

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
ESCUELA DE POSGRADO**



**RECONFIGURACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA, Y  
LA CREACIÓN DEL SERVICIO DE GERIATRÍA. HOSPITAL  
NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO 1996 - 2000**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORA**

**VIOLETA LUZ SAAVEDRA SALAZAR**

**ASESORA**

**DRA. ELAINE LÁZARO ALCÁNTARA**

**Chiclayo, 2019**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la vida y permitirme continuar cumpliendo mis metas trazadas.

A mis padres por comprenderme y apoyarme en la culminación de mis metas y por ayudarme a crecer como persona y profesionalmente.

A mis Hijos, por haber compartido momentos difíciles, por su apoyo incondicional y demostrarme la perseverancia. A mi esposo que está en el cielo, que el recuerdo de sus palabras me mantuvieron firme para culminar mi meta.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora: Dra. Elaine Lázaro Alcántara, por su constante apoyo y paciencia en el desarrollo de este proceso. Por compartir su conocimiento, enseñanza y aportes en la culminación de este trabajo investigación.

A los médicos y enfermeras quienes aceptaron participar en esta investigación compartiendo sus experiencias y vivencias, y por dedicarme parte de su tiempo.

A mi familia y a todas las personas que de alguna manera me apoyaron durante el desarrollo de la investigación.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
<b>CAPÍTULO I</b> .....	7
PRESENTACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO .....	7
1.1. PROBLEMA EN ESTUDIO .....	7
1.2. OBJETIVOS.....	22
<b>CAPÍTULO II</b> .....	24
EL CAMINO DEL ESTUDIO HISTÓRICO SOCIAL .....	24
2.1. LAS BASES TEÓRICAS.....	24
2.2. BASES METODOLÓGICAS .....	31
2.2.1. Procedimientos y fuentes de la investigación.....	31
2.2.2. Procedimientos éticos .....	35
2.2.3. Análisis de los datos .....	37
<b>CAPÍTULO III</b> .....	40
DETERMINANTES DE LA CREACIÓN DEL SERVICIO DE GERIATRÍA .....	40
3.1. CONTEXTO HISTÓRICO – SOCIAL .....	40
3.2. EL HOSPITAL “ALMANZOR AGUINAGA ASENJO”. UN PUNTO DE DEMARCACIÓN .....	41
3.3. ANTECEDENTES Y DETERMINANTES DE LA CREACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL “ALMANZOR AGUINAGA ASENJO” .....	43
3.4. CONFIGURACIÓN DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA. ....	52
3.4.1. La práctica de enfermería en el Perú del año 1960 hasta los 90. ....	52
3.4.2. La práctica de enfermería de la década de los 90 al 2000.....	56
3.5. PRIMORDIOS DEL SERVICIO DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. “HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO” .....	59
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	92
ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO Y LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR (1996-2000).....	92
4.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE GERIATRÍA Y LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADO AL ADULTO MAYOR .....	92
<b>CONCLUSIONES</b> .....	147
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	152
<b>ANEXOS</b> .....	156

## RESUMEN

Estudio de enfoque histórico-social que tuvo como objeto de estudio la Reconfiguración de las prácticas de enfermería en el cuidado del adulto mayor, en el contexto de creación del servicio de Geriatria del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo. El recorte temporal comprende el periodo 1996-2000, partiendo de la creación del servicio de geriatría en 1996, el marco conclusivo fue el reconocimiento de la jefatura de enfermería. Las fuentes utilizadas fueron: orales, entrevistándose a personal médico y de enfermería, de la época; y fuentes documentales, cartas, resoluciones y directivas informes estadísticos, recortes periodísticos y otros, obtenidos del archivo de la oficina de Imagen Institucional, archivo general de la institución, cuadernos de registros y apuntes de las jefaturas, fotografías de archivo personal, archivo del servicio de geriatría; revistas obtenidos de la biblioteca del hospital. La base Metodológica - conceptual se construye a partir del método histórico de Dihel (2001) y Barros (2007). Los resultados han sido organizados en dos grandes momentos: (a) Determinantes de la creación del servicio de geriatría, capítulo donde se describe el contexto institucional, nacional y de salud que se vivió en la época, en donde los cambios políticos y sociales determinaba la necesidad de crear un servicio especializado para la atención del adulto mayor dando una primera configuración a las prácticas de cuidado de las enfermeras; (b) Organización del servicio y las prácticas de enfermería al adulto mayor donde el enfoque del cuidado no es curar sino cuidar y enseñar a la familiar a cuidar de ellos.

Palabras claves: Historia, historia de enfermería, cuidados de enfermería al adulto mayor

## ABSTRACT

This is a study with a historical-social approach that had as study object the reconfiguration of nursing practices in caring for the elderly, in the context of service creation Geriatrics Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital of Chiclayo. - Lambayeque Peru. The temporary cut covers the period 1996-2000. The initial framework was the creation of geriatric service in 1996, the concluding part was the recognition of the head nurse. The sources used were oral, interviewing medical staff and staff nurse, head nurse and chief medical service and nursing department; documentary sources as letters, resolutions and file directives Institutional Office, directives picture statistical tables obtained from the General Archives of the institution; log book and notes, photographs, newspaper clippings file obtained geriatric service; magazines obtained from the hospital library. The conceptual and methodological basis constructed from the historic method of Astor Antonio Dihel, and José Barros Asunção. The results have been organized in two stages: (a) Determinants of geriatric service creation, chapter where the institutional, national and health context that lived at the time described, where the political and social changes determined the need to create a specialized service for the care of the elderly giving a first configuration to care practices of nurses; (B) Organization of service and nursing practices for the elderly.

**Keywords:** History, History of nursing, care for the elderly

## **CAPÍTULO I**

### **PRESENTACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

---

#### **LA CUESTIÓN DE LA RECONFIGURACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR**

---

*“...Los eslabones de una cadena que une el pasado al presente y que van construyendo el futuro y cuyas realizaciones nos permiten avisorar un camino ya rrecorrido”<sup>1</sup>*

#### **1.1. PROBLEMA EN ESTUDIO**

El objeto de estudio de esta investigación, lo constituye la reconfiguración de las prácticas de enfermería en el cuidado al adulto mayor a partir de la creación del servicio de geriatría, siendo este el punto de partida o precedente para la generación de nuevas prácticas en el cuidado al adulto mayor, en el escenario histórico en Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” entre los años de 1996 al 2000.

El recorte temporal está comprendido en la fecha de inicio de la creación del servicio de geriatría el 02 de Febrero de 1996, donde se crea un servicio, con un “modelo innovador para la atención al adulto mayor”, esto contribuiría en la potenciación de la imagen institucional al proporcionar un servicio de vanguardia que cobertura de manera especializada a toda la población asegurada que se mantenía desde los años 1991, de 63,000 asegurados a 1186 para 1996<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> <http://es.slideshare.net/shirley0189/material-de-lectura-2014>.

<sup>2</sup> Instituto Peruano de Seguridad Social. “Avanzando en el Norte”. Año II N°1. Mayo 1996.

Importante destacar que en este periodo la institución fue implementada con modernísimos equipos y tecnología de punta, que permitió brindar una atención con calidad y calidez a todos los usuarios que representaban a una población adulta joven, pero con índices crecientes de envejecimiento.

Las atenciones de procedimientos de alta complejidad como el trasplante renal pediátrico<sup>3</sup>, primer trasplante renal de donante cadavérico<sup>4</sup>, colocación de marcapaso fisiológico<sup>5</sup> procedimientos quirúrgicos que demandaban corta estancia, fueron reemplazados paulatinamente por la demanda de nuevos perfiles epidemiológicos, que generaban largas estancias, mayor gasto y consumo clínico, demanda en mano de obra, en un hospital que vivía a la vanguardia de la tecnología y en la era del trasplante en donde el profesional médico y de enfermería era capacitado para brindar un cuidado de calidad.

En esta década las enfermeras asistenciales, trabajaban bajo el modelo biomédico, no contaban con grado de especialistas, su experiencia se fortalecía con sus capacitaciones constantes en la capital del país y fuera de él, mirando otro enfoque del cuidado llevando a muchas de ellas a migrar al exterior. Es así como la enfermera inicia todo un proceso de reforma, llevándola a la altura de otros países que se encontraban adelantados en tecnología, encontrándose al nivel que exigía la institución que se encontraba a la vanguardia de la salud y con tecnología de última generación.

El marco final es el año 2000, cuando se crea la primera jefatura del mencionado servicio, aprobado con resolución N° 455-GRALA-ESSALUD-2000, a partir de este momento, se organizaría una nueva forma de cuidar al adulto mayor en el trabajo diario de la enfermera, en el hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo”<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Alan Guevara Bances 10 años

Instituto Peruano de Seguridad Social. “Avanzando en el Norte”. Año II N°1. Mayo 1996.

<sup>4</sup> Eduardo Salcedo Aliaga. 16 años Cajamarquino.

Instituto Peruano de Seguridad Social. “Avanzando en el Norte”. Año II N°1 Mayo 1996.

<sup>5</sup> Martin Alonso Vasquez Suarez. 4 años. Piurano.

Instituto Peruano de Seguridad Social. “Avanzando en el Norte”. Año II N°1 Mayo 1996.

<sup>6</sup> En el año 1939 se inició la construcción del local Ex obrero. Trece años después en 1952, se construyó el local Ex empleado, empezando a funcionar como hospital obrero en 1958 mediante la ley 8433. Cabe

Con una misión centrada en brindar atención de salud en mérito al altruismo, vocación humanitaria y de servicio a la comunidad, el Hospital fue reconocido como Nacional de nivel IV (09.07.1991)<sup>7</sup> atendiendo a la Macro-Región Norte que comprendía ocho departamentos<sup>8</sup> pasando a ser considerado uno de los tres hospitales nacionales más importantes que tenía el país, ubicado entre los mejores de América Latina, cuya filosofía era “Hacia la Excelencia Competitiva” (1)

Para el 2000, la población que acogía el hospital era de 1 186 mil habitantes; con características agrícolas que producían arroz en un 30% y cultivaban caña de azúcar en un 40%, ocupando el segundo puesto en la producción del País; cifras que fueron aumentando a un ritmo acelerado no solo a nivel local sino a nivel nacional, el que representaba un crecimiento del 7% anual, como respuesta a la política de “Modernización de la Seguridad Social” (2)

Debido a este avance, la institución y sus integrantes lograron un posicionamiento en la sociedad, ubicándose como una de las organizaciones de salud más importantes del medio; lo que originó un aumento en la demanda de asegurados. Haciendo un recuento de crecimiento del hospital, en el año 1971, contaba solo con 150 camas, de estas 40 camas, que resultaban insuficientes, eran destinadas para la atención de la población objetivo. Posteriormente en la década de los 80 se amplía a 510 camas (3), mejorando la infraestructura que acogía a esta demanda de asegurados a la que se sumaba una población obrera cautiva con características diferentes; que implicó patologías agudas y crónicas, estancias prolongadas, deterioros funcionales, personas en condiciones de abandono, características propias de una población que envejecía y que exigía de un cuidado especial, por tratarse de adultos mayores.

---

recordar que el 10 de Marzo de 1978 se inaugura oficialmente como Hospital Central del Norte con 510 camas .A partir de 1982 y mediante decreto Ley N°23161 se denomina Hospital Central de la region Norte del Instituto Peruano de Seguridad Social . Luego en 1989 se le bautizo como Hospital Central del Norte Almanzor Aguinaga Asenjo del Instituto Peruano de Seguridad Social, el 9 de Julio de 1991 se eleva a categoria a hospital Nacional IV.Director Salomon Novoa Siches., Presidente de la Republica Ingeniero Alberto Fujimori Fujimori.

Avanzando.Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Mayo 1996 Año II N°1.

<sup>7</sup> R.E. N° 618-DE-IPSS. Manual de inducción para el personal de enfermería de reciente ingreso.

Departamento de Enfermería 2008. Seguro Social del Perú.

<sup>8</sup> Ancash, Amazonas, Cajamarca, La libertad, Piura, Tumbes,San Martin Lambayeque. Rev “Avanzando” Oficina de Relaciones Publicas Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

Por los años 1996, ya se mencionaba sobre cobertura en la atención al adulto mayor como disciplina medica de Geriatria en donde el adulto mayor era medicalizado y cuidado en base a su patología, no abordaban su funcionalidad, lo que lo conducía a un deterioro funcional y orgánico llevándolo a múltiples complicaciones, generando largas estancias que implicaban un costo en la institución

“El abordaje institucional procura entender los fenómenos sociales, políticos, económicos y culturales que fueron parte de un ambiente institucional, de manera de conformar las preferencias individuales y esa es la gran diferencia en las relaciones de las teorías racionalistas categorías básicas del pensamiento, como el “individuo” y “acción social, o “estado” y la “ciudadanía”.. Asimismo las instituciones son el producto de la construcción humana y el resultado propuestas por los individuos” (4)

Las políticas institucionales se direccionaban a: consolidar y fortalecer la capacidad de la Macro Región, Control y evaluación permanente de los indicadores y estándares de producción y calidad. Los indicadores predominantes eran las cirugías de alta especialidad las que fueron sustituidas cuatro años después por enfermedades propias de la población adulta mayor como: Hipertensión, Artrosis, Infección de Vías Urinarias, Infección del tracto respiratorio, Siendo los servicios más usados por los asegurados adultos mayores es el de hospitalización (28,7%) en menor porcentaje el de consulta externa (24,25%), y de emergencia el (21,6%) (3) esto denotaría una especial atención por la que debería buscarse nuevos modelos de atención del proceso salud enfermedad y en la relación de la vida y la muerte, pues la institución acogía en su atención al 25% de la población<sup>9</sup> y por ser una entidad que dependía en parte del estado estaba sujeta a las políticas de este, que por aquellos años, dicha situación era vivida por los hospitales del estado.

La enfermera reconocida por sus saberes prácticos logra una imagen reconocida y estatus en la sociedad; pues los procedimientos que realizaba era de alta envergadura

---

<sup>9</sup> El sistema de salud peruano ha sido historicamente segmentado y fragmentado cerca del 20% notiene cobertura sanitaria el Seguro Social cubre 25% de la poblacion especialmente la empleocracia publica privada; el 5% tiene seguros privados de salud y el 50% tiene asistencia sanitari estatal  
Ciro Maguiña,Eden Galan-Rodas”Situacion de Salud en el Peru”

como participación en las cirugías extracorpóreas, trasplantes renales, etc. el estatus alcanzado por enfermería socialmente, en nuestro país, también puede explicarse a partir de la organización del hospital, que fue transformado por el proceso de medicalización<sup>10</sup>

Es importante precisar que, en 1990 el Perú era golpeado por el fenómeno “terrorista” en el marco de pobreza e inequidades sociales; iniciando el primer gobierno el Ingeniero Alberto Fujimori Fujimori encontrando al país en crisis económica<sup>11</sup> llevándolo a una ola de reformas estructurales en el que se inicia el proceso de estabilización, la liberación comercial y la reforma financiera<sup>12</sup> abriéndosele las puertas a los mercados internacionales siendo una de las alternativas asumir el compromiso con el Fondo Monetario Internacional y el banco Internacional asumiendo los mandatos de las políticas Neoliberales, modelo que se impulsa a partir de Julio de 1990.(5)

A partir de los años 1990 el País para poder salir de la crisis económica originada por políticas mal formuladas en gobiernos precedentes, generaron crisis social, por la reducción del producto bruto interno lo que llevaría a un aumento de la deuda externa, migración interna, desempleo y violencia social por los ataques terroristas; Fujimori adopta un modelo económico neoliberal que determinarían que el mercado pasaría a ser el primer y principal asignador de recursos y no el estado, en otras palabras, impuestas desde arriba; una de las principales reformas la flexibilización del mercado laboral el que

---

<sup>10</sup> Este término acuñado por Foucault, hace referencia a un proceso que se caracteriza por la función política de la medicina y por la extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico. Este es un tipo de ejercicio médico de poder (Casdro, 2004p242)

<sup>11</sup> La llegada de Alberto Fujimori Fujimori como presidente del Perú en junio de 1990 estuvo precedida por un agravamiento de las condiciones económicas en el período previo (Alan García Pérez 1985-1990) al ser aislado por los organismos financieros internacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial) por el incremento de la deuda externa y el acrecentamiento de las dificultades económicas, estableciendo el pago de la deuda externa 10% del valor de exportación lo que significó el cierre de las puertas del Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo. Neoliberalismo y Genocidio en el Régimen Fujimorista. José Honorio Martínez. HAOL, Num.16 (Primavera 2009), 65-75

<sup>12</sup> La estabilización significó la reducción de la inflación, el perverso impuesto a los pobres, de niveles hiperinflacionarios a niveles controlables. Ello se logró comprimiendo la demanda interna y específicamente el consumo de los pobres, al reducir drásticamente el empleo en cantidad y calidad adecuadas. La liberación comercial descubrió los niveles de competitividad de la industria. El mercado nacional fue invadido por mercancías extranjeras que contribuyeron a la estabilización de los precios financieros. La reforma pensional, inauguró el combate contra un preciado valor social: la solidaridad, introdujo el sistema privado de pensiones que apunta al fortalecimiento de la brecha de la desigualdad social. Reformas Estructurales y Políticas Sociales en el Perú, Luis Reyes Lostaunau-Revista de la Facultad de Ciencias Económicas

funcionaria más competitivo tanto en el empleador como en el trabajador; quienes preocupados por reducir la pobreza lleva a definir políticas públicas y sociales; una de las políticas fue la “Ley de Modernización de la Seguridad Social”<sup>13</sup> Esta reforma institucional en la seguridad social que se lleva a cabo en 1997(6) tuvieron influencia en la institución, pues el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo que pertenecía al Instituto Peruano de la Seguridad Social el que posteriormente paso a tomar nombre de Es Salud mediante la Ley número 27056 del 30 de Enero de 1999, generando crisis con la apertura de nuevos paquetes de aseguramiento debido a la demanda en la población asegurada.

En esta década de grandes cambios sociales la profesional de enfermería generó cambios en el ejercicio de su profesión pasando de simples y rutinarios procedimientos prácticos a procedimientos de alta especialización e invasivos acordes con la tecnología de punta en el manejo de equipos y material sofisticado; con el afán de responder a los cambios estructurales, sociales y políticos es que ella adecua su práctica del cuidado perfilándola y especializándola cada vez más. Esto ha llevado a la enfermera a fragmentar su cuidado en base a las tareas que se iban destinando para ella en el campo hospitalario, en una estructura en que la enfermería centre su saber-hacer, en el cuidado prestando atención a las necesidades humanas en sus dimensiones.

La práctica de enfermería por la década de los 90 iniciaba cambios debido a la reforma sectorial determinada por el entorno internacional (fenómeno de globalización)<sup>14</sup>, transformando las modalidades de atención. Muchos de los programas de enfermería, se basaban en el modelo biomédico<sup>15</sup>, el que fue cambiando a un modelo preventivo que exigía la salud pública, las ciencias sociales y centrado en los cuidados enfermero (7).

---

<sup>13</sup> “Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud” Ley N°26790.

<sup>14</sup> La globalización es un fenómeno reciente, que marcará profundamente el futuro económico del mundo; surge como consecuencia de la internacionalización, cada vez más acentuada, de los procesos económicos, los conflictos sociales y los fenómenos político culturales. Desde sus inicios, el concepto de globalización se ha utilizado para describir los cambios en las economías nacionales, cada vez más integradas en sistemas sociales abiertos e interdependientes, sujetas a los efectos de libertad de los mercados, las fluctuaciones monetarias y los movimientos especulativos del capital. Manuel Lopez Cisneros Impacto de la globalización en las funciones de enfermería <http://www.unacar.mx/contenido/difusion/acalan28pdf/acalan28.pdf>

<sup>15</sup> El médico es el agente que históricamente y socialmente, domina el modo de trabajo hospitalario, el cuerpo del enfermo y la enfermedad. Así la práctica de enfermería, en ese nuevo modelo clínico, pasó a ser el

La globalización trajo movimientos científicos, tecnológicos y sociales que han tenido un efecto significativo en la salud y sobre las políticas de los servicios de enfermería. Con el fin de mantenerse al día con el mundo moderno la enfermería demanda de una formación rigurosa, apareciendo las especializaciones en diferentes campos así como se asienta en la estructura de enfermería el grado de licenciada; los movimientos tecnológico, como el desarrollo de las telecomunicaciones que se desarrolla a una velocidad acelerada, como: el fax, internet, telefonía y computación han permitido un nivel de acercamiento que no existía antes y acceder a ver el desarrollo de otros países(8).

El Premio Nobel de Economía de 1998 decía:” La globalización ha enriquecido al mundo en un sentido científico y cultural”<sup>16</sup>

Las prácticas del cuidado han vivido todo un proceso histórico, algunas autoras como Castrillón nos dice: la práctica se refiere al ejercicio de la profesión en el mercado de trabajo. El trabajo de enfermería está estructurado en base a niveles de formación, esta práctica está sometida a las condiciones del mercado de trabajo, es decir a las condiciones de la oferta y demanda de profesionales calificados (7).

Estudiar a las prácticas del cuidado significa entender como estas han evolucionado desde el sentido de su esencia misma y como esta responde y se adecuan a las necesidades sociales. La enfermería es una profesión en continuo perfeccionamiento; La tendencia general en la actualidad es hacia un concepto amplio de la enfermería, es decir hacia la preparación de una enfermera integral capacitada para laborar en ambas áreas, la preventivo promocional y la curativa. Es la misma tendencia que viene desarrollándose en la enseñanza médica.

Es importante precisar que las prácticas del cuidado que realizaba la enfermera, se desarrollaba en paralelo a la imagen que gozaba la institución la que era considerada uno de los mejores hospitales de Sudamérica; el nivel IV que representaba en la Macro región

---

instrumento que cuidaría o haría el cuidado del cuerpo enfermo bajo las ordenes médicas “La presencia del poder médico en el hospital, pasa a ejercer autoridad sobre el personal de enfermería” (Almeida; Rocha,1997 p.240)

<sup>16</sup> Dra Tatiana Paravic Klijn. Enfermería y Globalización, Revista Ciencias de enfermería XVI (1): 9-15 2010.

Norte, realizando procedimientos invasivos de alta especialidad, participación en intervenciones quirúrgicas de alta complejidad como era trasplantes de: cornea, renales; cirugías cardíacas, etc. El quehacer práctico de la enfermera era altamente especializado manteniendo un buen status profesional sumado a ello la preparación y capacitación fuera del país.

Rocha y Almeida, aseveran que para entender el quehacer práctico de Enfermería hay que entenderlo “por la historicidad del proceso del trabajo”, entendiéndose como aquellas transformaciones que ocurren tanto en el objeto y finalidad del proceso, como las actividades desempeñadas por los sujetos encargados de una labor determinada y, sobre todo, en el cuerpo de conocimientos que precede el proceso (9).

La demanda emergente, en un proceso de reforma que exigía la ley de la modernización de la seguridad social, determinó un cambio en las prácticas del cuidado, que exigían un nuevo enfoque donde, la enfermería debió adaptar sus saberes de cuidado, respondiendo a las normativas institucionales y a la vez cumpliendo con las políticas que imponía dicha reforma.

La enfermera, adoptó el conocimiento, que los expresó en sus acciones, frente los pacientes y en la administración del hospital, la apropiación de un producto incorporado en el saber de una práctica basada en componentes técnicos y científicos, legitimando su actuar, demostrando tener un capital cultural y simbólico conocimiento<sup>17</sup>.

El cuidado de enfermería tuvo desde entonces, en su estructura el conocimiento (o saber de la enfermera), nivel técnico (instrumentos y conductas) y relaciones sociales entendiendo las necesidades humanas que pueden ser biológicas, psicológicas y sociales. Hablar del conocimiento de la enfermera es hablar en primer orden de su técnica porque

---

<sup>17</sup> El capital simbólico, conforme Bourdieu (1989,p.145) que se utiliza con otro nombre, no es otra cosa que el capital, cualquiera que sea su especie, cuando percibido por un agente dotado de categorías de percepción resulta de la incorporación de la estructura de su distribución, quiere decir, cuando se conoce o es reconocido como algo obvio. Las distinciones, en cuanto a transfiguraciones simbólicas de las diferencias [...] niveles, guías, ordenes, o cualquiera otras jerarquías simbólicas, son producto de la aplicación de esquemas de construcción [...] son producto de la incorporación de las estructuras a que ellos se aplican [los juicios sociales], es el reconocimiento de la legitimidad absoluta [...] la aprehensión del mundo común como cosa evidente, natural, que resulta de la coincidencia casi perfecta de las estructuras objetivas y de las estructuras incorporadas”. coincidencia

esta recupera gran parte del trabajo de enfermería a través del tiempo, ellas pasan por transformaciones, las que van de simples descripciones de pasos, hasta buscar en otras áreas del conocimiento las raíces de tales procedimientos. En este estudio el análisis de las prácticas del cuidado en el que la enfermera nos refleja un cuidado en el que aplicamos su conocimiento, habilidades y actitudes, prima más la esencia misma de quien brinda el cuidado, esta parte humana que se aflora en todo momento que se cuida del adulto mayor.

Al hablar de la práctica de enfermería en su quehacer diario no se refiere a las experiencias, sino entender esta como práctica social en un sentido sociológico es decir como esta práctica responde a la satisfacción de una necesidad social. Así se puede afirmar que la práctica de enfermería ha estado sometida a condiciones del mercado de trabajo en donde la oferta y demanda exigía de profesionales calificados para poder garantizar la integralidad de la atención en salud de una población demandante que eran los adultos mayores.

Esta condición experimentada en la sociedad nacional permitió que la práctica de enfermería se organizara, modificara y adaptara en el proceso de estructuración de una organización que nació por la necesidad de ofertar servicios de salud a una población específica, y que superó sus expectativas al enfrentar estadísticamente una demanda creciente de problemas crónicos propios de la adultez mayor<sup>18</sup> para lo que no estaba preparada, pero su propia historicidad del trabajo de la enfermera en su práctica del cuidar ha sufrido transformaciones en el objeto del proceso, en su objetivo social del mismo y en las actividades desempeñadas y sobre todo en el cuerpo de conocimientos; que la hacían responder a una necesidad social.

El pensamiento de Barros confirma:” “toda historia se describe de algún modo en la historia social” pero el objeto de la historia es la práctica social, y toda practica social se desarrolla en un contexto social que implica políticas que son parte de la estructura de las sociedad y que determina o influye para poder comprender e identificarla; esta práctica

---

<sup>18</sup> Las principales causas de morbilidad en el adulto mayor son las enfermedades crónicas degenerativas, Enfermedades Hipertensivas, Poliartropatías, Artrosis, diabetes Mellitus ocupan un lugar importante en este grupo poblacional.  
Psicología del Desarrollo, Berger Kathleen Stassen. 7ma edición

necesita distinguir los factores determinantes: histórico, sociales de su contexto político en el trabajo de la enfermera (10). En este sentido se puede afirmar que, los profesionales de enfermería cuya formación tiene un alto costo social han desarrollado su objeto de cuidado, en la satisfacción de las necesidades y demandas que presenta una sociedad (7).

La base teórica empleada en esta investigación está relacionada en la evolución histórica de las prácticas del cuidado, resaltando como estas han ido acondicionándose a los cambios sociales y políticos, cuya finalidad ha sido satisfacer las necesidades de las personas en un espacio social; pues la enfermería tuvo que ir acondicionando y direccionando sus prácticas asistenciales principalmente a la satisfacción de necesidades básicas y de confort, sin una mayor especialización en el cuidado del adulto mayor, en concordancia con el mayor prestigio que adquiriría dicho nosocomio, por su tecnologización y especialización.

Con base a los presupuestos mencionados, surgen preguntas en la investigación.

¿Cómo se cuidaba del adulto mayor enfermo, en un hospital en donde las prácticas del cuidado enfermero estaban dirigidas a procedimientos invasivos y manejo de instrumental de alta tecnología?

¿Qué circunstancias determinaron la creación de un servicio para el cuidado del adulto mayor en el HAAA?

Los antecedentes encontrados para el estudio, así como el análisis de los mismos a partir del año 1991, sirven como un marco referencial para poder comprender como las practicas del cuidado enfermero se reconfiguran a partir de la creación de un servicio especializado para el cuidado del adulto mayor.

Las situaciones por las que ha travesado la práctica de enfermería hospitalaria en la institución han guardado mucha relación con los cambios que se han dado en la institución, la que fue creada para atender a un grupo de la población que representaba a la población económicamente activa (productores de caña de azúcar) del país, la aportante de un seguro que a la vez lo hacía sentir que su salud iba a estar bien cuidada cuando este esté afectada. la práctica de enfermería hospitalaria se desarrolló en el marco del

asistencialismo dirigido a la satisfacción de necesidades básicas, brindando un cuidado que evidencia el modelo de Florence y cuya herencia se transmitía en la formación religiosa que imperaba en las escuelas donde se formaron, lo hacía con un alto contenido religioso, apego a los valores, compasión, misericordia y caridad al paciente, en una marcada disciplina, pulcritud en la presentación y realización de sus procedimientos, muy pegadas al cumplimiento de las actividades y tareas básicas- generales a realizar, eran en todo su contexto desde la realización de la terapia física, sentar a los pacientes en silla de ruedas, realizaban el baño diario, aseo de cavidad oral, dar el alimento, el cumplimiento de las terapias e indicaciones médicas como: tratamiento vía oral, intramuscular y endovenoso eran parte del quehacer diario; un trabajo que demandaba de mucho tiempo cuando se atendía al paciente, sobre todo cuanto este era un paciente completamente dependiente o postrado y lo hacía totalmente dependiente de su cuidado.

La labor que realizaba diariamente era atender hasta 40 pacientes que era el número de camas que contaba el servicio, no se podría precisar de una atención a los adultos mayores ya que el cuidado que se brindaba era igual para todos, no había diferencia era una actividad netamente asistencial y sujeta de ordenes médicas.

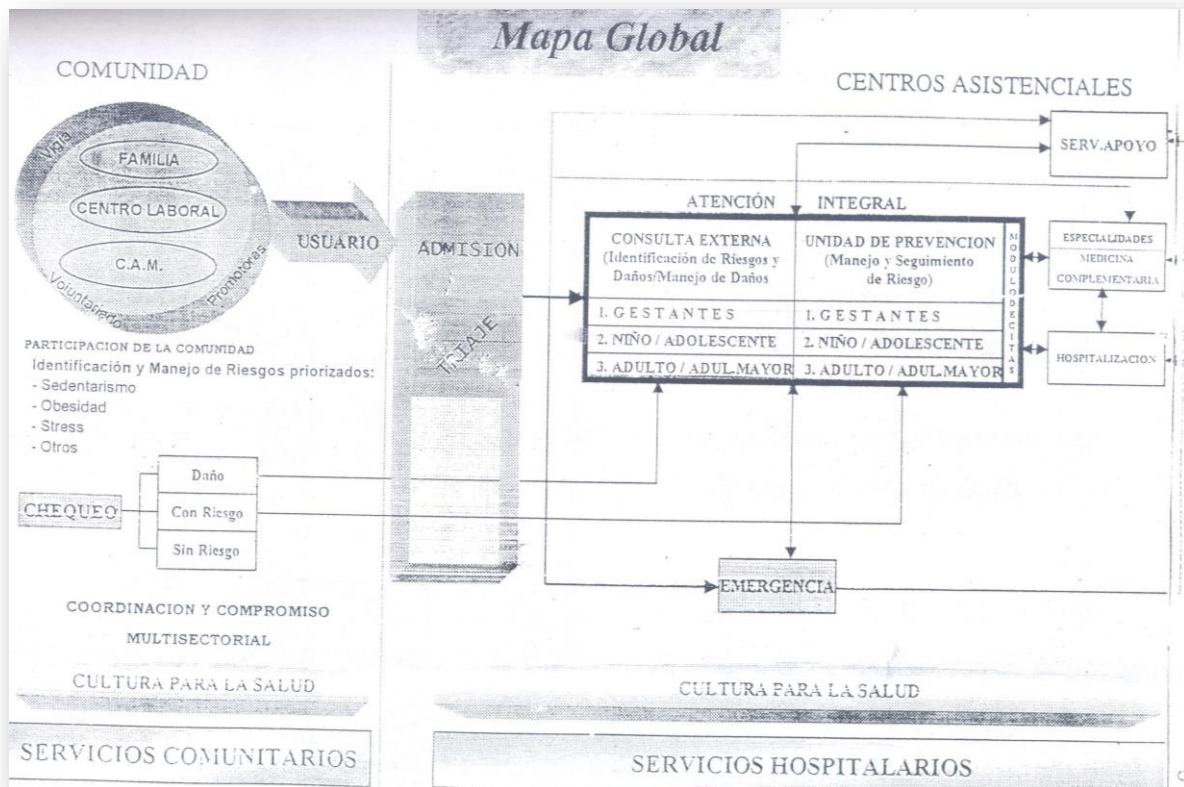
La práctica de enfermería hospitalaria para la década de los 90, vivió cambios; siendo necesario mencionar que por esta década se vivía el fenómeno de explosión demográfica evento que se venía dando desde 1940 con 7 millones de habitantes a 22 millones para 1993, esto se hizo sentir en el nivel que se le designo al hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, como hospital nacional en 1991<sup>19</sup> según documentación, encontrándose datos estadísticos de una población adulta mayor, en los reportes de los informes epidemiológicos; y en los programas de atención desde 1996 los que mencionaban programas de Hipertensión, Diabetes mellitus, Osteoartritis, Infección respiratoria aguda de adulto mayor<sup>20</sup>; así como la estructura de atención que contempla: prevención integral del adulto mayor a nivel de consulta externa y como unidad de prevención en los servicios hospitalarios.

---

<sup>19</sup> Con Resolución N°618-DE-IPSS-91; del 09 de Julio de 1991.

<sup>20</sup> Ver anexos

## Modelo de atención Hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” año 1991



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

La presencia del adulto mayor se hacía sentir, tanto en los reportes epidemiológicos como en las estructuras de atención, sin embargo la atención y el cuidado en la práctica hospitalaria, seguía siendo asistencial. Este grupo de adultos mayores asegurados estaban presentes y eran considerados dentro de la atención general, la que acogía a múltiples patologías considerando algunas de ellas transferidas a otras especialidades para su manejo médico especializado o quirúrgico, quedando en su mayoría los adultos mayores debido a la no existencia aun de una especialidad que los acogiera haciendo que su tratamiento y cuidado sea tan igual como el de los demás pacientes lo que condicionó a las múltiples y diversas complicaciones de las que en su mayoría no le permitiría recuperarse.

Los cuidados empezaron a evolucionar desde que la institución se eleva a un hospital nivel IV según su recorrido histórico para 1996, esto trajo consigo una nueva población asegurada que atender, la infraestructura y material médico era totalmente diferente, la realización de procedimientos invasivos y de alta envergadura llevaron a cambios en la práctica enfermería hospitalaria en general. Esto explicaba uno de los primeros cambios, fue cuando las enfermeras empezaron a realizar estudios complementarios en las universidades para acceder a los títulos de licenciatura, cabe mencionar que la institución se inicia con la atención de enfermeras egresadas de escuelas (escuela del Hospital del empleado y del Hospital Arzobispo de Loayza) y a la vez cumplía con la exigencia de la institución que requería enfermeras con habilidades respaldadas con el conocimiento científico y con la profesión. Época que se vivía la profesionalización.

La evolución de la práctica de enfermería en el Perú se ha relacionado con las transformaciones ocurridas en la sociedad peruana durante su recorrido histórico. Esto explica desde la presencia de las escuelas de enfermería desde 1907 que nacieron desde los Hospicio de expósitos en donde se inicia el cuidado a la población desamparada como niños abandonados, adultos mayores desprotegidos, que estuvo a cargo de religiosas las que implantaron su modelo de cuidado; los adultos mayores representaban un grupo minoritario en relación a la población infantil, no eran considerados en las prioridades del estado.

Las responsabilidades y el compromiso asumido por las enfermeras se hacía más independiente de las indicaciones médicas, se empezó a tener la autoridad para delegar ciertas actividades de cuidados básicos que no ponía en riesgo la salud; como la higiene, alimentación, terapia física, actividades netamente dedicadas al cuidado del adulto mayor a otros profesionales de la salud y personal técnico de enfermería para poder asumir la responsabilidad de brindar un cuidado más especializado y que guarda relación con los procedimientos invasivos que se realizaba, previniendo de esta forma las complicaciones y logrando la recuperación de la salud, así como la supervisión de las actividades delegadas.

El cuidar de un adulto mayor implica el ejercicio de actividades cotidianas y de satisfacción de necesidades básicas que implicaba mayor tiempo, pero que en la realización de los mismos no se ponía en riesgo la salud, llevándolas a ser delegadas pero a la vez supervisadas por la enfermera.

La demanda de los procedimientos de alta envergadura que se realizaban exigía de la presencia de la profesional de enfermería quien adquirió experticia en los procedimientos realizados en el día día, siendo en su mayoría respaldados por las capacitaciones que tenían en el exterior como México, Cuba convenios que mantenía la institución para responder a las políticas implantadas como: calidad, eficiencia y a la vez estar acorde con el fenómeno de globalización que se vivía por aquellas épocas y que le permitió a la enfermera conocer y saber la situación de la enfermería fuera del país.

El cuidado al adulto mayor se hacía sentir que estaba delegado a otro miembro del equipo de salud, como el auxiliar de enfermería; debido a que las actividades de cuidado eran básicas y de rutina y no se ponía en riesgo la vida del paciente, esto le permitía a la enfermera tener más tiempo para desarrollar actividades de mayor responsabilidad llevándola a desempeñar una relativa autonomía en el hospital y a la vez se fue fragmentando la función y actividades a realizar.

La práctica hospitalaria centrada en el cuidado al adulto mayor guardaba mucho de la filosofía del modelo de Florence, debido a que las prácticas de salud ejercidas por las enfermeras se orientaban a la obediencia de las órdenes médicas, acompañadas de fidelidad y disciplina.

Las políticas neoliberales impuestas por el capitalismo se caracterizaron por implantar políticas favorecedoras a los grandes intereses del Fondo Monetario Internacional, en cuanto a salud, ello empujó a una serie de reformas que estaban dirigidas a la eficiencia, calidad y equidad en los servicios de la atención médica y aumentar la satisfacción del usuario, salud y cambios económicos, el resultado alcanzado fue la estabilidad y el crecimiento económico, pero sin resolver problemas de pobreza, desigualdad sobre todo en salud El porcentaje de personas con seguro de salud disminuyó

de 37.7% en 1994 a 23.5% en 1997. La población con seguro privado, además de Es Salud es la que sufrió mayor disminución entre 1994 y 1997: a más de la mitad. Es Salud disminuyó en algo más de un tercio los que solo tenían seguro privado disminuyeron en casi un tercio en respuesta a ello se aplica la política con la “Ley de Modernización de la Seguridad Social”<sup>21</sup> que trajo consigo una serie de cambios como; el aumento de la población asegurada debido a los diferentes paquetes de aseguramiento, nuevas políticas de atención “atención de calidad” “Atención eficaz, eficiente y efectiva” sumado a los principios de equidad, solidaridad y fácil acceso a los servicios de salud esto lleva a la institución a ocupar uno de los grandes umbrales en atención de salud socialmente era vista por los lambayecanos como uno de los mejores hospitales que tenía el país.

La práctica del cuidado de la enfermería hospitalaria había sufrido cambios y estos se relacionaban con las transformaciones que ha vivido la institución desde el brindar unos cuidados básicos hasta la participación en procedimientos de alta envergadura en donde la enfermera siente la necesidad de capacitarse y prepararse pues las políticas de atención así lo exigía para brindar una atención de calidad el que sea eficiente y eficaz haciendo los estudios complementarios de nivel universitario, y las capacitaciones fuera del país, todo ello lleva a la enfermera a mantener socialmente un estatus siendo reconocida por la población eso significaba que la institución era una de las grandes escuelas de la enfermera en donde empodera cada vez más su cuidado, esto se daba en las enfermeras que trabajaban en los servicios de especialidad, de ello dependía el éxito de las cirugías que no se complicaran, las estancias hospitalarias cortas, menos consumo de material médico y quirúrgico ella representaba la imagen de la institución.

La población adulta mayor se hizo presente desde un reporte epidemiológico y en una estructura del cuidado pero en la práctica de enfermería hospitalaria era el mismo modelo de cuidado para todos, el desconocimiento de un cuidado especializado llevaba a posibles complicaciones en la atención a los mismos, pues no se cuidaba su salud sino la enfermedad ello generó situaciones de desconformidad en la atención del asegurado repercutiendo en las quejas situación que no debía darse debido a que la institución gozaba de una buena imagen social.

---

<sup>21</sup> “Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud” Ley N°26790.

Los escenarios donde la enfermera impartía su cuidado al adulto mayor, guardaba mucha relación con las actividades que realizaba en inicio, una mano de obra donde la enfermera realizaba actividades manuales y cotidianas de poca complejidad asociándola con tareas prácticas que no requerían mayor compromiso del conocimiento que se impartía en las universidades; para posteriormente asumir responsabilidades y compromisos de los mismos en las actividades más complejas con el respaldo del conocimiento que la llevo a cierta autonomía en la práctica hospitalaria y delegando actividades

Es importante señalar que la evolución de la enfermería en cuanto a su cuidado guardo mucha relación con la organización del hospital, que fue transformada por el proceso de medicalización<sup>22</sup> este crecimiento de la institución lleva a la enfermera a ver que su objeto de trabajo implicaba y exigía algo más que tareas y actividades cotidianas, era la responsabilidad en la organización de su trabajo, no solamente era ver la patología era cuidar en todo su contexto biológico, psicológico y social de la mano con el método científico llevándola a cierta autonomía profesional en el campo hospitalario y en la otra forma fragmentar su cuidado.

En este sentido el objeto de estudio será construido a partir de las explicaciones obtenidas discursivamente por los actores sociales de la década y las fuentes escritas que refrendan las memorias, permitiendo abstraer cómo las prácticas de enfermería al adulto mayor se reconfiguraron a partir de la creación del servicio de geriatría.

## **1.2. OBJETIVOS**

- Describir las circunstancias que determinaron la creación de un servicio para el cuidado del adulto mayor.

- Analizar cómo se produjo la organización el servicio de geriatría y como las prácticas de enfermería se (re)configuran para el cuidado del adulto mayor.

Trabajar los objetivos ameritó un análisis de tipo comparativo, minucioso y reflexivo, permitiendo describir las circunstancias que llevan a la creación del servicio de geriatría, y como las prácticas de enfermería se reconfiguran a partir de la creación de este; explorando los discursos, material fotográfico y documental.

---

<sup>22</sup> Este termino acuñado por Foucault, hace referencia a un proceso que se caracteriza por la función política de la medicina y por la extensión indefinida y sin limites de la intervencion del saber médico(Castro,2004p.242)

Los resultados apuntan a recordar nuevas actuaciones en el ámbito hospitalario intentando entender en que momento dejaron de aplicarse.

Esta temática invita a las enfermeras y futuras enfermeras, que en la cotidianidad de su practica la aplicación de sus saberes que cada vez entran en la transformación de la especialización es el dar y poder entender como persona.

Para llegar a comprender mejor el objeto de estudio y relacionarlo antes y después de la creación del servicio de geriatría, dentro de un hospital que gozaba de alta tecnología de punta, emergieron hipótesis: Complejidad y demanda creciente del cuidado Al adulto mayor, antes y después de la creación del servicio de geriatría.

## **CAPÍTULO II**

### **EL CAMINO DEL ESTUDIO HISTÓRICO SOCIAL**

#### **2.1. LAS BASES TEÓRICAS**

El estudio de la historia, lleva a pensar a cerca de la importancia que tiene para el investigador las bases teoricas y tambien las metodologicas. al explicarla esta se reconoce que “no es posible ser historiador sin tomar en cuenta el conocimiento historico como problema” (11)

Toda investigación histórica, se articula , en una esfera de la producción socioeconómica, política y cultural. Por lo tanto, significa también que se precisa una epistemología que se adecue al lugar de la historia en la sociedad, “quien” es finalmente su objeto de estudio.”

La historia no puede ser causa ni consecuencia en relación al objeto de estudio, debido a que este se desarrolla en un espacio social que necesita ser comprendido, entendido e interpretado y para ello es necesario la investigación científica, pues antes de saber lo que la historia dice de una sociedad, es importante analizar cómo funciona en ella ya que esta se articula en un espacio social, económico, político y cultural, esto enfatiza a que la historia es “individual,singular, unica, irrepetible. Acontece en un momento y lugar detrminado del pasado.(12).

Cuando se habla de historia podemos referirnos a un relato de un hecho, o fenómeno suscitado en el pasado, en la que surgen muchas interrogantes sobre el inicio de este hecho o fenómeno, es importante marcar un punto de partida para poder entender mejor, por lo que en el inicio de la investigacion se señala el punto de demarcacion, que lo llevara a la busqueda de explicaciones que lleva a pensar y demostrar que los fenómenos no se comportan solos necesitan de otras ciencias para poder comprender la historia misma, esto permite mantener un dialogo entre los hombres vivos del presente con los hombres del pasado.

Un estudio de carácter histórico y social hace que el historiador comprenda el sentido del contexto histórico, en su estructura propiamente social, política y cultural. Conocimiento que se adquiere de una distancia de tiempo entre el sujeto y objeto, los que son transportados en documentos, testimonios, vestigios. El historiador de esa manera conoce el pasado pero no puede “probar su objeto, reproducirlo y repetirlo”(10)

Estudios como el de Abrao Fatima en el año 2007 titulado: “Inicio de la enfermería profesional en la ciudad de Recife-Pernambuco”. Este estudio tuvo como objeto la pre-institucionalización de la enfermería profesional en la ciudad de Recife, Pernambuco en un campo organizacional, cuyos antecedentes remontan a las prácticas oriundas, las formas de organización hospitalaria y las formas de organización escolar, expresadas en los discursos de los agentes, tanto en el campo de la salud como de la educación, trata de un estudio histórico-social, cuyo corte temporal comprende el periodo de 1922 a 1938, siendo un marco de inicio la piedra fundamental del hospital Centenario, ambiente institucional de estudio, el campo emergente se nota un predominio en un modelo médico-sanitario, con énfasis en la educación sanitaria, la formación en el campo organizacional de la enfermería destaca dos agentes en el campo de la salud y educación siendo visible en las diversas escuelas sobresaliendo cursos para visitadoras de salud pública llevando la delantera las disputas existentes en el campo de la salud pública y hospital y menos importante las relaciones de fuerza. (13)

La historia social en el sentido de historia de las sociedades y en este caso el término alude a una concepción específica de la historia general, a una forma concreta de contemplar la historia general que además de abordar los fenómenos sociales estudiados para la historia social en la primera de las acepciones descritas presta especial atención a estructuras y procesos de alcance más general. En esta segunda acepción la historia social debe distinguirse de otros enfoques dados a la historia general, normalmente en torno al poder político, las interpretaciones culturales o las acciones de individuos destacados, muchos historiadores como José D'Assuncao Barros nos dice “toda historia se describe de algún modo en la historia social” pero el objeto de la historia es la práctica social.

Toda práctica social: se desarrolla en un contexto social que implica políticas que son parte de la estructura de la sociedad y que determina o influye para poder comprender e identificarla; esta práctica necesita distinguir los factores determinantes: histórico, sociales de su contexto político en el trabajo de la enfermera.

Esto responde a que la enfermería tiene una perspectiva histórica y social, que en el proceso de su evolución sufre transformaciones en el ejercicio de su práctica; el comprender sus dimensiones en cuanto a su profesión como práctica social a lo largo del proceso histórico social. Es saber que la vida social se presenta en su dinámica en procesos de interacciones o de interrelaciones es, en ese sentido, los agentes atribuyen valores a la enfermera en sus prácticas en un determinado espacio social.

El comprender como el objeto de este estudio se reconfigura a partir de la creación del servicio de geriatría es necesario dar una mirada a lo histórico. El hablar de la historia de enfermería es pues hablar de la historia de la humanidad, de la profesión médica y el proceso de salud-enfermedad, Torra Bou (1995) "...que la enfermería es una disciplina que va constuyendo su cuerpo de conocimientos propios sobre la base de la interpretación de la realidad que lo rodea" esto responde a que, " la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" esto implica la intervención de la enfermera brindando un cuidado individualizado en la complejidad de la persona que cuidamos satisfaciendo sus necesidades biológicas, psicológicas espirituales las que son muchas veces invisibles pero que demandan mayor tiempo; cuidar con conocimiento que permita a la enfermera tener juicio crítico en la toma de decisiones, tener juicio crítico y muchas veces sociales en donde integra sus habilidades y reafirme sus saberes.

La práctica de enfermería en este contexto sugiere la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace a la persona (técnicas) o para ella (dar un medicamento). Ello plantea la necesidad de nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud. Entonces el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual

No olvidemos que: Mucho antes de que la enfermería sea una ciencia, ella era un arte. Mucho de sus aspectos actuales tienen sus raíces en miles de años, durante los cuales las enfermeras se dedicaban a cuidar a los enfermos.

“El reconocimiento de la enfermería como un arte es bien antiguo .El arte es un conjunto de conocimientos prácticos que muestran como trabajar para conseguir ciertos resultados. No olvidemos que el primer saber de la enfermera son las técnicas y como estas han transformado en objeto de trabajo, el saber no está separado de la práctica, pero la relación que de ambos da cuenta del trabajo de la enfermera podríamos decir que las técnicas fueron los primeros instrumentos que uso la enfermera para brindar su cuidado, realizando sus procedimientos paso a paso como: el cambio de sondas, administración de medicamentos, etc. lo que simbolizo gran parte del trabajo.

La desintegración del antiguo imperio romano estaba marcada por dos acontecimientos, la escisión que da origen al imperio Bizantino en su zona oriental y las invasiones de las tribus germanas que estaban presionando su frontera occidental, esta época conocida como “época oscura” donde la fuerza física es imprescindible para la guerra, la vida del anciano no valía nada pues no podía luchar, las mismas condiciones de vida hacia que no fueran numerosos. Lo contrario ocurría con los monjes y obispos pues estaban protegidos y a salvo de las guerras, asesinato, gozaban de buena alimentación muchos monjes y obispos pudieron alcanzar una edad muy avanzada, debido a que la iglesia se consolido como una institución poderosa tras la caída del imperio de occidente, haciendo que aumente su poder y su riqueza era la clase alta de esa época.

El cristianismo una etapa donde no había especial interés por los viejos; tanto para los escritores cristianos que solo les interesaba la fealdad de los viejos porque les proporcionaba una buena imagen del pecado y en el mundo como para el arte quien consideraba la barba y los cabellos largos con atributos del viejo para esculpir sus estatuas; bajo este contexto los viejos pasan a depender de la voluntad de la familia donde las practicas varían según las circunstancias y las necesidades sobre todo del alma, otros integraban el nutrido grupo de indigentes. Época marcada por la religiosidad que se vivía y se pensaba en la salvación eterna, una minoría de ancianos ricos lo buscaron en los

monasterios esto se extendió en los siglos posteriores donde proliferaran los grandes monasterios que alojaban los ancianos quienes eran cuidados por religiosas, un cuidado independiente de la orden médica, con un alto contenido religioso. “La monja y el monje en los primeros siglos de la edad media se convirtieron en los primeros enfermeros de la sociedad occidental”.

La gran mayoría representada por los pobres no tenían la posibilidad de retiro voluntario ellos trabajan hasta que sus fuerzas lo permitieran, unos abandonados esto justifica la fundación de varios tipos de establecimiento que se dedicaban a su cuidado como los hospicios que acogía al desvalido, enfermo o moribundo.

Las practicas del cuidado al viejo estaban ligadas en cierta forma al estatus social del que dependía el anciano, el lugar que lo acogía así como de quien cuidaba de ellos, y con el sentido de ganar indulgencias y estar más cerca de Dios.

En el siglo XI disminuyen las guerras, se produce un aumento demográfico, resurge el comercio y aparece una nueva clase social la llamada burguesía donde el anciano logra un estatus social debido a la acumulación de riquezas así como poderes de decisión debido a que ocupa grandes cargos civiles y público, las grandes epidemias que se presentaron en la que parecieron niños y jóvenes altero la demografía favoreciendo a los viejos aumentando bruscamente, es en este contexto socio-económico-cultural que la atención al anciano mejora, creándose la casa de retiro para viejos.(17)

La aparición del cristianismo marca un antes y un después en la atención de los enfermos, era una forma de expresar su amor a Dios, a través del cuidado y amor a los pobres y enfermos, esto influyo en la forma de cuidar al enfermo era una persona elegida por Dios para que con su sufrimiento pueda hacer méritos para la otra vida y las personas puedan hacer méritos cuidándolos, de esa forma se ejercía la caridad, esto era más sentido cuando se trataban de cuidar a los viejos desvalidos considerándolos las personas más desprotegidas y cercanas a la muerte; el amor al prójimo, la ayuda a los demás, el interés por el otro, la bondad y el servicio al prójimo sin esperar recompensas eran vistas como una obra misericordiosa que marco un cambio en el desarrollo de la enfermería.

El cuidar a un viejo desvalido, muchas veces moribundo representaba estar más cerca a Dios y practicar sus enseñanzas a través del cuidado, un cuidado que no representaba cuidar la enfermedad sino cuidar el alma; este sentido religioso y caritativo al desvalido se vivía en el Perú en la etapa colonizadora en donde el abuso y la explotación degrada al indio y a todo aquel que no era mano de obra productiva, siendo muchos de ellos atacados por enfermedades infectocontagiosas como tuberculosis que los mataba y eran reemplazados por gente joven .

A partir del siglo XIII aparecen los hospicios de sacerdotes ancianos debido a que muchos de ellos se vieron obligados a retirarse de sus funciones a causa de su decrepitud, pues el clero eclesiástico no permitiría que fueran reducidas a la mendicidad. Lo mismo ocurría con instituciones religiosas que atendían a indigentes en su mayoría viejos, esto fue en aumento.

Con la edad moderna la atención que se brindaba en las clases privilegiadas la proporcionaba la propia familia; entre los campesinos y artesanos fue fundamental el sistema de mantenimiento familiar. La iglesia socorría a necesitados en los asilos y hospitales y el clero lo hacía en los monasterios.

Desde finales del siglo VIII a mediados del siglo XIX en Europa se produjo una profunda transformación social, la población inicia y mantiene un ritmo de crecimiento regular y continuado a esa transformación demográfica van unido cambios socio-político-económico, donde el viejo jugo un papel importante revalorizándolo; la asistencia pública fue reformada de esta forma se atenuó la miseria y abandono de algunos ancianos.

En la edad contemporánea caracterizada por la revolución industrial que acarreo tres fenómenos de gran relevancia que trasformaron la sociedad europea, la revolución industrial, la aparición de la clase social nueva el proletariado o feudalismo y el surgimiento urbano fueron nefastas para los viejos por no soportar el ritmo de trabajo muriendo prematuramente o reducidos a la miseria esto se acrecienta frente a los avances científicos con los grandes descubrimientos y tecnológicos junto con el progresivo desarrollo de las sociedades que provoco un creciente desprestigio a la vejez; pero el aumento del número de ancianos y su esperanza de vida, a posterior hace de ello alcanzar

una mayor representatividad social, convirtiéndolo en un problema social que tiene trascendencia a nivel político.

La Introducción del capitalismo en Inglaterra y las primeras décadas del siglo XX en Estados Unidos, la enfermería sufrió transformación en el mismo proceso de su trabajo y en su práctica del cuidado hospitalario no exclusivamente del adulto mayor pero que es necesario mencionarla debido a que el adulto mayor en esa época estuvo relegado por no considerarse una persona útil y productiva socialmente; muchos en condiciones de abandono, padecían enfermedades crónicas, vivían de la caridad de la gente. La corriente religiosa que marcaba un espacio social muy importante en el desarrollo de las sociedades donde los pensamiento religiosos eran: “cuidar del desvalido para salvar tu vida” establecieron un modelo de cuidado con un sentido religioso; un “cuidado humanizado”. Modelo que tenía que adaptarse a las continuas transformaciones en el proceso de trabajo nos lleva a entender la representación de este significado social del cuidado humanizado, sobre las técnicas en el trabajo de la enfermería, que trajo cambios en su quehacer diario como: la jornada laboral, el incremento del empleo femenino, el responder a la mejora tecnológica de los instrumentos llevo el trabajo de la enfermera en la búsqueda de lo científico de su conocimientos, así como el uso de los equipos de última generación que trajo la división del trabajo de la enfermera y que marcó el inicio de la profesionalización que fue el inicio de las escuelas bajo el modelo francés e inglés con el paradigma nightingeliano las que posteriormente fueron reconocidas por nivel universitario. .

Al instalarse el capitalismo era necesario una nueva fuerza de trabajo. El saber medico asume la jerarquía de los hospitales que se reorganizan y el ejercicio de la práctica de cuidado va recuperando el cuerpo de conocimiento que había sido expropiado por muchas religiosas que se dedicaban como ayudantes de sanadores enfermos, llevándolo a institucionalizarlo.

Los conceptos de Florencia Nightingale, en 1859 menciona e sus escritos “Yo uso la palabra enfermera por falta de una mejor”. Ella ha sido limitada para significar más que una administración de medicamentos, aplicación de cataplasmas: “ Significa el propio uso de aire fresco luz, calor, limpieza, silencio es la propia selección de administración

de dieta” otro de los conceptos que nos indican el abandono y la finalidad religiosa que se tenía para pasar al control del medio ambiente “Es preciso individualizar y distribuir a los pacientes en un espacio donde puedan ser vigilados y donde sea registrado el acontecimientos, al mismo tiempo el aire que respira, la temperatura que tiene, el agua que beben, el régimen, de modo que el ambiente hospitalario, que la disciplinas sean un instrumento de modificación como función terapéutica”(20)

## **2.2. BASES METODOLÓGICAS**

### **2.2.1. Procedimientos y fuentes de la investigación**

Para comprender el camino de la investigación es necesario destacar la importancia de las fuentes, existiendo dos tipo de fuentes que favorecen los datos necesarios para la investigación a) fuentes primarias, como documentos, manuscritos de archivo, fuentes impresas, las cuales son escritas en el propio periodo de investigación, siendo publicados mucho después b)fuentes secundarias tomadas de documentos bibliográficos como libros, artículos sobre el tema en estudio o de asuntos que de alguna manera estén relacionados a ellos, el dialogo de las fuentes como la teoría son fundamentales en el desarrollo de la investigación histórica; se consultaron documentos como el, Proyecto de creación del servicio de Geriatra, el que argumentaba a través de las estadísticas la demanda de atención del adulto mayor y el cambio del perfil epidemiológico lo que genera largas estancias hospitalarias que se encontraba en el archivo del mencionado servicio<sup>23</sup>, primeras estadísticas del servicio de geriatría que formaron parte del archivo personal de la primera jefa del servicio, cuadernos de registros donde se registran ingresos, egresos y fallecimientos, registros de Ulceras por Presión, formatos de educación individualizada, formatos de asistencia del familiar acompañante y de la educación personalizada que recibían en cuanto a cuidados básicos del adulto mayor durante la estancia hospitalaria, estadísticas de atención, perfiles epidemiológicos, análisis de las estadísticas realizados por el jefe del servicio en donde evaluaba la efectividad del servicio, cuadernos de actas de las primeras reuniones que hicieron las enfermeras para organizarse en el servicio, planificando actividades que solucionen problemas usando los círculos de calidad, que se encontraron en los archivos del Hospital

---

<sup>23</sup> Archivo que cuenta el servicio de geriatría, ubicado en el mismo servicio en la oficina de enfermería.

“Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo”<sup>24</sup>; fotos de la inauguración del servicio de geriatría en donde participan las autoridades del nivel central, regional y local; y de los eventos científicos que se realizaron: Curso de: “ Geriatría y Gerontología”, “Formación de cuidadores” que forman parte del archivo del servicio; se logró obtener actas de creación del hospital, del archivo de imagen Institucional<sup>25</sup> asimismo, revistas editadas por la institución en la década de estudio obtenidos en la biblioteca del mismo<sup>26</sup>.

Las fuentes extraídas pertenecieron a documentos oficiales, actas, cartas, memorándum, recortes de periódicos, orden de día, resoluciones, directivas las que fueron seleccionadas como se les nombra anteriormente, considerando las fechas en forma ascendente, la selección se basó a la crítica externa e interna<sup>27</sup> y para atender los objetivos propuestos. “Realidad se coloca de forma fragmentada, ya sea por la selección hecha por el propio pasado es la subjetividad del investigador y su capacidad de incautación” (21)

En una aproximación a la historia original se considera las experiencias tomadas de los sujetos de la investigación que laboraron en la época del estudio, elaborándose una lista de seis enfermeras las que trabajaban en el H.N.A.A.A en el área de medicina general y geriatría, de las cuales dos se negaron a participar justificando que ellas no eran enfermeras de geriatría y si trabajaron en el servicio era porque no había personal, y no podrían ser buenas fuentes aportantes al trabajo de investigación, quedando cuatro Así como una lista de tres médicos que laboraban en el área de geriatría, los cuales aceptaron su participación, ambos laboraron en la época del estudio (1996-2000)

Cuatro enfermeras; las que describiremos a través de sus codificaciones: MC 66 años de edad, trabajando 42 años en la institución, AB 51 años, 10 años FA 50 años 36 años trabajando, GV mas de 60 años y más de 40 años trabajando para la institución,

---

<sup>24</sup> Archivos del Hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” ubicado en el ex Policlínico de Jose Leonardo Ortiz que pertenece al distrito de Jose Leonardo Ortiz.

<sup>25</sup> Imagen Institucional Ubicada en el segundo piso de la oficina de recursos humanos Hospital Antiguo.

<sup>26</sup> Biblioteca del hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” ubicada en la segunda planta del servicio de Hemodialisis- planta antigua.

<sup>27</sup> La crítica interna y externa corresponden a la veracidad del documento, al origen, a quien se destina o que significa para el estudio.

desarrollándose en la parte asistencial AB, en función administrativa y jefatura del servicio de geriatría FA, y jefatura del Departamento de enfermería MC; así también participaron tres médicos los que son descritos a través de sus códigos: CH con especialidad en Medicina Interna (internista) y Geriatría, se desarrolló como jefe del servicio; JS con especialidad en infectología, realizó función asistencial y EG con especialidad en geriatría y gerontología asumía encargatura de jefatura de servicio.

Se elaboró un cuadro de Excel que detalla el nombre y apellido, cargo de cada uno de los sujetos de investigación, cargo asumido en la época de estudio; la realización de la entrevista fue previa conversación con cada uno de ellos en donde se acordó la fecha, hora, Lugar de la entrevista. dos de los sujetos de investigación hubo inconvenientes no pudiendo efectuar la entrevista en las fechas señaladas debido al tiempo ocupado por el cargo que representaban como era el caso de CH, JS, la programación de la entrevista de EG se reprogramo en cuatro oportunidades debido a que la institución vivía un tiempo de huelga de médicos del sector salud. El formato de la entrevista fue diferente; para el que desarrolla la parte asistencial, jefatura, y diferentes entre los médicos y enfermeras. Las entrevistas se realizaron en determinados ambientes como: FA se realizó la entrevista en el servicio de geriatría en horas de la tarde, CH en horas de la mañana en la oficina de enfermería, no se realizó en la oficina medica por la falta de privacidad, MC en su actual entro de trabajo oficina de la escuela en la oficina de dirección de la escuela de enfermería Universidad Señor de Sipan durante la mañana, GV se realizó por la mañana en su residencia, AB se realizó durante la tarde en su residencia, JS durante la mañana en la oficina de la jefatura del Departamento de Medicina primer piso al lado de emergencia del Hospital Nacional “ Almanzor Aguinaga Asenjo” para las entrevistas se hizo uso de una grabadora previamente se les habla del consentimiento informado a lo cual ellos acceden a la entrevista.

Al realizar las entrevistas al profesional médico se reflejó la alegría vivida en el inicio de las gestiones desde el proyecto hasta la creación del servicio, para luego hacer un momento de reflexión en el que se autoevalúa llegando a la conclusión que tuvieron un momento de fama y luego se volvió a lo de antes alegando que aún no se logra concientizar del todo a las autoridades del hospital, las que se encuentran en los cargos

por imposición política, desconociendo una realidad latente, pues la tristeza que desapareció el PADOMI<sup>28</sup> especializado, hospital de día, recursos humanos y materiales. Pero que nuevamente se está retomando realizando macro proyectos.

En las entrevistas de enfermeras, su preocupación es del como hoy en día se forma a la futura profesional de enfermería, con mucha carencia humana, que las autoridades no valoren el trabajo de ellas pues la falta de recurso humano lleva a la recarga del trabajo laboral la que las lleva a trabajar según la demanda presente. El uso de las entrevistas semiestructuradas, que son uno de los procedimientos más frecuentes utilizados en los estudios de carácter cualitativo, ha permitido obtener información relevante para el tipo de investigación; pues el hecho de hacer preguntas abiertas da la oportunidad al entrevistado de interrelacionar respuestas y entrelazar unas con otra, esto ha desarrollado en el entrevistador esa capacidad de escucha y de relación, así como de identificar ciertos vacíos de las respuestas para que posteriormente sea repreguntada a través de una siguiente entrevista ahondando el tema a lo profundo que en ciertos momentos se sintió un continua narrar de ciertas situaciones que se dieron en ese tiempo, debido al momento y espacio que se determinó para la entrevista y en el momento que el entrevistador dispuso de ello, permitiéndole exponer sus opiniones y sus ideas de forma libre.

Se presentaron tres formatos de entrevistas 1) enfermera asistencial, 2) enfermeras organizadoras o jefas y 3) profesionales médicos, los tres formatos contaban con datos generales, los cuales se les mencionaban, así como el respeto de su decisión de respuesta al optar por el anonimato<sup>29</sup>.

Cada entrevista fue redactada sin alterar el lenguaje usado y se le codificó, posteriormente se identifica la idea o discurso emitido por el entrevistado, manteniendo su codificación. Esto acontece a lo mencionado por las investigaciones históricas que según Dihel inicia con el primer paso de la operación metodológica que es la heurística, procedimiento que consiste en coleccionar, juntar de forma sistemática, clasificar las fuentes relevantes, además de su potencial informativo que estará relacionado con los cuestionamientos históricos como es el establecimiento de las hipótesis sobre el pasado aun existente, siendo sometida a criterios de control y caracterización empírica.

---

<sup>28</sup> Programa de Atención domicilio.

<sup>29</sup> Anexo N°01

El segundo paso operativo metodológico de la investigación es la: crítica donde son examinados los datos históricos sobre la verdad de la acción humana en pasado, las experiencias en pasado, vertidas en los discursos que dialogan con las fuentes documentales examen que se orienta por criterios de plausibilidad de potencial informativo de estas, en las investigaciones históricas, el dialogo de las fuentes con la teoría son fundamentales cuando mayor número de información se tenga de las fuentes va a permitir delimitar mejor los campos y contemplar la construcción de las relaciones sociales para poder comprender el aquí y el ahora.

Finalmente el tercer paso metodológico de la investigación es la interpretación, serán analizadas las informaciones levantadas sobre las experiencias del pasado a través de la crítica de fuentes. Las experiencias son las representaciones sobre las perspectivas temporales de esa acción que son evidencias por los cuestionamientos históricos, los pasos examinados precisan ser explicados teniendo en consideración su perspectiva teórica, sus condiciones y sus consecuencias. Este es un punto fundamental, pues ahí reside la capacidad de hacerlos comprensibles. Por lo tanto, no es necesario seguir los pasos operativos de las investigaciones, pero explicar cuál es el origen teórico (22)

### **2.2.2. Procedimientos éticos**

Durante el desarrollo de la investigación desde el inicio hasta el final la autora ha guiado su investigación considerando tres de los cuatro principios de la bioética personalista propuestos por Elio Sgreccia. “La intervención del hombre sobre la vida humana en el terreno biomédico”

Siendo el primer principio el que se refiere al valor fundamental de la vida humana y respeto a su dignidad en el que se considera a la persona como un todo; el cuerpo no puede ser considerado como un instrumento de la persona, porque es parte de su propia esencia, esto implica el reconocimiento del valor personal de la vida corporal y la exigencia del respeto a esa vida, lo cual implica que no puede usarse como un medio sino como un fin, esto llevó a proteger la privacidad de los participantes que aportaron con sus experiencias, vivencias enriquecedoras a esta investigación, la información que se recolecto en grabadora se trató con veracidad y responsabilidad de la misma manera en que se escuchó y se respetó sus opiniones sin cuestionamientos.

El segundo principio bioético se refiere a la libertad y responsabilidad el que implica ejercer conscientemente su libertad lo que le permite elegir responsablemente hacia sí mismo y hacia los demás se puso en práctica respetando sus opiniones vertidas en la entrevista, no se condicionó ningunas respuestas, los audios fueron transcritos con total veracidad tal cual había sido expresado, respetándose el consentimiento informado así como el respeto del querer o no responder a algunas preguntas planteadas a ello se le agregó la explicación sobre el tratamiento de la información y en todo momento se les informa de la absoluta reserva y confiabilidad de la información.

La hoja de consentimiento anexada en este trabajo, fue entregado a cada participante, previa entrevista, donde se le explica el tenor del documento el que posteriormente se reclama, dando tiempo para que lo puedan leer, posteriormente es firmado por cada participante; siendo una de las condiciones el uso de sus iniciales de los nombres y apellidos.

El cuarto principio de socialidad y subsidiaridad, siendo el primero el que tiene su fin en la consecución del bien común a través de las consideraciones de los bienes individuales; las contribuciones que deja las investigaciones mejoran las condiciones de vida de las personas al prever y detectar problemas que a posteriori afecten la salud, el bienestar personal; agregando a ello el principio de subsidiaridad que marca el respeto reciproco interpersonal; donde la persona es la fuente y el fin de la sociedad y a la que se tiene presente al término de esta investigación, se llega a consideraciones finales las cuales pueden ser tomadas para: generar nuevas investigaciones, mejorarla salud y el bienestar personal en una sociedad cambiante, así como el impacto social que genere.(23)

Es importante mencionar que las investigaciones históricas obedecen a criterios y normas del consejo nacional de archivo que se crea recién en el año 2005; aunque los documentos que son una fuente escrita de las que más se nutre la historia utilizados para esta investigación fueron obtenidos del archivo central de la institución de la institución (ex policlínico de José Leonardo Ortiz) creado en forma improvisada, debido a que no cuenta con un estructura para que funcione como tal; el material se encontraba en cajas apoyadas sobre el suelo, careciendo de archivadores y estantes, pero se encontró la documentación ordenada por años y áreas de trabajo conservadas en cajas, codificadas y bajo la responsabilidad de un personal técnico administrativo con conocimiento de

algunas normas de conservación como el uso de mascarillas para protegerse, padrones de registro y ubicación de algunos documentos, y frases como: “los documentos solo permanecen cinco años en el archivo y luego se le da de baja”.

La biblioteca de la institución contaba con material de archivo a la que se le solicita verbalmente y con el compromiso de entrega de una copia del informe de la investigación, en agradecimiento al material bibliográfico: documentos, revistas proporcionadas para el desarrollo de la misma; material que fue escaneado.

El material fotográfico fue solicitado en forma verbal a la jefatura médica y de enfermería del servicio de geriatría otorgándole el permiso y uso del material que fue escaneado y devuelto posteriormente.

Se solicitó a la institución el permiso y autorización para la realización de la investigación presentado la resolución de aprobación del proyecto otorgado por la Escuela de Posgrado de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo<sup>30</sup>.

### **2.2.3. Análisis de los datos**

En el anhelo del desarrollar este trabajo histórico social, en el que se quiere comprender y entender cómo es que se crea el servicio de geriatría y como las practicas del cuidado enfermero se reconfiguran a partir de ello, en un corte temporal que comprende desde 1996 al 2000 fechas que marcan momentos importantes en la práctica del quehacer profesional y de la institución, siendo la clave para la correcta comprensión de nuestro objetivo de investigación.

El recorte temporal que comprende los años 1996 al 2000, se establece un recorte temporal previo remitiéndose a los años 1991 a 1995 periodo que se contemplan cambios institucionales en la estructura y organización, así como la profesionalización de la enfermera va ganando estructura en las practicas del cuidado enfermero asumiendo nuevos roles y responsabilidades. Estos recortes temporales son necesarios para poder entender a posteriori.

La preocupación de hacer un trabajo histórico social lleva a la investigadora a la búsqueda y recolección de todo dato, documentos, material fotográfico realizados en el corte temporal del estudio, de forma cuidadosa y detallada, el que se ordenó en forma

---

<sup>30</sup> Anexo N°02

sistemática de acuerdo a fechas, haciendo uso del programa EXCEL, las entrevistas realizadas en grabadora fueron transcritas a papel, codificadas y sistematizadas seleccionando a través de comillas la idea principal del discurso, se consultaron libros de historia del Perú.

Para llegar a la comprensibilidad de los hechos estos son analizados e interpretados considerando como base los criterios metodológicos de Dihel ya mencionados, y poder entender y comprender su historia llevando a establecer un diálogo entre las fuentes dentro de un espacio social que necesita ser comprendido, entendido e interpretado.

Al procesar la información de las entrevistas orales se desprenden dos grandes categorías: Los determinantes de la creación del servicio de geriatría y la organización de este y las prácticas del cuidado enfermero al adulto mayor a partir de la creación del servicio de geriatría. Considerando en este, que existe una formación previa del cuidado, que demanda una sociedad en un escenario en el que el país emergía de la crisis económica y el gran compromiso de cumplir con las políticas Neoliberales de los países desarrollados en el fenómeno de globalización.

El buscar una respuesta de como las prácticas del cuidado al adulto mayor se reconfiguran a partir de la creación del servicio de geriatría, lleva a realizar un trabajo histórico-social en donde los discursos de los participantes, la fuente documental y la evidencia fotográfica establezcan un diálogo entre el pasado y el presente nos que permitirá saber cómo se dio la historia y el por qué.

En el anhelo de desarrollar este trabajo histórico social, los datos fueron analizados, considerando como base los criterios metodológicos establecidos en la reconfiguración de las prácticas de enfermería permitieron delimitar el trabajo y ver la relación en el constructo social delimitado por el periodo de estudio que demarca en los años 1996-2000.

Determinantes de la creación del servicio de geriatría, la organización del servicio de geriatría y las prácticas del cuidado al adulto mayor considerando en este que existe una formación previa del cuidado, entendiéndose por ello en cuanto a sus saberes de la enfermera y la formación que implicaba una formación de escuela que tuvo que adosarse a planes curriculares de la formación universitaria para tener un nivel profesional. Considerándose que en el corte del estudio de 1996 al 2000 la enfermería venía viviendo

cambios originados por la búsqueda de definir nuestra esencia del ser y del saber, definiendo y perfilando cada vez más nuestro cuidado en la medida de hacernos sentir respondiendo a los cambios que se daban en los ámbitos hospitalarios y en la cultura que la sociedad misma demandaba en un escenario en el que el país emergía de la crisis económica y el gran compromiso de cumplir con las políticas socio-financieras de los países desarrollados en el fenómeno de globalización.

El buscar una respuesta de como las practicas del cuidado al adulto mayor se reconfiguran a partir de la creación del servicio de geriatría, lleva a realizar un trabajo histórico-social en donde los discurso de los participantes, la fuente documental y la evidencia fotográfica nos permitirá saber cómo se dio la historia y por qué.

## CAPÍTULO III

### DETERMINANTES DE LA CREACIÓN DEL SERVICIO DE GERIATRÍA

#### 3.1. CONTEXTO HISTÓRICO –SOCIAL

*“La Profesión es una creación humana, frente a los hechos naturales en sí mismos. Y todo lo que es una creación humana, es una creación histórica, es decir, las creaciones del hombre surgen en la Historia, surgen en el tiempo y no se entienden bien cuándo, cómo y por qué han surgido si no es dentro de la Historia. Este es un fenómeno claramente humano. ¿Por qué la Enfermería es cómo es? Eso, o se analiza en su gestación o no se entiende. Y además un profesional ha de ser una persona que tenga conciencia de su rol, este es un rol histórico-social creado por los hombres, por las sociedades».<sup>31</sup>*

Este capítulo se desarrolla con la finalidad de enfocar una verdad histórica, donde las realidades presentes tienen respuesta en los hechos suscitados en el pasado.

El analizar el material discursivo, fotográfico y documental, sujeto a reglas que no pueden ser alteradas a voluntad del investigador, sino que se busca la comprensión del surgimiento de la práctica discursiva<sup>32</sup> en la realidad hospitalaria.

---

<sup>31</sup> García Guillen, D(1992). Desarrollo Aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico. Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería. “La Historia de la enfermería en el siglo XX de oficio a profesión, los momentos del cambio, seminario permanente en investigación en historia de la enfermería EUEF y P, y departamento de enfermería de la U.C. de Madrid.

<sup>32</sup> Para Foucault, las prácticas discursivas no eran sinónimo de operación expresiva por la cual un individuo formula una idea, un deseo, una imagen, ni con la competencia de un sujeto hablante cuando construye las frases gramaticales; es un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo en el espacio, que han definido, para una época dada y para una área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de función enunciativa. (Castro, 2004. Pág. 272)

El carácter construido y selectivo del problema a estudiar, de las fuentes con las que se enfrentaría, usando la historia comparada permitirá la construcción de sus objetos de interés, que no pre-existen a esa elección (9).

El relato de los hechos no intenta exponer una cronología de los hechos, sucesos o personajes, sino mostrar de ello el elemento crítico de la continuidad<sup>33</sup>

El hablar de la continuidad es hablar del A priori-histórico que para Foucault desempeña el papel esencial en el conjunto de los estratos empíricos históricos de una época determinada, esto a su vez permite, aun conjunto de nociones de positividad<sup>34</sup>, episteme<sup>35</sup> y archivo<sup>36</sup>.

Lo que se pretende es explicar los discursos de las enfermeras, más allá de la racionalidad, considerando las reglas, el comprender el sistema de relaciones en los diferentes momentos dentro de una estructura política y social, de una práctica de enfermería que va más allá del punto de demarcación para poder lograr la comprensión total de los hechos.

### **3.2. EL HOSPITAL “ALMANZOR AGUINAGA ASENJO”. UN PUNTO DE DEMARCACIÓN**

*“Los Hechos que sucedieron y están sucediendo, es decir, la historia es aquello que construimos y protagonizamos en nuestro ser cotidiano, en el desenvolvimiento de la vida humana; y La Ciencia histórica es el estudio de este desenvolvimiento”<sup>37</sup>*

---

<sup>33</sup> Continuidad, considera la historia como una sucesión uniforme y continua de series temporales y espaciales que arrastra a todos los seres y objetos de un mismo devenir y en una misma dirección (Castro,2007 p.31)

<sup>34</sup> Por positividad entiende Foucault al sustrato histórico-empírico de los discursos, designa al conjunto de condiciones materiales que hacen posible la existencia de los discursos en tanto prácticas específicas

<sup>35</sup> Episteme: conjunto de relaciones que pueden nacer en una época determinada las prácticas discursivas que originan ciertas figuras epistemológicas. La episteme no constituye un conocimiento ni una forma de racionalidad, ni se orienta a construir un sistema de postulados y axiomas, sino que se propone recorrer un campo limitado de relaciones, recurrencia, continuidades, discontinuidades.

<sup>36</sup> Archivo: sistema de enunciados que se agrupan de acuerdo a un régimen preciso de aparición y emergencia. Este no está referido a un acumulo de documentos, memorias, registros o datos; sino que, este posibilita la formación y transformación de los enunciados.

Foucault. Hacia una nueva epistemología del discurso. Noviembre 2012 citado en:

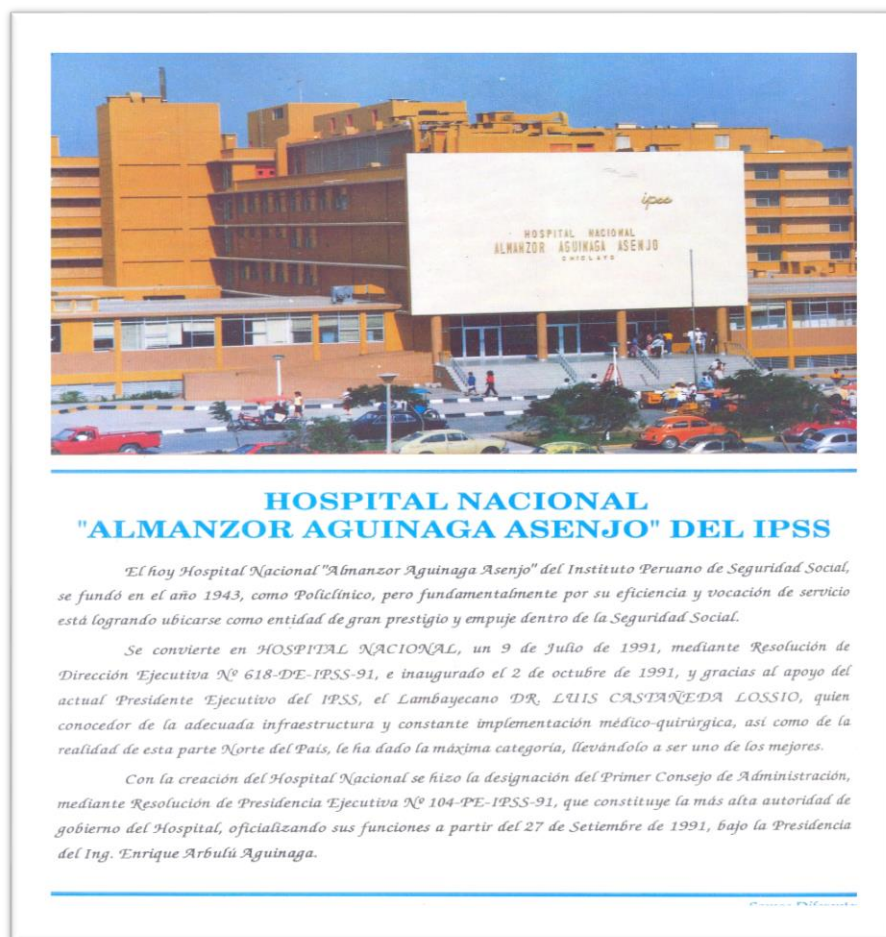
<http://lavidaesundownhill.blogspot.com/2011/11/foucault-hacia-una-nueva-epistemologia.htm>

<sup>37</sup> Carrillo Ana.Sosa A,Cona Miriam E Cuaderno de actividades. Fundamentos de Enfermería. República de Argentina 2003.

Para comprender los elementos participantes que condicionan las nuevas prácticas de la enfermería, nos ubicamos en el ambiente institucional del hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” siendo el punto de inicio la descripción de este escenario para comprender las practicas del cuidado de ayer con las practicas del cuidado de hoy al adulto mayor desde 1996 a 2000.

La imagen que a continuación se muestra es la de una estructura edificada sobre el modernismo, el hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo”

**Figura 1: Hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” año 1991**



FUENTE: Revista “Avanzando” Mayo 1996 Año 11. N° 01--Oficina de Relaciones Publicas. Archivo Biblioteca del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” 2do piso del Servicio de Hemodiálisis .Área Antigua.

Al encontrar y leer los escritos que datan de la nueva estructura del hospital por los años 1991, se entiende y se observa que estuvo estrechamente relacionada con los eventos y sucesos de la época, y el interés de autoridades que gobernaban en el momento, que quisieron que la institución se encontrara a nivel de las mejores instituciones de sud américa, no solo en estructura sino en prestación de servicios de alta tecnología, con personal asistencial altamente calificado.

El escenario que demarca este estudio histórico-social conduce a la institución a una dinámica social a lo largo del tiempo en que se concretiza el proceso del crecimiento tecnológico de la institución, encontrándose factores determinantes como los: Políticos, económicos, demográfico los que se mencionan cuando sea necesario en el desarrollo de este capítulo.

### **3.3. ANTECEDENTES Y DETERMINANTES DE LA CREACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL “ALMANZOR AGUINAGA ASENJO”**

El inicio de este estudio se desarrolla en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo<sup>38</sup> Nivel IV , institución que se le denomina así desde el 09 de Julio de 1991, pero

---

<sup>38</sup> En 1939 se inicia la construcción del Hospital ex-Obrero desde entonces ha habido cambios estructurales y funcionales propios de una institución moderna y de cambio. Hoy el denominado Hospital tiene la siguiente cronología:

02.01.1943 se inaugura como policlinico-

1952 se inicia la construcción del local ex –empleado, ex Hospital Regional N°2.

Director Medico Almanzor Aguinaga Asenjo.

Presidente de la República Manuel Prado Ugarteche.

1958 inicia funcionamiento como hospital obrero mediante la ley 8433.

Presidente de la República Manuel Prado Ugarteche.

06.11.1973 se crea el Seguro Social del Perú.

Fusión de servicios asistenciales Hospital Obrero y Empleado, Ley N° 20212

Presidente de la República General Juan Velasco Alvarado.

El 28.01.1974 se eleva a categoría de Hospital Regional, RS.051-74-TR.

Director Dr. Juan de Dios Ruiz Murgeltu.

Presidente de la República General Juan Velasco Alvarado.

03.11.1977 Se eleva a categoría de Hospital Central del Norte (RS.061-TR-77)

Presidente de la República General Francisco Morales Bermudez

10.03.1978 Se inaugura como Hospital Central del norte

Directo Dr. Guillermo Ayala Noriega.

Presidente de la República Arquitecto Fernando Belaunde Terry.

16.07.1982. Cambia de razón social a Hospital Central de la Región Norte –IPPS DL 23161

Director Dr. Juan Fon Torres.

Presidente de la República Arquitecto Fernando Belaunde Terry.

28.03.1989 Se denomina al hospital Central del Norte como Almanzo Aguinaga Asenjo (Acuerdo del

03.11.1989-IPSS)

que oficialmente se inauguró el 02 de Octubre 1991, un hospital diferente. La situación del hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” no ha sido idéntica se vivió un largo periodo de oscurantismo, caracterizado por la burocratización, traducida en la apatía, conformismo y falta de motivación, pero a partir del 02 de Octubre de 1991, esta realidad cambia introduciéndose cambios sustanciales en el recurso humano y sus funciones.

Es importante precisar que el hospital tiene una cronología, donde su punto de inicio es el hospital del empleado<sup>39</sup>, que brindaba atención a toda la clase obrera de Lambayeque; que por aquellos años gozaba de una población 964 ,000. Siendo su principal actividad productor de arroz que representaba el 30% de la cosecha nacional, a asimismo se cultivaba la caña de azúcar que representaba el 40% otorgándole el segundo puesto en la producción del país.

Según Cotler, entre 1950 y 1967 el porcentaje de asalariados-obreros y empleados, creció de 45 a 54% al interior de la fuerza de trabajo. Mientras esta creció 160%, la categoría de obreros se incrementó en 181%, la del empleado en 226% y la independiente en 134 %.( 24).

La población obrera era atendida por la seguridad social; recordemos que el Perú como colonia de España, estaba sujeta a la dación de las disposiciones que desde la Real Cedula Española emanaba. Es en la época de los Virreyes Antonio de Mendoza y Francisco de Toledo que se fundan “Cajas de Comunidad”, las mismas que se ocupaban de administrar sus propios ingresos, provenientes de fuentes agrícolas e industriales, para distribuirlos en obras relacionadas al mantenimiento de hospitales, auxilio de viudas, huérfanos y discapacitados.

---

Director Dr. Absalòn Estrella Barboza.

Presidente de la República Dr. Alan Garcia Pérez.

09.07.1991 Se eleva de categoría al Hospital Nacional IV (R.E. Nº 618-DE-IPSS 91).

Director Dr. Salomón Novoa Siches.

Presidente de la República ingeniero Alberto Fujimori Fujimori.

Se designa el primer Consejo de Administración del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asejo (R.P.E Nº104-PE-IPSS-91)

02.10.1991 Se inaugura oficialmente como Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo

Director Dr. Salomón Novoa Siches

Presidente de la República ingeniero Alberto Fujimori Fujimori.

Departamento de enfermería Manual de Inducción para el Personal de Enfermería de Reciente Ingreso. 2008.

<sup>39</sup> Ex Obrero año 1936.

La “Recopilación de Leyes de los Reinos de las Indias” se encuentra disposiciones como la fundación de hospitales y auspicios, la obligación de los patrones de proteger a sus trabajadores indios, su asistencia médica y farmacológica y la implantación de pequeños hospitales para la atención de los trabajadores agrícolas, extendiéndose al servicio doméstico.

Esta época histórica, en el Perú, se conoce la “Real Orden del 8 de febrero de 1803” que data de la baja de la época virreinal, posteriormente la época republicana sustituye a esta, y la “Ley General de Goces de Cesantía y Jubilación”.

En el gobierno del Presidente Oscar R Benavides<sup>40</sup>, en el año 1939, nombró una comisión integrada por el Dr. Guillermo Almenara y los abogados Edgardo Rebagliati y Juan José Calle para presentar un proyecto que sentará las bases de la Seguridad Social en el Perú. Así nació la Ley de la Caja Nacional del Seguro Social Obrero Ley 8433, instalándose el régimen de seguridad social como sistema organizado con la dación de la Ley 8433 promulgada el 12 de agosto de 1936, fecha que se celebra en el Perú el día de la “Seguridad Social” ,la que preveía la atención de los trabajadores obreros, con prestación médica, hospitalaria, farmacológica (medicinas), subsidio diario en dinero mientras dure la enfermedad o incapacidad para el trabajo, pensión de invalidez, pensión de vejez, etc.; norma que, en sistema previsional de pensiones se mejoró y amplió con la creación del "Fondo de Jubilación Obrera", mediante la Ley N° 13640, el cual mejoró particularmente en lo que atañe a la pensión de vejez; además se estableció pensión para los sobrevivientes en caso de fallecimiento del trabajador asegurado o pensionista. Había nacido ya el “Seguro Social del Perú”<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Desde 1981, el antiguo Hospital Obrero, inaugurado por el presidente Benavides en su segundo mandato se llama “Guillermo Almenara Irigoyen” quien fue hijo de Francisco Almenara Bluter, destacado médico, profesor de la Facultad de medicina de San Marcos y fundador de la cátedra de pediatría, obtuvo el grado de Dr en Ciencias Naturales, simultáneamente estudio medicina, obteniendo el título de médico Cirujano.

Blogs de Juan Luis Orrego Penagos. Historia del Perú, América Latina y el mundo. Siglos XIX y XX.

<http://blog.pucp.edu.pe/blog/juanluisorrego/2009/08/01/el-hospital-guillermo-almenara/>

<sup>41</sup> El 16 de Julio de 1980, en el gobierno de Francisco Morales Bermudez a fin de adecuar la organización del Seguro Social del Perú, y más aun por mandato de la nueva constitución Política del Estado de 1979, aprobado por la asamblea constituyente del Perú, se emite el D.L.N°23161, creando el “ Instituto de Seguridad Social” entidad autónoma y descentralizada, con personería jurídica de derecho público

Lima ocupaba siempre una posición de privilegio y primacía convirtiéndola en el centro de las actividades político-administrativas, las mismas que se han dirigido desde la capital, llevando a la concentración poblacional en el área metropolitana de Lima Callao proceso indesligable del fenómeno migratorio, entre 1961 -72 la migración creció en un 84%, entre 1972-93 lo fue en 65%<sup>42</sup>

Proceso que se agudizaba desde 1930, la situación de la salud pública era bastante deficiente. La clase trabajadora no encontraba hospitales, lo hacía en lugares semejantes a asilos sin tecnología médica, pero fue el General Oscar R. Benavidez, quien marca el inicio de la seguridad social, surgiendo la idea inmediata de construir un centro asistencial, siendo el primero el hospital obrero de Lima<sup>43</sup>.

Dentro de la cronología de la creación del hospital ex obrero, génesis del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; que por el año 1939 se crea para poder atender a una población que representaba la mano de obra productiva que por aquellos años a economía del país se sustentaba en la materia prima y la agricultura; los hospitales pertenecían a la beneficencia pública y tenían muchas limitaciones económicas ; realidad que no solamente se vivía en la provincia sino que era vista en la capital en este sentido la aparición de los hospitales del seguro obrero que fueron una novedad en infraestructura, procedimientos y tecnología médica<sup>44</sup>.

---

interno que asumía, las funciones, atribuciones, derechos, obligaciones, y patrimonio del Seguro Social del Peru, unificado por el D.L N°20212; el Art.2° del D.L que creaba el IPSS, establece que dicha institucion cuenta con sus propios fondos indistinto a los del estado; con aportaciones de carácter obligatorio de parte del estado, por los empleadores y por los asegurados.

<sup>42</sup> Instituto Nacional de Planificación 1988.

<sup>43</sup> Fue el 15 de Marzo de 1938. Dos años y nueve meses después, el 8 de diciembre de 1940 el flamante hospital Obrero de Lima se inaugura en medio de gran expectativa. Fue tal impacto de la inauguración que los diarios de la época invitaban al público a visitar las nuevas instalaciones, por fin el 10 de febrero de 1941 abrió sus puertas bajo el nombre Hospital Mixto y Policlinico de Lima, la misión de dar atención directa y exclusiva a la población obrera de Lima y Callao. Archivo Historico del comercio. Huellas digitales 28 de Junio 2015

<http://elcomercio.pe/blog/huellasdigitales/2013/02/el-hospital-de-los-trabajadore>

<sup>44</sup> El 8 de Diciembre de 1940, el flamante Hospital Obrero de Lima se inauguraba en medio de gran expectativa, el mandatario Manuel Prado, el sucesor de Oscar Benavides recibía a las delegaciones extranjeras invitadas. La chilena vino encabezada por su ministro de Salud DR. Salvador Allende , admirado, que el flamante hospital limeño superaba a los de su país. En agradecimiento le obsequio el cuadro de Daniel Alcidez Carrión, martir de nuestra medicina, e n 1981 fue bautizado como hospital Guillermo Almenara Yrigoyin, adquiriendose equipos medicos de Estados Unidos, e introdujo tecnicas avanzadas en procedimientos asistenciales y de administracion hospitalaria. Identificandose desde sus

Siendo una de sus políticas del Instituto Peruano de Seguridad Social, la descentralización y desconcentración de los servicios asistenciales y administrativos, con la finalidad de otorgar oportuno, completo e integral la prestaciones de salud a los asegurados y derecho habientes, se hace necesario crear un hospital de alta especialidad Nivel IV<sup>45</sup>, el que descentralizaría y descongestionaría los hospitales Nacionales de Lima, encontrándose como Presidente Ejecutivo del IPSS Luis Castañeda Lossio.

Cabe mencionar que la designación del nombre “Almanzor Aguinaga Asenjo” se realiza dos años antes de ser designado hospital de alta especialidad nivel IV<sup>46</sup>, fue en 1989 cuando se le designa el nombre<sup>47</sup> en merito a su “altruista vocación humanitaria y de servicio a la comunidad”, siendo el Dr. Jesús Sánchez Hoyas Gerente Departamental.

Llamado hecho providencial el ascenso del Dr. Luis Castañeda Lossio de gran estirpe chiclayana a la presidencia del Instituto Peruano de Seguridad Social, transforma el hospital local, otorgándole título de alta especialidad, imagen bien recibida por los Chiclayanos, de contar con un hospital que se encontraba a nivel de los hospitales de la capital encontrándose con estructura moderna y equipos de alta tecnología que lo llevaba a competir con los mejores de América Latina.(2)

---

inicios con las especialidades medicas y liderando los procesos de trasplante de organos. Archivo Historico del comercio . Huellas digitales  
<http://elcomercio.pe/blog/huellasdigitales/2013/02/el-hospital-de-los-trabajadore>

<sup>45</sup> Resolucion de Presidencia Ejecutiva N° 104-PE-IPSS-91.

<sup>46</sup> Resolucion de direccion ejecutiva N°618-DE-IPSS-91.  
Lima, Julio 09 de 1991.

<sup>47</sup> Proveido N° 1073-DHCRN-CH-89.

**Figura 2: Equipos e infraestructura moderno 1992**



FUENTE: Revista “Avanzando” Mayo 1996 Año 11. Nº 01--Oficina de Relaciones Publicas. Archivo Biblioteca del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” 2do piso del Servicio de Hemodiálisis .Área Antigua.

En la figura N°2 muestra que en el año 1992, la institución empieza a gozar del modernismo de los equipos<sup>48</sup> y la tecnología de punta<sup>49</sup> donde la enfermera se capacita para responder a este escenario tecnológico que le permitirá brindar una atención con calidad a todos los usuarios, en el marco de la filosofía de la institución “Hacia la excelencia competitiva”.

<sup>48</sup> Chiclayo cuenta con el mejor equipo del mundo para diagnóstico cardiovascular. El Integris SC es producto de la más avanzada tecnología diariamente salva vidas en todo el mundo, es el más completo sistema de diagnóstico y terapias de afecciones cardiovasculares del mundo.

<sup>49</sup> Tomógrafo axial computerizado, bomba de cobalto, cineangiógrafo, equipo endoscópico, monitor cardíaco con desfibrilador, equipo de lectura de pruebas de diagnóstico de VIH-SIDA, ecógrafo Doppler, mamógrafo, aspirador ultrasónico, microscopio moderno.

Oficina de Relaciones Públicas. Avanzando. IPSS

**Figura 3: Equipo de alta tecnología, procedimientos de alta especialidad, personal calificado**



FUENTE: Revista "Avanzando" Mayo 1996 Año 11. Nº 01--Oficina de Relaciones Públicas. Archivo Biblioteca del Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" 2do piso del Servicio de Hemodiálisis. Área Antigua.

#### Figura 4: Procedimiento de alta especialidad



FUENTE: Revista “Avanzando” Mayo 1996 Año 11. N<sup>o</sup> 01--Oficina de Relaciones Publicas. Archivo Biblioteca del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” 2do piso del Servicio de Hemodiálisis .Área Antigua.

Figuras N<sup>o</sup>3 y 4: Muestran las actividades que se realizaban desde las básicas como es el control de presión arterial hasta las más complejas como los procedimientos invasivos que se realizaban en la moderna unidad de cuidado intensivos y en la unidad de hemodinamia en la colocación del marcapaso fisiológico, la participación en intervenciones quirúrgicas de alta complejidad como cirugías cardíacas, trasplantes renales y de córnea.

El Hospital gozaba con prestigiosos médicos<sup>50</sup>, enfermeras que en su mayoría eran egresadas de la escuela del hospital Obrero, que posteriormente asumieron la Licenciatura con estudio en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, desarrollaban funciones de anestesiología, lideraban el cuidado en las grandes cirugías de trasplante, su desenvolvimiento y desarrollo profesional estuvo de acuerdo a la especialidad en donde desarrollaba la práctica de su quehacer diario, recibían capacitaciones continuas para operar el instrumental que adquiría la institución<sup>51</sup>.

En 1991 se atendieron 235,000 consultas externas se contaba con 500 camas y un porcentaje ocupacional del 60 por ciento. Se realizaron 3,804 intervenciones quirúrgicas y 459 operaciones oftalmológicas<sup>52</sup>. Indudablemente el hospital avanzaba aceleradamente, a los eficaces medios de diagnóstico a los diversificados y sofisticados sistemas de tratamiento que abarcaban todo el aspecto de la dolencia humana, procedimientos que no solo certifican la solvencia de los profesionales, sino la calidad de equipos con los que cuenta.

El campo político que se configura, muestra los mecanismos sociales que son usados por los agentes, que los determinantes políticos y sociales, se desarrollan en el tiempo, y se constituyen elementos fundamentales para establecer leyes y reglas. Bourdieu (1989, p.164) (25).

Cuando se describen los antecedentes de este estudio, en el marco de este contexto, situar el campo político amerita un espacio en donde la salud busca, tener un espacio social, reconocida por su crecimiento tecnológico, procedimientos de alta complejidad y por los profesionales destacados de esa época, llevándola a tener un estatus reconocido

---

<sup>50</sup> Nefrologos como: Medianero Carrillo Abelardo, Gonzales Duarte Carlos, Cerron Rivera Victor Arauco, Cardiólogo como: William Cornelio Fuster, Enrique Bustos Lahura, Urologos como: Jose Arias Delgado y Luis Cama Miranda

<sup>51</sup> Dado un importante espacio en la medicina en nuestro país, Chiclayo cuenta con el mejor equipo del mundo para diagnóstico cardiovascular. Philips felicita. El Integris SC es producto de la más avanzada tecnología, diariamente salva vidas en todo el mundo, el más completo sistema para diagnóstico y terapia de afecciones cardiovasculares del mundo. Philips es el líder mundial en equipo médico y profesional. Avanzando. Mayo 1996. Biblioteca del Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" 2do piso del servicio de Hemodialisis. Planta antigua N° clasif. WX.32 E11, 2000

<sup>52</sup> Somos diferentes "Un año de gestión" N°126. Biblioteca del Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" 2do piso del servicio de Hemodialisis. Planta antigua.

por la sociedad misma. La sociedad Lambayecana, constituida en su mayoría por personas dedicadas a la agricultura, siembra de arroz y producción de caña de azúcar ejes generadores de la economía del País, ocupando el primer puesto en exportación de materias primas y de arroz. Había esa necesidad de atender y cuidar la salud de esa mano de obra generadora de la economía peruana.

### **3.4. CONFIGURACIÓN DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**

Para desarrollar esta parte del estudio Histórico-social de la práctica de enfermería en el Perú. Tenemos que tener un inicio, que data desde sus orígenes de la enfermería no como domestica sino a partir de la etapa pre científica que se ubica desde el siglo XVI, para poder analizar la práctica de enfermería que implica el periodo de estudio siglo XXI.

Esto no pretende construir la historia de la enfermería peruana de manera profunda, pero es importante y necesario desarrollarla para poder entender cómo se reconfigura en los social, político.

#### **3.4.1. La práctica de enfermería en el Perú del año 1960 hasta los 90**

Por la década de 1970, ocurren cambios importantes en el País<sup>53</sup>, que género cambios políticos debido a un gobierno militar, que género crisis económica y social; ello continúo que por la década de los años 80, que fue escenario de pobreza, violencia y el inicio del neoliberalismo en 1990.

---

<sup>53</sup> Juan Velasco Alvarado realizo un golpe de Estado e implanto una serie de reformas que marcaron un nuevo rumbo en el Peru .Se impuso una politica que busco crear un Estado mas grande , fue e inventor para ralizar las reformas sociales que hacia tiempo la poblacion y amplios sectores politicos demandaban, se aplico la Reforma Agraria 24 de Junio 1969, en las costas se cre las Cooperativas Agrarias de Produccion(CAP),y en la sierra Sociedades Agrarias de Interés Social (SAIS) , en 1974 confisco los medios de comunicación,la politica economica no tuvo buen resultado , un progresivo endeudamiento publico, se sumo la inestabilidad politica, bajos salarios, y mejor trato al personal subalterno fueron los puntos de lucha de la policia desencadenando en el pais huelgas y protestas continua lo que lleva a un toque de queda no pudiendo soportrse mas esta crisis. El 29 de Agosto de 1975 el General Francisco Morales Bermude se pronuncia contra Juan Velasco Alvarado asegurando que no se trataba de un derrocamiento, sino de un relevo , asume el poder como oo dice Federico Prieto Celi "Regreso a la democracia", se busco promover la inversion privada, para recuperar la confianza de los inversionistas nacionales y extranjeros, se logro cierta Libertad de Prensa"; aLas movilizaciones sociales masivas originadas aun por la crisis economica paralizando al pais en 1977 esto lleva a Morales Bermudez y la cupula militar a iniciar el proceso de transferencia del poder a un gobierno constitucional, convocando a la eleccion de una Asamblea Constituyente, la que fue presidida por Viictor Raul Haya de la Torre , generando la nueva constitucion que entro en vigencia en 1980 cuando Ferando Belahunde Terry asume el poder

El gasto del sector salud en los años 80, representaba el 1,12% del PBI, en comparación a 1991, que represento 0,31%. Esta restricción afecta el desarrollo de los diferentes programas de salud y adecuado equipamiento de los establecimientos públicos (26).

Por estas décadas la enfermería adoptaba un modelo biomédico<sup>54</sup> los contenidos de las asignaturas estaban encuadradas dentro del que podríamos denominar patología general patología quirúrgica conforme el modelo medico exigía asentado en los conceptos de sistemas, diagnósticos y tratamiento a esto le podríamos llamar a una enfermería formada dentro de una institución “enfermería institucionalizada” esto se logra cuando surgen las primeras escuelas en el Perú en 1915<sup>55</sup> una práctica dependiente y dominada por las tareas sujeta de las ordenes médicas , las normas de los hospitales y los procedimientos del actuar profesional.

La enfermería en esa época gozo del viejo modelo de enseñanza básicamente de los países anglosajones<sup>56</sup> y de algunos países de América Latina a su vez por los Estados Unidos.

---

<sup>54</sup> Modelo de una practica asistencial centrado en la enfermedad,diagnostico y tratamiento, en la cual el individuo es visto en forma fragmentada, es decir,es visto no como un ser, mas como una parte del cuerpo enfermo (Foucault, 2004).

<sup>55</sup>La primera escuela en el país se estableció en 1907, funcionó en la Casa de Salud de Bellavista, Callao tuvo como directora a una enfermera inglesa y fue administrada por la Sociedad de Institutos Médicos posteriormente la escuela paso a formar parte de la clínica AngloAmericana . En 1908 al reorganizarse la asistencia médica a cargo de la Beneficencia Pública de Lima el Dr. Wenceslao Molina Inspector del Hospital Dos de Mayo, quien propone a la junta General de Socios, quien la aprueba empezando a funcionar en el Hospital Dos de Mayo denominada, en ese entonces escuela mixta de Enfermeros, luego en 1917, funciona en el Hospital de Santa Ana y, finalmente, en 1924 es trasladada a la parte central del Hospital Arzobispo Loayza, a cargo de las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul, En 1939 se estableció la escuela de enfermeras del Hospital del Niño del MINSA, a cargo de la orden de las Madres Carmelitas , la Caja Nacional del Seguro Social Obrero organizo la Escuela de Enfermeras del Hospital Obrero de Lima, para atender las necesidades del personal de enfermería de su red de hospitales y policlinicos .

Dr Vallejo Espinoza N. Historia de la Enfermería Peruana. Enfermerix.14 DE Marzo 2012.

<sup>56</sup> La primera escuela de enfermería que se estableció en el Perú ,en 1907, funciono en la casa de la salud de Bellavista, Callao. Era administrada por la sociedad de Institutos medicos, y tuvo como directora a una enfermera Inglesa. Posteriormente, la escuela paso a formar parte de la clínica Angloamericana .

Vallejo Espinoza N. "Historia de la Enfermería Peruana" , 14 de Marzo de 2012.

La práctica de enfermería dependiente y las tareas sujetas de las órdenes médicas fue un claro ejemplo de un trabajo subordinado o de la práctica de enfermería no debería darse en relación al profesional médico, sino al trabajo o a la práctica médica. (9)

En un censo realizado en el año 1955 por MINSA en colaboración con la OPS se empadronaron 1274 enfermeras, encontrándose la mayor concentración de ellas en la Beneficencia Pública 24,5% siguiéndole MINSA 24,2%; encontrándose en su mayoría distribuidas en la parte asistencial 77,9% y residían en Lima debido a que en las provincias los sueldos eran muy bajos y sus hospitales no ofrecían facilidades de vivienda para su personal profesional, esto denotaba el trabajo que predominaba en la enfermera era el asistencialismo.(27)

El ser y Hacer de la enfermería en el ámbito hospitalario, la lleva a la pérdida de espacios sociales en lo que competía a la salud comunitaria, aceptando que la atención primaria debe ser realizada principalmente por personal auxiliar y agentes de la comunidad siendo necesario su entrenamiento para lo cual se capacitan a través de cursos dirigido por médicos, para el apoyo de ciertas actividades, esto lleva a la enfermería a perder el control de actividades que por años habían desarrollado en la atención primaria, este fenómeno se extrapola al ámbito hospitalario.

Los cambios sociales ocurridos en el país, en el que se tomó conciencia que la situación no solo exigía medidas administrativas sino de reconocer el atender las necesidades sociales, entre ellos la salud, originados por el intenso crecimiento demográfico, la migración del campesino a las ciudades y la consiguiente formación de bolsones de población marginada en las principales urbes del país. La red de hospitales demandaba de un número de recursos humanos entre ellos las enfermeras.

En la década de los sesenta el examen del gasto fiscal demostró que un alto porcentaje del gasto público en salud se destinaba a la atención médica, particularmente en hospitales de la ciudad, con detrimento del cuidado preventivo de la salud, llevando a la enfermería a realizar actividades de práctica administrativa que le fueron delegadas, como supervisar al personal técnico.

La práctica de enfermería se caracterizó por estar centrada en los hospitales, aparecen los cursos de especialización (enfermería materno-infantil, médico quirúrgico y psiquiatría) esta especialización lleva a la enfermería a asumir nuevas responsabilidades en el tratamiento y el cuidado a la salud, delimitar su ámbito de trabajo y por otro lado la pérdida de espacios sociales.

Es importante comprender como la enfermería centrada en hospitales, partiendo de que estos son transformados en instrumentos terapéuticos cobran importancia en el trabajo de la enfermería para la realización de la medicina industrial.

La enfermería nace ahora bajo un modelo medicalizado, asumiendo la organización del ambiente de trabajo y de los cuidados directos al paciente como dice Almeida & Rocha La nueva profesión se reorganiza en un nuevo modelo asistencial en la cual es rama dependiente y subordinada al saber oficial en salud, el saber médico.

Según Verderese (1939) en el Perú a partir de la década de los 60, la práctica de enfermería se caracterizó por seguir centrada en los hospitales, surgiendo una tendencia a cambiar el enfoque administrativo por un clínico, surgiendo las especialidades (28).

Esto lleva a la enfermera a especializarse y con ello asumiendo mayores responsabilidades en el área de tratamiento y control de la salud. Pero a la vez la lleva a la pérdida de espacios sociales que lideraba por años en la atención comunitaria<sup>57</sup> y en el mismo espacio hospitalario apareciendo otros profesionales.

---

<sup>57</sup> La atención primaria de salud, es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ello, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

OMS. Atención Primaria de salud.

[www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es)

### 3.4.2. La práctica de enfermería de la década de los 90 al 2000

Por la década de 1990, ocurren cambios importantes en el País<sup>58</sup>, que género cambios políticos debido a un gobierno democrático, que género crisis económica y social, que en miras de la búsqueda de soluciones se da la economía liberal. Algunos autores señalan que se debió a la reducción del crecimiento del producto interno, reducción de la importación, aumento de la deuda externa y desempleo.

Crisis económica que presenta 1990 su más alto pico de inflación de 7,649.6<sup>59</sup> y de pobreza 167.8 en 1991<sup>60</sup>, la fuga de profesionales al exterior como los enfermeros que representaban el 7.6%<sup>61</sup>

La epidemia del Cólera marco un trazo en la historia del Perú, ocupando el primer lugar a nivel mundial de los casos presentados, si bien el origen no es completamente conocido pero, es sabido el mecanismo propagador en donde juega un papel importante la enfermera en la atención a la salud comunitaria, que en esa época era reemplazada por un agente comunitario ajeno a los cuidados de enfermería.

---

<sup>58</sup> Juan Velasco Alvarado realizo un golpe de Estado e implanto una serie de reformas que marcaron un nuevo rumbo en el Peru .Se impuso una politica que busco crear un Estado mas grande , fue e inventor para ralizar las reformas sociales que hacia tiempo la poblacion y amplios sectores politicos demandaban, se aplico la Reforma Agraria 24 de Junio 1969, en las costas se cre las Cooperativas Agrarias de Produccion(CAP),y en la sierra Sociedades Agrarias de Interés Social (SAIS) , en 1974 confisco los medios de comunicación,la politica economica no tuvo buen resultado , un progresivo endeudamiento publico, se sumo la inestabilidad politica, bajos salarios, y mejor trato al personal subalterno fueron los puntos de lucha de la policia desencadenando en el pais huelgas y protestas continua lo que lleva a un toque de queda no pudiendo soportrse mas esta crisis. El 29 de Agosto de 1975 el General Francisco Morales Bermude se pronuncia contra Juan Velasco Alvarado asegurando que no se trataba de un derrocamiento, sino de un relevo , asume el poder como oo dice Federico Prieto Celi "Regreso a la democracia", se busco promover la inversion privada, para recuperar la confianza de los inversionistas nacionales y extranjeros, se logro cierta Libertad de Prensa"; a las movilizaciones sociales masivas originadas aun por la crisis economica paralizando al pais en 1977 esto lleva a Morales Bermudez y la cupula militar a iniciar el proceso de transferencia del poder a un gobierno constitucional, convocando a la eleccion de una Asamblea Constituyente, la que fue presidida por Viictor Raul Haya de la Torre , generando la nueva constitucion que entro en vigencia en 1980 cuando Ferando Belahunde Terry asume el poder

<sup>59</sup> Fuente: Hasta 1989:Adolfo Figueroa.Crisis distributiva en el Peru, cuadro 1;para 1990 – 1993.INEI, Compendio Estadistico 1992-93, tomo II, cuadro 9,2,p.28; cuadro 9.26,p.68.

<sup>60</sup> Fuente: Salarios reales hasta 1985, terminos de intercambio e indice de pobreza hasta 1990: Adolfo Figueroa, crisis distributiva en el Peru, cuadro 2Para periodos posteriores , salarios reales : INE, Compendio estadistico 1992-93,tomo I, cuadro6.48,pp. 632-633; cuadro 613, p. 608;cuadro;6.57,p.657.Indice de pobreza:Cuanto,Peru en nuemros 1993, cuadros 13.19,p.259.

<sup>61</sup> Fuente:Superintendencia Nacional de Migraciones

Elaboracion: Instituto Nacional de Estadistica e Informatica (INEI).

[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1102/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1102/libro.pdf)

En 1990 cuando asume el gobierno el Ingeniero Alberto Fujimori Fujimori, enfrenta la crisis con un severo programa de estabilización económica, controlando la hiperinflación, y con un programa de reforma estructural orientado a abrir la economía al exterior y otorgarle competitividad y eficiencia.

El comienzo de esta década, prácticamente todos los países latinoamericanos adoptaron programas de ajuste estructural prescritos por el Fondo Monetario Internacional; que implicaba la apertura de las economías a los mercados y al capital internacional.

“El Perú está atravesando por un proceso de cambio social profundo y acelerado, gestado desde hace varios años. Estos cambios corresponden, en cierta medida, a las transformaciones que tienen lugar en el mundo, pero el carácter multicultural, heterogéneo y complejo de la sociedad peruana los hace más agudos y los amplifica. En la transición hacia un nuevo siglo y un nuevo milenio vivimos en un tiempo de enormes desafíos y oportunidades...”<sup>62</sup>

Periodo de gran desarrollo de la tecnología y modernización de los hospitales potencializando la especialización médica y de enfermería; este mismo año se crea la dirección de construcciones, Equipamiento y Mantenimiento, de los hospitales; por primera vez el Ministerio de Salud asumió el mantenimiento de establecimientos de salud a nivel nacional.

Esto lleva a la enfermería a organizar su trabajo desde los procedimientos técnicos a realizar, estandarizándolos para que puedan ser usados por personal no profesional pero supervisado por ella misma, generando demanda en sus actividades de asistencia a niños, adulto, gestantes y otros, que no solo implicaba la asistencia individual sino a los daños a los que estaban expuestos, los factores que condicionaban, organizando y sistematizando su cuidado.

---

<sup>62</sup> Guerra G. Gustavo. "La Reforma del estado en el Peru" Lima 1999.  
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/E484467B84B97BC805257BFD0020A803/\\$FILE/114556.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/E484467B84B97BC805257BFD0020A803/$FILE/114556.pdf)

La OPS y la OMS sugería que la enfermería en el Perú sea una profesión Universitaria al igual que lo era en otros países, es así como se eleva la formación profesional a nivel universitario, las enfermeras egresadas de escuela logran su título de licenciatura al firmarse convenios académicos con las universidades, se buscó entonces adecuarse a las normas y finalidades de la Ley Universitaria Nro23733; muchas de las escuelas pasaron a formar parte de la universidad como la escuela de enfermeras Arzobispo de Loayza , paso a formar parte de la Universidad Cayetano Heredia; la escuela del Hospital del Niño se integró a la Universidad Federico Villarreal.

En esta década en el Perú egresaban las primeras enfermeras formadas en las universidades, a la que se incorporaron un conjunto de actividades centradas en el servicio hospitalario y dejando de realizar actividades en la salud pública delegando al personal técnico y agentes de la comunidad, la práctica de enfermería se tornó fragmentada, asumiendo cierta autonomía en la organización del trabajo, y la habilidad y destreza que adquiría en el cuidado, la llevaba a asumir y desempeñar papeles de dirigir, controlar y supervisar el trabajo de la asistencia de enfermería; creándose los primeros cargos de jefa y coordinadoras de enfermería en 1976.

El delimitar cada vez más su trabajo lleva a la enfermera a dominar técnica y científicamente su trabajo a través de los cursos de especialización llevándola a asumir mayores responsabilidades en el tratamiento y control de la salud. Llevando a la práctica de enfermería por estos decenios, a la pérdida de espacios sociales y potenciando la hegemonía de otros profesionales de la salud que surgieron como lo menciona Verderese en 1999.

El enfoque de la salud cambia “sin enfermedad” a “bienestar humano” lo que define responsabilidades dentro del sector salud y otros afines en bien de la sociedad. Enfatizando la estrategia sanitaria de atención primaria en donde la enfermera ocupa cargos en las instituciones públicas logrando ser reconocida en su labor social cuidando la salud de este educando y previniendo siendo su primer contacto con la realidad social a través del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.

La preparación de la enfermera exigía ser revisada constantemente, no solo, en la teoría y práctica sino en la propia dinámica de la población peruana, no olvidemos que el mundo está dominado por la tecnología revolucionaria que avanza sin cesar, basada en los progresos de las ciencias naturales.

Por todo lo mencionado anteriormente, buscaremos comprender, interpretar y entender que determinantes socio-políticos lleva a crear el servicio de geriatría y como las prácticas de enfermería se reconfiguran a partir de ello.

### **3.5. PRIMORDIOS DEL SERVICIO DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA “HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO”**

En este capítulo se intenta reflejar los factores socio-políticos que llevaron a la creación del servicio de geriatría y gerontología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Nivel IV; el tomar la historia de este no implica aceptar la historia como un saber constituido, sino lo que se quiere es dar cuenta de los objetos, hechos, en momentos y espacios suscitados que conforman el campo de estudio.

Lo que se propone es llegar a comprender que factores, y elemento importantes en un hospital nivel IV que gozaba de alta tecnología lo lleva a crear el servicio de geriatría en el año 1996, esto implica examinar los datos históricos y generar un dialogo con el potencial informativo de las discursos y la parte documental para poder comprender el aquí y el ahora.

Desde los años 1988 según consta en los informes estadísticos se hacía sentir la presencia del grupo poblacional de adultos mayores que era atendido en las diferentes modalidades

**Figura 5: Consulta externa por tipo de paciente 1988**

B - POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	TIPO DE PACIENTE			NO ASEGURADOS (*)
		NUEVOS	REING.	CONTIN.	
TOTAL	19,639	1,469	1,761	16,409	0
- 1 AÑO	519	88	3	428	
1 A 4 AÑOS	1,523	79	128	1,316	
5 A 9 AÑOS	1,153	75	148	930	
10 A 14 AÑOS	772	79	135	558	
15 A 19 AÑOS	657	77	79	501	
20 A 44 AÑOS	5,883	521	571	4,791	
45 A 60 AÑOS	4,313	302	352	3,659	
61 A + AÑOS	4,819	248	345	4,226	
NO ESPECIFICADO	0				

(\*) Información de referencia

FUENTE: Información proporcionada por O.D.I. Sr. Luis Mera Solis.

Cuadro N°5. Se evidencia el aumento de la población atendida que recae sobre la atención a los adultos mayores representando un aproximado de 4,819, siendo poca la diferencia con la atención de la población joven que representaba 5,883.

Situación que continua para los años 1997 donde las estadísticas empezaron a demostrar el crecimiento progresivo de la demanda en la atención al grupo poblacional de los adultos mayores como lo es en las consultas externas de todas las especialidades, de los 165.712 atendidos el 43,647 eran mayores de 60 años que representaban el 27%; en las hospitalizaciones de 10,150 hospitalizados 3,127 eran mayores de 60 años que representaban 31%, y los promedios de estancia hospitalaria era de 6.72 día/pac en paciente atendido presentándose mayor estancia hospitalaria en el grupo de mayores de 60 años que era de 8.94 día/pac<sup>63</sup>

A ello acompañaba el perfil epidemiológico encontrándose en primer orden los problemas de osteoartrosis, seguido de hipertensión

<sup>63</sup> Proyecto de creación del servicio de geriatría-biblioteca del servicio de geriatría y gerontología del H.N.A.A.A.

*“Hago el estudio y encuentro que estos pacientes tienen más de 70 años; y empiezo a ver cuántos pacientes hospitalizados habían, de 300 camas habían aprox. 170 pacientes hospitalizados adultos mayores, ósea mayores de 60 años; de estos con larga estancia hospitalaria, habían pacientes que permanecían con 58 días”.CH (demanda)*

La necesidad latente de acoger a esta demanda de población adulta mayor, representaba un reto para el hospital que tenía la categoría de Nacional, que por la mitad de la década de los 90 se dio la reforma de la seguridad social, con el propósito a largo plazo de la universalización de la cobertura de la seguridad social, en un marco de equidad, solidaridad y eficiencia facultando a EsSalud para ofrecer nuevos servicios de aseguramiento, esta expansión en la oferta de la institución generaría aumento de la población asegura y sobre todo a este grupo de adultos mayores, el inconveniente de haber ofertado los nuevos servicios de aseguramiento parece no haber respondido a estudio de necesidades y/o demanda de servicios de salud de la población sino a motivos político; los que generarían mayor costo y cambios en el ámbito hospitalarios; pues el hablar del adulto mayor es hablar de un ser humano complejo que trae un nuevo perfil epidemiológico consigo: pluripatologías, polifarmacia y funcionalidad con tendencia a la cronicidad, haciendo de ellos los continuos reingresos y el aumento de los promedios de estancia.

Según Menéndez y col “A medida que la población envejece aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes; por lo general las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables sino se tratan oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificulten la independencia y la autonomía de las personas” esto nos lleva a decir que a medida que avanza la edad en la mayoría de veces se acompañara de la dependencia y esta se agudiza cuando un determinado número de la población llega al estado de cronicidad (29).

Para Pinto “La enfermedad crónica o proceso crónico, constituye un proceso crónico, constituye un término que engloba las enfermedades de larga duración, que ha medida se asocian con incapacidad y tiene diferentes repercusiones sobre las personas, familia y comunidad a la cual pertenecen” (30).

Pinto (2004) reconoce el hecho de convivir con una enfermedad crónica genera cambios en los diferentes roles a nivel individual y familiar... por las exigencias de la enfermedad y el deterioro físico y emocional, lo cual exige cambios en el estilo de vida tanto de la persona que lo padece como de su grupo familiar. Debido a la dificultad para satisfacer sus propias necesidades básicas, la persona enferma se convierte en un ser dependiente de otra persona, requiriendo cuidados permanentes (31).

A modo de ver como este proceso de envejecimiento del ser humano y de la población que está envejeciendo demandara un nuevo enfoque en su cuidado que no solamente implican al adulto mayor y su patología sino tener un enfoque de los riesgos potenciales y reales que afecten su funcionabilidad y por ende su autonomía, su entorno familiar si no que este contempla un abanico de nuevo retos para mejorar su calidad de vida a nivel de país sobre todo a los que están en vías de desarrollo así lo menciona Sánchez en el (2002) La cronicidad en las personas adultas se ha convertido en un grave problema en los países desarrollados, al igual en los países en vías de desarrollo. Esta situación genera sentimientos negativos en la persona y puede afectarle el humor y la auto-estima, lo cual genera frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad. Existen otros aspectos importantes como lo señala Polonki es el impacto de las complicaciones de las enfermedades crónicas (32).

*“... recuerda que todo pacientes con enfermedad crónica termina siendo la misma evolución, o sea llega un momento en el que termina creando un cuadro de dependencia, encamamiento, vegetativo y muerte, y eso es lo que tu tratas de evitar, ese es el espiral de dependencia, o sea se enferma, se postra, se postra, va perdiendo capacidades, si no hay rehabilitación y no hay un manejo adecuado, el paciente sigue perdiendo capacidad, y llega un momento en que no se puede levantar en que ya se empieza a deteriorar, empieza a tomar posiciones fetales y al final la cama es lo que lo mata” EG*

“La Organización Mundial de la Salud(OMS) ha establecido que las enfermedades crónicas están generando un enorme impacto entre los países de bajos y medianos ingresos , con un 80% de las muertes entre hombres y mujeres , y se prevé que en 10 años va a haber un aumento del 17% en las defunciones por enfermedad crónica, lo que indica que ahora el 2015, 41 millones de personas fallecerán por esta causa” no olvidemos que ellas son el inicio de todo un proceso natural y que muchas veces lleva a la inmovilidad que se acompaña con la pérdida de su autonomía y que tiene que ver con su calidad de vida , pero el impacto social de este problema de salud no está relacionado al número de personas afectadas sino al daño que ocasiona(33)

La enfermedad crónica impacta a las personas en diferentes aspectos. Familiar, emocional, social y económico, es ver como la enfermedad crónica podía afectar directamente la calidad de vida, deteriorándola y en muchas veces llevándola a la inmovilidad, conocida como uno de los grandes síndromes geriátricos llevándolo al adulto mayor a muchos riesgos que pueden ser más relevantes que su propia enfermedad. Uno de estos riesgos potenciales son las llamadas Ulceras Por Presión conocida para algunos autores como “Epidemia bajo las sabanas”

*“Claro el problema no solo fue, las úlceras por presión sino que los pacientes eran dados de alta y regresaban con sus úlceras por presión a la emergencia, estaban tres días, venía el fiscal denunciaba al hospital salía en los periódicos, eso digamos la situación impactante” CH*

La úlceras por presión representan un problema por sus repercusiones, en el ámbito de la salud de quienes la padecen, en su calidad de vida, afectando el entorno familiar, y generando gran consumo de recursos institucionales y sanitarios e incluso puede alcanzar responsabilidades legales en el sentido de que estas pueden prevenirse.

**Figura 6: Informe mensual de úlceras por presión**

*ipss*  
 Instituto Peruano de Seguridad Social

HOSPITAL NACIONAL "ALMANZOR AGUINAGA ASENIJO" CHICLAYO

HOSPITAL DE DIA

MES DE : ENERO 1999

FECHA	1 V	2 S	3 D	4 L	5 M	6 M	7 J	8 V	9 S	10 D	11 F	12 M	13 M	14 J	15 M	16 S	17 D	18 L	19 M	20 M	21 J	22 V	23 S	24 D	25 L	26 M	27 M	28 J	29 V	30 S	31 D	TOTAL	
Atenciones	-	39	-	39	56	44	41	48	50	-	50	52	52	32	50	-	58	45	49	50	43	58	-	53	52	52	46	33	38	-	1186		
Úlceras I	-	02	-	04	04	02	08	15	16	-	13	14	13	08	01	-	09	03	01	03	3	8	-	06	1	01	3	2	04	-	149		
II	-	17	-	10	22	17	14	15	07	-	08	08	11	09	05	18	-	20	11	10	12	5	12	-	11	11	09	9	4	06	-	289	
III	-	07	-	10	17	13	12	11	20	-	16	15	19	23	13	15	-	13	15	18	16	21	-	19	23	23	17	13	14	-	400		
IV	-	13	-	6	12	07	07	07	07	-	13	15	15	17	13	17	-	16	16	17	17	17	-	17	17	19	17	14	14	-	348		
RCS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03		
Intercambio SNG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Intercambio S Foley	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Intercambio S	-	01	-	-	01	01	01	01	-	01	01	01	01	01	01	-	01	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	
Intercambio R	-	01	-	2	2	2	2	2	-	2	01	2	2	2	2	-	2	1	1	1	1	-	-	-	3	2	1	2	-	-	-	37	
Intercambio Educativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Intercambio Vitales PA	-	02	-	-	1	-	-	-	-	02	2	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	
Intercambio B Caracteres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intercambio Integridad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	012
Intercambio Acción Parenteral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intercambio Entrevistas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intercambio Indicados	-	10	-	06	06	09	09	08	08	-	09	09	10	12	09	10	-	16	14	10	10	08	10	-	8	11	09	8	07	08	-	233	

FECHA	1 V	2 S	3 D	4 L	5 M	6 M	7 J	8 V	9 S	10 D	11 F	12 M	13 M	14 J	15 M	16 S	17 D	18 L	19 M	20 M	21 J	22 V	23 S	24 D	25 L	26 M	27 M	28 J	29 V	30 S	31 D	TOTAL
Atenciones	-	39	-	39	56	44	41	48	50	-	50	52	52	32	50	-	58	45	49	50	43	58	-	53	52	52	46	33	38	-	1186	
Úlceras I	-	02	-	04	04	02	08	15	16	-	13	14	13	08	01	-	09	03	01	03	3	8	-	06	1	01	3	2	04	-	149	
II	-	17	-	10	22	17	14	15	07	-	08	08	11	09	05	18	-	20	11	10	12	5	12	-	11	11	09	9	4	06	-	289
III	-	07	-	10	17	13	12	11	20	-	16	15	19	23	13	15	-	13	15	18	16	21	-	19	23	23	17	13	14	-	400	
IV	-	13	-	6	12	07	07	07	07	-	13	15	15	17	13	17	-	16	16	17	17	17	-	17	17	19	17	14	14	-	348	
RCS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intercambio SNG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**FUENTE: Estadísticas del servicio de geriatría**

Los indicadores demostraban que la calidad de atención no era adecuada, el elevado número de úlceras pro presión que se curaban al mes 1186 encontrándose a predominio del grado III y IV representaba la magnitud del daño que se ocasionaba al cuerpo; siendo un problema de gran magnitud e inconcebible en un hospital que gozaba de la categoría nivel IV y con un personal altamente capacitado y preparado para cuidar la salud.

*“La creación del servicio de geriatría se produce por una necesidad del hospital, en el hospital había un espacio que se llamaba UCIN donde era un depósito de adultos mayores, los cuales llegaban prácticamente a morirse, había muchas denuncias en esa época, sobre todo por úlceras por presión, lesiones que se hacían en el hospital, y enjuiciaban a los médicos, al hospital y a la institución, entonces ante esa necesidad, el hospital me encarga hacer un estudio” Ch*

Las Unidades semi-críticas son espacios hospitalarios de corta permanencia, aloja a los pacientes que salen de su estado crítico y en donde la enfermera que permanece las 24 horas del día brinda su cuidado altamente tecnificado.

“El cuidar, algo esencial e inherente en la vida de las personas, sigue siendo el núcleo de muchas relaciones humanas. En ese sentido, hablar de cuidados en la vejez, es hablar de una necesidad cotidiana de todas aquellas personas mayores con una edad avanzada que padecen alguna enfermedad o discapacidad. Dicha necesidad, aunque en diferentes grados, dimensiones y contextos se construye y se negocia socialmente (34).”

El cuidar bajo la mirada de la relación con la vida de las personas, se inicia desde que hay vida, en la transformación y en el continuar de ella, y con ello implica que el sentido del cuidar cambia en el proceso de su cuidado, en la esencia misma del cuidado de quien lo recibe, quien lo brinda. No podríamos hablar de un cuidado si no hay conocimiento de este, Almeida (1989) “El cuidado de la enfermera se comporta en su estructura el conocimiento (el saber de enfermera) incorporado en un nivel técnico, y las relaciones sociales específicas viendo y entendiendo las necesidades humanas que puedan ser definidas biológicas, psicológicas y socialmente”. El hablar solamente de una necesidad, implicaría hablar de otros elementos participantes en el cuidado para poder satisfacerla; la necesidad inherente en las personas adultas mayores sanas, enfermas o con discapacidades que las llevan a un estado de postración a ello viene el compromiso y participación de la enfermera como eje principal de su cuidado, en el que participa el equipo de salud, la familia y la sociedad en su conjunto. En donde la enfermera juega y desempeña un rol importante si hablamos de la estructura de su cuidado; el cuidar la salud del adulto mayor implica lo bueno y lo malo en la medida de dar calidad de vida y del concepto que se tenga de la salud, como decir “estoy bien de salud” aunque se encuentre en estado de postración, sea portador de una sonda para alimentación, no pueda comunicarse verbalmente, es como la enfermera desarrolla otros sentidos para cuidar no solo del síntoma o signo de alarma que implique desequilibrio de la salud sino que tiene que estar en alerta de las posibles riesgos potenciales y reales que atente su “salud”.

“La imagen social representan los valores que las personas reclaman para sí misma en sus encuentros con los demás y el compromiso que ante ellos adquiere”

“... la preocupación por el trabajo bien hecho y por proporcionar una excelente calidad de los cuidados a los usuarios, paciente y familia son valores que las profesionales de enfermería han integrado en su quehacer debido a la formación que han recibido y el hecho de trabajar con vidas humanas supone que cualquier error, por mínimo que sea, puede tener consecuencias importantes en la calidad de vida de una persona” (35).

Cuidar del ser humano es comprometerse con uno mismo y con el ser al que se cuida, implica en un gran porcentaje ese compromiso humano de cuidar con responsabilidad social y con un contenido ético, moral científico y tecnológico con la finalidad de salvaguardar la vida humana, sentirse y ser tratado como persona en su magnitud.

*“...Se vio la necesidad de que al paciente adulto mayor necesitaba un tipo de cuidado de calidad dentro del servicio de medicina general para luego crearse la necesidad de un servicio específico para el adulto mayor, como es el servicio de geriatría”. GV*

“Una de las características de la modernidad es el “reconocimiento de que la ciencia y la tecnología tiene un doble filo y crean unos parámetros de riesgo y peligro, al tiempo que ofrecen posibilidades beneficiosas para la humanidad”(36).

El cuidar de los adultos mayores nos hace recordar que si pues, la ciencia y la tecnología son bastiones para mantener la salud y muchas veces prorrogar la vida, pero ellos requieren, algo más que esto, ser tratados como personas que sienten, piensan y que desarrollan un papel importante en este contexto social.

P. Bourdieu (1986) considera que el cuerpo es «un producto social», actualmente este cuerpo está sujeto a fuerzas sociales, que lo lleva a promover ciertas prácticas de cuidados corporales típicos de una sociedad contemporánea(37).

“Los adultos mayores en el transcurrir de su vida sufren una serie de cambios asociados a las enfermedades que padecen así como pérdidas de diferentes tipos pero esto no impide que hablemos que un adulto mayor que goce de un bienestar bio-psico-social en donde el papel que juegan los profesionales es de gran importancia Wolkenstein y Butler(1992)”(38).

“...explora si la calidad de vida era o no un concepto significativo para la población mayor sana y si este grupo esperaba que los médicos contribuyeran a mejorar su calidad de vida. Los médicos fueron percibidos como deficientes en apreciar, comprender y contribuir positivamente a la calidad de vida”. Esto denotaría que no solo es profesional médico sino que se necesita de otros profesionales. para poder decir estamos ofreciendo calidad de vida en nuestro cuidado.

*“... se presenta el proyecto para tratar de enfrentar esas enfermedades ustedes saben, las úlceras por presión son un efecto no una causa, la causa generalmente es la inmovilidad que es parte de un síndrome geriátrico y de ese síndrome geriátrico empezamos a estudiar cual era la causa y como se podían remediar, a raíz de eso fue que te producen la inmovilidad”*

*“... el manejo era totalmente iatrogénico pues, generaba mayor gasto, la mortalidad aumentaba, se demostró posteriormente que los costos y la mortalidad bajaron” EG*

El hablar de las enfermedades del adulto mayor no es hablar de las enfermedades en general, es hablar de toda una estructura partiendo desde que el mismo envejecimiento trae un descenso progresivo de rendimiento fisiológico, y cambios anatómicos; esto nos permite decir que cada ser humano tiene su propio patrón de envejecimiento, pero el envejecimiento no es solamente esa respuesta subjetiva de cada ser humano sino que abarcaría mucho más como lo dice Castanedo C “El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, y funcionales” enfoques que han ido

cambiando desde la mitad del siglo XX cuando se decía que la vejez y enfermedad eran sinonimos y a ello se producen un inadecuado manejo de sus patologías y muchos problemas que se veían venir como : la inmovilidad, incontinencia, condusion mental, lo que hoy son considerados los síndromes.

Los síndromes geriátricos a diferencia de los síndromes que son un conjunto de síntomas y signos que caracterizan una enfermedad esto no se aplica al síndrome geriátrico pues este conjunto de síntomas complejos con alta prevalencia en los adultos mayores es el producto de múltiples enfermedades y factores de riesgo.

El envejecimiento que experimenta la población y el que viven las personas, experimentan todo un proceso que debe ser tratado en diferentes enfoques: situación que preocupaba a los países desarrollados por la carga y costo social que implica, no olvidemos que este envejecimiento poblacional abre grandes retos en las sociedades que acogen a los ancianos, si mencionamos que el envejecimiento es uno de los logros sociales y sanitarios en los países envejecidos, se inicia el gran reto de dar calidad de vida a esos años , situación expectante y que se espera venir en los países que se encuentran en vías de desarrollo, situación preocupante que vivieron los países europeos que empezó a tomar conciencia de la necesidad de proteger los derechos y el bienestar de las personas mayores, estas deciden y organizan una Asamblea Mundial<sup>64</sup>, que garantice la seguridad económica y social de dichas personas; los progresos alcanzados como consecuencia de la primera Asamblea fueron desiguales de un país a otro, pero en las sucesivas evaluaciones que se llevaron en los años 1985, 1989, 1992, 1996, se comprobó una mejora notable, se elaboraron planes, programas, y mecanismos de coordinación sobre el envejecimiento(39).

*“... hacer un enfoque global u holístico del paciente adulto mayor como ya se había planteado desde 1980 en la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento” CH.*

---

<sup>64</sup> La primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento tuvo lugar en Viena, 26 de Julio al 6 de Agosto de 1982. En ella se aprobó un plan de acción que supuso un gran avance en las políticas para personas mayores, fue un plan avanzado para la época.

El envejecimiento de la población será mucho más espectacular en los países en desarrollo, y es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo y será protagonista del siguiente y con ello traerá profundas modificaciones en la estructura social y económica. Este proceso demográfico que está experimentando los países de América Latina y el Caribe donde la población de 60 años a más muestra un incremento sustancial, el envejecimiento se manifiesta con mayor rapidez<sup>65</sup> de lo que fue históricamente en los países desarrollados<sup>66</sup>.

Situación que vive el Perú momento de esta transición demográfica<sup>67</sup>, en donde el envejecimiento de la población trae modificaciones en las estructuras sociales, políticas, económicas. Sumado a ellos los retos de la desigualdad, la carencia de políticas que respondan a las necesidades de cuidado y aseguren, protejan el ejercicio pleno de sus derechos y mejores condiciones de calidad de vida.

Es política de estado atender la demanda de servicios de salud de las personas adultas mayores y en especial de los más vulnerables<sup>68</sup>.

---

<sup>65</sup> En términos de la rapidez de este cambio, la tasa de crecimiento entre los años 2020 y 2025 será de 3,5%, es decir, el cambio se producirá tres veces más rápidamente que en la población total

Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe José Miguel Guzmán Santiago de Chile, 2002

<sup>66</sup> El descenso de la mortalidad y de la fecundidad conlleva necesariamente a un aumento progresivo del segmento de población mayor con respecto al segmento de población joven. En España, ambos procesos han comenzado más tarde, en términos históricos, que en otros países de nuestro entorno, pero el avance ha sido más rápido. Con respecto a la longevidad, la esperanza de vida al nacer se ha duplicado a lo largo del siglo XX, pasando de 34,8 años en 1900 a 78,8 años en 1999 y ha alcanzado los 80,9 años en el 2007

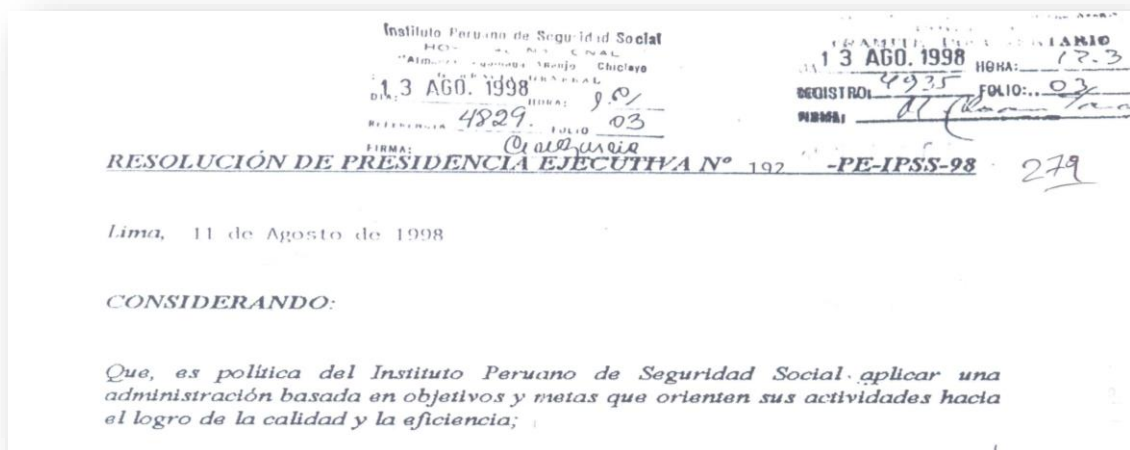
INE. Proyección de la población a largo plazo 2009-2049. Publicada el 28/01/2010, consultable en INEBASE. (Consultado febrero 2011) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p270/2009-2049&file=pcaxis>.

<sup>67</sup> En la década de 1950 la pirámide poblacional se caracterizaba por tener una amplia base, ya que la población de 15 años representaba el 41,6% de la población total, mientras que la población entre 15 y 64 años representaba el 41,6% de la población total. Estas magnitudes se mantuvieron relativamente estables hasta 1985, cuando la población joven (menor de 15 años) comenzó a descender. Entonces este grupo poblacional pasó a formar parte de una nueva cohorte: la población adulta de 40 a 59 años, seguida de importancia por la de 30 a 39 años. Posteriormente, ya en el 2010, el 64% de la población se encontraba en la franja etaria de entre 15 y 64 años. Por otra parte, como el envejecimiento genera un incremento de la población con 65 años de edad o más este grupo pasará a representar el 6,0% de la población, en el 2010 al 17,1% en 2050. Sistema de salud en el Perú, Organización Internacional de Trabajo, 2013

<sup>68</sup> Las necesidades de salud de las personas adultas mayores son diferentes de las otras etapas de la vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluye por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas (entre las que se consideran depresión y demencia), mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que

En el Perú, el proceso de formación de políticas públicas se instaló tardíamente y bajo la modalidad de planificación sanitaria tal como sucedió en muchos países en desarrollo<sup>69</sup> recién en el periodo de 1995-2000 que se define como visión- objetivo "Un sector con equidad<sup>70</sup>, eficiencia<sup>71</sup> y calidad<sup>72</sup>.

**Figura 7: Resolución de Presidencia ejecutiva N°192**



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

lo sitúa en una posición de vulnerabilidad. Lineamientos de la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores- 2005

<sup>69</sup> Sotelo corrobora esta apreciación ya que al enjuiciar la política de salud durante el III congreso Nacional de Salud Pública, en 1968, constata que: "Las acciones de salud que se han desarrollado no han obedecido a una política sanitaria definida, habiéndose actuado reactivamente ante el estímulo suscitado por la urgencia de solucionar una situación emergente.

Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. 1968

<sup>70</sup> Un sector salud con equidad, porque hoy no solo son desigualdades las oportunidades de enfermar y morir sino también las de ser atendido y sanar. La relativa inaccesibilidad a los servicios de salud convierte enfermedades y daños evitables en inevitables. El accionar plural de los subsectores y unidades de servicio deberá ampliar la cobertura y marchar a la atención universal, priorizando en los sectores pobres y vulnerables.

[minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/poi3\\_tda\\_u4.pdf](http://minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/poi3_tda_u4.pdf)

<sup>71</sup> Que potencie el impacto de los recursos asignados, mejore los procesos técnicos de producción de servicio, satisfaga al personal y usuario y resuelva los problemas de salud.

[minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/poi3\\_tda\\_u4.pdf](http://minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/poi3_tda_u4.pdf)

<sup>72</sup> Organizado en función del usuario, refundado en su ética y cultura institucional, fiel a su misión institucional, practicante del culto a la excelencia en el cumplimiento del servicio.

[minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/poi3\\_tda\\_u4.pdf](http://minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/poi3_tda_u4.pdf)

Esta visión traduce su interés inicial en el desarrollo de la calidad de los lineamientos de política del periodo "Reestructurar el sector salud en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de salud"(40); y como política de estado para atender a esta población demandante de adultos mayores en concordancia con la Ley de Política Nacional de población y los compromisos asumidos en la 1 era Asamblea Mundial sobre el envejecimiento<sup>73</sup> (Viena,1982), Conferencia Internacional sobre la Población y desarrollo(El Cairo,1994)<sup>74</sup>, y a Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (Copenhague,1995)<sup>75</sup>,promueve el mejoramiento de la calidad de vida de la población en las diferentes etapas de la vida. El estado peruano en 1998, aprueba el Plan Nacional de Población 1998-2002 a través del D.S. N°011-98-PROMUDEH, Considerando la necesidad de un tratamiento especial y teniendo en cuenta su condición de vulnerabilidad, biopsicosocial, se aprueban los "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores", mediante el D.S. N°010-2000-PROMUDEH. (8).El sistema de salud peruano ha sido históricamente segmentado y fragmentado, cerca del 20% de la población no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria. El Seguro Social cubre 25% de la población, especialmente la empleocracia publica privada; el 5% tiene seguros privados de salud y el 50% tiene asistencia sanitaria estatal<sup>76</sup>. La población asegurada tiene una estructura demográfica que combina una importante cohorte de adultos jóvenes con una proporción creciente de adultos mayores, la pirámide

---

<sup>73</sup> La Organización de las Naciones Unidas (ONU) empezó a cuestionarse a cerca del envejecimiento demográfico y el bienestar en la vejez .Fue entonces cuando decidió convocar una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento para realizar a mediados de 1982. La Asamblea mundial sobre el envejecimiento se propuso enfatiza sobre la necesidad de comprender y tomar conciencia del envejecimiento como proceso universal, para el cual requiere preparación por parte de todos los países del mundo.

Envejecimiento con dignidad y derecho, Caritas 2012

<sup>74</sup> Las principales medidas que se aprobaron fueron establecer un sistema de seguridad social que fomente mayor unidad y solidaridad intergeneracional y que presten apoyo a las personas de edad, tratar de aumentar la capacidad de estas personas para valerse por sí mismas y, la participación del gobierno, organismos no gubernamentales y el sector privado para fortalecer los sistemas de apoyo y seguridad de las personas de edad, en especial de las mujeres.

Política Nacional en relación a las personas Adultas mayores, Dirección General de la familia y comunidad. [http://www.mimp.gob.pe/files/politicas/pol\\_nac\\_pam\\_2013.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/politicas/pol_nac_pam_2013.pdf)

<sup>75</sup> Propone entre otros, desplegar esfuerzos especiales para proteger a las personas mayores, incluidas las que sufren discapacidades, requiriéndose; fortalecer los sistemas de apoyo a las familias.

Política Nacional en relación a las personas Adultas mayores, Dirección General de la familia y comunidad. [http://www.mimp.gob.pe/files/politicas/pol\\_nac\\_pam\\_2013.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/politicas/pol_nac_pam_2013.pdf)

<sup>76</sup> Situación de la salud en el Peru.Ciro Maguiña,EdenGalan-Rodas Rev. Perua na de Medicina Experimental y salud Publica.v.28 N°3 Lima Julio/Setiembre 20011.

poblacional de los asegurados de EsSalud<sup>77</sup> es de tipo transicional: con una base estrecha de niños, una cohorte expansiva de adultos jóvenes y un 13.4% de mayores de 60 años<sup>78</sup>

EsSalud opera bajo el sistema de Redes Asistenciales<sup>79</sup>, lo cual permite descentralizar y dinamizar los servicios, asimismo se clasifican de acuerdo a la capacidad de resolución de su Hospital Base La Red Asistencial Lambayeque, Hospital Nivel IV “Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo”

Departamento de Lambayeque, que por la década de los 90 estadísticamente demostraba la demanda de atención al adulto mayor, reflejado en los perfiles epidemiológico representados por el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, reingresos que generaban larga estancia hospitalaria.

---

<sup>77</sup> El Seguro Social de Salud, que también puede identificarse con el nombre de EsSalud, es un organismo público descentralizado, creado con la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de salud, que incluye la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; así como de prestaciones económicas y sociales.

Manual institucional [essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/manual\\_institucional.pdf](http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/manual_institucional.pdf)

<sup>78</sup> Seguridad Social para Todos, Plan Estratégico Institucional. 2012-2016.

<sup>79</sup> Son 28 redes con sus respectivas gerencias, las que tiene manejo administrativo de los centros asistenciales ubicados por circunscripción geográfica y cada uno cuenta con un hospital base, el cual ostenta la mayor capacidad resolutoria y al que son referidos los pacientes de los centros asistenciales de la red, en caso la atención lo amerite.

[essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/manual\\_institucional.pdf](http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/manual_institucional.pdf)

**Figura 8: Atención de consulta externa**

B- POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	TIPO DE PACIENTE			NO ASEGURADOS (*)
		NUEVOS	REING.	CONTIN.	
TOTAL	19,639	1,469	1,761	16,409	0
- 1 AÑO	519	88	3	428	
1 A 4 AÑOS	1,523	79	128	1,316	
5 A 9 AÑOS	1,153	75	148	930	
10 A 14 AÑOS	772	79	135	558	
15 A 19 AÑOS	657	77	79	501	
20 A 44 AÑOS	5,883	521	571	4,791	
45 A 60 AÑOS	4,313	302	352	3,659	
61 A + AÑOS	4,819	248	345	4,226	
NO ESPECIFICADO	0				

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

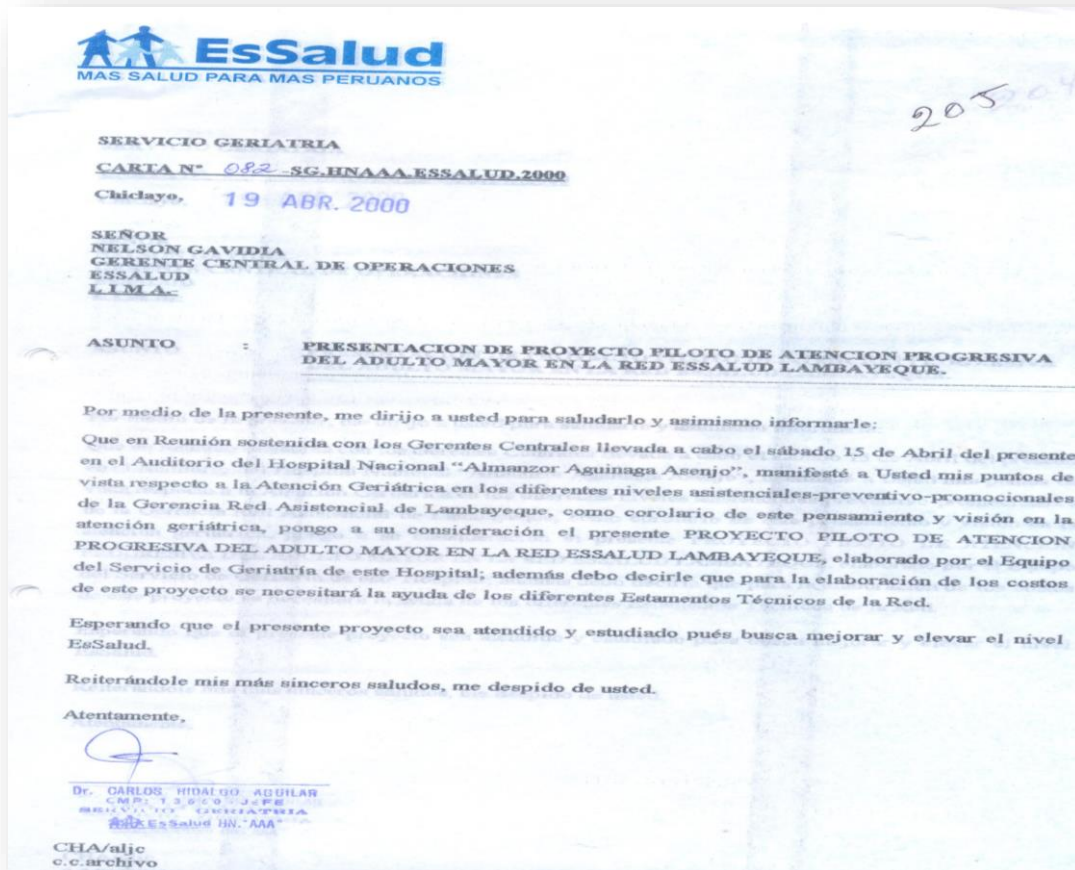
*“... presento el informe y tengo la oportunidad de que justo en esa época, la presidente ejecutiva la doctora Virginia Baffigo de Pinillos con quien converse así como con la doctora Ada Pastor que también está hoy, y ellos me encargan de hacer un proyecto para plantear un servicio de geriatría como proyecto inicial.” CH*

**Figura 9: Proyecto de creación del Servicio de Geriatría y Gerontología**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría y Gerontología.

Figura 10: Presentación de Proyecto Piloto del servicio de Geriátría



FUENTE: Archivo del servicio de Geriátría y Gerontología

**Figura11: Ejecución de Plan Piloto del servicio de Geriatría**

**ipss**  
Instituto Peruano de  
Seguridad Social

HOSPITAL NACIONAL  
"ALMANZOR AGUINAGA ASENJO"

GERENCIA GENERAL.

**MEMORANDO N° 007-GG-HNAAA-IPSS-98**

A : GERENTE MEDICO QUIRURGICO  
OFICINA DESARROLLO INSTITUCIONAL

ASUNTO : EJECUCION DE PLAN PILOTO SERVICIO  
DE GERIATRIA.

FECHA : CHICLAYO, 12 DE ENERO DE 1998

REF. a) ACUERDO N° 057-12-7-D-HNAAA-IPSS-97 29.12.97

Sírvanse coordinar a la brevedad posible lo relacionado a la ejecución del Plan Piloto para la creación del Servicio de Geriatría, según lo dispuesto en el Acuerdo N° 057-12-7-D-HNAAA-IPSS del Directorio de fecha 29.12.97, teniendo cuenta los considerandos de dicho Acuerdo, el mismo que anexo.

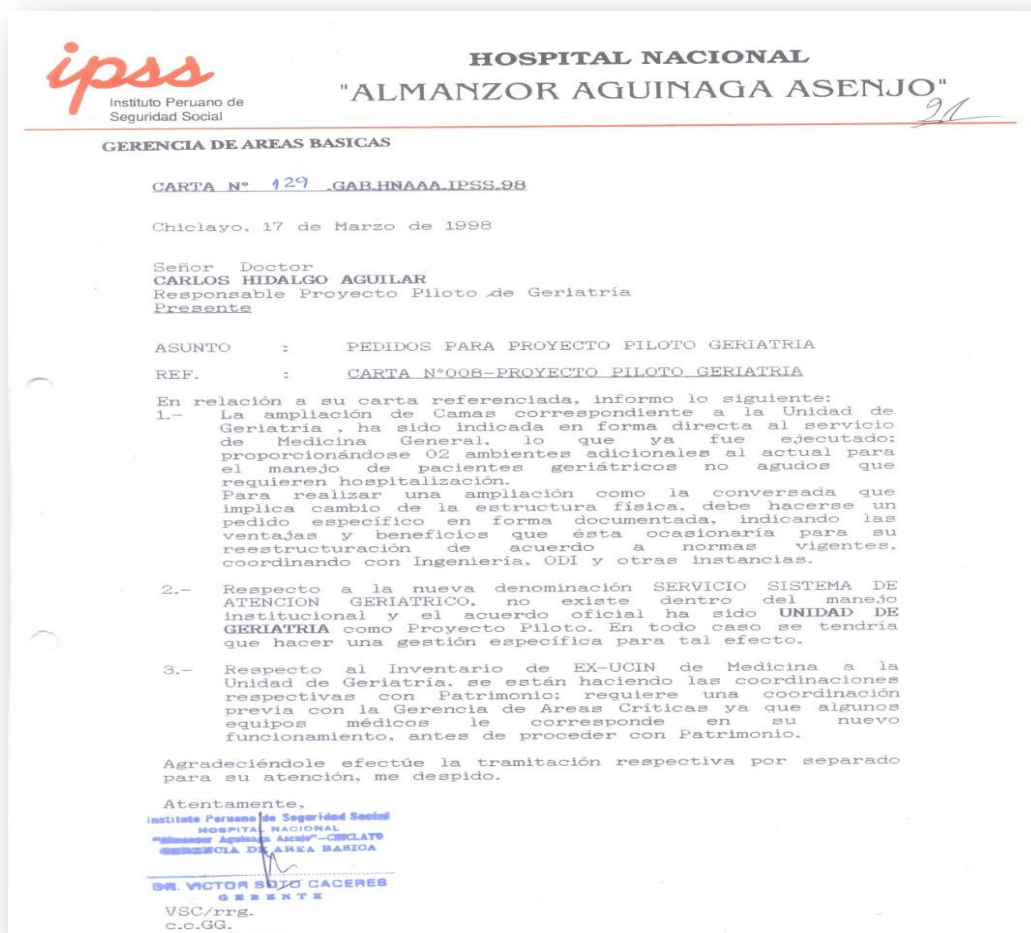
Asimismo, informar sobre su avance.

Atentamente,

Dr. CARLOS ANTONIO ECHECILLA

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

**Figura 12: Pedidos para proyecto piloto Geriatria**



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

*"... en base a los documentos de los informes que yo hice, planteo un servicio de geriatría con niveles de atención, con la parte de hospitalización de agudos" CH (que es la geriatría)*

La geriatría se incorpora a la terminología médica hacia el año 1909, fecha en la que I.L. Nascher publica en el New York Medical Journal un artículo titulado: «Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments», solicitando una medicina específica y distinta de la tradicional para la mejor atención de los pacientes ancianos. Sin embargo, la medicina geriátrica moderna surge en Gran Bretaña en torno a 1935 de la mano de la doctora Marjory Warren, cuando fue destinada al West Midd-Lessex Hospital encargándose de la asistencia del adyacente hospital-asilo de los pobres a los que

diagnosticó, evaluó y rehabilitó como pudo, logrando metas no sospechadas que no pasaron inadvertidas por sus colegas. La doctora Warren en una de sus publicaciones, en 1946, sobre ancianos y pacientes crónicos incapacitados decía:

«No hay duda en absoluto que estos pacientes han sido inadecuadamente tratados en el pasado y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente y escasa, si es que reciben alguna, en una atmósfera que pierde la comprensión. con su edad y condición”. La profesión médica, habiendo tenido éxito en la prolongación de la vida del hombre, no debe seguir fallando en asumir su responsabilidad con el anciano enfermo o que se vuelve débil. Se necesita urgentemente un cambio en la actitud del cuidado y tratamientode los enfermos crónicos»(41)

Comprender al adulto mayor en su magnitud de las necesidades implica, el ver un cuerpo que envejece , que sus reservas se desgastan volviendolo fragil y suceptible de desequilibrios y que requiere de habilidades especiales que detecten a tiempo el mal que lo aqueja y aque juega un rol importante quienes se dedican al cuidado de la salud del adulto mayor, con el compromiso de dar calidad de vida a esos años, pero para ello no basta el compromiso de uno,o del equipo de salud, necesita del compromiso de todo un sistemas de redes que logren entender la forma adecuada en que se debe cuidar al adulto mayor en todos los niveles y sobre todo de mantener la funcionalidad, mejorando su autoestima y contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

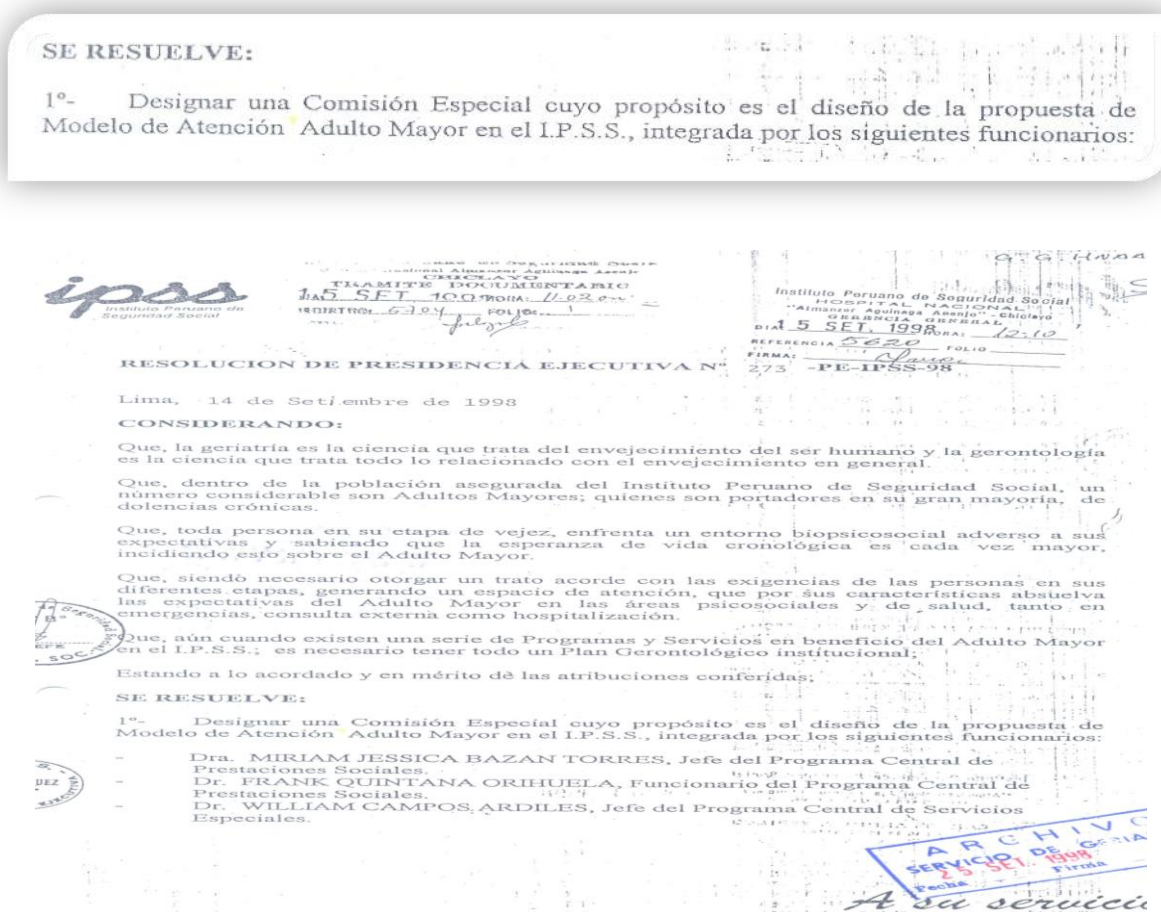
“En años recientes, el cuidado geriatrico se ha enfocado hacia la evaluacion global, la prevencion de las discapacidades y la proteccion de la independencia .El objetivo es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas de deterioro antes de que este ocurra o sea irreversible” (42)

No olvidemos que la La vejez en todo su proceso trae consigo: deterioro,enfermedad, aislamiento, y precariedad, entre otras características, siendo mas acentuadas en los muy mayores, donde difinitivamente existe un mayor riesgo de dependencia y de padecer enfermedades cronicas o degenerativas

Este incremento de numero de personas exige diversos tipos de cuidado que en su mayoría dependeran de otras personas para conservar su salud, asi como de la asistencia geriatrica, que implica un nuevo enfoque y el establecimiento de modelos de Atención

al Adulto Mayor. Así mismo el estableciendo niveles de atención<sup>80</sup> que se enmarcan desde lo mas simple hasta lo mas complejo, cuyo objetivo es: “Que el adulto mayor permanezca , o se integre en su domicilio habitual en suficientes condiciones de bienestar (fisico,funcional,psiquico y social) y seguridad”: por lo cual la institución forma una comision para dicha propuesta.

**Figura 13: Resolución de Presidencia Ejecutiva 275-PE-IPSS-98**

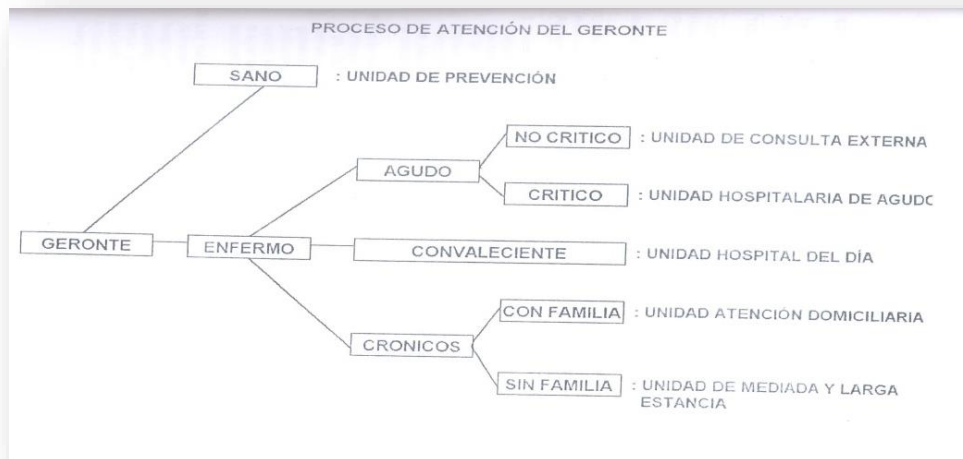


FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

<sup>80</sup> 1.-Atención primaria de salud a las personas mayores : Actividades de promoción y educación para la salud  
 2.-Valoración Geriátrica.  
 3.-Atención domiciliaria  
 4.-Atención hospitalaria a las personas mayores: a)El equipo de valoración geriátrica y cuidados geriátricos, b)el hospital de día geriátrico. C) Unidad de hospitalización de agudos, y la unidad de convalecencia.

“... la verdadera geriatría yo la conozco y la concibo como una atención por niveles, va subiendo en complejidad y va este dándole a cada uno lo que necesita; y vas enviándole al psicólogo , al de medicina física, al licenciado en enfermería para un mismo paciente , a la asistente social porque necesita resolver algún problema , un trámite administrativo que lo conoce mejor el trabajador social, en fin , a cada uno en el lugar correcto y lo que necesita”. JS .

**Figura 14: Proceso de atención del geronte**



FUENTE: Proyecto del servicio de Geriatría.

Pero no solo basta el sistema se necesita del recurso humano que cuida la salud en sus diferentes enfoques en donde participa el equipo multidisciplinario, quien integra a un grupo de profesionales con un bien común.

“ La integración armonica de un conjunto de individuos que interactúan en forma duradera, para el logro de uno o varios objetivos comunes, por medio de una autoridad técnica y administrativa que, aunque centralizada, considera la delegación de funciones”

Esta nueva forma de trabajo permitira integrar a un conjunto de: profesionales, de conocimientos, habilidades y diferentes aspectos de como asistir y cuidar al adulto mayor en diferentes aspectos y enfoques, con el objetivo de mejorar su calidad de vida manteniendo su funcionalidad; el poner en practica este nuevo modelo de trabajo que

implica trabajo en equipo, con nuevas estructuras, a un grupo de adultos mayores con nuevos perfiles epidemiológicos que si no se tratan bien van a demandar mayor costo en las instituciones de salud, no solo basta de ello se necesita de otro elemento.

*“...porque la geriatría es una especialidad, que yo entendí, ... entendí que el problema es global, holístico, y que la relación médico – paciente, médico – familia, la relación enfermera - terapeuta, enfermera – psicológico, para atender al adulto mayor debe ser en equipo y de ahí es que siempre se ha estado planteando la idea de formar equipos multidisciplinarios de atención geriátrica que aparentemente este año ya se ha entendido” CH (cuidar implica equipo de salud- paciente, equipo de salud- familia y la interrelación entre el equipo de salud)*

Elemento importante e integrador del cuidado al adulto mayor entre el equipo de salud, las instituciones de salud, y la sociedad misma es la familia quien juega un rol muy importante en el cuidado al adulto mayor durante su vida, asistiéndola hasta el final de ella.

*“... se hace un plan piloto que duro tres meses”*

**Figura 15: Orden del día 27 de diciembre de 1997**

Chiclayo, 29 de Diciembre de 1,997

VISTOS; en atención al contenido de la Carta de Gerencia General N° 2060-GG-INAAA-IPSS-97, de fecha 29 de Diciembre de 1997, que solicita autorización para la creación del Servicio de Geriatría en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo”, para cuyo efecto acompaña un ejemplar del Proyecto de Creación del mismo; y, teniendo en consideración el pedido formulado por el señor Presidente Dr. Tomás Ata Arroyo de que se atienda lo solicitado por el Gerente General dando la autorización para su ejecución como Plan Piloto

**TRANSCRIPCIÓN DEL ACTA DE LA QUINTA SESIÓN DE DICIEMBRE - 97 DEL  
DIRECTORIO HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASEÑO  
INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**4.- ORDEN DEL DIA**

**ACUERDO N° 057-12-7-D-INAAA-IPSS-97**

Chiclayo, 29 de Diciembre de 1,997

**VISTOS:** en atención al contenido de la Carta de Gerencia General N° 2000-GG-INAAA-IPSS-97, de fecha 29 de Diciembre de 1997, que solicita autorización para la creación del Servicio de Geriatria en el Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo", para cuyo efecto acompaña un ejemplar del Proyecto de Creación del mismo; y, teniendo en consideración el pedido formulado por el señor Presidente Dr. Tomás Ala Arroyo de que se atienda lo solicitado por el Gerente General dando la autorización para su ejecución como Plan Piloto de Creación de dicho Servicio, el que deberá ser evaluado a los dos meses siguientes de su implementación y determinar la creación con arreglo a sus resultados;

Que en mérito a la Carta 1277-ODI-INAAA-IPSS-97, el Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional informa el crecimiento progresivo del segmento poblacional compuesto por personas mayores de 60 años, generando alta demanda de atención médica, que al ser atendida por diferentes consultorios genera multiplicidad en la atención de consulta externa con el consiguiente incremento de costos de atención;

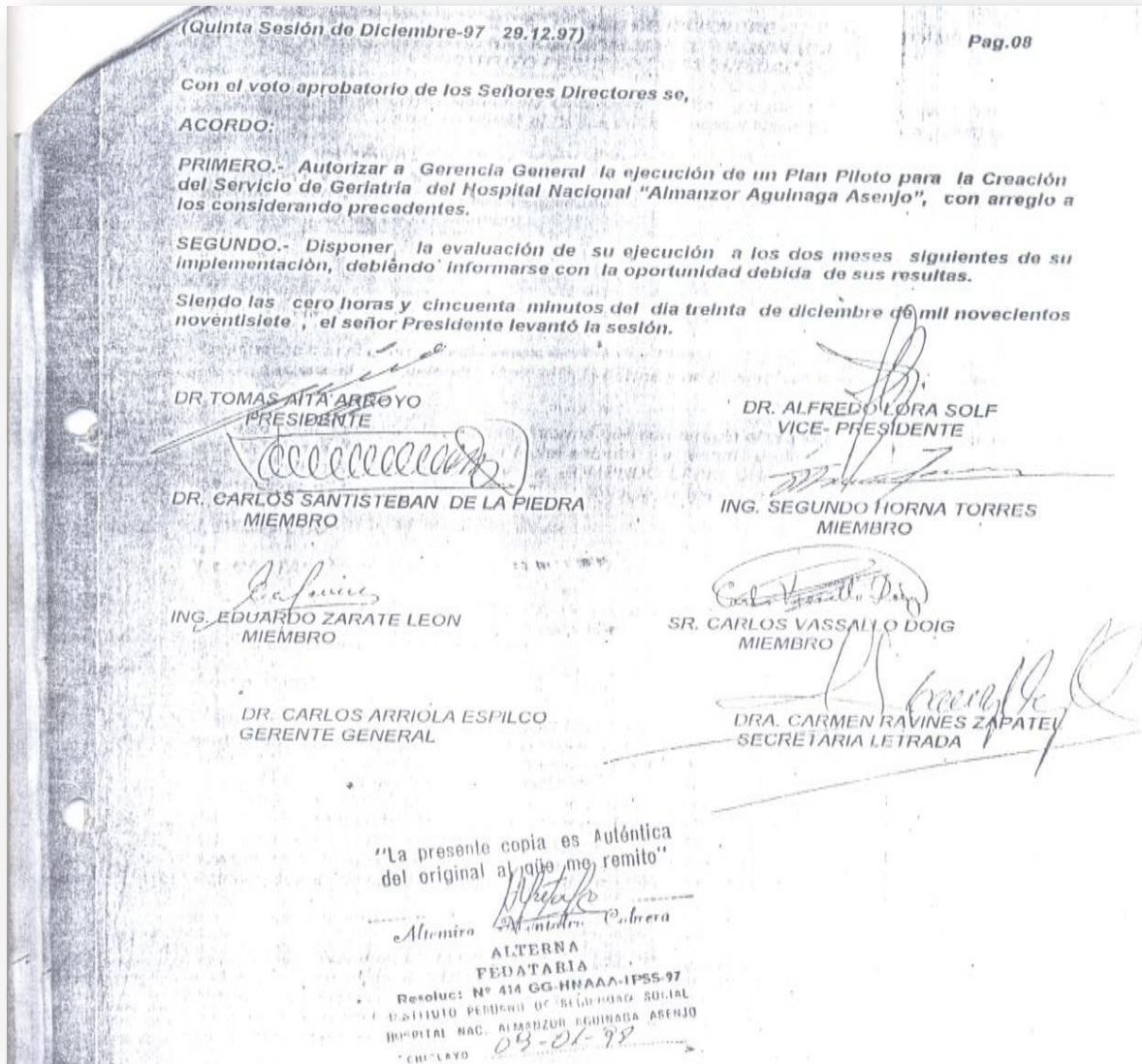
Considerando además, que el IPSS tiene como objetivo el de elevar la calidad y garantizar la oportunidad de las prestaciones integrales de salud y, siendo política de este Directorio velar por que dichas prestaciones se brinden con eficiencia oportuna a los diferentes grupos poblacionales de usuarios, lo que se condice con los actuales lineamientos de política institucional, es procedente autorizar la ejecución de un Plan Piloto para la Creación del Servicio de Geriatria en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo";

"La presente copia es Auténtica del original al que me remito"

Almendra Montalvo Estrella  
ALTERNIA  
FEDATARIA  
Resolución N° 314 GG-INAAA-IPSS-97  
DISTRITO PERUANO 11  
HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASEÑO  
CHICLAYO 29-12-97

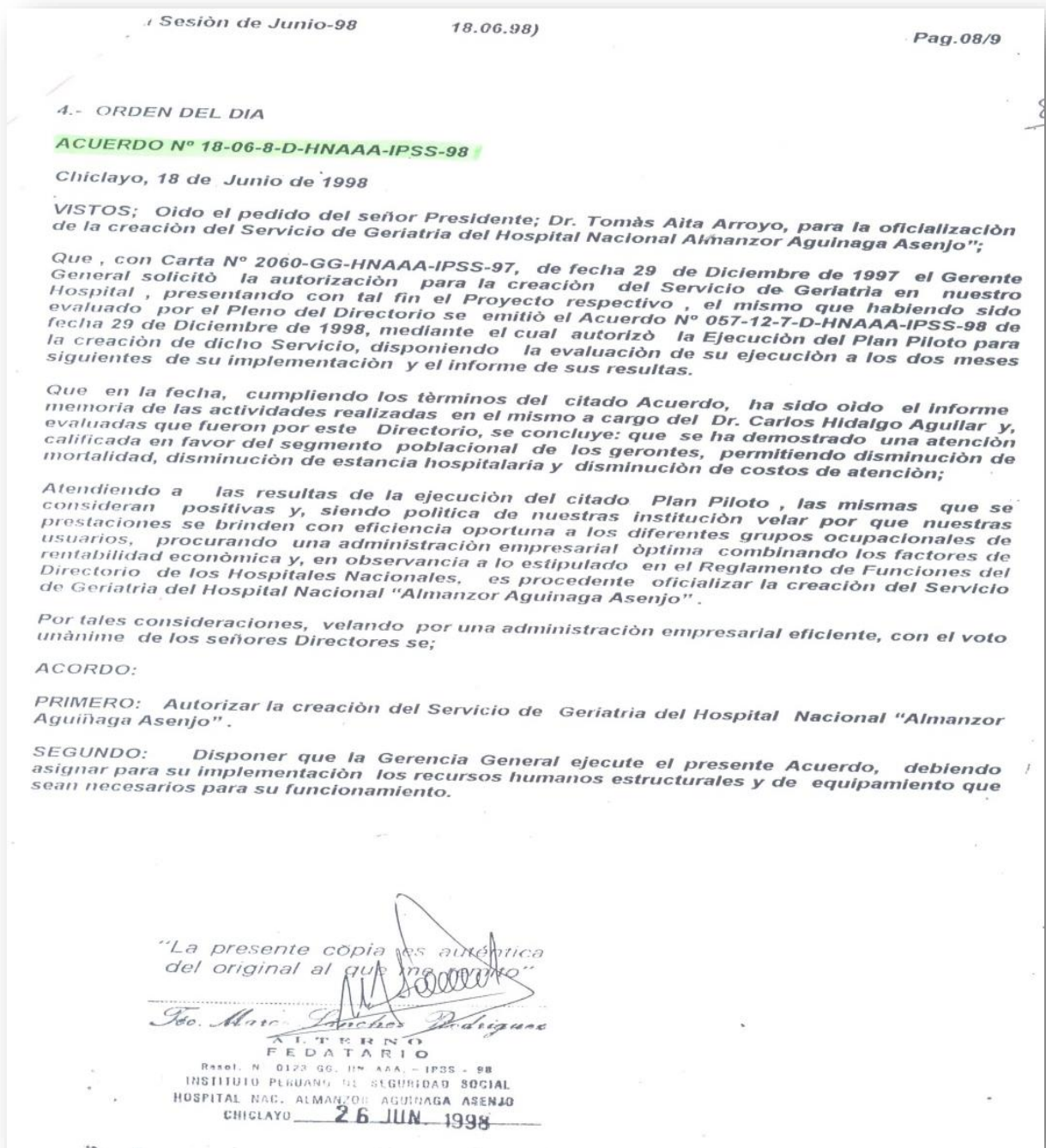
FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

**Figura 16: Autorización de ejecución de Plan Piloto**



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

Figura 17: Autorización de la creación del Servicio de Geriatria



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

Este proceso de envejecimiento obliga al personal administrativo y asistencial que se desarrollan en el ámbito hospitalario, a conocer las peculiaridades del anciano enfermo para conservar su salud, y mejorar la calidad llevándolo muchas veces a generar cambios sanitarios que contribuyan a mejorar su salud, su calidad de vida e ir preparándose para soportar este abanico de necesidades que trae consigo, gestionando óptimamente los medios y recursos de los que se dispone y que estos generen el menor costo posible el que se evidenciara a través de sus indicadores.

*“se justificó, se sustentó la apertura de este servicio toda vez que a esa fecha los pacientes recibían atención en todas y cada una de las áreas del hospital inclusive clínicas quirúrgicas y la de obstetras”. MC*

*“... rápidamente se demostró que se mejoraba costo sobre vida, estancias (¿esos fueron los indicadores?) Claro, nos dieron este..., después las diez camas, iniciamos con seis, luego nos agregaron cuatro mas y al año nos agregaron diez, en total quedamos con veinte camas.” EG*

Los indicadores fueron un tipo de medición que sirvió para evaluar cual avance y mejoramiento en la atención que se brindaba al adulto mayor representada en el promedio de estancia de 10.47 a 8.27 día. Lo que permitía mayor movimiento de camas en cuanto a los ingresos, menor consumo de costo hospitalario, las no iatrogenias, mejor atención y mejor imagen de la institución.

*“... entrego las estadísticas y a raíz de eso viene la creación del servicio de geriatría” CH*

*“nace geriatría ante una necesidad sentida de la población adjudicada al hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo”.  
MC*

**Figura 18: Número de Fallecidos en Hospitalización, según servicio y especialidad**

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL "ALMANZOR AGUINAGA ASEÑO"

**CUADRO Nº 19.- NUMERO DE FALLECIDOS EN HOSPITALIZACION, SEGUN SERVICIO Y ESPECIALIDAD**

MES : JUNIO AÑO : 1998

SERVICIO Y ESPECIALIDAD	NUMERO DE FALLECIDOS			TASA BRUTA DE MORTALIDAD	TASA NETA DE MORTALIDAD
	TOTAL (1)	Antes de 48 hs (2)	Después de 48 hs (3)		
TOTAL	53	9	44	4.16	3.45
MEDICINA GENERAL	5	1	4	6.58	5.26
MEDICINA ESPECIALIZADA	17	1	16	4.97	4.68
Gastroenterología	1		1	4.76	4.76
Cardiología	1	0	1	1.59	1.59
Hematología	1		1	7.14	7.14
Oncología	5	1	4	12.82	10.26
Neumología	1		1	4.76	4.76
Medicina Interna	4		4	8.00	8.00
Geriatría	4		4	8.89	8.89
CIRUGIA ESPECIALIZADA	8	0	8	2.51	2.51
Cir. Abdomen	5		5	8.77	8.77
Cir. de Torax	1		1	2.50	2.50
Neurocirugía	1		1	6.25	6.25
Urología	1		1	2.27	2.27
GINE-OBST-PEDIAT-NEO.	4	3	1	0.90	0.22
Obstetricia (*)	2	2		0.83	0.00
Pediatría	1		1	1.11	1.11
Neonatología	1	1		1.82	0.00
UCI	16	3	13	29.09	23.64
INTERMEDIOS	3	1	2	5.45	3.64
EMERGENCIA	7	7			

NOTA : En total general no se incluye Emergencia  
Para calcular la tasa de mortalidad no se incluye los decesos ocurridos en Emergencia  
(\*) MUERTE OBITO FETAL

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

**Figura 19: Complicaciones infecciosas y no infecciosas por mes del servicio de**

**Geriatría**

HOSPITAL NACIONAL "ALMANZOR AGUINAGA ASEÑO"  
GERENCIA DE AREAS BASICAS  
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y PROGRAMAS DE SALUD

**TASA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y NO INFECCIOSAS POR MES  
SERVICIO DE GERIATRIA  
HNAAA. I SEMESTRE. 1988**

TIPO DE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
COMPLICACION							I SEMESTRE
INFECCIOSA	0.00	16.13	6.25	0.00	0.00	2.08	4.46
NO INFECCIOSA	0.00	3.23	0.00	4.88	0.00	0.00	1.49

TASA POR CADA 100 EGRESOS HOSPITALARIOS (INCLUYE LAS TRANSFERENCIAS)

FUENTE : REPORTE CONSOLIDADO MENSUAL DE CIH - ODI

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

NUMERO DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS  
Y NO INFECCIOSAS POR MES  
SERVICIO DE GERIATRIA  
HNAAA. I SEMESTRE. 1988

TIPO DE COMPLICACION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL I SEMESTRE
INFECCIOSA	0	5	3	0	0	1	9
NO INFECCIOSA	0	1	0	2	0	0	3

FUENTE : REPORTE CONSOLIDADO MENSUAL DE CIH

Figura 20: Perfil de Demanda por servicios de consulta externa

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL "ALMANZOR AGUINAGA ASENJO"

CUADRO N° 5 .- PERFIL DE DEMANDA POR SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA (10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD) ( A )

MES : JULIO AÑO : 1998

SERVICIO Y DIAGNOSTICO	N° CONSULTAS
<b>TOTAL</b>	<b>20,288</b>
<b>MEDICINA GENERAL</b>	
COD DIAGNOSTICO	
J20 BRONQUITIS AGUDA	168
N39 OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	103
K29 GASTRITIS Y DUODENITIS	74
I10.X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	63
J02 FARINGITIS AGUDA	59
M15 POLIARTROSIS	53
K29.1 OTRAS GASTRITIS AGUDAS	45
N00 SINDROME NEFRITICO AGUDO	44
L03 CELULITIS	40
M54.5 LUMBAGO NO ESPECIFICADO	36
SUBTOTAL	685
OTROS CASOS	795
TOTAL	1480
<b>GASTROENTEROLOGIA</b>	
COD DIAGNOSTICO	
K29.5 GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	151
K29.3 GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL	76
K26 ULCERA DUODENAL	59
K27 ULCERA PEPTICA, DE SITIO NO ESPECIFICAD	51
K30.X DISPEPSIA	42
I84.2 HEMORROIDES INTERNAS SIN COMPLICACION	34
K70.3 CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA	29
K58.9 SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARRE	26
K25 ULCERA GASTRICA	25
K58 SINDROME DEL COLON IRRITABLE	21
SUBTOTAL	514
OTROS CASOS	262
TOTAL	776
<b>CARDIOLOGIA</b>	
COD DIAGNOSTICO	
I11 ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	382
I24 OTRAS ENFERMEDADES ISQUEMICAS AGUDAS DE	210
I10.X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	182
I47.0 ARRITMIA POR REENTRADA VENTRICULAR	58
I08 ENFERMEDADES VALVULARES MULTIPLES	49
I47 TAQUICARDIA PAROXISTICA	42
Q24.9 MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO	38
Z01 OTROS EXAMENES ESPECIALES E INVESTIGACI	32
Z71.1 PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN	22
I25 ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZO	9
SUBTOTAL	1024
OTROS CASOS	132
TOTAL	1156

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

**Figura 21: Número de médicos y horas médicas en Consulta Externa**

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL "ALMANZOR AGUINAGA ASEÑO"

**CUADRO N° 11 .- NUMERO DE MEDICOS Y HORAS MEDICAS EN CONSULTA EXTERNA PROGRAMADAS Y EFECTIVAS, SEGUN SERVICIO Y ESPECIALIDAD**

MES : JULIO AÑO : 1998

SERVICIO	NUMERO DE MEDICOS	HORAS MEDICAS		% de Ejecución
		Programadas	Efectivas	
TOTAL	135	4863	4396	90.40
MEDICINA GENERAL	8	452	323	71.46
MEDICINA ESPECIALIZADA	44	2033	1866	91.79
Gastroenterología	3	161	163	101.24
Cardiología	5	212	220	103.77
Psiquiatría	3	164	161	98.17
Hematología	2	75	66	88.00
Oncología	2	84	65	77.38
Endocrinología	4	176	162	92.05
Nefrología	3	96	80	83.33
Neurología	3	182	189	103.85
Neumología	4	98	87	88.78
Reumatología	2	164	172	104.88
Med. Física	3	217	179	82.49
Medicina Interna	6	178	126	70.79
Dermatología	2	138	128	92.75
Geriatría	2	88	68	77.27
CIRUGIA GENERAL	8	118	92	77.97
CIRUGIA ESPECIALIZADA	44	1214	1131	93.16
Cir. Abdomen	7	38	35	92.11
Cir. de Torax	5	44	44	100.00
Cir. Reparadora	2	36	23	63.89
Traumatología	9	211	200	94.79
Neurocirugía	4	68	62	91.18
Oftalmología	5	348	327	93.97
Otorrinolaringología	3	205	210	102.44
Cir. Cab. y Cuello	2	52	41	78.85
Urología	5	180	176	97.78
Cir. Pediátrica	2	32	13	40.63
GINE-OBST-PEDIAT-NEO.	31	1046	984	94.07
Ginecología	9	326	304	93.25
Mastología	1	60	51	85.00
Obstetricia	9	98	96	97.96
Pediatria	7	394	374	94.92
Neonatología	5	168	159	94.64

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

“... Porque, se basó en la necesidad, o sea, la demanda aumento, empezamos a trabajar en forma distinta” EG

“... quienes viendo la necesidad de atender a personas mayores, se creó por medio escrito y le dieron luz verde arriba y fue la propia doctora Baffigo la que llegó eso si tengo

conocimientos, he visto evidencia fotográfica de que ella misma estuvo para dar inicio a las actividades del servicio” JS  
 “... se formó el servicio de geriatría el 3 de febrero de 1998, eso consta en la resolución, a raíz de eso es que se creó y esa es la historia del servicio” CH

**Figura 22: Resolución N°23 – Creación del Servicio de Geriatría**



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

**Figura 23: Carta N°01230 – Autorización de Creación del Servicio de Geriatría**

**ipss**  
Instituto Peruano de Seguridad Social

**HOSPITAL NACIONAL**  
"ALMANZOR AGUINAGA ASENJO"

**GERENCIA GENERAL**

CARTA No. 01230-GG-HNAAA-IPSS-98

Chiclayo, 13 de Julio de 1998

Doctor  
**VICTOR SOTO CACERES**  
Gerente Area Básica  
Presente.-

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL  
"Almanzor Aguinaga Asenjo" - Chiclayo  
GERENCIA DE AREA BASICA  
Dia: 14 JUL. 1998  
Hora: 10:17 1:45 p  
Recibí Conforme: [Firma]

*Geriatría  
Fiebre  
23/07/98  
R. 066*

**ASUNTO :** AUTORIZACION CREACION SERVICIO GERIATRIA

**REF. :** TERCERA SESION MES JUNIO-98 98.06.18  
ACUERDO N° 18-06-8-D-HNAAA-IPSS-98

Por medio de la presente lo saludo cordialmente y le manifiesto que en la Tercera Sesión realizada el 18 de Junio del año en curso, llevada a cabo en el Directorio, mediante Acuerdo N° 18-06-8-D-HNAAA-IPSS-98, acordó autorizar la creación del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Por lo que agradeceré se sirva disponer se asigne su implementación, los recursos humanos estructurales y de equipamiento que sean necesarios para su funcionamiento.

Adjunto a la presente Acuerdo, así como la Resolución 0421-GG-HNAAA-IPSS-98 04 de Julio de 1998.

Atentamente,-

Instituto Peruano de Seguridad Social  
HOSPITAL NACIONAL  
"Almanzor Aguinaga Asenjo" - Chiclayo  
GERENCIA GENERAL

**Dr. CARLOS ARRIOLA ESPILCO**  
GERENTE

CAE/mmg  
Adj: ( 02 )  
cc: ODI  
cc: archivo.

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL  
"Almanzor Aguinaga Asenjo" - Chiclayo  
GERENCIA DE AREA BASICA  
PROVEIDO: 466 GER-HNAAA-IPSS  
PASE: [Firma]  
PARA: Conocimiento, Alcantara  
Requerimiento de Recursos Humanos  
y Equipamiento Requerido  
FECHA: 15/7/98

IPSS, HN. "A.A.A."-CHICLAYO  
GERENCIA AREA BASICA  
DI. VICTOR SOTO CACERES  
C.M.P. 9084 - GERENTE

PLAZA DE SEGURIDAD SOCIAL s/n CHICLAYO - PERU

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

La forma en que se puede satisfacer una necesidad responde a una construcción cultural, al mismo tiempo que los satisfactores definen la modalidad dominante que una sociedad imprime a las necesidades<sup>81</sup> .

Sociedad que por los años 1996 demandaba ser atendida de una forma diferente y querequiere respuestas inmediatas y compromisos; pero esto no solo implica el compromiso de ese grupo profesional dedicado al cuidado de la salud sino de esa estrucutra institucional en el marco de equidad, solidaridad,y eficiencia en la que sus actores participan de una forma indirecta en el cuidado a las personas.

**Figura 24: Inauguración del Servicio de Geriatria**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatria.

Fotografía N°27. Inauguración del servicio de geriatría. Momentos en que la Dra. Virginia Baffigo de Pinillos hace un recorrido por el servicio de geriatría después de haberlo inaugurado, en donde estuvieron presentes los familiares de los pacientes, personales administrativos y asistenciales de otras áreas, siendo un acontecimiento en el que por primera vez, la Dra. Virginia Baffigo de Pinillos llegaba a la institución en el cargo de Presidenta Ejecutiva del Instituto Peruano de Seguridad Social.

---

<sup>81</sup> Max Neef,1994,Max Neef 1994. Desarrollo de la escala humana. Barcelona.

**Figura 25: Inauguración del Servicio de Geriatría**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría.

Fotografía N°28. Inauguración del servicio de Geriatría. Momentos en que el Dr. Carlos Hidalgo Aguilar jefe del servicio, da lectura al discurso de honor en la inauguración del servicio de geriatría, en presencia de las autoridades de la institución: Dr. Tomas Aita Valle gerente general, Dr. Víctor Soto Cáceres gerente de Áreas Básicas, Dra. Virginia Baffigo de Pinillos Presidenta ejecutiva.

## CAPÍTULO IV

### ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO Y LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR (1996-2000)

#### 4.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE GERIATRÍA Y LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADO AL ADULTO MAYOR

*“eso fue para mí. uno, atender una demanda sentida por la población; dos, el reconocer y aceptar que la población no solamente local, regional, nacional, internacional, mundial estaba envejeciendo por lo tanto comienzo a dar pasos firmes para atender a esta población como debería de ser , de una forma más ya especializada , no, más específica digamos, a este tipo de población”. MC*

El reconocer que estamos envejeciendo implica asumir retos, las sociedades necesitan prepararse para hacer frente a estos, no olvidemos que lo característico de este proceso de envejecimiento es mas rápido de lo que fue en los países europeos<sup>82</sup> En la mayoría de los países de las Américas, la población está envejeciendo debido a la esperanza de vida mas prolongadas, en los ultimos 25 años la esperanza de vida al nacer a aumentado 17 años y el promedio de la esperanza de vida al nacer es de 70 años, el 78% viviran mas 60 años y cuatro de cada diez viviran mas de 80 años. La población adulta mayor en el Peru pasó del 10,7% (2006) de a población total del país a 12,0% (2010). En terminos absolutos este incremento significo pasar de 3 millones 75 mil 163 de adultos mayores en el año 2006 a 3 millones 652 mil 352 adultos mayores en el año

---

<sup>82</sup> Como afirma Huenchuan en el documento publicado por la CEPAL(2009).

2010. En promedio, la población adulta mayor en el Perú se incrementó en 144 mil 297, entre año y año; los adultos mayores de 60 a 79 años pasaron a representar 2 millones 624 mil 622 personas (2006) a 3 millones 42 mil 701 (2010) y los adultos mayores de 80 años y más pasaron de ser de 450 mil 541 (2006) a 609 mil 651 (2010) evidenciándonos un incremento del 5,8% respecto a los adultos mayores de 60 a 79 años (2,4%)(44).

Los adultos mayores de más años de edad que se incrementan a un ritmo mayor que los de 60 a 79 años, son los candidatos exclusivos de una atención en salud por la carencia y necesidad propia de su edad y de todo lo que trae este proceso de envejecimiento, que si no estamos preparados para atender, traera consigo una serie de demandas en la familia, comunidad, en la sociedad, en el aspecto político y económico del país y sobre todo en salud.

Las personas de edad avanzada plantean mayores demandas de servicios de salud por que requieren de una atención más frecuente e integral y necesitan servicios de salud relacionados con el tratamiento de enfermedades crónicas y discapacitantes, y frente a ello el concepto de salud sufrirá modificación ya no sería la ausencia de enfermedad como lo dice la Organización Mundial de la Salud cuando hablamos de la salud del adulto mayor, sino que esto cambia debido a que la salud del anciano se mide en base a la funcionalidad <sup>83</sup>“ la salud del anciano se mide en términos de función”

*“... los cuidados en general del paciente cambiaron mucho, mejor dicho la gente tiene otra conciencia ahora. Obviamente no solo, ha habido otras cosas en el transcurso de estos 20 años, pero creo que el primer momento donde estos cambios empiezan, por lo menos para nosotros, es la creación del servicio, es empezar a hablar de geriatría, de envejecimiento, de enfermedades crónicas, donde no te importa curar la enfermedad sino mantener la función” EG*

---

<sup>83</sup> “La salud del anciano se mide en términos de función” Síndromes Geriátricos” capítulo 13.  
[www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35...II.pdf](http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35...II.pdf)

Este proceso de envejecer trae una variedad de cambios, los que se hacen notorios desde la creación de un servicio destinado a atender esta demanda de población, bajo una estructura de un hospital que mantenía un posicionamiento en la sociedad de ser uno de los grandes hospitales a la vanguardia de la salud y en lo novedoso de la tecnología para solucionar y atender sus problemas de salud, que marcaban grandes diferencias desde un perfil epidemiológico que generaba larga estancia hospitalaria porque necesitaba de un nuevo enfoque curativo y al cual la institución aún no estaba preparada y generaba complicaciones alterando la imagen de la institución, hasta el lenguaje tecnificado de los diagnósticos y de las grandes cirugías a un lenguaje que no era del todo común pero que empezaba a notarse como el hablar del viejito, abuelo, ahora Adulto Mayor; ya no hablar de medicina general era hablar de geriatría; especialidad nueva que innovaría desde su concepción.

La geriatría<sup>84</sup> es una rama de la medicina que se remota desde 2,8000 a.C en el antiguo Egipto, pero en América y Europa por los siglos XX el Dr Nascher quien dirigió su atención a los adultos mayores pugnando por un mejor modelo de cuidado médico, posteriormente Marjorie Warren impulsó el establecimiento de normas científicas en apoyo de este modelo que implicó programas rehabilitativos, activos, modificaciones ambientales y estimulación cognitiva, como afectiva permitiendo la reintegración social y familiar de sus pacientes.

Ello implica satisfacer una variedad de necesidades: biológicas, psicológicas y sociales ello quiere decir, conservar la salud del adulto mayor es conservar su funcionalidad que con ella conservaremos su autoestima y estaremos dando calidad de vida, este compromiso que adquiere la institución, el equipo de salud que cuida del adulto mayor debe desarrollar ciertas habilidades y pericias para detectar problemas reales y

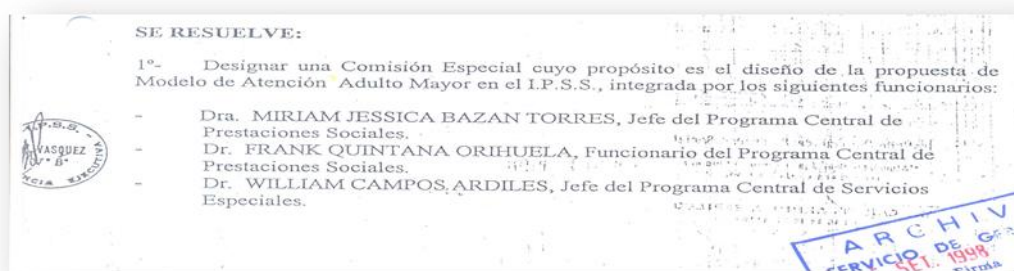
---

<sup>84</sup> "Los fines de la Geriatría son lograr que todo anciano tenga una evaluación médica integral y un tratamiento apropiado o adecuado, de modo que no solo alarga la vida, sino que logra que los adultos mayores tengan una vida útil y feliz..."  
Proyecciones de discapacidad para el año 2050 en los Estados Unidos. Base de datos 1982–1996, WHO, 2001.

potenciales que ponen en riesgo la salud; si queremos dar calidad de vida a los adultos mayores empezaremos diciendo que debemos de brindar una atención de calidad y ello implica el compromiso de quien cuida la salud, pues el cuidado del paciente se torna cada vez mas complejo y requiere de esa colaboración eficaz y responsabilidad de los profesionales de la salud.

Responsabilidad compartida con el gobierno, en atender las necesidades de las poblaciones y en esta necesidad el Perú asume el compromiso de proteger a esta población demandante e integrarla al desarrollo social, económico, político y cultural. Elaborando un plan para las personas adultas mayores; Respondiendo al compromiso asumido con los países desarrollados en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1980 realizada en Viena.

**Figura 26: Designación de comisión especial para diseño de propuesta de Modelo de Atención del Adulto Mayor en el IPSS.**



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

*“ Ya, las políticas eran: envejecimiento activo, la participación del adulto mayor como parte de la sociedad, el otro era, revalorizando al adulto mayor y el otro era el poder gris, poder juntar a los adultos mayores y hacer que ellos tomen decisiones valederas no solamente para su salud sino para la sociedad”  
CH.*

Según la OMS el envejecimiento activo: “El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”

El hacer que los adultos exploten al máximo su potencial biológico, psicológico y social en el trayecto de su vida es el hacerlos sentirse “bien” es “revalorizarlos” fortaleciéndolo con la participación social y que esta sea respaldada y sustentada políticamente, donde ellos asuman un compromiso, el de cuidarse y ser cuidados pero de una manera diferente llevando a las sociedades modernas a enfrentar retos y no solo ello sino aquel que tenga el compromiso de cuidar la salud; lo que está ocurriendo forma parte de lo que A.Diddens (1995,1998) denomina la “socialización de la Naturaleza”.<sup>85</sup>

El envejecimiento podríamos decir que es una respuesta de esta socialización de la naturaleza, producto de disminuir la reproducción humana, disminuyendo los índices de muertes por diferentes causas en la búsqueda de mecanismos para vivir más años, Ronald Katz, presidente de la academia Estadounidense de Medicina contra el envejecimiento, señala: “Creo que vamos a ver vidas mucho más largas ...ya disponemos de nuevas tecnologías”<sup>86</sup>

La tendencia de las nuevas variedades tecnológicas representarían en el cuidado de la salud, la fragmentación de este, pero en la lucha de cuidar la salud a este grupo de adultos mayores exige de algo más; por la variedad de necesidades que vive el adulto mayor desde su comorbilidad, desde su fragilidad exige una forma especial de tratarse y de ser cuidado; llevando a generar cambios desde una práctica del cuidado que se desarrolla en un apogeo del despertar científico y de alta tecnología con tendencia a una práctica instrumentalista logrando un posicionamiento en la sociedad, a una práctica de

---

<sup>85</sup> Ciertos fenómenos que antes fueron naturales, o que venían dando por la naturaleza, ahora tienen un carácter social, es decir que depende de nuestras propias decisiones. La reproducción humana es un ejemplo de ello.

GIDDENS, Anthony (1995). Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Península.(1998). Sociología. Madrid: Alianza

<sup>86</sup> La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas Ana Martínez Barreiro.Universidad de A Coruña. Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración.  
[anamb@udc.es](mailto:anamb@udc.es).

cuidado en el que no predomino lo instrumental sino el desarrollo de lado humano de quienes cuidamos y atendemos al adulto mayor, es cuidar un ser humano a otro ser humano cada uno con diferentes valores, defectos, virtudes y con la esencia misma de su ser, darle lo que necesita para que se sienta útil.

Es hablar de este nuevo enfoque. Enfoque funcional que tiene que ver con la funcionabilidad o capacidad funcional, según Gomez, Curcio y Gomez en geriatría se considera como: "La facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección, o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un alto rango de complejidad" según los mismos autores "La capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que los hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones"

*"...empezando por el enfoque, el enfoque es totalmente distinto, básicamente funcional, tu no buscas curar un enfermedad sino buscas mantener una capacidad funcional, para lo cual curas la enfermedad, pero tú no ves enfermedades, ves el yo y mis circunstancias, o sea si tú no ves al enfermo, al paciente como su familia, su historia, su futuro, todo a la vez, no puedes hacer muchos, entonces se empezó a hablar con la familia, se hicieron los programas de familiar acompañante, se empezó a trabajar las visitas con ustedes, que pasábamos todos juntos, entonces, era entonces una forma de hacer consciencia de lo que era geriatría " EG*

Esto denotaría que la salud no solo es propiedad del cuerpo sino que ve al individuo en su totalidad; pero cuando hablamos de las personas adultas mayores y su salud tenemos que hablar de funcionabilidad pues esta ha sido reconocida por la OMS<sup>87</sup> como el mejor

---

<sup>87</sup> Mejor indicador del efecto de la enfermedad en el estilo de vida y el nivel de independencia de las personas.

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México

indicador del efecto de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia de las personas.

Un nuevo enfoque el que tiene en cuenta que su condición de salud necesita de modelos de atención estén centrados no en “curar” sino en “cuidar” orientados en mantener la salud , promover la autonomía, mantener su independencia funcional, controlar los factores de riesgo esto implica una atención integral de salud, multidisciplinario por las pluripatologías que presenta, interdisciplinario por que busca la satisfacción de lo biológico, psicológico y social, y la participación de la familia por la condición de vulnerabilidad que representa.

*“...el enfoque es totalmente distinto, básicamente funcional, tu no buscas curar una enfermedad sino buscas mantener una capacidad funcional, para lo cual curas la enfermedad, pero tú no ves enfermedades, ves el yo y mis circunstancias, o sea si tú no ves al enfermo, al paciente como su familia, su historia, su futuro, todo a la vez, no puedes hacer mucho, entonces se empezó a hablar con la familia, se hicieron los programas de familiar acompañante , se empezó a trabajar las visitas con ustedes, que pasábamos todos juntos, entonces, era entonces una forma de hacer consciencia de lo que era geriatría “ EG*

*“... el problema es que tú no puedes hablar de geriatría si no tiene claro que hacer, o sea hacer geriatría no es ver viejos, eso lo hace el médico internista, el médico general, entonces si tú no tienes un enfoque geriátrico, y no es saber un montón de cosas, sino es saber que buscas, y saber que la geriatría tiene tres cosas fundamentales sin las cuales no hay geriatría, niveles de atención, valoración geriátrica, y equipo multidisciplinario, sino tienes eso estás haciendo consultorio de geriatría, pero o sea si no hay valoración, por lo menos el enfoque de ver el*

---

Seminario “La situación de los adultos mayores en el DF: Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil demográfico, epidemiológico y sociológico”, México, 1999. pp. 38

*diagnóstico clínico, el diagnóstico psicológico, el diagnóstico físico o sea de capacidad funcional, un diagnóstico social, o sea tú no puedes tratar un paciente sin estar preocupado por el alta, quien lo va a ver en su casa, porque si no preparas en alta en ese sentido de que sirve que lo cures si funcionalmente no se va a recuperar, o sea, que le estas aportando, si va a salir de la neumonía pero salir postrad” EG*

*“... un enfoque más holístico, más integral, recuerda que la geriatría siempre habla de lo biopsicosocial y funcional, y del trabajo en equipo no solo multidisciplinario, sino transdisciplinario, o sea ves de todas las disciplinas, eso fundamentalmente ha sido un aporte a la geriatría y eso ha sido en todas partes, no solo acá; pero como te digo el equipo tiene una base, y esa base la va a conformar médico, enfermera y el resto del equipo multidisciplinario, o sea la asistente, la nutricionista, pero yo creo que los tres que nunca pueden faltar son el médico, la enfermera y la asistente social, porque son la base fundamental” EG*

*“... si la enfermera no se habría comprometido con ser parte de un equipo que creo que es parte de su formación, lo que no tenían creo que era el enfoque geriátrico, pero el enfoque de enfermería en general es bastante más amplio que el enfoque médico, les es más fácil entender lo que es la geriatría, porque ustedes tienen un trato más humano, o sea más tendiente a saber de la familia, del entorno del paciente, a interesarse por el ser humano, el médico está más formado para interesarse por la enfermedad, y ese es el mayor defecto” EG*

El interés por cuidar a este grupo poblacional de adultos mayores portador de condiciones crónicas lleva a las ciencias de la salud a definirse por un tipo de tratamiento surgiendo la Geriatría y con ello la generación del nuevo cambio en la forma de cuidar

El nuevo cambio en la forma de cuidar, implicaba un nuevo modelo para cuidar del adulto mayor en un momento donde aparecían las demandas de las especialidades así surge la geriatría en el Perú,

*“... en el Perú hay dos etapas de geriatría, ya por los cincuenta se forma un grupo de médicos generales y de diversas especialidades que hacen, se reúnen un día y dicen, bueno la geriatría es una rama nueva, todos hay que, dentro de nuestra respectiva especialidad dedicarnos un poco a la geriatría, y fundan la sociedad de Geriatría y Gerontología”. EG (inicio de la geriatría en Perú)*

La geriatría marca su historia en una necesidad o en la lucha de la búsqueda de un desarrollo o identificación profesional en no descuidar la salud, e identificándose a través de ella, partiendo de esta premisa la salud y todos los profesionales que cuidan la salud, se desarrollan en el marco de las necesidades de la población que envejece a un ritmo acelerado y junto a ello una lista demandante de necesidades sociales políticas económicas y culturales para dar una atención integral y de calidad con nuevos modelos de atención que implican nuevas formas de cuidar.

La enfermera profesional de la salud cuyo objeto de trabajo es el cuidado, según Castrillon “... por historicidad del proceso de trabajo se entienden las transformaciones que ocurren en el objeto del proceso, es el objeto social del mismo, en las actividades desempeñadas por los sujetos encargados de una labor determinada, y sobre todo. el cuerpo de conocimientos que preside tal proceso” esto demuestra el alto costo social que tiene la enfermería en su cuidado diario, y las transformaciones que sufre en su evolución.

Las prácticas del cuidado que por historicidad ha sufrido transformaciones desde que se consideraban prácticas domésticas desarrolladas desde el inicio de la humanidad en la lucha por la supervivencia, para luego tecnificarse, y cuando la sociedad en su desarrollo industrial emerge nuevas necesidades de cuidar con la tendencia a la especialización llegando hoy en día a un punto donde exige de un cuidado diferente en que esta la ciencia y la tecnología pero prima el cuidado que gira alrededor de un ser humano como el adulto mayor con un perfil en el que predomina la cronicidad sumado a las pluripatologías, polifarmacia. un cuerpo que envejece y se deteriora con el paso del tiempo, donde su cuidado se centre en la funcionalidad a la que este supeedita, la participación de otro agente importante en el cuidado, la familia, quien se responsabiliza en la trascendencia de su cuidado.

Por los años 1996 el HNAAA vivía el apogeo de la imagenología y tecnología de punta, la trasplantología, la enfermera respondía encontrándose a la vanguardia de la instrumentación, especialización, un cuidado que poco a poco se especializaba desarrollando habilidades y destrezas en el manejo y operatividad de todo un instrumental para salvaguardar la vida de las personas que representaban estadísticas de intervenciones de alta envergadura, esto denotaba un status en la enfermera preparada científicamente y tecnológicamente con el aparataje que le ofrecía la institución quien gozaba de un alto nivel ocupando un sitio importante en la sociedad haciéndola única en su nueva forma de cuidar con un nuevo enfoque curativo.

Enfoque que fue cambiando y junto con ello la nueva forma de cuidar, la enfermera en su quehacer práctico para satisfacer la necesidad de un individuo que padece más de una patología y el avance de más años va deteriorando su calidad de vida llevándolo a la dependencia por la misma cronicidad le ha enseñado una nueva forma de cuidar.

*“... primero el hecho de que en los pacientes mismo hemos ido aprendiendo, los pacientes han sido el mejor modo de ir aprendiendo como tratarlos. Segundo destacaría la voluntad de cada uno de los miembros del equipo original de comprometerse con sus roles que a cada uno le correspondía.”.*  
JS

Los pacientes son la mejor forma de ir aprendiendo, ellos son la razón del ser y hacer de la enfermera para poder nutrir sus prácticas de cuidar, por que ello implica satisfacer sus necesidades, esto es respuesta que en los años 1996 en donde la institución gozaba la alta tecnología e instrumental de última generación las intervenciones quirúrgicas marcaban altos porcentajes en la demanda, el nacimiento de nuevas especialidades médicas y con ello las especialidades en enfermería, como dice Castrillon “... la práctica de enfermería, no se refiere a ella en el sentido de experiencia ... se entiende en el sentido sociológico, que entiende la práctica social como una actividad con sentido, es decir a una actividad que responda o satisfice una necesidad social”

La sociedad empieza a demandar una nueva forma de cuidar, por lo que su población envejece y la salud de estos se ve deteriorada.

De acuerdo con Angulló y Garrido(2004)“La mejora de las condiciones de salud y el aumento de la esperanza de vida han hecho que la vejez deje de ser una experiencia individual para convertirse en el criterio definitorio de un grupo social que cada vez representa un mayor porcentaje de la población”(45).

La complejidad de los problemas de salud que trae consigo este proceso de envejecimiento en el que se debe prevenir o enlentecer las enfermedades crónicas degenerativas que atentan el autoestima y calidad de vida de los adultos mayores; exige por su misma complejidad de un cuidado especial y demandante; la enfermera considerada en su arte del cuidado de los enfermos, comprometida con este cuidado, no solamente de satisfacer la necesidad de salud sino que va más allá, el de cuidar el bienestar y su entorno comprometiendo a otros agentes; como la familia, comunidad y el propio adulto mayor.

La OMS afirma, por ejemplo, que “El ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud”y para que dicho recurso alcance pleno desarrollo, los cuidados de enfermería deben ofrecer un servicio competente de los otros grupos profesionales y útil para las personas que lo requieren”

En primer orden “La enfermería es responsable de un cuidado integral al paciente”(46).

*“... tienes a un paciente complejo, multi- afectado, con varios sistemas, y órganos afectados que necesitaba una atención de la nutricionista, de la psicóloga, de la asistente social, obviamente del médico, del licenciado en enfermería que es clave en la atención, todos esos profesionales forman parte de una atención integral, esa fue la idea original, pasar visita todo el equipo, así fue concebido”. JS*

Hablar del cuidado integral implica para la enfermera en su quehacer diario satisfacer esferas que atenden la salud de la persona, es hablar de la esfera física,

emocional, social y espiritual esto aplicado al cuidado de este adulto mayor que su por su complejidad exige de un cuidado integral en donde no solo aqueja una patología sino mas de una y que a ello se suma la comorbilidad, en un fin que no es curativo sino el aprender a vivir con la dolencia pero sintiéndose útil mejorando su autoestima, en lo emocional es como se sienta esta persona frente a la situación que vive el poder o no expresarla asumiendo situaciones de cuidar de ellos a como me gustaria que me cuiden, en lo social el soporte familiar que juega el papel fundamental y medular para mantener la funcionalidad en donde la enfermera trasciende su cuidado al adulto mayor y espiritual en donde se comparten los valores de esta persona desarrollados en los años de vida y los valores de aquellos que cuidamos la salud.

La enfermería en su practica del cuidar ofrece un servicio competente y util para las personas que lo necesitan no interesa el momento, el tiempo, la tendencia, es ese arte de cuidar “Ejercicio de cuidar no es una mera técnica, sino, fundamental mente, un arte.” “La enfermería es la mas bella de las bellas artes” Florence Nightingale.

en donde la enfermera cuida en el marco de las pluripatologias no curandolas sino participando de su tratamiento, previniendo riesgos y daños que condiciones la comorbilidad, deterioren su salud, tratando su cronicidad y manteniendo la funcionalidad y su autoestima mejorando una calidad de vida; en lo emocional el desarrollo de nuestra capacidad de percepcion para poder entender necesidades que les afecta, pues muchos de estos adulto mayores portadores de secuelas de accidentes cerebrales: afasia expresiva y verbal. En lo social es hablar de la trascendencia del cuida que viene con el compromiso de la familia y el rol que cumple en el cuidado del adulto mayor donde la enfermera desarrolla la función de educadora transmitiendo conocimientos básicos del cuidado, ejecuta y evalua.

El cuidado integral que brinda la enfermera le permite tener una vision amplia de las necesidades del ser humano, asi como velar y responder a ellas, Aristoteles denominó “sabiduria práctica”, que permite cuidar a las personas con sus problemas en lugar de cuidar unicamente los problemas que presentan las personas, y en la parte espiritual es cuidar de un adulto mayor que a sufrido muchas perdidas en el trascurso de su vida y ello lo ha llevado a desarrollar nuevos valores y concepciones de la vida.

La enfermera no cuida sola, la complejidad de atender a un adulto mayor como se ha mencionado necesita de un conjunto conocimiento, habilidades, aptitudes, valores propios y adquiridos en el transcurso y la rutina de cuidar del adulto mayor y de otras cosas mas que no suele estar al alcance de un solo profesional necesita la participacion de diferentes profesionales:médicos, enfermeros, terapistas, psicólogos, trabajadoras sociales, esa modalidad de trabajo nos lleva a dar una atención integral.

En segundo orden el cuidar de los adultos mayores y sus carencias nos ha llevado a gestar esta nueva modalidad de trabajo como es el “Trabajo en equipo” que lo hacia gratificante y la satisfacción de cada uno de los integrantes cuando se satisficaban sus necesidades.

*“... dar me cuenta de cómo trataban a los adultos mayores que era una experiencia novedosa para mí, en el sentido de que participaban todos los profesionales, contribuían todos, en ese tiempo todavía se daba ese manejo así no por parte sino en forma integral, cada caso, el análisis de cada paciente” JS  
“trabajo en equipo”*

Castrillon nos dice: “La enfermera colabora con el médico y con otros miembros del equipo multidisciplinario en salud, ella tiene una función social que realizar” el desarrollar su cuidado al adulto mayor la hace enriquecedora de conocimientos, habilidades y destrezas que muchas veces es indispensable en el cuidado diario al adulto mayor esto la lleva a ocupar un cital importante en el equipo de salud.

*“... primero, es que la enfermera para mí, es la coordinadora de todo el equipo de atención del adulto mayor. El adulto mayor se atiende en equipo” CH*

“El trabajo en equipo es una modalidad de atención innovadora...puede afirmarse que el trabajo en equipo es multiprofesional cuando intervienen miembros de diferentes disciplinas, frente a cualquier situación independiente de la interrelacion e interaccion entre ellos”(47).

*“... en geriatría se ha logrado, más que en otras especialidades es esa unión, el trabajo en equipo, que eso yo lo vi desde que empecé a trabajar”. GV*

*“... darme cuenta de cómo trataban a los adultos mayores que era una experiencia novedosa para mí, en el sentido de que participaban todos los profesionales, contribuían todos, en ese tiempo todavía se daba ese manejo así no por parte sino en forma integral, cada caso, el análisis de cada paciente” JS*

*“... era un trabajo muy satisfactorio el trabajo en equipo. Si se trabaja en equipo se trabaja mejor, hay mejor atención al paciente y por lo tanto mayor satisfacción de uno mismo, uno sale contenta de trabajar, no agotada, cansada, porque se trabaja en equipo, cuando hay unidad entonces no hay distinción de que paciente es este, el otro, ni tampoco con el personal, todos somos un equipo y trabajamos cada quien en lo que le corresponde por supuesto”. GV*

La enfermería como profesión a lo largo de su historia se adaptado su cuidado a las diferentes necesidades de su objeto de cuidado, así como en los nuevos campos de su actuación permitiéndole asumir nuevos retos que la enriqueceran en su saber práctico, llevándola a enriquecer su conocimiento y adquiriendo nuevas habilidades y destrezas, las que son compartidas por un grupo de profesionales con el fin de mejorar cada día su atención y su cuidado, lo que no se ve en otras especialidades pues la geriatría trae nuevo modelo de cuidar por la complejidad de su objeto el que no solo implica un tratamiento de cura sino es tratar la enfermedad y que esta no progrese y que cause el menor daño y a la vez mantener útil a la persona y autovalente ;llevándola a la enfermera a ser reconocida como el eje central de dar el cuidado y gestionarlo en diferentes esferas y niveles dentro de un sistema para lograr su objetivo llenándola de una gran satisfacción personal, profesional, y contributiva con otras disciplinas.

*“... todos somos parte de un equipo, cada uno hace su trabajo, pero hay que resaltar la labor de la enfermera en la atención geriátrica porque es la coordinadora realmente. El adulto mayor se atiende en equipo” CH.*

El trabajar en equipo lleva a la enfermera en su práctica de cuidar a comprometerse con el objetivo en común que es el bienestar de la persona, permitiéndole intercambiar puntos de vista con otros profesionales en miras de solucionar problemas y tomar decisiones, manteniendo una comunicación horizontal con los otros integrantes del equipo de salud ; lo que hace estar satisfecha de su trabajo y más aun cuando se ve reflejada en la recuperación de estos; el cuidar en equipo implica cuidar del paciente y su familia, es cuidar también del profesional mismo y del equipo.

En la medida que la enfermera atiende al adulto mayor, ella entrega los cuidados se aprende y se crece junto con ellos. Como dice: Castrillon “... no es un formalismo, constituye una práctica de integración social, participativa y democrática” pues este trabajo que tiene un objetivo común el de satisfacer las necesidades y lograr al máximo su funcionalidad, nos hace compartir conocimientos y nutrirnos mutuamente de otras ciencias, así como adquirir experiencias que nos sirve para solucionar problemas de otras personas.

El cuidar del adulto mayor un ser frágil y vulnerable, con eficacia y la eficiencia nos lleva a satisfacer las esferas más carentes de su vulnerabilidad y fragilidad haciendo que nuestro cuidado sea un cuidado humanizado, el cuidar del ser humano implica además actuar en base a los valores, tener la capacidad de escuchar el entender la necesidad del otro, manifestar paciencia, mostrar actitud de ayuda eso engrandecerá nuestro cuidado.

La enfermera en su esencia del cuidar de una forma integral lo hace más humanamente, el hecho de cuidar a personas desvalidas, con múltiples problemas, que han vivido pérdidas en el trayecto de su vida, algunos en completo abandono social y familiar, desarrollan ese lado humano en las personas que cuidan de ellos, esto no respondería a la lógica que si las personas que cuidamos no tienen estas características no desarrollarían ese lado humano, voy al sentido de tanta carencia y necesidades que viven estas personas adultas mayores que despiertan en el equipo de salud muchos sentimientos de afecto y

estos se desarrollan más en la enfermera que está en el día a día cuidando de ellos. Cuidar de ellos con conocimiento, habilidad y destreza no podríamos hablar de un enfoque curativo por que ellos viven con sus dolencias crónicas y no una sino más de una lo que lo lleva a otro enfoque, rehabilitativo, con la finalidad de no llegar a la dependencia que es lo más temido para ellos, y los que llegaron a ella, como su nombre lo dice dependen de otra persona para conservar su salud pero no una salud como lo dice la OMS “Completo bienestar físico, social y espiritual y ausencia de enfermedad” esto se podría traducir en dar calidad de vida a esos pocos años que le quedan aprendiendo a vivir con sus dolencias y tratando en la medida de lo posible conservar su autoestima y su autovalencia, es ese compromiso que sume la enfermera en su cuidado, no simplemente se aboca a una terapia que se aplica para tratar el proceso infeccioso ella tiene que estar vigilante que se le ocasiona el menor daño posible por las pruripatologías y polifarmacia que presenta, ello implica cuidar con principios éticos, valores y con profesionalismo.

*“... recuerda que todo pacientes con enfermedad crónica termina siendo la misma evolución, o sea llega un momento en el que termina creando un cuadro de dependencia, encamamiento, vegetativo y muerte, y eso es lo que tu tratas de evitar, ese es el espiral de dependencia, o sea se enferma, se postra, va perdiendo capacidades, si no hay rehabilitación y no hay un manejo adecuado, el paciente sigue perdiendo capacidad, y llega un momento en que no se puede levantar en que ya se empieza a deteriorar, empieza a tomar posiciones fetales y al final la cama es lo que lo mata” EG*

Como lo menciona Watson: “El cuidado humanizado implica, valores, deseos y compromisos de cuidar, conocimientos, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quien es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas que conducen a su crecimiento”(48).

El cuidar de una persona con múltiples necesidades y afecciones es un compromiso con conocimiento, habilidad y destrezas pero que se sepa que se está haciendo todo lo posible por conservar su vida humanamente, en el sentido de conservar la vida, implica hacer uso de la ciencia y tecnología pero con humanismo es hacer que nuestro cuidado sea más humano entonces estaremos humanizando el cuidado.

*“... lo que exigimos de todo el personal y básicamente la enfermera es lo que llamamos en geriatría, humanismo y ciencia, ósea tenemos que ser sensible pero también tenemos que ser estudiosos y estar al avance con toda la tecnología y lo que se pueda ayudar al adulto mayor” CH*

Cuidar de un adulto mayor en el sentido de conservar su vida humanamente implica el la participación de otros agentes como es la participación de la familia la que decide muchas veces el uso de la tecnología, el concepto de como el adulto mayor y la familia perciba la salud, es que será el punto que marque su tratamiento y el mantener su funcionalidad; estaremos haciendo uso de su decisión respetandola y cuidando como ellos decidan; haciendo que nuestro cuidado este supeditado a decisiones del paciente y de la familia que cree que es bueno para el.

El mantener la vida y dar calidad de vida hace que nuestro quehacer practico se enfoque en una atención con valores.

*“... el querer verlos mejor y prolongarle su vida a estos pacientes con una calidad especifica; eso es lo que veía yo reflejado en ese servicio de geriatría, que necesitaba más cariño, más amor, más dedicación, más acercamiento a ese tipo de pacientes por su misma edad”. GV*

El adulto mayor por encontrarse en la ultima etapa de la vida, el haber experimentado muchas perdidas, lo hace carente de amor, comprensión, paciencia; estructuras que la enfermera tiene en cuenta al cuidar de el; el cuidar del otro es tener interés por la persona que se cuida. Watson refiere: “El cuidado requiere de un compromiso moral, social, y espiritual de la enfermera consigo misma y con otros humanos, para preservar la humanidad”(48) este cuidado que se basa en la reciprocidad en el que la enfermera es la llamada a mostrar su parte humana y su moral en el proceso de brindar su cuidado siendo esta gratificada en diferentes formas, esta reciprocidad la nutre subjetivamente, y es percibida por otros. Furegato(1999)“Los pacientes describen a las enfermeras como personas competentes , bondadosas, entregadas y cariñosas que luchan cada instante por el bienestar de quien cuidan; además, están constantemente próximas para aliviar el dolor, el sufrimiento y propiciar alternativas de mejoría” (49).

*“... una enfermera ahí aprende lo que es el dolor lo que significa ser humano y ser humano significa condolerse del otro, de lo que le pasa al otro por lo tanto yo creo que ese es el rol, una enfermera humanizada, yo lo sintetizaría así , una enfermera auténticamente humanizada en todos sus extremos”.*  
JS

*“...es mucho lo que yo he recibido del servicio, es el haberme humanizado, el haberme hecho más ser humano, el haberme hecho darme cuenta que el dolor está ahí con las personas y que las personas iban aprendiendo, los familiares iban asimilando el dolor y la tragedia de sus paciente y en un tiempo iban aceptando, no resignados pero si aceptando que ese paciente iba a partir... o sea todo el mundo metido ahí cada uno poniendo su granito de arena en cada paciente no en forma dispersa que se note y lastimosamente ahora como que eso ha dejado, se ha perdido, su esencia verdadera se ha perdido, se ha ido diluyendo, se ha convertido en un servicio”. JS*

*“Ya, yo lo describo porque lo vi, lo palpé, porque la enfermera es la parte más humana en el trato en la relación, paciente – personal de salud ¿por qué?, porque es la que está más permanentemente con el paciente, la que ve a la familia, la que entiende de repente más los problemas humanitarios que el médico, así lo entendí yo” CH*

*“... lo que exigimos de todo el personal y básicamente la enfermera es lo que llamamos en geriatría, humanismo y ciencia, ósea tenemos que ser sensible pero también tenemos que ser estudiosos y estar al avance con toda la tecnología y lo que se pueda ayudar al adulto mayor” CH*

*“... la enfermera en geriatría es una enfermera comprometida con su paciente y con todo lo que le atañe a su paciente, si el paciente tiene dolor, físico y emocional, físico si es un cáncer terminal ese paciente grita de dolor entonces una enfermera que ante todo tiene la compasión que yo no lo he podido observar en otro lado o sea si el paciente grita la enfermera en otro lado se limita a llamar al médico y pasan 40 o 50 min y el*

*paciente sigue gritando de dolor;yo he visto que la diferencia en geriatría una enfermera comprometida en el todo del paciente, en el sentido, de ese momento ponerle analgesia o incluso incrementarle la dosis a su paciente para aliviarlo hasta que venga el médico y muchas veces el medico llegaba o llega y ya prácticamente encuentra a su paciente aliviado y simplemente se limita a ratificar lo que la enfermera dice, entonces esa es la diferencia esa es la gran diferencia, si el paciente entra en insuficiencia respiratoria la enfermera toma la decisión, le coloca el oxígeno, le toma el AGA y espera con el AGA ya al médico, es diferente, o sea no espera que el médico llegue e indique el AGA, no, ya se adelanta y tiene el AGA, entonces le medico llega caramba es una paciente necesita maquina o ventilador mecánico o puede decir no, en efecto este paciente puede tolerar todavía, entonces la diferencia es muy simple yo veo más humanizado, quizás porque tiene tan cerca la muerte, o sea la muerte está a la vuelta de la esquina que todos están con la sensibilidad a flor de pie, de manera que el dolor de otros le duele a ellas también, yo lo puedo resumir así, es como si a ellas les doliera o sufrieran con eso y se interesan por consecuencia, por lo tanto toman decisiones rápidas no esperan que llegue el médico”. JS*

Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brinda el cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones, además de las necesidades y carencias que posee, este conocimiento se adquiere en la relación que existe en el proceso de cuidar, cual nutritivo es desde que desarrollamos esa parte humana y podemos percibir sus necesidades psicológicas logrando internalizarla para poder entender, es la única forma de poder ayudarlos. muchos de ellos con la pérdida del habla desarrollan otro tipo de comunicación a través de gestos a los que la enfermera logra desarrollar esa habilidad para poder entender y traducirlos y así poder ayudar. Cuidar con humanismo implica tener presente sus derechos y hacer que sean respetados por el equipo de salud y todo aquel que se relacione con él, así también con conocimiento el que la lleve a actuar en el momento oportuno valorando la eficacia, con el uso de la tecnología en caso sea necesario para salvaguardar la vida siempre que sea justo y bueno.

*“... a un cuidado humanizado que es central, o sea el verdadero papel es el papel de humanidad de un enfermero, segundo, el trabajo de enlace que hace con los demás profesionales aportando su conocimiento. Tercero, porque una enfermera está preparada para poder hacer labores de prevención, tareas de prevención primaria de adelantarse a las complicaciones, entonces un enfermero bien preparado en lo que es geriatría, y como yo le hablaba en los diferentes niveles de atención, pues va a la casa y va a darse cuenta, va a percibir con esos ojos, esos oídos y esas manos preparadas que tiene con su sentido, va a darse cuenta que una casa existen condiciones para que el paciente que ya es frágil por su condición pueda caerse , entonces va a orientar al familiar, entonces ahí es clave una buena enfermera que tenga la percepción cosas que ni el médico probablemente perciba porque le medico va deja sus anotaciones, sus recetas y se va”.JS*

Podríamos decir que la enfermera que cuida del adulto mayor tiene como pilar fundamental, haber desarrollado esa parte humana, la que la lleva a trascender en su cuidado aunque en muchas veces implique riesgos legales pues el asumir decisiones que no le competen legalmente, pero que su actuar tiene un argumento científico que va en beneficio de quien lo necesite, ella estaría cuidando con humanismo y las personas que cuidamos de ellos tiene que tener gran calidad humana, haciendo que este trascendiendo en el: cuidado, en el trabajo en equipo: multidisciplinario e interdisciplinario así también en la familia para que esta se sienta bien.

El cuidar del adulto mayor hace en la enfermera asuma diferentes modos de ver la vida: en su inicio , en su proceso y el final de ella, jugando un rol muy importante en el final de ella; el que implicara compromiso de ella misma con sus experiencias espirituales compartiendolas logrando un nexo de familiaridad en el momento del desenlace y de ayuda en la solución de conflictos familiares. Se podría decir entonces que la enfermera en su cotidianidad del proceso de cuidar desarrolla su parte humana y espiritual engrandeciendola, haciendo de ella una persona digna de cuidar, pues muy aparte de su código de ética y deontología, ella está en el compromiso de cuidar de persona a persona, de ser humano a ser humano y el compromiso con la sociedad y la función social de su práctica la que ha variado en su historicidad, desde los modelos en que se basa su

practica para satisfacer las necesidades de salud nos hace ver que este modelo humano y cristiano de Florencia Nightingale, vuelve a estar presente .

Para Kübler-Ross, desde su experiencia, manifiesta que el morir es la parte sencilla; el verdadero reto que tenemos como profesionales de la salud es ayudar a los pacientes a vivir hasta que les llegue su última hora (50).

*participa la enfermera en los cuidados paliativos, o sea yo aprendí y que pude observar en geriatría personas que tenían tanto amor por los pacientes tan humanizados, que cuando el paciente estaba digamos en el proceso de agonía para la muerte, lo que los médicos no habíamos recibido quizás entrenamiento en lo que son cuidados paliativos, que es una, la medicina paliativa es toda una especialidad, es todo un complejo, un enmarañamiento de problemas de situaciones muy muy duras y sin embargo que aprendimos de las enfermeras ahí, yo pude aprender por ejemplo una enfermera que era capaz de hablar con suavidad con amor con cariño a la familia, irlos preparando irles diciendo, llamar al sacerdote para que ofrezca la extremaunción, abrazando al familiar, abrazando al paciente, un abrazo tan necesario y eso que los médicos, nosotros, probablemente por la frialdad no sé , en general no lo hacemos, lo hace la enfermera por supuesto que sí, una buena enfermera está preparada para eso, mira todo los roles que cumple una enfermera”. JS*

*“... la enfermera, en el hecho de ir preparando a la familia, preparando al paciente en ese duro trance hacia la muerte, que parece una palabra fuerte pero es la verdad”. JS*

En el hecho de asumir la muerte como parte del proceso y final de la vida, nos enfrenta a dilemas éticos cuando, cuidamos de un adulto mayor que por sus dolencias y en muchos de ellos en estado de cronicidad, hace que su vida dependa de otras personas las que decidan en muchas veces lo que se cree que es bueno y digno para ellos bajo su concepción de la vida, como las enfermeras que son las que cuidan su salud y la de su familia quien participa de ese cuidado; pero si de lo que estamos seguras es “no del sufrimiento” para el es de hablar de una muerte digna, acompañado de la satisfacción de sus necesidades básicas para mantener la salud hasta el cese de esta.

La muerte posee un significado diferente para cada persona, para algunos: llegó el momento, sufrimiento, pena, dolor, a otros representaba miedo extremo, purifica su alma, pero “El proceso de la muerte no se ha modificado pero las actitudes, las creencias y las conductas que la rodea son tan variadas como los individuos que la practica”(51).

Es en ese contexto en el que la enfermera cuida del adulto mayor y busca satisfacer sus necesidades hasta el cese de sus signos vitales, hablandole en todo momento que estemos cerca a el, coordinamos el apoyo espiritual considerando y respetando sus creencias y de la misma forma lo hacemos con la familia, buscamos un espacio y un momento de apoyo espiritual, haciendo que la enfermera en este proceso del cuidar lo haga con calidad,eficacia y eficiencia, quien se entrega por completo a este momento, haciendo de ella una enfermera virtuosa.

La calidad, eficacia y eficiencia diramos que dichas terminologias son mas conocidas y usadas en el sistema economico, pero en salud permite la evaluacion de un sistema, de una atencion, teniendo muchas veces como respuestas la satisfacion de las personas; pero como que la confusion surge al aplicarlos en ente proceso de la muerte en la que la autora hace referencia a esa calida humana que es exquisita en la enfermera que cuida del adulto mayor la que puede en ella ser una cualidad, o que la ha desarrollado en transe de cuidar y relacionar con este y sus carencias; eficiencia en el satisfacer sus necesidades basicas no llegando al encarnizamiento y haciendo que sea una muerte digna; eficacia en cuanto al tramamiento que apliquemos surga el fecto deseado en el menor tiempo posible y menor daño, evitando el sufrimiento.

La enfermera es la profesional que brinda su cuidado a las personas con nesecidades o dolencias en la magnitud de su esfera biologica, psicologica y social y junto a ella cuida no solo del paciente sino de la familia y de todo aquello que se relaciones con la persona a quien cuida en diversos escenarios haciendo de ello que responda a las nesecidades emergentes pues la enfermeria sabemos que como ciencia social es la disciplina que responde a las necesidades que demanda una sociedad.

“Estamos convencidos de que las enfermeras... tienen unas funciones de gran importancia y cada vez mayores que desempeñar en las iniciativas que lleva a cabo la sociedad para abordar los actuales problemas de salud pública, y para asegurar la prestación de servicios de salud de gran calidad, accesibles, equitativos, eficientes y sensibles con los que se consiga mantener los cuidados y atender los derechos y las cambiantes necesidades de las personas.”<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> Declaracion de Munich.(OMS 2000).

Por esta razón la enfermera se hace cada vez más imprescindible en los servicios de salud, pero su formación, función, estatus profesional, responsabilidad legal, es diferente en las distintas partes del mundo.

Los servicios de salud se desarrollan al margen de una realidad política, económica, social y cultural de cada país, así también el desarrollo de la tecnología no solo marca el desarrollo de los sistemas de salud sino el modo en que trabajamos, la forma en que ofrecemos este trabajo y la organización en la que trabajamos es así como el cuidado se amolda a ello con la única finalidad de cuidar la salud en diferentes escenarios y conceptos.

El Colegio Internacional de Enfermería define a la enfermería "...parte integrante del sistema de atención de salud, comprende la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, y los cuidados de los enfermos físicos, los enfermos mentales y las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad"

Entonces decimos que los cuidados de salud que ofrece la enfermera tiene una gran influencia política, económica, social, cultural y tecnológica lo que lleva a la enfermera a estar preparada en este continuo cambio que exige la sociedad lo que genera una reforma en la atención de salud.

Algunos años antes, Organización Mundial de la Salud distribuyó su documento de política general, titulado 'Nuevos horizontes en la salud'. En él se resume la reforma de la atención de salud bajo el título de "cambio de direcciones".

"pasar del interés en la enfermedad al interés en las personas... poniendo el acento en la salud positiva como parte del desarrollo humano; pasar de la actitud reactiva curativa a la actitud dinámica preventiva... paso de la enfermedad propiamente tal a los factores de riesgo que contribuyen al problema; y pasar del sector de salud a ser compartida entre muchos sectores... a influir en los factores externos relacionados con la salud.' (OMS 1995)

---

[http://www.smsp.org.mx/docs/LXIX\\_ponencias/miercoles\\_18/st4\\_practica\\_avanzada\\_enfermeria.pdf](http://www.smsp.org.mx/docs/LXIX_ponencias/miercoles_18/st4_practica_avanzada_enfermeria.pdf)

Y en el hoy a la participacion de la familia como parte del equipo de salud en la trascendencia del cuidado a casa, la atencion interdisciplinaria con una tecnologia que no deshumanize el cuidado; recordando “ Que el ejercicio de la enfermeria seguira sacudida en el torbellino de las fuerzas sociopoliticas, economicas y tecnologicas de la sociedad”( CIE1997:14)

En ese torbellino es que se desarrolla una sociedad que empieza a envejecer y con ello exige demandas en su cuidado y en donde la enfermera asume los retos por ser parte integrante del sistema de salud desarrollando sus saberes adquiridos en su formacion y en el proceso de cuidar; de un cuidado preventivo, recuperativo y rehabilitativo mas que ello, es mantener la funcionalidad del adulto mayor, el interesarnos por una enfermedad y las secuelas que genera asi como de su comorbilidad.

La enfermera en su acumulo de saberes esta capacitada para enseñar, investigar, supervisar y gestionar el cuidado individual y colectivo ; la complejidad de los cuidados a las personas adultas mayores, en mejorar su salud considerando su comorbilidad y la enfermedad cuidando de su fragilidad, que en muchas veces lleva a la cronicidad. En un escenario donde la poblacion que envejece requiere de una atencion no medico-enfermera sino de un equipo de profesionales que cuide de ella generando de esta manera el trabajo en equipo: interdisciplinario y a la vez multidisciplinario; la misma complejidad del cuidado hace en la enfermera desarrollar sus habilidades y actitudes , nutriendo su conocimiento.

Cuidar de un adulto mayor significa hablar de un cuidado diferente a los otros; desde los saberes, habilidades y aptitudes de la enfermera, asi como el desarrollo de esa parte espiritual que la hace mas humana en su cuidado por las carencias que vive este; esto ha generado una diversidad de funciones y tareas, muchas de las cuales hace algunas decadas no estaban contempladas dentro de las competencias de la profesion.

*“... si la enfermera no se habría comprometido con ser parte de un equipo que creo que es parte de su formación, lo que no tenían. creo que era el enfoque geriátrico, pero el enfoque de enfermería en general es bastante más amplio que el enfoque médico, les es más fácil entender lo que es la geriatría, porque ustedes tienen un trato más humano, o sea más tendiente a*

*saber de la familia, del entorno del paciente, a interesarse por el ser humano, el medico está más formado para interesarse por la enfermedad, y ese es el mayor defecto” EG*

*“ yo pienso que son personas con un perfil muy especial, desde el punto de vista de querer aprender cada vez más, desde el punto de vista de ser comunicativos porque acá estamos esperando la oportunidad de poder hablar con el familiar, por problemas familiares, la acompañante que tenemos, la obligación de educarlos para su cuidado en casa del paciente, cuando ya se ha dado de alta, entonces todo eso tiene que gustarle al personal, que trabaja acá y que no cumple con ese perfil realmente es una barrera para nosotros para poder cohesionar al equipo”. F*

*“... yo las he podido observar y tengo la posibilidad y tengo el testimonio de decir sí observo personas así con ese perfil, caramba visualizan lo que puede suceder y se adelantan al problema, dicen doctor disculpe pero este paciente tiene registro de alergia en la historia por ejemplo al metamizol, no le vaya a indicar metamizol mira que interesante , mira ese solo dato que puede convertir en tragedia, una indicación, la enfermera se adelantó y eso es un 20 de nota, o sea es increíble todo lo que puede aportar pero desgraciadamente no existen todos los profesionales que valoran ese trabajo”. JS*

Como dice Castrillon M. “la dimension social de la practica de enfermeria son la individual y la colectiva; ambas comparten acciones diagnosticos, tratamientos ; en lo preventivo- promocional, recuperativo y rahabilitacion. De forma que la enfermeria asuma una propuesta o perfil academico como respuesta a un perfil ocupacional.elaborando nuevas propuestas pero es en el ejercicio laborar es quien se confronta con la realidad; exigiendo: nuevos perfiles en las profesionales de enfermeria las que atiendan a esta demanda poblacional asegurando la satisfaccion de las necesidades y el maximo nivel de independecia posible y cuando la muerte es inevitable acompañarlos en una muerte digna .

Es hablar de este nuevo enfoque. Enfoque funcional que tiene que ver con la funcionabilidad o capacidad funcional,según Gomez,Curcio y Gomez en geriatría se

considera como:”La facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección, o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un alto rango de complejidad” según los mismos autores “La capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que los hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones”

Esto denotaría que la salud no solo es propiedad del cuerpo sino que ve al individuo en su totalidad; pero cuando hablamos de las personas adultas mayores y su salud tenemos que hablar de funcionalidad pues esta ha sido reconocida por la OMS<sup>89</sup>

Es relevante la participación del cuidador sobre todo si este es integrante de la familia, el proceso de la hospitalización del adulto mayor despierta sentimientos de miedo y soledad y es ahí cuando el rol de cuidador cumple una función importante en los aspectos emocionales y afectivos el mismo proceso de envejecer demanda una serie de cuidados en el que la familia tiene un deber moral, otra de las consideraciones a tener en cuenta es por la importancia de la familia en el cuidado al adulto mayor

En Chile se realizó un estudio por Marin, Guzman y Araya evidenciando que la internación geriátrica acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separado del entorno familiar, mostrándose apático, poco participativo en las actividades programadas, mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento<sup>90</sup>.

La participación de la familia en el cuidado al adulto mayor y en el mantenimiento de su salud es un elemento clave en ella recae la continuidad de un cuidado de calidad hasta el final de sus días. Hablar del cuidador familiar es hablar de toda una historia compleja como persona como ser humano con carencias debilitadas lo que si logramos

---

<sup>89</sup> como el mejor indicador del efecto de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia de las personas

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México

Seminario “La situación de los adultos mayores en el DF: Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil demográfico, epidemiológico y sociológico”, México, 1999. pp. 38

<sup>90</sup> Adultos mayores institucionalizados en Chile. ¿cómo saber cuánto son? Pedro Paulo Marin, José Miguel Guzman, Alejandra Araya Revista Médica de Chile 2004 vol 132 N°7 Santiago

en ellos es alimentar su conocimiento y desarrollar habilidades, considerando sus, costumbres y creencias dentro de su entorno que logren conservar su autoestima y su autovalencia, en otras palabras es hacer que la familia se apropie del cuidado del otro y en donde la profesional de enfermería asume un rol importante . El Consejo Internacional de Enfermería “Las enfermeras, en colaboración con las familias y con otros profesionales de salud, tienen una función clave que desempeñar en los cuidados a las personas mayores” los que se verían reflejados en la disminución de ingresos al hospital y el tiempo que permanecan hospitalizados<sup>91</sup>.

*“... fue la de darme cuenta que un elemento clave en la atención del paciente era el familiar acompañante, para mí fue novedoso encontrar ahí a personas en cada cama acompañando aprendiendo sobre todo y bueno contribuí en hablar un solo idioma con el resto”. JS*

*“... entonces el familiar se iba ya preparado, en ese aspecto de los cuidados mínimos que se quiere para que lo controlen y puedan seguir su atención” GV*

*“... los logros en cuanto a recuperación eran mejores, si el paciente se iba más satisfecho de la atención que se le daba, con lo especificado ya para ellos, y el familiar por lo tanto también, más agradecido y preparado para los cuidados que puedan tener en casa”. GV*

*“... fue la de darme cuenta que un elemento clave en la atención del paciente era el familiar acompañante, para mí fue novedoso encontrar ahí a personas en cada cama acompañando aprendiendo sobre todo y bueno contribuí en hablar un solo idioma con el resto”. JS “*

---

<sup>91</sup> Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2006 [Acceso el 21 de febrero de 2007]. Políticas. Los papeles de la enfermería en los servicios de atención de salud. La atención de enfermería a las personas mayores. Disponible en: <http://www.icn.ch/psoldersp.htm>

*“..El cambio fue notorio porque ya habían, como que se especificaban más las cosas para los pacientes se les dedicaba más tiempo solo a ellos; lo mínimo de detalles era para ver sus necesidades de ellos mismo ya no en general como era para todo paciente adulto, sino ya específicamente para ellos se notó el cambio porque ya se hacía participar a la familia “. GV*

*“... porque es un cuidado muy ardua, dedicado, meticulado, que es el entorno familiar que es muy importante que esté presente, para el momento que uno está con su paciente”. A*

*“... preventivo promocional, que es tan importante para que la familia este educada, se concientice con su participación en el cuidado con su paciente yo creo que se disminuye las hospitalizaciones seguidas”. A*

### **Figura 27: Actividades diarias del Servicio de Geriatría**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría.

Fotografía 27: Terapia física, realizada por la Terapista Rocío Ríos Herencia, con participación del responsable de su cuidado.

**Figura 28: Actividades diarias del Servicio de Geriatría**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría.

Fotografía 28: La presencia y el compromiso que adquiría el familiar acompañante en el proceso de aprendizaje en el cuidado del adulto mayor hospitalizado.

El rol que cumple el familiar responsable del cuidado del adulto mayor en la satisfacción de necesidades básicas, y el mantener el mayor tiempo posible a la realización de las actividades de la vida diaria previniendo complicaciones por inmovilidad, como es el caso de las úlceras por presión que fueron el punto de inicio que llevó a la creación del servicio de geriatría, en el afán de estar al nivel de las otras especialidades, el lenguaje y la terminologías propias de esta especialidad como las palabras viejo, viejita por adulto mayor como lo establece la Organización Mundial de la Salud, síndromes geriátricos, pluripatologías, polifarmacia, etc. Así como el material a usar en la curación de Úlceras Por Presión.

*“... porque antes el viejita era, yo me acuerdo, la enfermera era este..., viejito no se quería ni parar para irlo a mirar, el viejito olía a caca, estaba orinado, había que cambiarlo, mejor lo dejaban tirado, todo esto fue cambiado” EG*

**Figura 29: Capacitación realizada por Laboratorio 3M**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría.

Fotografía 29: Capacitación realizada por la representante de laboratorio 3M sobre el material recientemente adquirido por la institución HNAAA para el manejo de Úlceras por presión como son los llamados parches (Tegaderm, Hidrocoloides ,No Sting,Transpore)

*“... empezamos a usar los parches, que no los conocían acá para curaciones de ulcera, empezamos a hablar de ulceras y movilizaciones, ¿porque antes que se hacía ?, paciente con ulceras, necesariamente, era hablar del adulto mayor?) Es que la mayoría de paciente que hacen inmovilidad son adultos mayores” EG (complicaciones de la inmovilidad)*

Laboratorio 3M<sup>92</sup> conectaba la tecnología con nuestros clientes, desarrollaba una tecnología de ultima generacion

---

<sup>92</sup>3M es una empresa global basada en la ciencia.Tenemos el compromiso de estar constantemente innovando productos y soluciones que ayuden a mejorar la vida de las personas y a las empresas a ser mas exitosas .La capacidad global de fabricación de 3M nos permite desarrollar productos que estan presentes en casi todas las casas y escritorios, en gran parte de las industrias y también ayudan a los profesionales de la salud a cuidar de sus pacientes [http://www.3m.com.pe/3M/es PE/Country-LA/](http://www.3m.com.pe/3M/es_PE/Country-LA/)

Nos dedicamos a hacer productos que cumplan las crecientes necesidades de las personas y las industrias en todo el mundo.

El tener que atender a un grupo que demanda otra forma de cuidar no en el uso de los procedimientos de alta especialidad que se realizaban en la institución, pero si se hacía uso del material de última generación para cuidar la salud lo que generaba beneficio al adulto mayor en el uso de un material que innova el mercado por aquellos años para curar las Ulceras Por Presión y la institución conservaba la imagen ganada por años en el uso de material de última generación demostrando estar siempre a la vanguardia de la salud, esto crea la necesidad de capacitar al personal, sobre todo a la enfermera empoderándose de este tratamiento de Ulceras Por Presión el que implicaba prevención. Esto demandaba prepararse y capacitarse para poder enseñar a cuidar del adulto mayor.

*“...la capacitación para este personal, si bien es cierto nosotras estamos preparadas para una atención holística, multidimensional, integral pero hay cosas que hay que retroalimentar cuando se inicia un servicio nuevo” MC*

*“.. Porque hasta el momento eran enfermeras generales que trabajaban en medicina general y se transformó en el servicio de geriatría, esas enfermeras no tenían ninguna capacitación en geriatría, yo y el jefe ya lo teníamos, ahora faltaba nuestro personal” F*

*“... lo único que se veía era que se tenía que cumplir como enfermera darle un tratamiento, o cumplir los quehaceres, el rol de la enfermera”. A*

*“... que cuando empezamos veíamos unas úlceras atroces, o sea úlceras donde tu veías la cabeza de fémur, y se partía la cabeza de fémur, porque llegaban así, y como no se morían rápido, antes algunos llegaban a mejorar otros morían después de periodos largos, y mira que ahora ya no ves la cantidad de úlceras que veías antes, y eso por lo menos para mí supongo que algo tenemos que ver con eso, porque antes ninguna persona le daba importancia a muévelo, siéntalo, cada dos horas dale la vuelta, o sea antes ni las enfermeras” EG*

*“.. Prevenir las úlceras por presión que últimamente han disminuido para lo que se veía anteriormente, el trabajo ya de pues es un trabajo arduo para la enfermera, pero contenta con lo que uno hace. Úlceras que es específico para el servicio ha disminuido a comparación de otros años, y porque? Por eso justamente el familiar ya tiene más cuidado, está más educado, más concientizado, incluso cuando va a casa el paciente de alta, ya no viene muy seguido a hacer su hospitalización”. A*

*“... Rescataría la maravillosa acción de ustedes de enfermería en la prevención, le pondría 20 le pongo 20 de nota en la prevención de úlceras por presión”. JS*

*“... los logros en cuanto a recuperación eran mejores, si el paciente se iba más satisfecho de la atención que se le daba, más agradecido y preparado para los cuidados que puedan tener en casa”. GV*

No olvidemos que el envejecimiento es una etapa evolutiva, adaptativa normal de cada ser humano, y que todos los cambios que se den en esta etapa no son enfermedad, pero la alta prevalencia de enfermedades crónicas con pronósticos de vida limitado son parte de ese proceso y es lo que los lleva a ser vulnerables y frágiles, los que reflejan esa necesidad de recibir un cuidado integral no solamente por el equipo de salud sino por sus familias o personas que viven en su entorno, un cuidado que debe trascender a casa, que implica satisfacer necesidades básicas de aseo, alimentación, recreación, en un medio confortable y en compañía de sus seres queridos. En donde el equipo de salud asuma el papel de apoyo y supervisión del cuidado en donde la enfermera lidera en el cuidado a través de la educación, evaluación y la retroalimentación.

Figura 30 :Solicitud de apoyo de enfermería para PADOMI

**ipss** **EsSalud**  
MAS SALUD PARA MAS PERUANCOS  
Instituto Peruano de Seguridad Social

HOSPITAL NACIONAL  
"ALMANZOR AGUINAGA ASEÑO" 17

PADOMI ESPECIALIZADO

**CARTA N°025-PADOMI-ESPEC-HNAAA-ESSALUD-99**

Julio, 07 de 1999

Doctor  
**JILIO VILLANUEVA ANGELES**  
GERENTE MEDICO QUIRURGICO - HNAAA

Presente.-

ASUNTO :SOLICITO AUTORIZAR APOYO DE ENFERMERIA PARA PADOMI ESPECIALIZADO.

REF. :DIRECTIVA N°012.GG.IPSS.97


Es grato dirigirme a usted, para saludarlo y a la vez solicitarle se sirva autorizar el apoyo de enfermería para efectuar actividades diversas, en la atención a domicilio; ya que en la Directiva N° 012-GG-IPSS-97, se contempla este tipo de servicio al paciente beneficiario del PADOMI Especializado. Se sugiere que dicha actividad sea considerada en la modalidad de Horas Extras. Las actividades son las siguientes:

1. Cambio de Sonda vesical
2. Cambio de Sonda Nasogástrica
3. Cambio de Colector
4. Curación de Ulceras por Presión
5. Venoclisis
6. Inyectables
7. Aspiración de Secreciones

Agradeciéndole la deferencia que le brinde a la presente, me reitero de

Ud.,

Atentamente,

  
**DR. JOSE LOPEZ DIAZ**  
C.M.P. 13857 R.M.E. 8265  
Coordinador Padomi Especializado  
Hosp. Nac. "Almanzor Aguinaga Asenjo"

JLD/pwb.  
c.c. Archivo

PLAZA DE SEGURIDAD SOCIAL s/n CHICLAYO - PERU 2377

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

“... que la población estaba envejeciendo cada día y llegó el tiempo de darle prioridad a la atención a domicilio, las visitas domiciliarias que hacían las licenciadas de enfermería, acompañadas del profesional médico, otras veces solas, otras veces acompañadas del técnico donde se desplazaban no solamente el recurso humano sino incluso el material” MC

“...a recalcar la educación que es un aspecto importante y a la vez favoreciendo a que el paciente no tenga hospitalizaciones seguidas “A

“... existía el padomi, el programa de atención a domicilio, iba la enfermera, iba el médico, iba el de medicina física, la nutricionista, en cada caso orientando y dando charlas, ajustando, corrigiendo, monitoreando, el tratamiento hasta poder decir, ya está de alta” JS

**Figura 31: Capacitación realizada por Laboratorio 3M**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriátría.

Fotografía N°31. Fotografía tomada cuando se realizaba la visita domiciliaria Post-alta del servicio de geriatría. a través del programa PADOMI .

El adulto mayor y la naturaleza de su complejidad en el cuidado de la salud que exige de un cuidado integral, llevandonos a cuidar en equipo; multidisciplinario e interdisciplinario en donde participa la familia en el rol de cuidador en el proceso de aprendizaje; en el enfoque no de curar si no de cuidar, manteniendo la funcionalidad mejorando su calidad de vida, es que la profesional de enfermería, se ha generado una exacerbada cantidad de funciones, siendo muchas de ellas no estaban contempladas dentro de las competencias de ellas; generando ser protagonistas de diferentes roles, nuevas formas de cuidar así como las tareas cotidianas intrainstitucional y extrainstitucional.

Por su parte Castrillón M. afirma que las profesiones dedicadas a la prestación de servicios se distinguen por un objetivo social, explícito y reconocido por la sociedad. Del médico se espera que haga diagnósticos y tratamientos; del comunicador que informe y oriente a la opinión pública. La enfermera, sin embargo, es percibida y descrita de las más diversas formas, no solo por la gente común, sino por los mismos profesionales.

*“... la enfermera está ahí atrás, la enfermera es el que vive día a día, la que esta minuto a minuto con el paciente, o sea sino funciona la enfermera, no funciona el servicio.” EG*

*“... el trabajo de enfermería es clave y le voy a decir porque primero, porque tiene la oportunidad de conocer todas las cosas más pequeñas y más simples aparentemente pero son datos de gran trascendencia para las decisiones médicas”. JS*

*“... los datos que la enfermera pone en sus anotaciones para el médico que valora esas anotaciones es fundamental Y dos, no solamente la anotación escrita es también el reporte verbal de lo que la enfermera pudo observar en el trámite de las doce horas ,16 horas que le médico no vio, lo que el médico no vio lo está viendo la enfermera lo está anotando lo está reportando, entonces el trabajo de la enfermera es fundamental”. JS*

*“... es la medula del trabajo, es la esencia misma porque nosotros le pasamos la visita dejamos indicaciones y lo más probable es que no monitoreamos que pasó en las siguientes 12, 16, 20, horas quizás y retornamos y encontramos un paciente, distinto, siendo el mismo paciente pero ya con mejor evolución, ¿quién tuvo el papel central ahí?, pues la enfermera porque tuvo el cuidado de ir viendo, o sea tomó decisiones incluso”. JS*

*“... buenos enfermeros hacen la diferencia porque perciben cosas que probablemente nadie más percibe, o que no quiere percibir quizás o que no tiene la preparación suficiente quizás, pero la enfermera bien preparada en geriatría si lo percibe, te da ese dato y a nosotros incluso nos ha salvado la vida por decir nos ha dado datos que nos sirven para tomar decisiones adecuadas” JS*

*“... que veo todos los días, quien se rompe más por el paciente quien ofrece más de sus horas, de su esfuerzo, el núcleo sigue siendo la enfermera, yo rescataría eso, y lo digo así ah de corazón, nada de frizado ni nada, eso es real eso hay que admitirlo, Que buen medico va a tomar decisiones sin datos*

*adecuados de la enfermera, son sus anotaciones es su participación durante la visita, talvez no acompañando físicamente pero si la tienes a la mano y le puedes preguntar qué ha pasado que tiene el reporte de la noche, esa palabra mágica del reporte, porque la atención de geriatría es muy distinta a la atención en otro servicios, o sea en síntesis frágiles dependientes totales, de ahí que el reporte de enfermera para nosotros es oro en polvo, información de primera mano que tienes, más allá de los exámenes auxiliares, yo rescataría eso, la información valiosa que te da”.JS*

*“... el papel de la enfermera en la aplicación del tratamiento , una buena enfermera no sé deja llevar incluso de las indicaciones médicas por más capaz que pueda ser ese médico, revisa , cruza información, y entonces por su experiencia anterior puede decir esta dosis de repente es demasiada para mi paciente y toma la decisión ejemplo: en el caso del diezepam no le pone los 10 mg le pone 2 mg o 3 mg y ve que el paciente calma su convulsión y simplemente lo deja ahí y no pasa de 3 mg, imagínase eso es muy interesante eso yo lo pude observar, tomar decisiones, un paciente hace paro, la enfermera toma el liderazgo , llama al médico inmediato y si el médico no está pues simplemente comienza la reanimación, teníamos toda a la mano, aprendimos todo eso o sea, esa es y te estoy hablando de unos cuantos roles nada más, para mí en esencia la enfermera bien preparada es la clave de la atención del adulto mayor no solamente en el hospital sino fuera del hospital”. JS*

*“yo creo que fundamentalmente el servicio marca ese primer cambio en la población en general, en la parte de enfermería, me parece que incluso mucho más, porque la atención más directo siempre es la enfermera, y la forma en la que atiendes tiene mucho que ver con la conciencia que tengas sobre tu paciente. sea es una persona que molesta, que no te deja dormir, que te llama a cada rato, entonces, si tu no entiendes que eso es una demencia, que tienes que tener paciencia, que tienes que apoyarte en la familia, que tienes que tener estrategia para manejar a un paciente agitado antes, ¿Qué hacías?, lo amarrabas, por poco le ponías un bozal para que*

*no grite, lo amarraban a las cuatro patas de la cama, y tenías que pelear y explicar y enseñarles a usar un antipsicótico ¿no? la toma de conciencia también en enfermería una labor distinta, que ahora la ves más amplia, en más servicios, pero antes lo veías solo en geriatría, la enfermera tan comprometido con el paciente, con su entorno, con su evolución” EG.*

Este arte de cuidar que lo desarrolla la enfermera en su ciencia de su ser, saber y hacer se transforma en un proceso terapéutico e interpersonal en donde el objeto principal es la persona que cuidamos, cuyos fines son más que la salud y la enfermedad es el como persona lo que lleva a la enfermera a cumplir muchos y variados roles como asistenciales, de gestión, educación y de investigación lo que ayudara cada vez a mejorar el trabajo enfermero, pero a la vez el riesgo de pérdida de su identidad en compromiso con su profesión; el trabajar con otras profesiones a través del trabajo en equipo multi e interdisciplinario, en la que ella según Castrillo habla “de actividades independiente y actividades dependientes”, llevandola hacer el engranaje con otras profesiones haciendo que el trabajo sea más integrado y el ocupar un sitio importan como el eje del éxito de cuidar la salud.

Esto nos lleva a una mera reflexión de ese cuidado que realiza la enfermera da mucho más de lo que pide un perfil en el cuidado a este grupo de personas; ella se da como persona, como humana vigilante y en alerta esto nos lleva cada vez más a ofrecer un cuidado sin medir límites abarcando funciones que no le competen, así como decisiones todo ello se da en miras a que la persona que se cuida se sienta bien cuidada en el sentido de la satisfacción de sus necesidades y en el compromiso de cuidar.

El aumento de la población adulta mayor era evidente en el sistema de salud en donde esa población joven que se atendía era cambiada por población adulta mayor y junto a ello todo un perfil epidemiológico donde las enfermedades infecto-contagiosas eran reemplazadas por enfermedades crónico-degenerativas las que representaban mayores costos en el sistema de salud en el ámbito hospitalario, las estancias hospitalarias eran de mayor a 10 días en un hospital nivel IV el que acogía la demanda de enfermedades de alta complejidad y junto a ello se venía venir ya las políticas implantadas por el gobierno en el sistema de salud en el que hablaban del adulto la mayor

y la urgencia de elaborar una plan para atender esta demanda, siendo su finalidad “Mejorar la atencion integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores en los establecimientos de salud publica y privado, en un marco de respeto a los derechos, equidad de genero, interculturalidad y calidad contribuyendo a un envejecimeitno activo y saludable”.

**Figura 32: Designación de comisión para elaboración del Modelo de Atención Adulto Mayor**

**ipssa**  
Instituto Peruano de Seguridad Social

Resol. 273-PE-IPSS-98

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL "Almanzor Aguinaga Asenjo" - Chiclayo  
GERENCIA DE AREA BASICA  
Día: 19 SET. 1998  
Hora: 15:44  
Recibí Conforme:

- Dr. GERARDO CHU YONG, Sub-Gerente de la Gerencia Central de Salud.  
- Dr. GERARDO LIRA LINARES, Jefe del Servicio de Geriatria del Hospital Guillermo Almanara Irigoyen.

2° Designar como Presidente de la Comisión a la Dra. MIRIAM JESSICA BAZAN TORRES, quien instalará la Comisión Especial en un plazo no mayor de 05 (cinco) días calendarios, contados desde la aprobación de la presente Resolución.

3° La Comisión Especial presentará a la Presidencia Ejecutiva, en un plazo no mayor de 45 (cuarenta y cinco) días hábiles, desde su instalación, la propuesta del Modelo de Atención Adulto Mayor.

4° Las Gerencias y Programas Centrales, como las demás instancias institucionales, brindarán la información y facilidades que precise la citada Comisión Especial.

**REGISTRESE Y COMUNIQUESE**

Lo que transcribo a los señalamientos y fines  
14 SET. 1998

IPSS "AAA" CHICLAYO  
Freddy Chirinos Revilla  
Pedatario  
Res. N° 085-GG-IPSS-98 L.  
"Almanzor Aguinaga Asenjo" - Chiclayo  
GERENCIA DE AREA BASICA  
PROVEIDO N° 002 (CAB-HNAAA-IPSS)  
PASE: SERV. GERIATRIA, GERIATRIA  
MOLINA, ORTOFONIA DE JON  
PARE: CONOCIMIENTO 2  
FINES

18 SET. 1998

IPSS HN "AAA" CHICLAYO  
GERENTE  
CV + IG + SG + OII + GCDI + GCL + GCI + GCRH + GCF + GERENJA AREA BASICA  
GCAJ + GCR + GCO + GP + SUBG.REMUN + G.CAPAC + G.OP. + G.OPS + G.CDSERES  
+ P.E. + G.G. + D.H.N.S.A. + G.G.HNSA + D.H.N.A.A. + G.G. HNAAA  
+ D.HNEM + G.G.HNEM + D.HNGAI + G.G.HNGAI + C. HEMODIALISIS +  
PCB + PCSE + PCPP + PCPS + PCPE + INCOR + IPO + GLIMA + SUCURSAL  
HUACHO + SUCURSAL CARETE + GDLAMBAYEQUE + GDAMAZONAS +  
GDCAJAMARCA + GDPIURA + GDSAN MARTIN + GDTUMBES + GDAREQUIPA +  
GDTACNA + GDMOQUEGUA + GDLORETO + GDUCAYALI + GDCUSCO +  
GDAPURIMAC + GDMADRE DE DIOS + GDUNIV. + GDHUANICO +

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

Politica acatada por la Seguridad Social<sup>93</sup> institucion comprometida con la atencion integral de las necesidades; que cubre el 20% de la poblacion, bajo la rectoria del Ministerio de Salud”

En 1990 la situación de salud era crítica: el gasto público se había reducido en un 15% con respecto al año 1985, poniéndolo al Perú en los niveles más bajos de gasto. Ello se manifiesta en el gran número de establecimientos inoperativos especialmente potas alejadas de los centros urbanos, y en la mala calidad de atenciones que recibía la población. También la Seguridad social y el sector privado de la salud se encontraba en serias crisis. Todo ello se reflejó en indicadores de salud de la población similares a los de los países más pobres de América Latina.

A partir de 1995 el MINSA intentó desarrollar un programa de reforma integral del sector salud intentando adaptar recomendaciones de los organismos internacionales en cuanto a la priorización de necesidades y priorización de gastos. La nueva constitución de 1993 había allanado el camino para una nueva reforma de esa naturaleza, al eliminar toda referencia a la gratuidad de la salud, eliminar el monopolio del IPSS en la seguridad social y declarar que los individuos tienen responsabilidad por su salud.

EL Perú ha llevado a una reforma de la seguridad social<sup>94</sup> en la segunda mitad de la década de los noventa con el propósito a largo plazo de la universalización de la cobertura de la seguridad social en salud en el país, en un marco de equidad, solidaridad y eficiencia, facultando a ESSALUD para ofrecer nuevos servicios de aseguramiento, la expansión en la oferta de la institución coincide con nuevas inversiones en infraestructura médica y hospitalaria, llevándola a la institución a ser reconocida como una de las mejores instituciones prestadoras de salud por encontrarse a la vanguardia de la

---

<sup>93</sup> Institución autónoma y descentralizada, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable, fiscalizada por sus organismos propios y de control del estado conforme a ley.

Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social, El Peruano 29 de Diciembre de 1987. Ley N° 24786.

<sup>94</sup> En 1995, la administración central IPSS decidió descentralizar la administración y la provisión de los servicios, modificándose los mecanismos de asignación de recursos de la administración del fondo de salud hacia los centros proveedores, dejándose de lado los presupuestos globales históricos. La seguridad social estableció un mecanismo basado en transferencia de presupuesto de acuerdo al tipo de centro de atención, esto evitaría la inercia institucional y permite adaptar la oferta de servicios a los cambios en la demanda de las poblaciones, por otro lado la distinción entre los establecimientos de salud se realiza a partir de la complejidad y el tamaño de los mismos asignándose mayor valor a los hospitales de mayor jerarquía. Esto justifica que los hospitales de mayor jerarquía realizaban intervenciones más complejas que son más caras, a pesar de los cambios introducidos la situación era poco sostenible, además el problema de baja cobertura, se presenta el fenómeno del doble aseguramiento. La equidad no era una de las características del sistema y las reformas estructurales en el mercado laboral habían disminuido la población cubierta por la seguridad social. El funcionamiento general del sistema distaba de ser satisfactorio, y adolecía de fallas graves en su estructura.

ciencia y la tecnología con atención por especialidades y la modernidad, pero ello no podía responder a esta demanda de población adulta mayor, pero en el afán de cumplir con los principios de solidaridad, equidad y eficiencia es que se da paso a la creación de una nueva disciplina que se encargaría de atender a esta población demandante de adultos mayores que es la Geriatria.

La geriatría se inició a mediados del siglo XX, fundando en 1953 la sociedad Peruana de Geriatria la que entro en crisis por lo que sus miembros no decidían la finalidad e identidad de la institución; y a fines de los setenta se crea la sociedad de Gerontología y Geriatria en el Perú.

*“... en el Perú hay dos etapas de geriatría, ya por los cincuenta se forma un grupo de médicos generales y de diversas especialidades que hacen, se reúnen un día y dicen, bueno la geriatría es una rama nueva, todos hay que, dedicarnos un poco a la geriatría, y fundan la sociedad de Geriatría y Gerontología” EG.*

El centralismo que se da en nuestro país determino que la mayoría de las instituciones para la atención geriátrica se encuentran en Lima.

*... la presidencia del directorio me encarga que vaya a hacer un estudio en Lima para ver en los servicios de geriatría como es que tratan a estos pacientes y como ellos han podido solucionar sus problemas. veo el hospital de la policía, el hospital de la FAP, el hospital Naval y el hospital Militar, no había otro servicio de geriatría, y el hospital de la FAP era el hospital modelo, el hospital mejor organizado y consideraba los cinco niveles de atención que son estrategias de atención, prevención, asistencial, rehabilitativo, había consulta externa, hospital de día y la visita domiciliaria” CH*

*“Ello sirve de modelo y se adecua al sistema de la Seguridad Social empezando por la infraestructura y la organización de un nuevo servicio” CH.*

*“.. Tenía que pensar en la estructura e infraestructura, como los recursos: principalmente humanos, financieros, los materiales, insumos, etc.” MC*

“... cuando se creó el servicio de geriatría, , con toda la logística, abracando las patologías y las necesidades de los mismos pacientes en esa gravedad”. GV

“... Se inicia el servicio de geriatría, donde estaba incluido al inicio del servicio de medicina general para después ya independizarse como servicio específicamente.” GV

**Figura 33: Designación de la Unidad de Geriatría**

**ipss**  
Instituto Peruano de Seguridad Social

HOSPITAL NACIONAL  
"ALMANZOR AGUINAGA ASEÑO" 29

GERENCIA DE AREAS BASICAS

MEMORANDO N° 005 -GAB.HNAAA.IPSS.98

PARA : DR. CARLOS HIDALGO AGUILAR  
UNIDAD DE GERIATRIA

ASUNTO: COORDINACION CON SERV.MEDICINA  
GENERAL

FECHA : CHICLAYO, 11 FEBRERO 1998

Agradeceré a usted se sirva coordinar debidamente con el Servicio de Medicina General, para que los pacientes geriátricos que presenten cuadro agudo o desequilibrio severo, pasen a su Unidad para su manejo respectivo; considerando que cuenta con personal permanente de Enfermería.

Atentamente,

Instituto Peruano de Seguridad Social  
HOSPITAL NACIONAL  
"Almanzor Aguinaga Asenjo"-CHICLAYO  
GERENCIA DE AREA BASICA

DR. VICTOR SOTO CACERES  
GERENTE

VSC/PFE.

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

“... se asignó el ambiente de UCIN que era la Unidad que atendía a paciente crítico, se decidió que ahí fuera el servicio de geriatría donde funciona hasta la fecha... su nombre original es servicio sistema, porque sistema, porque en realidad es un enlace de varios puntos que intentan ayudar al adulto mayor en sus diferentes niveles de complejidad, desde la atención domiciliaria , el hospital de día concebido para atender a los pacientes que necesitan solo eso una atención, un examen y luego retornar a su casa; y seguir en sus familias

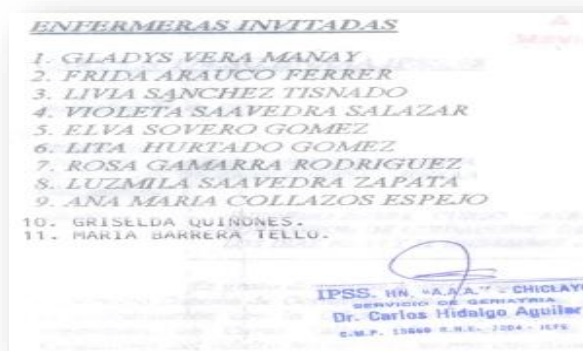
porque entendimos , aprendí que el mejor lugar para el paciente era su hogar, al lado de su familia, incluso asimilando la presencia cercana de la muerte”.JS (Servicio- Sistema)

“... otorgándome dos médicos, el que le habla,y el doctor Eduardo Gómez de la Torre que es el Geriatra que vino de Lima y busque enfermeras, nadie quería entrar en el servicio, nadie, a pesar de que era un plaza nueva, iba a ser nombrada al servicio, porque me dieron plazas para geriatra, el resto de profesionales enfermeras fueron rotadas de otros servicios”CH  
“... pensar en quien va a tener la responsabilidad de la gestión en forma directa, en este caso pensar en una enfermera jefe, por quien el servicio de geriatría es principalmente cuidado y quien mejor que el licenciado de enfermería para dar el cuidado el que conduzca, y nos garantice una atención de calidad, humanizada, oportuna, continua y libre de riesgos que es lo que estos pacientes necesitan”. MC

“... la enfermera jefe fue elegido por las competencias que tenía, su preparación, antecedentes”. MC

“... el hospital nacional estábamos en la capacidad de ofertar cuidado de enfermería padimencional, holístico e integral, estábamos en la capacidad de ofertar recursos humanos calificados gerencialmente y asistencialmente”. MC

**Figura 34: Designación de personal**



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

**Figura 325: Solicitud de apoyo médico fisiatra y terapeuta para PADOMI**

**ipss** **ASEsSalud** **HOSPITAL NACIONAL**  
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS  
"ALMANZOR AGUINAGA ASEENJO"  
Instituto Peruano de Seguridad Social  
PADOMI ESPECIALIZADO

CARTA N°026-PADOMI-ESPEC-HNAAA-ESSALUD-99

Julio, 07 de 1999

Doctor  
JULIO VILLANUEVA ANGELES  
GERENTE MEDICO QUIRURGICO - HNAAA  
Presente-

Fecha 09 JUL 1999  
Hora 10:50 Reg. 2702  
Recibido por Galicia D.

ASUNTO :SOLICITO APOYO DE MEDICO FISIATRA Y TERAPISTA FISICO PARA PADOMI ESPECIALIZADO

REF. :DIRECTIVA N°012.GG.IPSS.97

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo y a la vez solicitarle se sirva autorizar el apoyo de un Médico Fisiatra y Terapeuta Físico para la asistencia de actividades de fisioterapia o terapia física (rehabilitación) en domicilio, ayudando en la recuperación de pacientes adscritos al PADOMI Especializado, en condiciones de:

- Invalidez,
- Secuela de daño Neurológico,
- Post operados,
- Síndromes de Inmovilidad y
- Terapia Respiratoria.

Considerando que en la Directiva N° 012-GG-IPSS-97, se contempla este tipo de servicio al paciente beneficiario del PADOMI Especializado. Se sugiere que dicha actividad sea considerada bajo la modalidad de Horas Extras.

Agradeciéndole la deferencia que le brinde a la presente, me reitero de Ud.,

Atentamente,

**Dr. JOE LOPEZ DIAZ**  
C.M.P. 1289 - R.M.E. 6284  
Coordinador Pacient Especializado  
Hosp. Nac. "Almanzor Aguinaga Asenjo"  
**ASEsSalud**

JLD/pwb.  
c.c. Archivo

PLAZA DE SEGURIDAD SOCIAL s/n CHICLAYO - PERU

FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

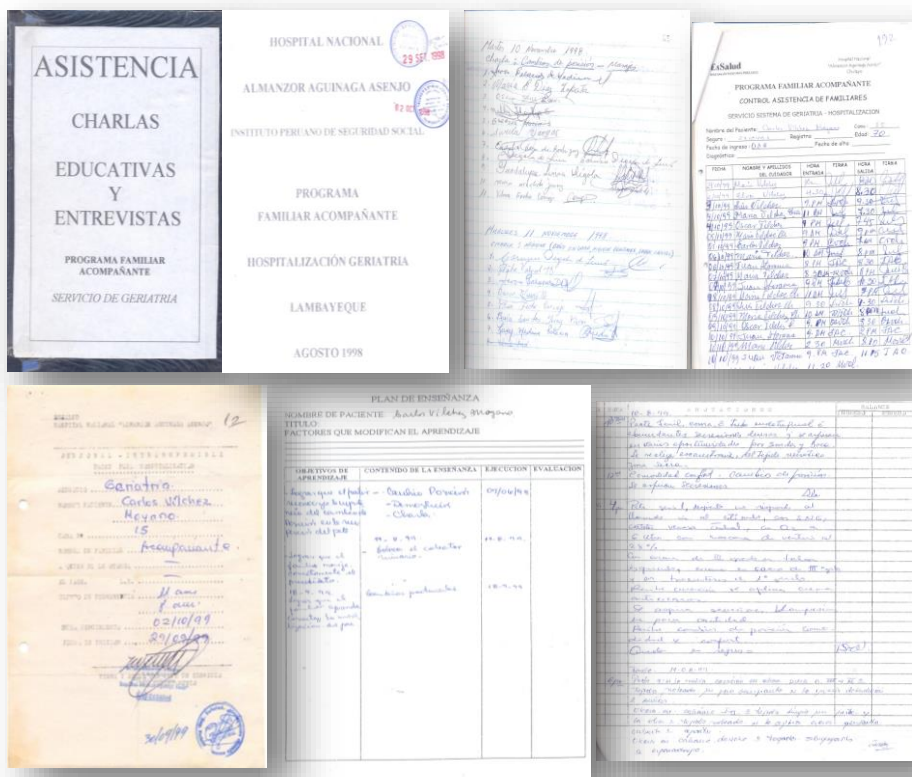
Los retos que asumía el nuevo equipo de trabajo al cuidar a este grupo poblacional de adulto mayor que demandaba una atención integral requiere de un equipo de salud interdisciplinario: médico geriatra, enfermera geriatra, trabajadora social, psicólogo, nutricionista y otros profesionales como terapeutas de lenguaje y ocupacionales.

*“...el doctor Eduardo de la Torre y yo los únicos médicos porque Carlos había viajado a Cuba a hacer una capacitación , estaba usted, la señora Frida como pilares. nutricionista, asistencia social, psicólogos, en realidad un grupo humano así, muy disperso pero a la vez muy interesado en ayudar al adulto mayor”. JS*

El rápido cambio de esta complejidad de la atención al adulto mayor y el costo social que asume la enfermera la lleva a mejorar cada día más, su calidad en el cuidado desde que se valora, planifica, ejecuta y evalúa. Organizando y Gestionando el cuidado.

El mantener la salud del adulto mayor no es “curar” sino “cuidar” de el, es hablar de un nuevo enfoque del cuidar la salud manteniendo la funcionalidad de este con la participacion del equipo multi e interdisciplinario sin olvidar el actor clave del cuidado que es el familiar o persona responsable de su cuidado, al que la profesional de enfermeria le enseñara y educara para que satisfaga las necesidades basicas: alimentacion, higiene, actividad y recreacion .

**Figura 36: Registros de educación al familiar acompañante**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatria.

**Figura 37: entrega de sillas de ruedas a familiares de pacientes del Servicio de Geriatría**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría.

Fotografía N° 37. Momentos en que se donan sillas de ruedas al servicio de geriatría. Entrega de sillas de ruedas que se realiza en el pasadizo del servicio de geriatría, con la presencia de los familiares acompañantes de los pacientes hospitalizados, la asistenta social del servicio de geriatría, las sillas de ruedas material usado en la contribucion de mantener la funcionalidad y rutina de vida del adulto mayor.

El deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria: transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo

del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa. El 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para ABVD(52).

**Figura 38: Personal médico y familiar acompañante en el Servicio de Geriatría**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría.

Fotografía N°38. Fotografía tomada en el servicio de geriatría. Se aprecia la diferencia de vestimenta de ambos médicos; Dr. Carlos Hidalgo, con chaqueta blanca y Pantalón oscuro, mientras el Dr. Eduardo Gómez de la Torre, con chaqueta y pantalón blanco siendo parte de su formación en las fuerzas militares en donde su uniformidad es de estas características.

*“ .. Bueno la entrega es total, con el paciente, atención generalizada, atención completa, que no se ve en otros servicios, como es geriatría. Trabajar con el familiar acompañante, es importante también la educación con el familiar, para que de esa forma cuando vaya a casa el paciente sepa por lo menos los cuidados mínimos, es un trabajo arduo para la enfermera, pero contenta con lo que uno hace”. A*

*“... los logros en cuanto a recuperación eran mejores, si el paciente se iba más satisfecho de la atención que se le daba, más agradecido y preparado para los cuidados que puedan tener en casa”. GV*

*“...el personal se capacito, se creó conciencia en el personal para que ellos se dediquen con más cariño, más amor y más dedicación a ese tipo de pacientes. Se notó el cambio porque era diferente la atención solamente dedicada a ellos”. GV*

### **Figura 39: Capacitación en Geriátría y Gerontología**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriátría.

Fotografía N°39. Curso de Geriátría y Gerontología, realizado en el Hotel de Turistas, .Dr. Andrés Gómez de la torre Campos Geriatria, Dr. Adalberto Gamero Delgado Jefe del servicio de Geriátría de la FAP.

**Figura 40: Médicos en la Capacitación en Geriatría y Gerontología**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría

Fotografía N°40. Curso de Geriatría y Gerontología, .Dr. Eduardo Gómez de La torre Campos con los ponentes invitados de Lima.

**Figura 41: Equipo de salud en la Capacitación en Geriatría y Gerontología**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría

Fotografía N°41. Curso de Geriatría y Gerontología, El equipo de geriatría al término del evento científico en compañía de los ponentes invitados de las diferentes instituciones FAP Y Fuerzas Policiales de Lima, así como la participación de las representantes de los laboratorios como: 3M

**Figura 42: Taller del cuidado al Adulto Mayor**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriátría.

Fotografía N°42. Primer curso-Taller para formar a los cuidadores de Adultos Mayores. Que se realizó en el Auditorium del Hospital Nuevo (HNAAA), en el año 1998, contando con la participación en la inauguración.

**Figura 43: Equipo de salud en el Taller del cuidado al Adulto Mayor**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriátría.

Fotografía N°43. Primer curso-Taller para formar a los cuidadores de Adultos Mayores- 1998. Foto tomada al término del evento, el equipo organizador con una de las invitadas de Lima como ponente, Enfermera Martha Vega

**Figura 44: Personal asistente al Taller del cuidado al Adulto Mayor**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatria.

Fotografía N°44. Personal Asistente al curso-taller de formación de instructores en el cuidado al adulto mayor realizado en el auditorium del Hospital Nuevo (HNAAA).

**Figura 45: Curso Regional del Norte en Geriatria y Gerontología**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatria.

Fotografía N°45 Inaugurando “Curso Regional del Norte de Geriatria y Gerontología” en el día Internacional del Adulto Mayor, contando en la mesa directiva con la presencia de las.....realizado en el colegio médico (logotipo ubicado al lado superior derecho de la foto)

**Figura 46: Participantes en el “Curso Regional del Norte de Geriatria y Gerontología**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatria

Fotografía N° 46 Participantes en el “Curso Regional del Norte de Geriatria y Gerontología, realizado en el Colegio médico, ubicado en la avenida Salaverry.

*“... los primeros años, se hacían sus eventos científicos y su sociedad”. MC*

*“...la capacitación para este personal, si bien es cierto nosotras estamos preparadas para una atención holística, pandimensional, integral pero hay cosas que hay que retroalimentar cuando se inicia un servicio nuevo” MC*

*“...el personal se capacito, se creó conciencia en el personal para que ellos se dediquen con más cariño, más amor y más dedicación a ese tipo de pacientes. Se notó el cambio porque era diferente la atención solamente dedicada a ellos”. GV*

*“... positivas era porque la enfermera quizás se dedicó ya como especialidad a geriatria, con cuidados específicamente ya para ese tipo de pacientes, con muchos más conocimientos en esas patologías, esos cuidados que tenían que tener entonces, la enfermera se especializo prácticamente en ese servicio, en ese tipo de cuidados que tenía que dar al paciente, ella se podía desarrollar más, la enfermera que le gustaba trabajar ahí, entonces se desarrollaba y aplicaba todos sus conocimientos en ese tipo de pacientes, se podía progresar, yo creo que sentía más satisfacción, y se sentía más satisfecha de brindar un cuidado a un paciente de ese tipo”. GV*

**Figura 47: Informe de curso Acreditación de instructores en formación de cuidadores al adulto mayor**



FUENTE: Archivo central de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Ex policlínico de José Leonardo Ortiz.

**Figura 48: Aniversario del servicio de Geriatría y Gerontología**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría.

Fotografía N° 48. Aniversario de Geriatria 1999. Ceremonia de inauguración del primer curso ..... en donde participaron las autoridades de la institución: Jefe del servicio de geriatría Dr. Carlos Hidalgo Aguilar, Roberto Pérez Administrador, Dr. . Carlos Vasallo Doig. Gerente (NO se menciona quien es la dama)

*“... ahí estábamos ya con las normas, los protocolos (no con esos nombres de protocolos), intentábamos hacer guías, nos preocupábamos en poder estudiar en nombre propio paramatender las necesidades de un viejito desvalido delicado, necesitaba ser atendido como un paciente geriátrico, no se hablaba del término geriátrico, pero ya con el servicio la gente de fuera conosca que hay un servicio destinado a adulto mayores” F*

Los protocolos clínicos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado. Los protocolos definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas. Por ejemplo, los protocolos pueden ser escritos para el cuidado de los pacientes (sondados con sonda nasogástrica o vesical). El protocolo describiría como cuidar del paciente con un tubo colocado, y el procedimiento detallará como insertar o colocar la sonda. Estos estándares podrían determinar cuán a menudo evaluar al paciente, cómo evaluarlo y qué tipo de tratamientos son necesarios.(53).

En su quehacer diario de la practica clinica, la enfermera se encuentra en la necesidad de tomar deciciones que en muchas veces lo hace por la experiencia adquirida en su practica de cuidar, en el cumplimiento de indicaciones de otros profesionales y con los conocimientos adquiridos en nuestra formacion, si bien los dos primeros se habian desarrollado en la atencion de alta complejidad y de todo un aparataje en la atencion, se tuvo que precisar conocimientos basicos que se adquirieron en la formacion de los cuales ella haria uso para poder brindar una atencion de calidad, mejorar la salud y lograr la satisfacion del paciente la que fue creciendo.

El servicio de geriatría se inicia con seis camas, teniendo un efecto positivo reflejado en las estadísticas de los perfiles epidemiológicos, estancias hospitalarias, la presencia y participación permanente del cuidador principal del adultomayor, el trabajo en equipo multi e interdisciplinario y el enfoque geriátrico en el que se considera la funcionalidad del adulto mayor, desarrollándose en el marco de dar una atención de calidad eficaz y

eficiente, la demanda de atención crece y junto con ella el servicio aumentando a 10 y luego 20 camas abarcando más infraestructura, así como recurso humano profesional.

*“... al comienzo solamente un geriatra y luego ahora tener pues cuantos 6, 7 geriatras con título, eso hace la diferencia,”.*  
JS

**Figura 49: Servicio de Geriatría y Gerontología**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatría.

Fotografía N° 49. Foto tomada en el servicio de geriatría, en donde había la capacidad de 10 camas, paredes pintadas con un color verde de intensidad suave que guardaba relación, con el tono de pintura de las camas y la chaqueta de uniforme del médico que se encuentra revisando historia clínica, preparándose para la visita médica.

La vejez trae múltiples transformaciones: biológicas, psicológicas, sociales, transformaciones personales, dependencia económica y funcional llevando a modificar su estilo de vida, roles dentro de la familia, la autopercepción y percepción que tenga los

demas; esto ameritaba ser atendido por el equipo de salud lo que implicaba un trabajo asociado con la educacion impartida día a día al cuidador del adulto mayor,el papel mas importante que realizaba durante la visita del equipo de salud, era el reporte de enfermeria,el que cobraba importancia en la generacion de continuar con la misma terapia , cambiar o suspender, el trabajo dirigido en el enfoque geriatico que tiene que ver con lo funcional, supervisando los cambios posturales, sentarlos en silla de ruedas o al borde de cama,realizar curaciones de ulceras por presion las que demandaban mayor tiempo dependiendo del grado de ellas llevando a ser un trabajo agotador sumado a ello cuando se daban situaciones de emergencias y urgencias esto se recargaba aun mas cuando habian casos de pacientes en fase terminal.

«Creo que vamos a ver vidas mucho más largas, quizá en el curso de la nuestra. Ya disponemos de nuevas tecnologías, sólo tenemos que desarrollarlas. Hay que empezar a prepararse para una sociedad sin edades. El envejecimiento es una enfermedad que puede tratarse» (Kelsey, 1996: 2)(54).

**Figura 50: Equipo multidisciplinario en la caminata por el día del Adulto Mayor – Red Lambayeque**



FUENTE: Archivo del servicio de Geriatria.

Fotografía N° 50. Foto tomada en la plazuela Elías Aguirre, al término de la caminata por el día del adulto mayor con la participación de los equipos multidisciplinarios, de las diferentes redes, identificándose a través de sus uniformes, portando la banderola del servicio con el logotipo, que lo identifica.

*“... a partir de esa fecha nosotros hemos tenido muchos enlaces con la organización mundial de la salud OMS, y fuimos aplicando las políticas de ellos, lo que hizo que se haga todo”*  
CH

La Organización Mundial de la salud(OMS) fomenta el envejecimiento activo y lo considera un componente indispensable en todos los programas de desarrollo, esto lo reafirma en el Día Mundial de la Salud durante 1999. “sigamos activos para envejecer bien”<sup>95</sup>

## CONCLUSIONES

Saber que los objetivos trazados, los que llevaron a comprender los determinantes de la creación de un servicio para el cuidado del adulto mayor y cómo el propio objeto de estudio se reconfigura a partir de la organización de este, sienten la necesidad de enfocar el contexto histórico-social según lo contempla José Asuncao Barros, contemplando los periodos de 1996 al 2000.

El estudiar los determinantes de la creación del servicio de geriatría y como las prácticas de enfermería se reconfiguran a partir de su organización emergen sus raíces en el aspecto socio-político.

Socialmente la institución ocupaba un sitio reconocido no solo por la población lambayecana como uno de los mejores hospitales sino a nivel nacional al ser uno de los tres más grandes y mejores hospitales en el Perú; y que además competían dentro de los mejores de sud América. Sin embargo, la presencia de quejas y malestar del asegurado por las complicaciones que presentaban los pacientes por sus problemas de inmovilidad y complicaciones fue una preocupación de la institución pues la organización,

---

<sup>95</sup> Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud “Promover un estilo de vida para las personas mayores” En: Guía regional para la promoción de la actividad física. Ciudad 2002.

crecimiento e imagen ganada se debía a los procedimientos de alta envergadura que se realizaban de la mano con la tecnología de punta.

Los perfiles epidemiológicos representados por las enfermedades infecto-contagiosas fueron reemplazados por patologías crónico-degenerativas que necesitaban de un nuevo enfoque de atender y cuidar.

Políticamente, las alianzas que tuvo el gobierno peruano con el Fondo Monetario Internacional para salir de la crisis económica que se vivía, abrieron las puertas a los mercados internacionales los que impusieron sus políticas sociales llevando a la institución a una reforma de la seguridad social y con ello la apertura de los diferentes paquetes de aseguramiento lo que generó el aumentando de la población asegurada sumada a ella una población cautiva, no solo acogía a la población lambayecana sino a toda la Macro Región Norte comprendida por 8 departamentos.

Estas políticas neoliberales buscaban producción y productividad, sin tener en cuenta las características de la población asegurada demandante.

La política de Modernización de la Seguridad Social cuyos principios estaban enmarcados por equidad, eficiencia y calidad; no se cumplían pues la demanda de la población asegurada (población adulta mayor) exigía un nuevo modelo de atender y cuidar.

La población demandante exigía un nuevo modelo de atender y cuidar, la imagen reconocida socialmente estaba en riesgo así como los principios que enmarcaba la política de modernización; pero algo que tenemos que rescatar que fue determinante, fue la relación amical que existía entre el gestor del proyecto de creación del servicio de Geriatria y Gerontología Dr. Carlos Hidalgo con la presidenta ejecutiva Dra. Virginia Bafigo, quien inicia su gestión inaugurando nuevos servicios de especialidad en los hospitales de Lima

El inicio de un servicio donde se iba a atender a una población asegurada con un nuevo perfil epidemiológico representados por problemas crónicos degenerativos y sus complicaciones exigía de un nuevo modelo de cuidar, en un escenario que estaba enmarcado por la producción y productividad considerando a 1 enfermera para 10 pacientes de grado funcional IV, se vio la necesidad de la participación, compromiso y responsabilidad de la familia en el cuidado del adulto mayor siendo necesario:

Educar; identificando y satisfaciendo sus necesidades básicas, con el compromiso del familiar responsable del cuidado, planificándose planes de enseñanza, registro de asistencia, etc.

Normar a través de los pases otorgados al familiar responsable para que permanezcan las 24 hrs del día, otorgándose los pases de permanencia.

La vulnerabilidad y fragilidad que representaba cuidar del adulto mayor, llevo a establecer un trabajo en equipo, que este sea multidisciplinario, e interdisciplinario. Donde participaba: Medico Geriatra, Enfermera Geriatra, Trabajadora Social, Psicólogo, Químico farmacéutico, Nutricionista, Terapeuta y otros profesionales.

La novedad social de un servicio exclusivo para atender al paciente adulto mayor genero expectativas en la institución desde el nombre “Servicio de Geriatria” como que significaba “Geriatria” “ Geronte”, términos que reemplazaron “ el viejito” “ abuelo”.

Genero expectativa en los asegurados la creación del servicio de geriatria significo para la población asegurada que la atención que brindaba la institución era los mejor, esto llevo a mantener su status social como institución.

Los pacientes hospitalizados postrados, dependientes había que rehabilitarlo surgiendo la necesidad de permanencia de la terapeuta física quien jugó un rol importante en los estados de postración del adulto mayor.

Hablar del nuevo enfoque para cuidar la salud del adulto mayor no es curar sino “cuidar” de el con sus limitaciones, esto significaba mantener la funcionalidad; este enfoque necesito de instrumentos como silla de ruedas, andadores, etc. no método invasivo, no procedimientos complicados sino el gran compromiso del equipo multidisciplinario. Esto abarato costo de paciente día, desde que el promedio de estancia empezó a bajar de un mes a 20 días y con ello los costos paciente día.

Ello llevo al servicio a abastecerlo de silla de ruedas, andadores, colchones neumáticos, etc.

La enfermera reconocida por el equipo multidisciplinario como el eje principal del cuidado desde su reporte y nota de enfermería que se consideraba básico para el inicio de una nueva indicación médica.

La enfermera enriquece su práctica del cuidado en el quehacer diario satisfaciendo las múltiples necesidades que presenta el adulto mayor postrado y no postrado, ellos han sido el mejor modelo de ir aprendiendo a cómo cuidarlos; un cuidado con un enfoque holístico, integral y funcional.

El cuidar de un adulto mayor frágil y vulnerable despertó sentimientos de compasión en la enfermera que la llevo a ser más humana en su atención y cuidado

Si bien el quehacer practico se relacionó con el saber médico a través del modelo biomédico, la enfermera también generó su propio cuerpo de conocimientos en el quehacer diario de su cuidado, que se basa en la satisfacción de las necesidades de la persona, familia y sociedad.

Las competencias laborales exigen de la especialidad en geriatría, que posteriormente fue considerada por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Si bien la enfermera desarrollo sus saberes en el pilar de la institución que gozaba de una tecnología de punta, a la vanguardia de la salud, el ver como ella se organiza para brindar su atención y cuidado a las personas es que como dice Castrillón la enfermería: "...es una práctica sometida a las condiciones del mercado". Un mercado que por inicios demandaba de una práctica altamente sofisticada y de alta tecnología, que si bien es cierto es muy necesaria en la recuperación y curación en la salud, se corría el riesgo de ver a la persona como un objeto de atención. Si bien el objeto del cuidado es la persona con sus múltiples necesidades y diversidad de características, es ella quien determinará de qué forma debemos cuidar; en este espacio donde se busca identificar nuestro cuidado es que emergen valores de las personas que cuidamos.

Cuidar no solo implico su dolencia, sino más allá de ello, cuidar de un adulto mayor implica cuidar a un ser con un acumulo de experiencias positivas y negativas en su vida misma y en su salud, es cuidar biológicamente, psicológicamente, socialmente y con el respeto espiritual; cuidar y saber que muchas veces no curamos sino cuidamos de ellos y

sus dolencias las que se hacen más evidentes a mayor edad, cuidar de ellos es satisfacer sus necesidades no solamente en el cumplimiento de una indicación médica sino en el cumplimiento muchas veces de la necesidad latente que nos lleva actuar en el momento preciso donde nuestro cuidado sea tan eficaz como eficiente y en el que nuestros saberes estén presentes.

La Historia nos demuestra que las practicas del cuidado enfermero, atienden y satisfacen necesidades que aquejan la salud de la personas, o que la lleva a prepararse cada vez más para poder atender situaciones cambiantes en determinados espacios sociales demandantes.

Los cambios sociales y políticos como lo dice la historia, ha llevado a transformaciones en el cuidado enfermero, hecho demostrable desde que lo menciona la historia misma que el desarrollo de la enfermera está en el sentido de su objeto de su cuidado. Como se menciona por los años 1996 en el H.N.A.A.A en donde el objeto de su cuidado era una población joven que demandaba procedimiento y cirugías de alta complejidad, demandando procedimientos de alta especialidad a los que la enfermera se preparaba para brindarlo su cuidado altamente especializado y de acorde con la tecnología de punta que se vivía por aquellos años donde las estancias eran cortas; situación que fue cambiando el nuevo objeto de nuestro cuidado era una población que empezaba a envejecer con otras necesidades las que requerían de mayor atención y que exigía no solo el objeto de su cuidado sino más que eso , lleva a la enfermera a desarrollar más la parte humana en su quehacer diario, a desarrollar otro sentido de percepción que la hace estar atenta a los riesgos reales sino a los potenciales y atenderlos.

Un cuidado, en donde la enfermera desarrolla su liderazgo; pues ella tendrá la dirección de su cuidado, en el que participará la familia y en donde el trabajo no solo es de la enfermera sino es de un trabajo de equipo con mucha calidad humana llevando a la enfermera a ser cada vez más humana en su cuidado el que brinda al adulto mayor como a la familia. Lo que nos lleva a tener presente, en las instituciones formadoras de futuras profesionales de enfermería, el valorar en primer orden la calidad humana, para poder decir que nuestro cuidado es con humanismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oficina de Relaciones Públicas. Hacia la Excelencia Competitiva. Avanzando. 1996 Mayo; II(1).
2. Oficina de Relaciones Públicas. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; Ahora y Siempre Lider en el Norte! Avanzando. 1995 Octubre;(126).
3. Publicas OdR. Avanzando. 1996 Mayo; I(1).
4. Grompone. JCR. El Fujimorismo: Ascenso y caída de un regimen autoritario. Primera. ed. Cotler. J, editor. Lima.; 2001.
5. republica. EPdl. [essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe). [Online].; 1997 [cited 2015 Setiembre. viernes. Available from:  
[http://www.essalud.gob.pe/biblioteca\\_central/leyes/DECRETO\\_SUPREMO\\_009\\_97\\_SA.pdf](http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/leyes/DECRETO_SUPREMO_009_97_SA.pdf).
6. Castrillon MC. La dimension Social de la Practia de Enfermeria. Antioquia Ud, editor. Antioquia: Yuluka.
7. Klijn. DTP. Enfermeria y Globalizacion. Ciencias en enfermeria-Scielo. 2010.; 16(1).
8. Rocha SMeAM. Origen da enfermagem Pediatra moderna. Escola de Enfermagem da USP. Sao Paulo. 1993 Abril; XXVII.(1).
9. Barros JdA. O projecto de Pesquisas em Historia. 3rd ed. Brasil: Vozes; 2005.
- 10 Republica EPdl. Reglamento de la Ley de Modernizacion de la Seguridad Social en . Salud. 1997. Decreto Supremo 009-97-SA.
- 11 CARITAS. Envejeimiento con dignidad y derecho. 2012..
- 12 Weber. M. Economia y sociedad Mexico.: Fondo de cultura economica.; 1984.
- 13 Bourdieu P. Poder,Derecho y clases sociales. segunda ed. comunicaciones. E, . editor. eSPAÑA: Descleé de Brouwer, S.A.; 2001.
- 14 Reis J. História & Teoría: Historicismo, modernidade, temporalidade e verdade. . terceira edición ed. Rio de Janeiro: editora FGV; 2007.
- 15 RuedanArenas. JF. Memoria Historica Razonada. Historelo.Historiaregional y . local. 2013. Diciembre; V(10).

- 16 Abrao FMdS. Raices de la pre-institucionalización de la enfermera profesional en la ciudad de Recife 1992-1938. Tesis. Brasil.; 2006.
- 17 Grajales. RAZ. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Scielo. 2004. primavera-verano.; 13.(44-45.).
- 18 Sellaro LRA. Educação e modernidade em Pernambuco.inovações no ensino público(1920/1937). Tesis. Pernambuco: Universidad Nacional de Pernambuco., Pernambuco. Recife; 2000.
- 19 AD A. Do método histórico. 2nd ed.: ed Universidade de Passo Fundo; 2001.
- 20 Nación AGdl. www.agn.gob.pe. [Online]. [cited 2014 marzo 6.
- 21 Grados RP. Scribd. [Online]. [cited 2015 Agosto Viernes. Available from: [. https://es.scribd.com/doc/7031201/Historia-Del-Peru-El-Peru-Contemporaneo](https://es.scribd.com/doc/7031201/Historia-Del-Peru-El-Peru-Contemporaneo).
- 22 Bourdieu. P. Genesis y estructura el campo burocrático. Revista Ciencias Sociales. 1993 Marzo.;(96-97).
- 23 Carlos. BR. Perú: la salud pública durante la república oligárquica-primera parte 1821-1895. UNMSM. , editor.; Lima.
- 24 Gomez. ER. Fundamentos de enfermería. Vásquez. LMN, editor. Colombia.: El Manual Moderno S.A. de C.V.; 2009.
- 25 Silva. JCH. La Enfermería en Chile Colonial. Tesis Doctoral. España.: Universidad de Alicante: Facultad de ciencias de la salud.; 2011.
- 26 Mora. ALV. Futuro e identidad de enfermería con base en el cuidado. Publicación. Colombia.: Universidad Nacional de Colombia., Colombia; 2011.
- 27 iep.org.pe. [Online]. [cited 2015. Abril. Jueves. Available from: [. http://www.iep.org.pe/](http://www.iep.org.pe/).
- 28 Verderese O. Analisis de la enfermería en America Latina. Educación Medica en Salud. 1999.; XIII(4).
- 29 Menendez J GANDECJ. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Revista Panam Salud Publica. 2005.;(17).
- 30 Natividad. PA. El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica, en el arte y la ciencia del cuidado. Tesis. Bogota.: Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia., Bogota.; 2002.

- 31 Natividad. PA. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las . edades. En AV Enfermería. 2004. Junio.; XXII(1).
- 32 Barrios Segura &MI. Percepción de la calidad de vida de las personas con situacion . de enfermedad cronica en una institucion prestadora de servicios de salud Barranquilla. Tesis Doctoral. Barranquilla.: Universidad Nacional de Colombia., Barranquilla.
- 33 Escoba. LMV. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad . crónica. Tesis. Colombia.: Universidad de Colombia., Bogota.; 2010.
- 34 CEPAL.. ecla.org.publicaciones. [Online].; 2009. [cited 2015. Abril. Lunes. . Available from: [www.eclac.org/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf).
- 35 Gascóns. MP. Un repaso a la evolucion de los cuidados de enfermería. NURSING. . 2004. Noviembre.; XXII.(9.).
- 36 Giddens. A. Modernidad e identidad del Yo. El yo y la sociedad en la época . contemporánea. Primera Revista electrónica en América Latina Especializada en Comunicaciones. 2011. Febrero-Abril.:(75).
- 37 Bourdieu. P. Notas Provisionales sobre la percepcion social del cuerpo. Revista . Iberoamericana de educación. 2005..
- 38 El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con . discapacidad intelectual. Revista epañola sobre incapacidad intelectual. 2007.; XXXVIII.(224.).
- 39 codon I. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Revista del ministro . de trabajo y asuntos sociales. 2003.:(XLII.).
- 40 Personas. DGdSdl. Politica Nacional de Calidad en Salud. Documento Tecnico. . Lima.: Ministerio de Salud., Lima.; 2009.
- 41 Rodriguez Garcia R. ¿Que es Geriatria?. Memoranda. 1997. Octubre- . Diciembre.:(8.).
- 42 Rafael Lozano- Ascencio JFMMAB. El Peso de la Enfermedad en Aultos . Mayores,México 1994. Salud Pública de México. 1996. Diciembre.; XXXVIII.(6).
- 43 Menenghello. J. El Equipo de Salud en un programa de Atención en Salud. segundo . tomo. ed. Interamericana. , editor. Buenos Aires.: Buenos Aires.; 1972.

- 44 Informática. INdEe. Perú. Demanda de Atención del Adulto Mayor por problemas . de Salud 2006-2010. Saul Garcia Mendoza MMC, editor. Lima.: Talleres gráficos del Instituto Nacional de Estadística e Informática.; 2012.
- 45 Agullo Tomas MSyGLA. congreso iberoa. [Online].; 2004. [cited 2015 Abril. . Lunes. Available from: Disponible en <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/social/soct86.htm>.
- 46 Salud. OMdl. Fortalecimiento de la enfermería y la partería. In 56 Asamblea . Mundial de la Salud,A56/19 Punto 14.11 del Orden.; 2003. p. 59.
- 47 Amaris. MR. El Trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario en salud. . Salud Uninorte.. 1999.; I(14).
- 48 Watson. J. Enfermería ciencia humana y cuidado humano: una teoría de enfermería. . National League for Nursing. 1988..
- 49 Fuguerato. AR. O que a populacao sabe e o que espera do enfermeiro. Revistan . Gaúcha de Enfermagem. 1990.; 20(1).
- 50 Kubler-Ross. DE. Sobre la muerte y los moribundos.. ed. Chicago: DEBOLSILLO; . 2010.
- 51 Morrinson-Valfre. M. Fundamentos de enfermería y salud mental. Madrid-España.: . Harcour Brace.; 1999.
- 52 Reyes GJ AN. Evaluación geriátrica global. segunda. ed. México.: El manual . moderno.; 2009.
- 53 Salud. Md. Estandarización de procesos Asistenciales. Primera. ed. Buenos Aires.: . Buenos Aires.; 2007.
- 54 Barreiro. AM. La construcción social del cuerpo en las sociedades. Artículo. La . Coruña.: Universidad de A Coruña. Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración., España.; 2004.

## **ANEXOS**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION EN UN  
ESTUDIO DE INVESTIGACION**

**TITULO DE LA DE INVESTIGACIÓN:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LUGAR:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia o amigos antes de tomar su decisión Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria, goza del derecho de identificarse con sus datos personales o con seudónimos; La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas durante la entrevista Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----

Nombre del Participante

-----

Firma del Participante

-----

Fecha

En la entrevista se abordaran preguntas como:

**DATOS GENERALES:**

Nombre:

Edad:

Tiempo de trabajo:

Tiempo de Servicio:

Año en que se insertó al servicio:

Cargo actual:

Cargo en la época de estudio:

Especialidad:

✓ **Enfermera Asistencial.**

¿Puede usted narrar como se produce su ingreso al servicio de geriatría?

¿Qué representó para usted ingresar al servicio?

¿Cómo se cuidaba del adulto mayor enfermo antes de ser creado el servicio?

¿Cómo se cuidaba del adulto mayor enfermo después de ser creado el servicio?

¿Considerando la época de estudio, como percibe usted los aspectos positivos y negativos que la creación del servicio de geriatría generó en la práctica de enfermería? Y ¿Para el cuidado del adulto mayor enfermo?

¿Desea agregar algo más?

✓ **Enfermeras Jefe u Organizadoras.**

¿Puede usted narrar como se produce su ingreso al servicio de geriatría?

¿Qué representó para usted ingresar al servicio?

¿Narre usted como participo en la configuración o creación del servicio?

¿Cómo se cuidaba del adulto mayor enfermo antes de ser creado el servicio?

¿Cómo se cuidaba del adulto mayor enfermo después de ser creado el servicio?

¿Considerando la época de estudio, como percibe usted los aspectos positivos y negativos que la creación del servicio de geriatría generó en la práctica de enfermería? Y ¿Para el cuidado del adulto mayor enfermo?

¿Desea agregar algo más?

✓ **Médicos.**

¿Puede usted narrar como se produce la creación servicio de geriatría?

¿Cómo participo usted en la creación del servicio?

¿Cómo describiría usted la participación de la enfermera en la configuración o creación del servicio?

¿Qué aspectos destacaría de la creación del servicio de geriatría en relación a la atención del adulto mayor enfermo? Y ¿Para las prácticas de enfermería?

¿Desea agregar algo más?

**Muchas Gracias por su colaboración.**