan avanzada edad 67-68 años, pero no educado en salud, sin acceso a un sistema de salud adecuado apropiado, diabético, con todas las complicaciones crónicas que esta enfermedad acarrea y por lo tanto ya a sus 67 años, tiene polineuropatía, quizás un sobre peso que lo lleve a una osteoartritis de rodilla, una diabetes que ha generado una retinopatía y

que definitivamente va a generar dependencia y como tampoco va a tener educación en salud y no tiene acceso a un sistema de salud adecuado, va a generar un deterioro en su calidad de vida.

Conociendo esto en geriatría se han desarrollado estrategias que permitan adaptarse a estas necesidades múltiples de la población adulta mayor tan heterogénea. Estas estrategias han sido el tener un abordaje integral a través de nuestra valoración geriátrica integral, nuestra herramienta, que nos permite encontrar la mayor cantidad de problemas y poder dimensionar de mejor manera el problema. Siempre trabajamos en equipo, tenemos disciplinas profesionales que son nuestras aliadas, que nos permiten optimizar las habilidades diagnósticas de todos estos problemas que muchas veces van más allá del problema clínico, como muy bien lo dijo el Dr. Penny, y así también nos da mejores oportunidades de intervención.

Para poder atender a este paciente en sus múltiples necesidades yo tengo que tener servicios de salud que los puedan asistir cuando están agudamente enfermos, que los puedan rehabilitar cuando se ha iniciado el proceso de discapacidad, y que, si ésta ya se dio y es irreversible, que pueda asistirlos en domicilio para poderlos tratar en su entorno y hablar sobre "calidad de vida". En todas estas oportunidades de intervención yo siempre, como geriatra, priorizo la funcionalidad.

Estos modelos de atención que ya se desarrollaban en el mundo entero, fueron visitados por gente de las Fuerzas Armadas, que quisieron copiarlo y traerlo a nuestra realidad. Fue así, que más o menos en los años 70-80, empezaron a mandar a algunos de sus asistentes que estaban interesados en el tema, y empezaron a desarrollar geriatría en las Fuerzas Armadas.

Más o menos comentan que en el año 83, en la Fuerza Aérea se crea un primer consultorio de geriatría, que luego en cinco años se convirtió en hospital de día, empezó a atender asistencia en camas hospitalarias. Más o menos años también empezó a atender el Naval, consulta externa, el Militar y la Policía. El desarrollo en realidad ha sido bastante rápido porque estamos hablando de 80 para adelante, 30 años, y sin embargo ya se cuenta a nivel hospital en el Ejército con un Hospital Militar Geriátrico, con un edificio independiente, es un hospital nivel 2 que queda en Chorrillos, muy a parte del Hospital Militar Central. Lo mismo ha pasado con el Hospital Geriátrico San José, que también tiene otro edificio externo, esto es en San Miguel independiente del hospital de la Av. Brasil.

Dentro de lo que es el Naval y la Fuerza Aérea, nosotros tenemos nuestra unidad de hospitalización todavía dentro del Hospital Central FAP, les voy a explicar por qué, pero todas nuestras otras áreas, secciones de atención geriátrica, ya tenemos también un edificio independiente y propio que queda a 8 cuadras del Hospital Militar Central, mientras que en el Centro Naval, si bien es cierto todavía está adentro de los límites del hospital, pero también ya el área de consulta externa y rehabilitación tiene una estructura propia.

¿Cómo es la logística de las Fuerzas Armadas para la atención geriátrica?. Todas las instituciones mencionadas FAP, Naval y Policía, cuentan con unidades diseñadas para atención del paciente agudo, la conocemos como Unidad Geriátrica de Agudos, el Hospital de la Policía tiene incluso 40 camas para esta atención, el Militar 20, la FAP 16, Naval 20 también. Incluso la Policía y el Militar una Unidad de Emergencia en estos hospitales nivel 2.

Si bien es cierto, tiene mayor cantidad de camas, ellos mismos mencionan que su gran dificultad es, como son hospitales nivel 2 no tienen una Unidad de Cuidados Intensivos, no tiene la logística en cuanto a imágenes y laboratorios completos, por eso su nivel de resolución es no tan compleja. Pacientes que están medianamente críticos o críticos son referidos a sus hospitales grandes, mientras que esa ha sido la razón por la cual en la Fuerza Aérea y en el Naval no nos mudamos de los hospitales grandes porque sabemos que vamos a necesitar en una población tan vulnerable como es el adulto mayor, de tener a la mano de intensivistas y otras especialidades de apoyo, de medios logísticos. Entonces, hemos querido mantenernos dentro de los hospitales grandes.

Todos los centros militares cuentan con consulta externa y allí, el Militar y la Policía y, además, dentro de su estructura están teniendo consulta por especialidades, por otros especialistas afines para patologías comunes en adulto mayor. Me fue grato encontrar que el Militar ya tiene 12 especialistas, endocrinólogos, neurólogos, psiquiatras, que están trabajando dentro del Hospital Militar Geriátrico y esto está muy bien porque la perspectiva que está teniendo la geriatría en el mundo es la sub especialización, hoy contamos en Estados Unidos con el oncólogo geriatra, en Costa Rica el Centro Nacional de Geriatría está motivando a que sus geriatras hagan una segunda especialidad y en el Centro de Costa Rica encontramos al psiquiatra geriatra, al neurólogo geriatra, al gastroenterólogo geriatra, al cardiólogo geriatra y hacia eso vamos. Entonces, el que ahora los geriatras tengan tan de cerca otras especialidades va a motivar realmente a desarrollar ese otro espacio. Y en el Perú, ya tenemos cardiólogos geriatras, emergencistas geriatras, endocrinólogos geriatras, e internistas geriatras.

La Unidad de Rehabilitación en la cual se pone mucho énfasis porque aquel paciente que ya inicia el proceso de discapacidad nosotros tratamos de devolverlo a la funcionalidad. La llamamos como hospital de día y en el Militar se la conoce como Clínica de Día y también cuentan todos los hospitales de las Fuerzas Armadas, lo mismo las Unidades de Visita Domiciliaria, destinada a los pacientes que ya tienen una discapacidad establecida sin potencial de recuperación y por lo tanto, tenemos nosotros que adaptarnos a ellos y educar su medio entorno para que tengan parámetros de calidad de vida a pesar de su dependencia.

La Fuerza Aérea hace seis años ha abierto la Unidad de Cuidados Paliativos y hoy puedo decir que es la única unidad que hace cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos y se está teniendo una experiencia bastante importante. Y el nuevo Hospital Militar Geriátrico en esta nueva infraestructura que tiene 76 camas de larga estancia, es decir, casas de reposo debería ser el nombre adecuado. Bastante importante también esta nueva experiencia. Me comentan que el Hospital Naval, dentro de sus 20 camas de hospitalización, ya tienen 8 destinadas también a cuidados paliativos y están yendo a tener una Unidad de Cuidados Paliativos en corto plazo.

¿Nuestra gran estrategia? Tenemos profesionales de la salud aliados y eso es muy importante si estoy planteando unidades que tienen como objetivo hacer rehabilitación, recuperación funcional. En la Fuerza aérea tenemos terapeutas físicos, ocupacionales, psicólogos, nutricionistas, asistente social, odontólogos geriatras, terapeutas de lenguaje, podólogos y últimamente nos es grato contar con terapeutas respiratorios que definitivamente el apoyo de ellos durante la hospitalización es bastante importante. Y bueno, unos más, unos menos cuentan con un equipo interdisciplinario, pero no solamente es contar con el equipo sino el de trabajar continuamente nos permite desarrollar estrategias para trabajar, interdisciplinariamente, de allí sumando conocimientos, sumando esfuerzos, proponernos objetivos comunes, discutirlos y poder sacar adelante al paciente.

¿Cómo es que funciona, cuál es el marco normativo de las Fuerzas Armadas? Ya por los años 70-80, en el cual el gobierno empezó a decir que todas las entidades públicas deberían empezar a gestionar fondos que garanticen la atención de salud de sus empleados, se creó, se diseñó, el Fondo de Salud del Personal Militar de las Fuerzas Armadas.

Con las últimas modificaciones en Ley de Salud, se ha creado el 2010 dentro del marco de Aseguramiento Universal de la Salud, las instituciones llamadas IAFAS. ¿Y qué es esto? Es el nombre con el que se les está dando a todas aquellas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, tanto públicas como privadas. Es decir, se les da este nombre a aquellas empresas que van a administrar estos fondos que se empiezan a recolectar. Y el 2013, se considera IAFA, es decir, se pone bajo esta condición al SIS, Seguro Integral de Salud, al Seguro Social de Salud- EsSalud, a las EPS y a todos los fondos de aseguramiento de salud de las Fuerzas Armadas, es decir, que tienen la misma categoría, y esto es importante porque les está dando la misma normativa y las mismas entidades reguladoras. Hoy, estos fondos de las Fuerzas Armadas tienen que rendir cuentas a la SUNASA y tienen que regirse bajo las normas del Ministerio de Salud. Me parece esto muy importante.

Entonces, estas IAFAS tienen como obligación o como responsabilidad, controlar que las prestaciones de salud se hagan de forma eficiente, oportuna y de calidad. Y, además, son organismos co-responsables. Es decir, ellos deben regular, gestionar los fondos, pero a la vez asumir la responsabilidad con las instituciones prestadoras de

servicios de salud, para lograr que se cumpla este objetivo. Y además si consideraría, por ejemplo, una IPRE una entidad prestadora de salud de la Fuerza Aérea es el Hospital Central FAP, una IPRE de EsSalud es el Rebagliati, el Almenara. Y además, si estas IAFAS consideran que sus prestadoras de servicios de salud no tuvieran la suficiente cobertura, puede hacer convenios. Por ejemplo, la Fuerza Aérea puede hacer convenios con EsSalud, o con clínicas, también con instituciones privadas para poder satisfacer esas necesidades. Eso dice la norma.

¿Cómo es que se financian estos seguros militares? Hay un aporte del Estado. El Estado aporta 6% de la remuneración mensual del militar en actividad y en retiro, que es el principal ingreso que es fijo mensual, pero además se están gestionando formas de Copago. Y acá los Copagos son diferentes para cada institución armada. Por ejemplo, tanto la Fuerza Aérea como el Ejército Peruano tienen un monto de Copago que es en general bastante bajo, 33 soles en el caso de la FAP que garantiza la atención de salud de la esposa y los hijos, 15 soles en el hospital militar, el naval no tiene un Copago mensual pero mantiene un porcentaje que va desde el 10, 20, 30% del gasto en salud y que va a depender del tipo de familiar que se atiende así como también del tiempo en el cual se ha retirado el respectivo militar.

Me sorprende gratamente que la policía tenga una cobertura del 100% de su personal en actividad y en retiro de todos sus familiares, esposa, viuda, hijos menores de 28 años, padres, sin límite de gasto. Mientras que la Fuerza Aérea y Naval, todos tenemos un límite de 20 mil soles y luego se reajusta si es que el gasto es mayor. Por ejemplo, si este gasto de salud para la esposa llega a un máximo de 20 mil soles al año, se van reajustando los porcentajes de Copago y tiene un límite de 40 mil soles al año, que es una cifra importante, pero si el cónyuge o el familiar gasta más de 40 mil soles todo el gasto adicional se paga.

Para padres, lo que hay que recalcar, porque la población adulto mayor es la que nos interesa, el límite de atención es 15 mil soles y luego se pasa a una cobertura adicional de 15 mil, se reajustan los porcentajes, pero tiene un límite inferior que es de 30 mil soles. Es la forma en que se financian los seguros militares.

La estadística de la población naval para 2014 donde, menor de 9 años, varones y mujeres era del 8%. Hasta 20 años 5% para mujeres, 6% para varones. De 20-40, 11%

para mujeres, 14% para varones. Luego, de 60-90 años el 16% son mujeres y el 16% son varones. Entonces, 32% de la población naval para el 2014 eran mayores de 60 años. Y llamo la atención a este dato, porque para el Instituto Nacional de Estadística, el 9.4% de la población del 2014 era adultos mayores y se proyecta que para el 2050 se va a llegar a un 22.8%

En la FAP, yo manejaba una estadística del 18% de envejecimiento, así es que me fui a buscar datos para julio del 2016. La población total llega a 140 mil FAPs, de los cuales son menores de 60 años 84 mil 600 el 60%, 39.6% de la población FAP tiene más de 60 años. Me asustó la cifra. Y si estamos hablando de financiamiento. Por ejemplo, tengo datos del 2014 de la Policía, donde de la población total policial 769,280 de los cuales hay 182 mil titulares, es decir, gente que financia el seguro de salud, y familiares, gente que gasta el fondo de salud, 586 mil. Esto quiere decir que el 76% no aporta y sin embargo, consume fondos de salud en la Policía. Para la Fuerza Aérea esta proporción es que el 12% es gente titular que tiene un fondo fijo y el 88.3% es familiar que va a tener el sistema de Copago. Y aquí quise poner una magnitud. Los adultos mayores titulares y familiares de la población FAP son 40%

El boletín de la Oficina de Estadística de Epidemiología de la FAP publicó en mayo de este año, que el 52% de la consulta ambulatoria corresponde a mayores de 60 años. Aquí estamos hablando de consulta ambulatoria en consultorios externos. La proyección de la demanda de consulta ambulatoria en los 10 últimos años en la población adulta mayor ha ido creciendo. Esta es la estadística de un piso de medicina durante todo el 2015 del Hospital de la Fuerza Aérea. La cantidad de pacientes menores de 20 años 5%, bueno es Medicina, 6% de 21-40 años, 23% de 41-60 años, 33% de 61-80, 33% mayores de 80. Eso que quiere decir, que en hospitalización el 66% de los hospitalizados son adultos mayores, con 33% de mayores de 80 años. Esta gente se atiende con mucha mayor morbilidad, con mucha mayor discapacidad que definitivamente nos enfrenta a un desafío en la atención hospitalaria también.

¿Qué dificultades tenemos? Definitivamente este crecimiento poblacional que ha aumentado tremendamente la demanda con una circunstancia en que los recursos económicos están siendo tan escasos, nos está dando limitaciones en cuanto a infraestructura

y a recursos humanos, nos está generando que hoy en nuestros servicios también haya aumentado el tiempo de espera. Cuando yo entré hace 11 años a la Fuerza Aérea, podía darme el lujo de visitar al paciente en 15 días, una semana, cuando iniciaba tratamientos que necesitan monitoreo, como la Warfarina, antidepresivos demenciales, hoy no me puedo dar ese lujo. Mi tiempo de visita en espera es de 2 meses y medio, por más que el paciente requiera una atención más pronta. Entonces, eso está generando demanda insatisfecha.

Además, la sobre carga de labor asistencial que estamos teniendo es increíble. Eso está generando que estemos descuidando actividades preventivo-promocionales. Y no estamos teniendo, a pesar de la casuística que tenemos, de la experiencia que se tiene, tenemos muy poco tiempo para dedicarlo a la investigación, que es una de nuestras falencias.

Y el otro tema es que la población que estamos atendiendo en mayor proporción es paciente adulta mayor, dependiente, frágil, que era lo que justamente tratábamos de evitar.

Y hay otro tema que no quería dejar de tocar. Me sorprende negativamente, no gratamente, el hecho de que cada vez estamos aumentando la vulnerabilidad social de la población que atendemos. No sé qué es lo que pasa. Si el crecimiento poblacional, el gran envejecimiento que está teniendo esta población, el hecho de que la cuidadora principal, que por lo general era la hija que no trabajaba, o la hija soltera, o la esposa que ahora sí trabaja, nuestros regímenes laborales en los cuales trabajamos 10 horas, 12 horas, que ya no nos permiten tener tiempo en casa. El hecho del desconocimiento, porque a veces, se asume como normal que el adulto mayor se caiga, que el adulto mayor se olvide, que el adulto mayor se vea, que no recuerde, etc., se asume como proceso de envejecimiento normal y no es así. Son patologías que se deben intervenir, o es el tema de la insensibilidad de la sociedad que estamos teniendo ante esta circunstancia.

¿Qué proyecciones tenemos? Muchas, el tema de desarrollar ya Unidades de demencia, de fragilidad, de caída, de intervención nutricional. Tratar de generar estrategias de prevención de discapacidad, y promoción de la salud. Pero mientras no tengamos mayor recurso y mayor financiamiento, eso va a ser un poco limitado.