



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉDICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

REALIDADES Y PREVISIÓN
PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS

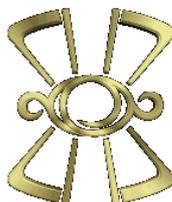
DOCUMENTO DE POSTURA

Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo
María del Carmen García Peña
Javier Enrique Jiménez Bolón



Prevención de la dependencia

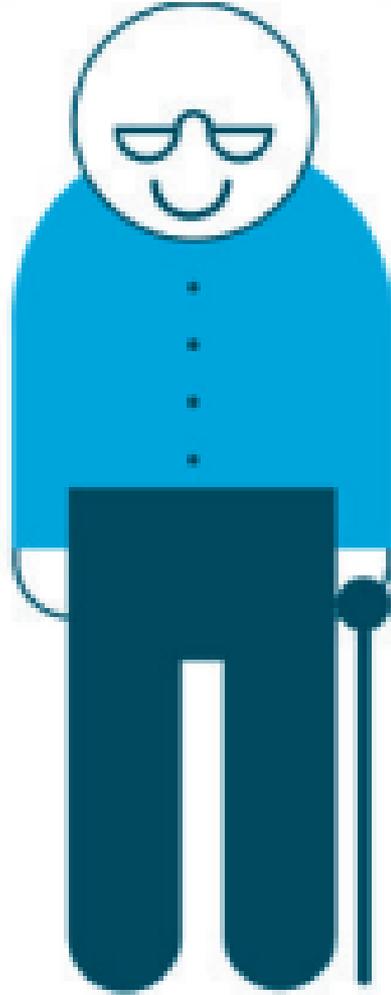
Luis Miguel Gutiérrez
Robledo



INSTITUTO
NACIONAL DE
GERIATRÍA

Por un
envejecimiento
sano y activo

Antonio tiene 85 años y vive sólo con su esposa y sin hijos



Es frágil, sufre de enfisema, deterioro cognitivo menor, artrosis y una movilidad limitada



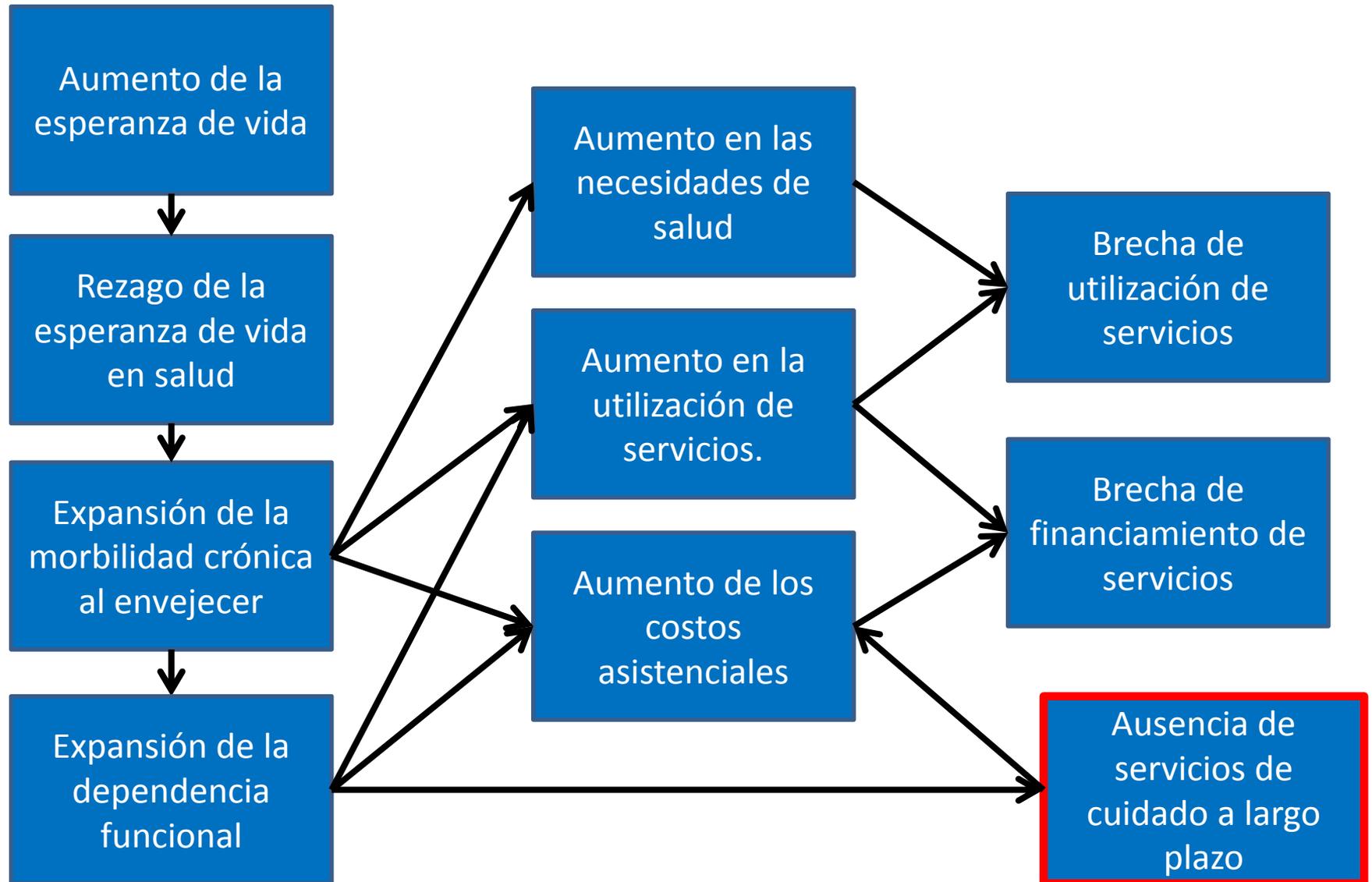
Súbitamente pierde a su esposa quien cuida de él



O peor aún, ella recibe un diagnóstico de carcinoma de colon con metástasis hepáticas



El impacto de la enfermedad crónica y la dependencia funcional al envejecer sobre los servicios de salud.





**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**



**“Dependencia en adultos mayores:
de la experiencia internacional
a la acción en México”**

**Miércoles 4 de diciembre de 2013
17:00-19:00 hrs.**

Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/noticias/descarga_libro_envejecimiento.html

1. Dependencia de las personas adultas mayores: conceptos e implicaciones

Marcela Agudelo Botero y Raúl Medina Campos

- La dependencia es una noción compleja que no debe acotarse de manera exclusiva a la pérdida de funcionalidad, ya que se extiende a otros ámbitos: económico, social, psicológico, entre otros. Tampoco debe equipararse a una consecuencia indefectible de la edad cronológica. El reto mayor es lograr que las personas, además de vivir más años, lo hagan con la mejor calidad posible.

“Una perspectiva ideal para un sistema nacional de salud consiste en una vida colectiva plena y vigorosa que termina en la muerte después de un declive rápido e indoloro”

Fries J. The Milbank Quarterly 1989;67(2):208

Concepto de Dependencia

*Discapacidad, Fragilidad, Funcionalidad afectada,
Reducción del potencial, perdida de autonomía*

“...un estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores.”

Comité de Ministros de Europa

Concepto de Dependencia

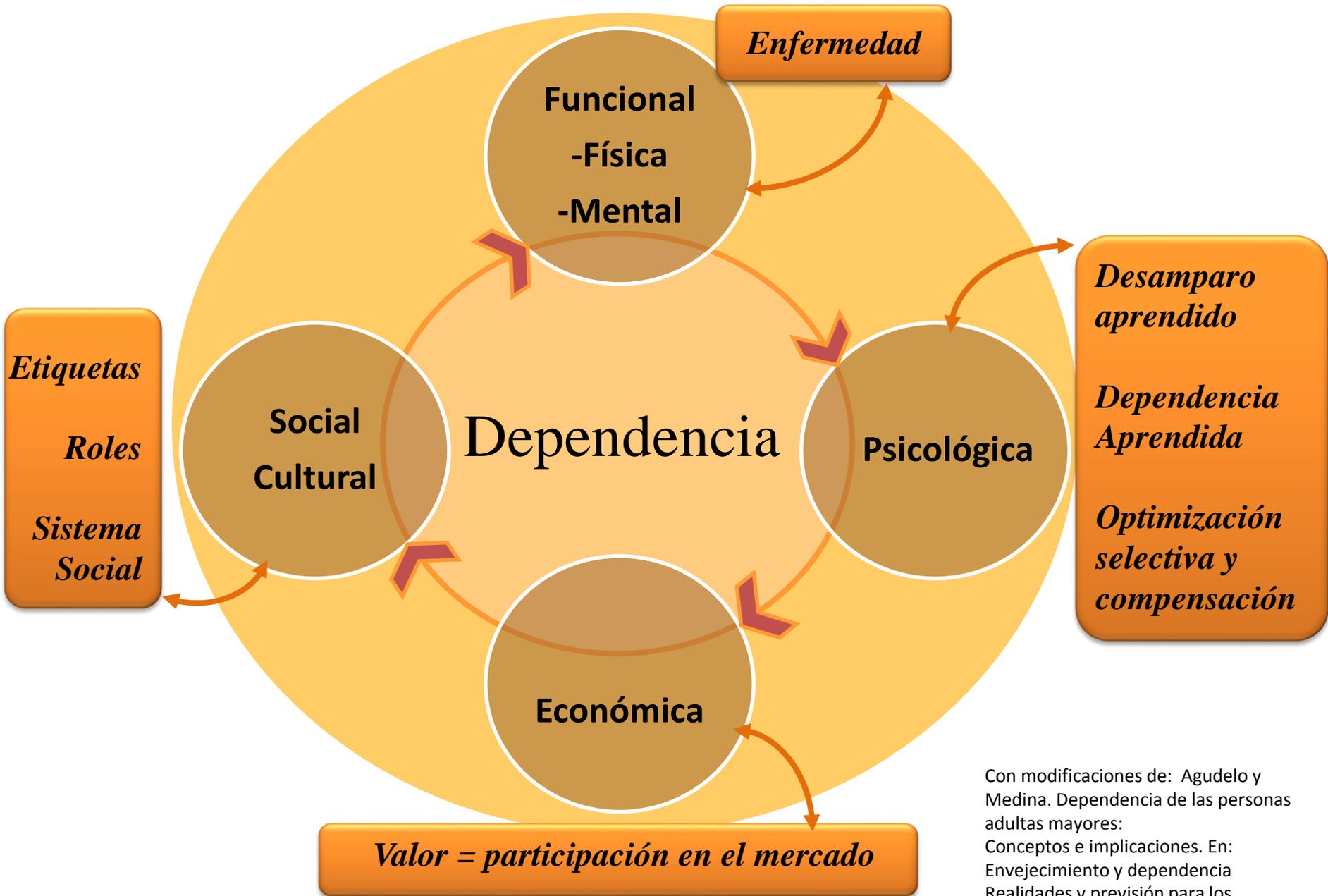
¿Producto del declive o deterioro y pérdida en funcionalidad física y mental?

¿Concepto vinculado al plano individual y a la autonomía?

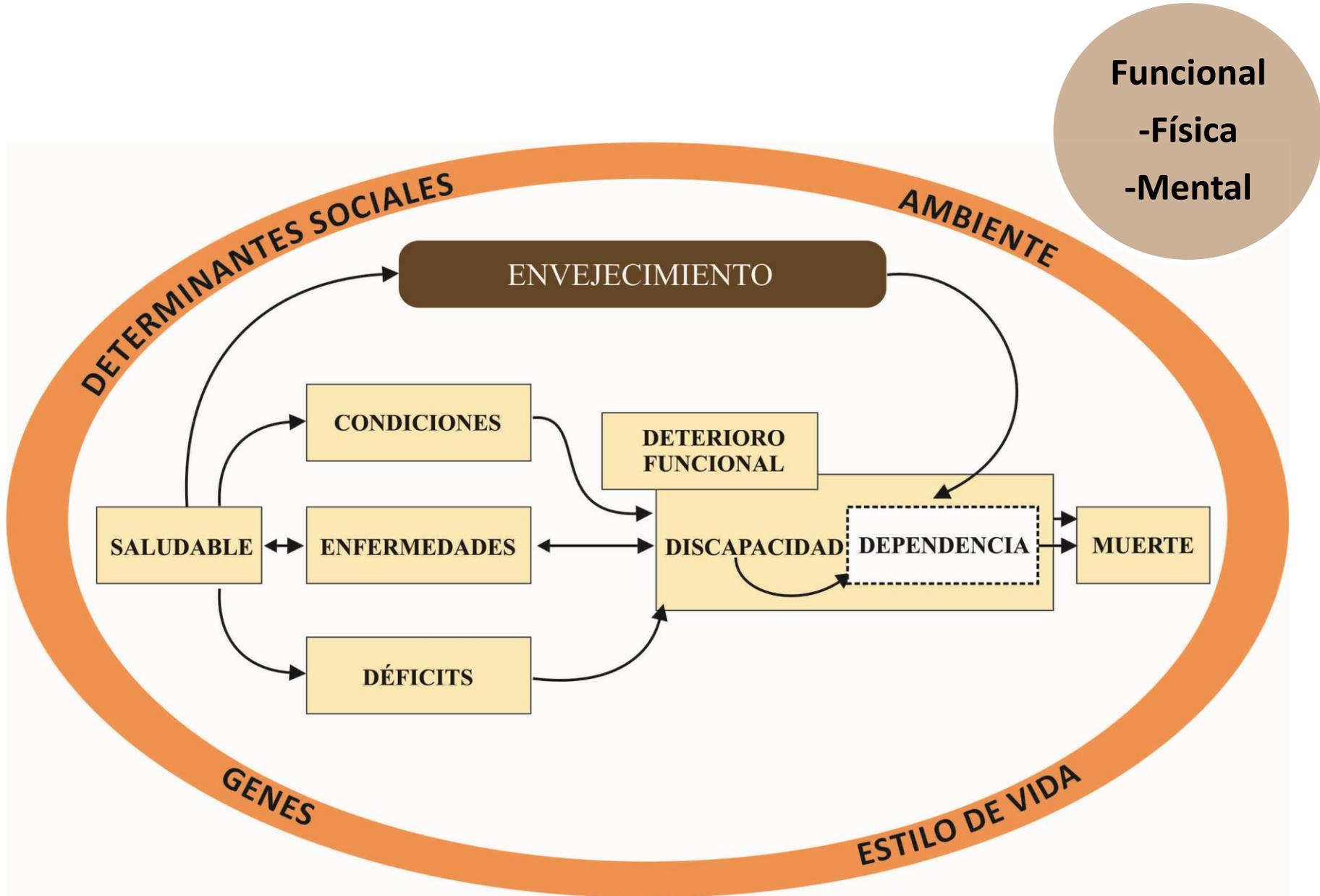


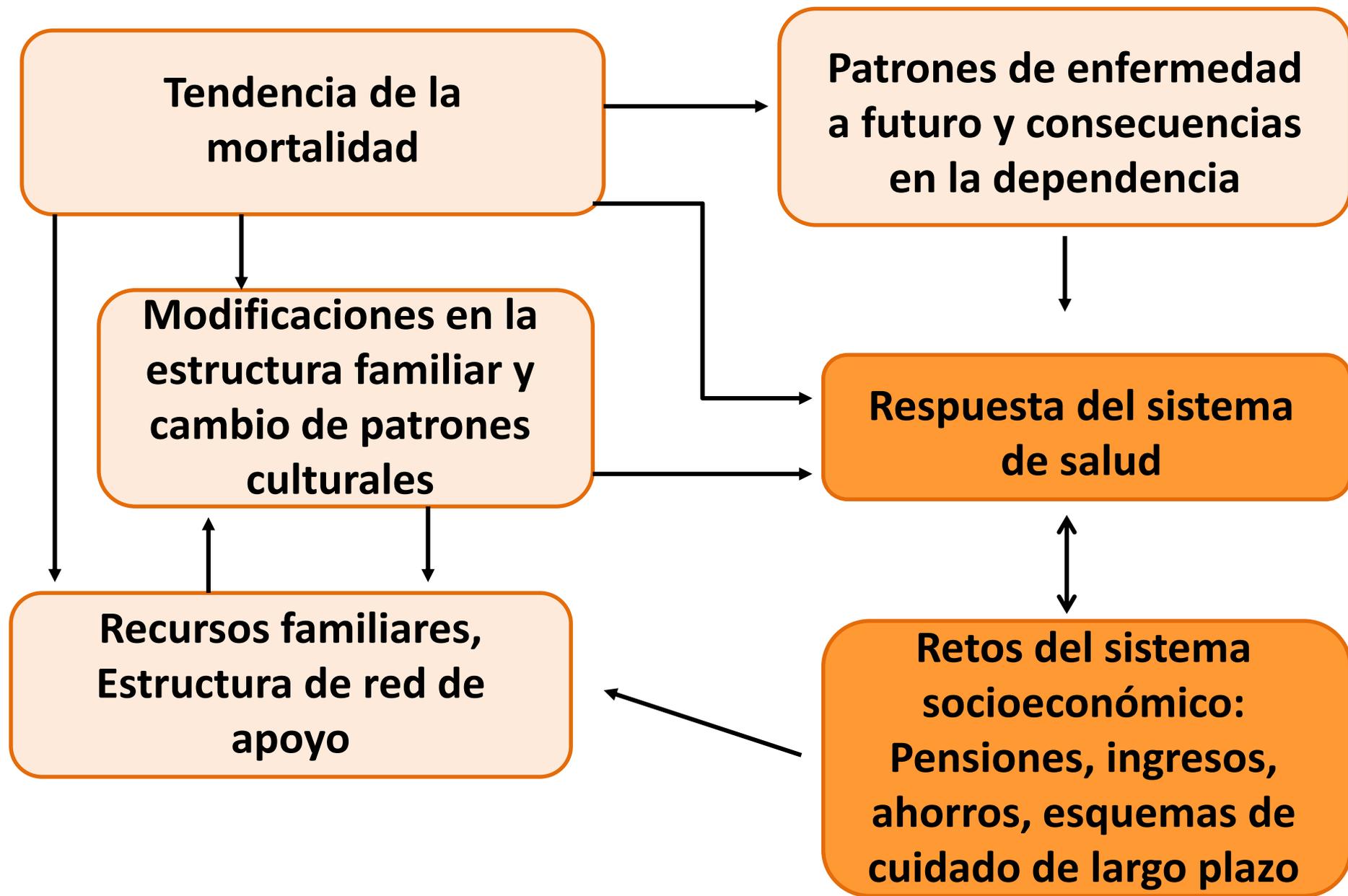
Determinístico y unicausal

**Contextual
Multicausal
Multidimensional
Multifuncional**



Con modificaciones de: Agudelo y Medina. Dependencia de las personas adultas mayores: Conceptos e implicaciones. En: Envejecimiento y dependencia Realidades y previsión para los próximos años. Academia Nacional de Medicina





2. Dependencia y cuidados a largo plazo

Mariana López Ortega y Javier Jiménez Bolón

- En este capítulo se ofrece un panorama de los cuidados a largo plazo y su caracterización en México, incluidos los cuidados formales e informales. Se presenta una vista de conjunto de la limitación funcional, sensorial y mental en los adultos mayores en el país, y la dependencia asociada con estas limitaciones. Asimismo, se plantea la necesidad apremiante de diseñar e implementar servicios comunitarios de atención en cuidados prolongados, en especial en lo referente a la atención domiciliaria.

3. Escenarios de la dependencia en México

Héctor Gómez Dantés, María del Carmen García Peña, Sergio Sánchez García, Óscar Rosas Carrasco, Julio César Campuzano Rincón y Rafael Lozano Ascencio

- *Los adultos mayores hoy emergen y se han hecho visibles como un grupo de presión social y política. El crecimiento de este grupo etario está transformando la estructura de la población económicamente activa y las tasas de dependencia. Demanda, además, la puesta en marcha de políticas y programas sociales que aborden de manera integral las condiciones de bienestar de este segmento de la sociedad, que promuevan ajustes estructurales en las instituciones de salud y en aquellas vinculadas al desarrollo social.*

Escenarios

Peor estado de salud

Aumenta:

- ❖ Tasa de obesidad continua a una tasa de 1.5 a 2% por año.
- ❖ Prevalencia de la diabetes, EVC, enfermedades del corazón y demencia vascular.
- ❖ Tasa de dependencia consecuente
- ❖ Pobreza multidimensional de ancianos se duplica a 6 millones en 2015.
- ❖ La estrategia contra el sobrepeso y obesidad tiene algunos buenos resultados pero no compensa el aumento de la prevalencia de enf crónicas
- ✓ Los tratamientos siguen centrándose en la reducción de la mortalidad en lugar de reducir los efectos de la dependencia.

Sin cambios

- ❖ Prevalencia por edad de las enfermedades sigue siendo el mismo.
- ❖ Estrategias de prevención y tratamientos efectivos compensan las influencias negativas de la obesidad estables
- ❖ La incidencia y las tasas de recuperación de la dependencia se equilibran.
- ❖ Las tasas de mortalidad disminuyen

Mejor estado de salud

- ❖ Los ancianos asumen su corresponsabilidad en el cuidado de su salud y disminuyen los factores de riesgo, especialmente el tabaquismo y la obesidad.
- ❖ El sistema de salud se unifica y todos los mexicanos tienen acceso a un sistema de atención primaria integral y de alta calidad, basados en prevención y tratamientos de control de riesgo.

EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN MEXICO



11,210,196



Prevalencia de dependencia en México

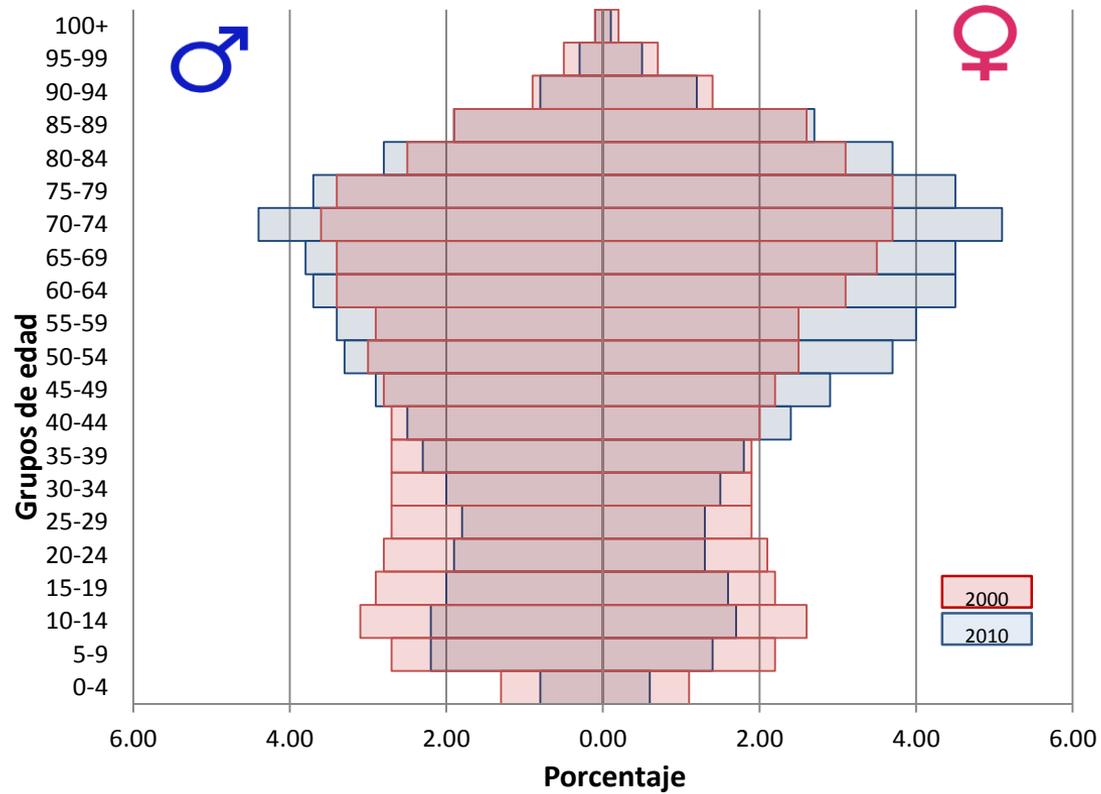
Población		65-69	70-74	75-79	80 y más
Urbana México	Masculino	3.5% (1.4-5.5)	5.6% (2.2-9.1)	11.3% (5.7-16.9)	17.2% (9.2-25.2)
	Femenino	3.7% (1.0-6.5)	7.1% (3.6-10.6)	14.3% (8.2-20.4)	27.9% (20.6-35.4)
Rural México	Masculino	5% (0-10.6)	8.5% (3.4-13.5)	7.6% (1.7-13.5)	17.5% (9.1-25.9)
	Femenino	6.1% (2.7-9.4)	6.7% (2.7-10.7)	8.2% (3.5-12.8)	14.7% (8.4-21.1)

Fuente: Sousa et al. BMC Geriatrics, 2010, 10:53

Distribución porcentual de las limitaciones asociadas a discapacidad por grupos de edad

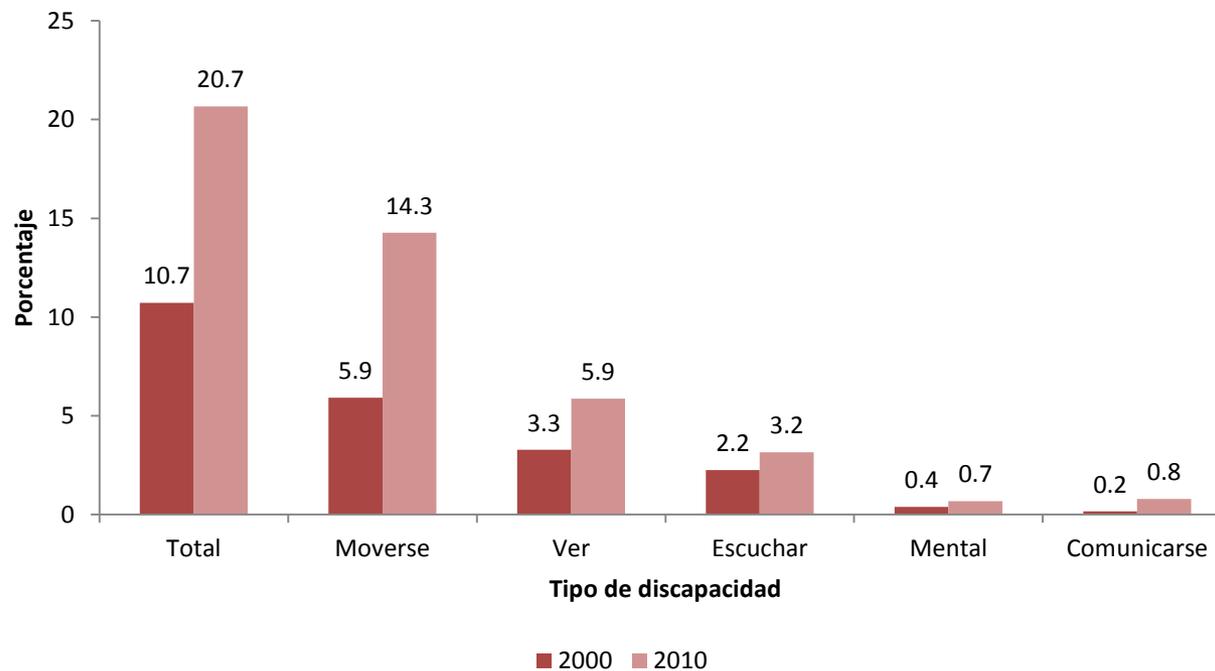
Grupos de edad	Distribución de las limitaciones								Número de discapacidades		AM con alguna discapacidad
	Cognición ¹	Ver ²	Escuchar ³	Articulares ⁴	Funcionalidad				1	2 o más	
					Actividades de autocuidado de la vida diaria ⁶		Actividades de interacción con el medio ⁷				
					Limitación	Dependencias ⁵	Limitación	Dependencias ⁵			
60-69	11.9	12.9	4.9	1.1	16.0	2.2	13.8	1.0	19.7	16.3	36.0
70-79	20.9	16.9	11.8	3.6	25.7	5.3	26.5	2.2	19.8	32.9	52.6
80 y más	33.5	26.5	31.4	8.2	32.9	14.7	38.1	11.0	19.5	57.9	77.3
Total	18.2	16.3	11.3	2.8	21.7	5.1	21.7	3.0	19.7	28.1	47.8
Frecuencia**	1 943.6	1 741.0	1 208.2	268.2	2 327.5	549.2	2 314.1	318.4	2 105.3	006.7	5 112.0

Pirámides de la población con discapacidad por grupos de edad. Censos 2000 y 2010



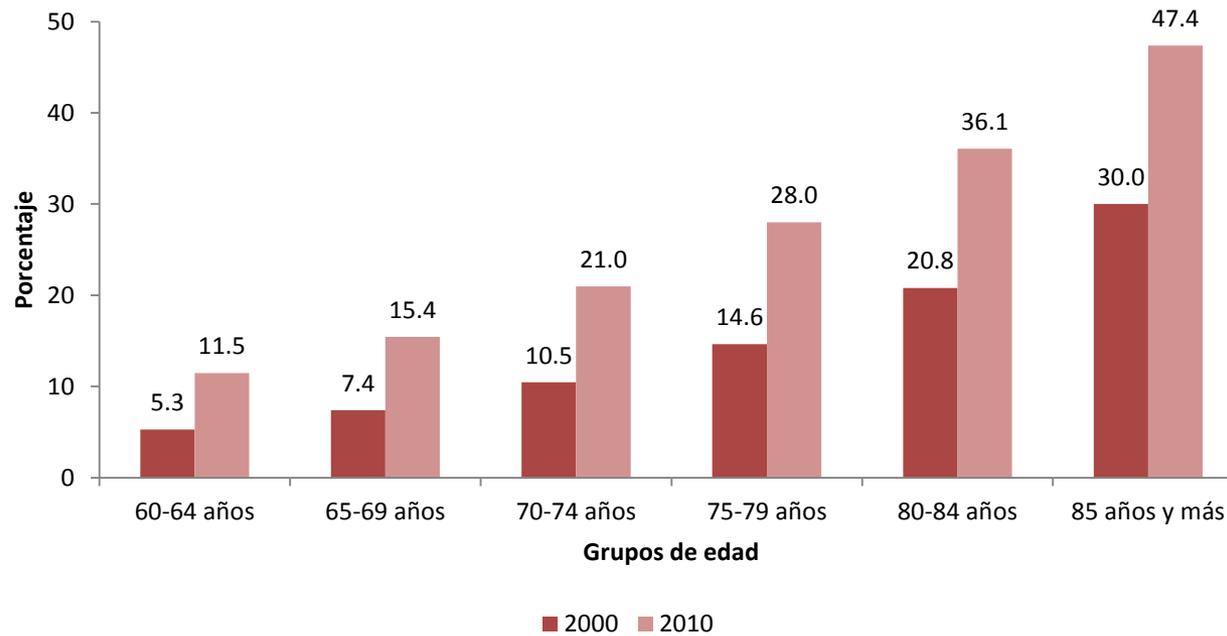
Fuente: INEGI. Censos de Población y Vivienda, 2000 y 2010. Elaboración propia

Porcentaje de discapacidad de la población de 60+ por tipo de discapacidad, 2000 y 2010



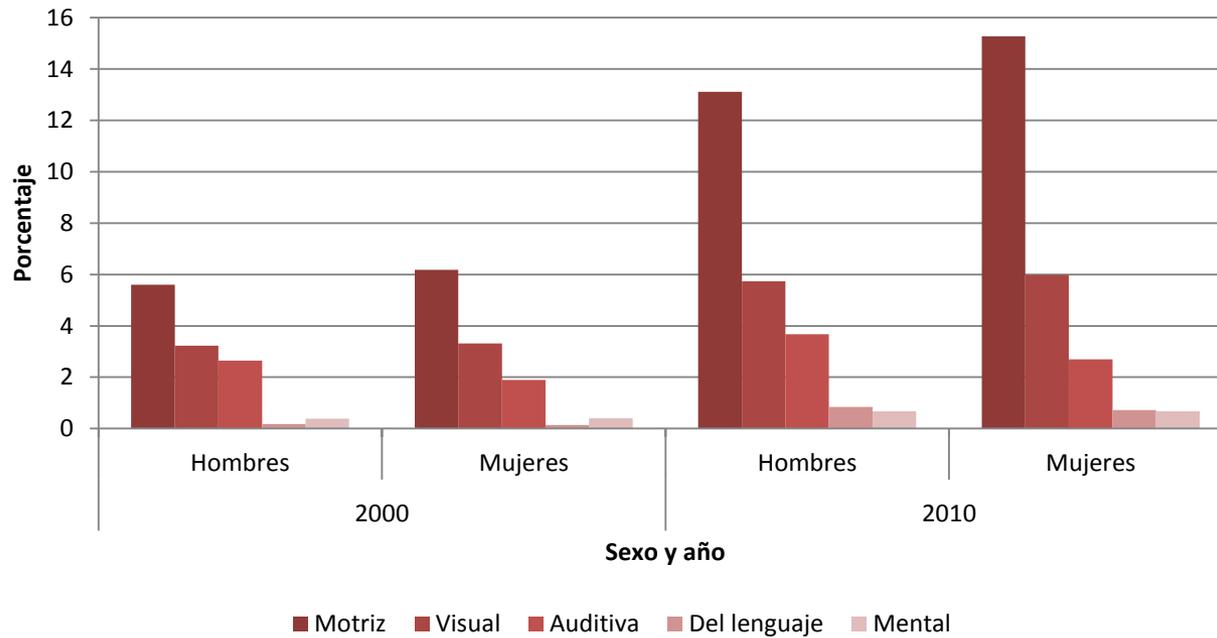
Fuente: INEGI. Censos de Población y Vivienda, 2000 y 2010. Elaboración propia

Porcentaje de adultos mayores con algún tipo de discapacidad por subgrupos de edad, 2000 y 2010



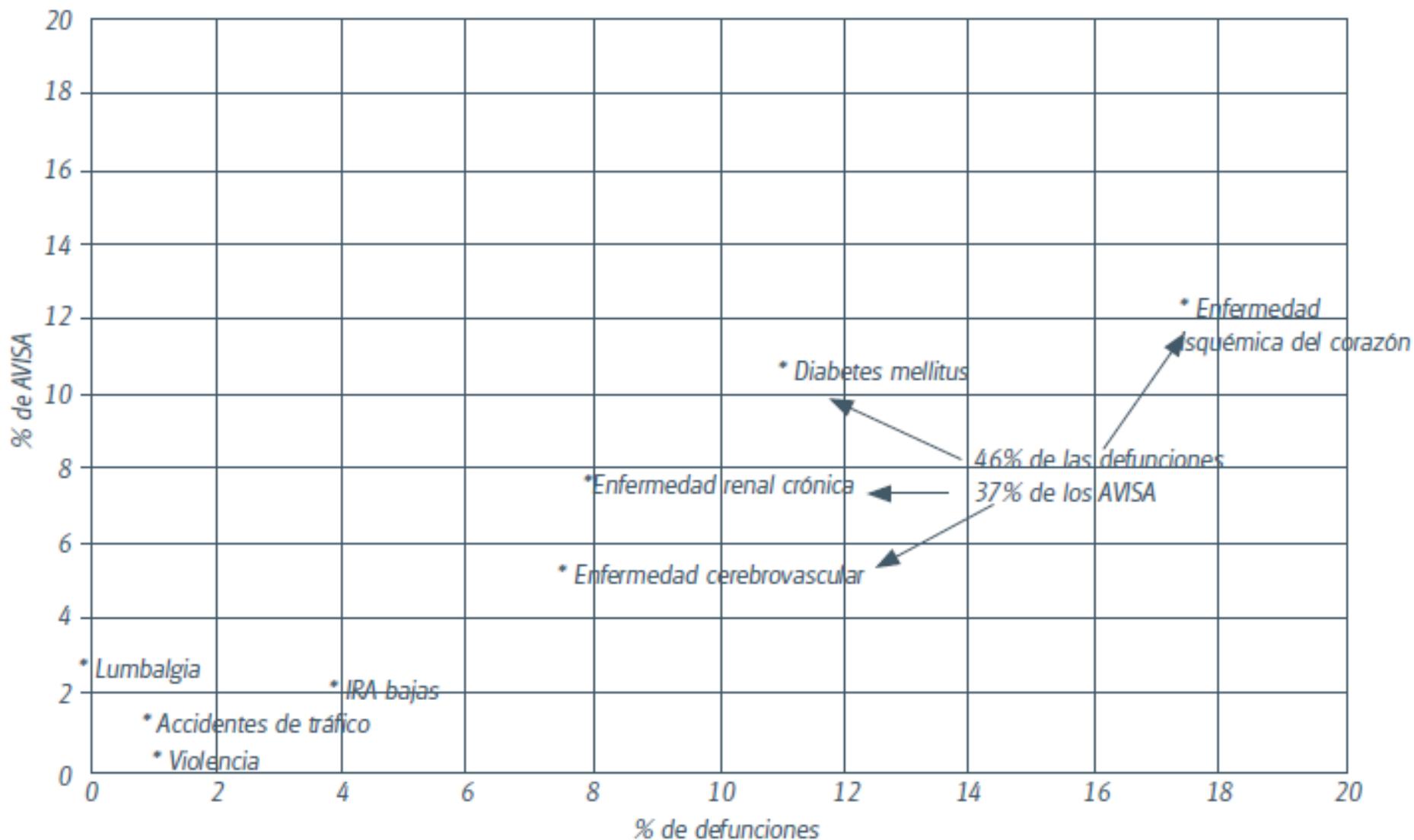
Fuente: INEGI. Censos de Población y Vivienda, 2000 y 2010. Elaboración propia

Porcentaje de adultos mayores con discapacidad por sexo y tipo de discapacidad, 2000 y 2010

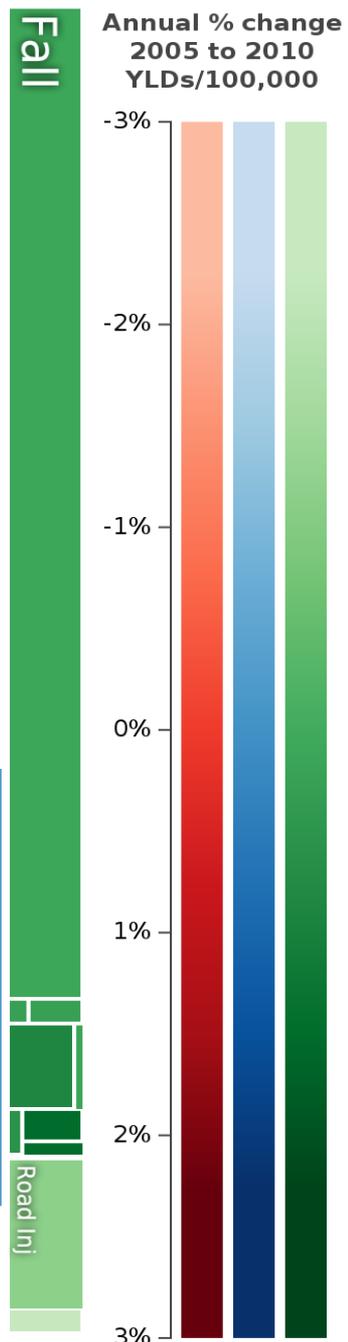
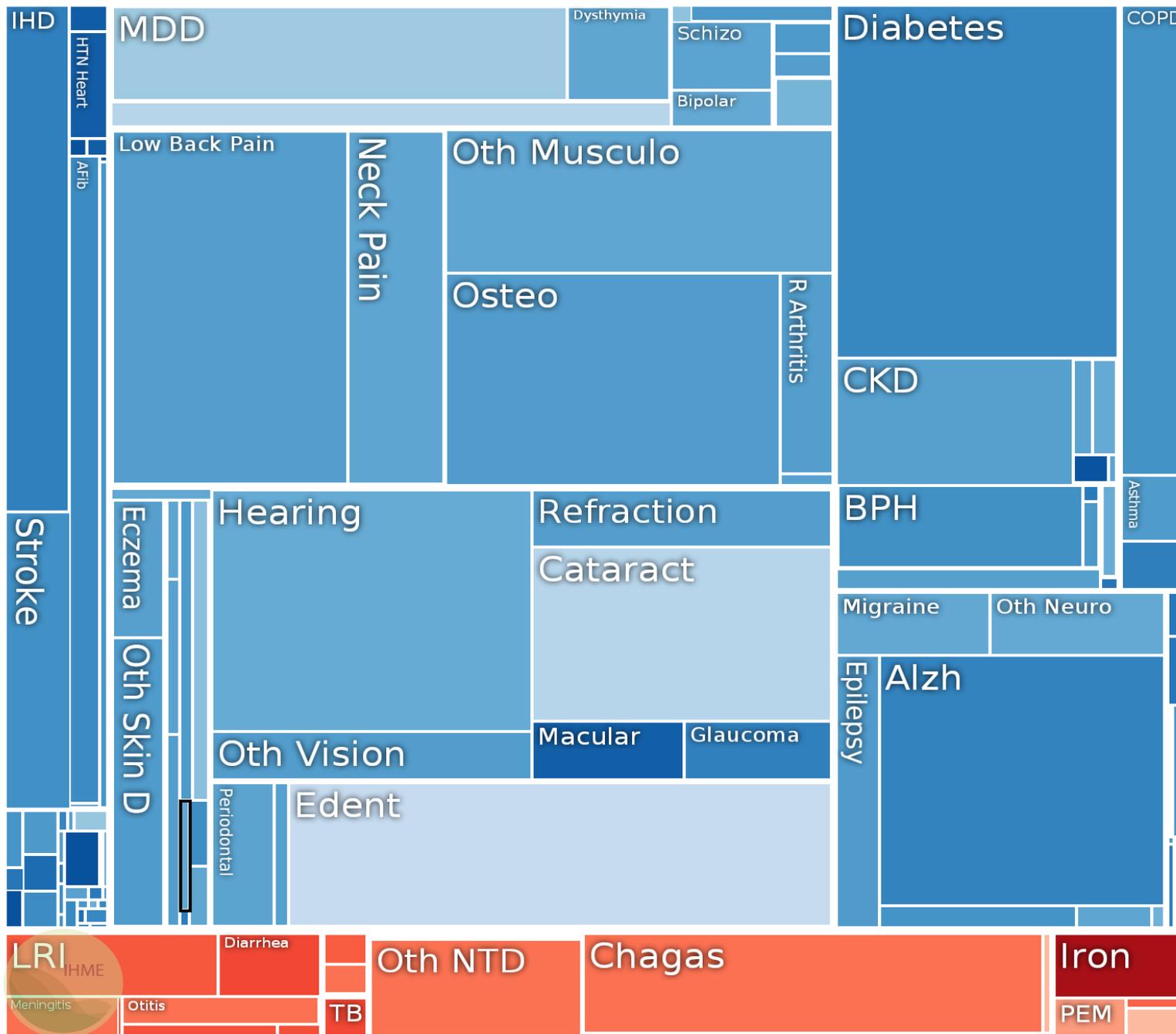


Fuente: INEGI. Censos de Población y Vivienda, 2000 y 2010. Elaboración propia

Principales enfermedades con respecto al total de AVISA de la población



Mexico, YLDs
Both sexes, 70+ years, 1990



4. Experiencias internacionales en modelos de atención a la dependencia

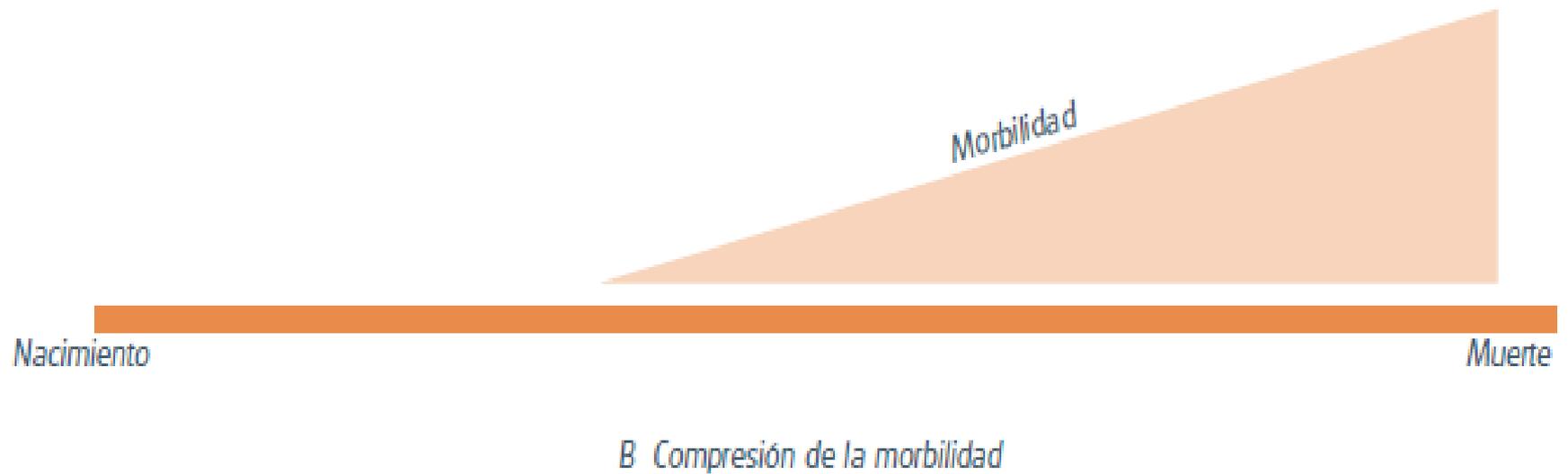
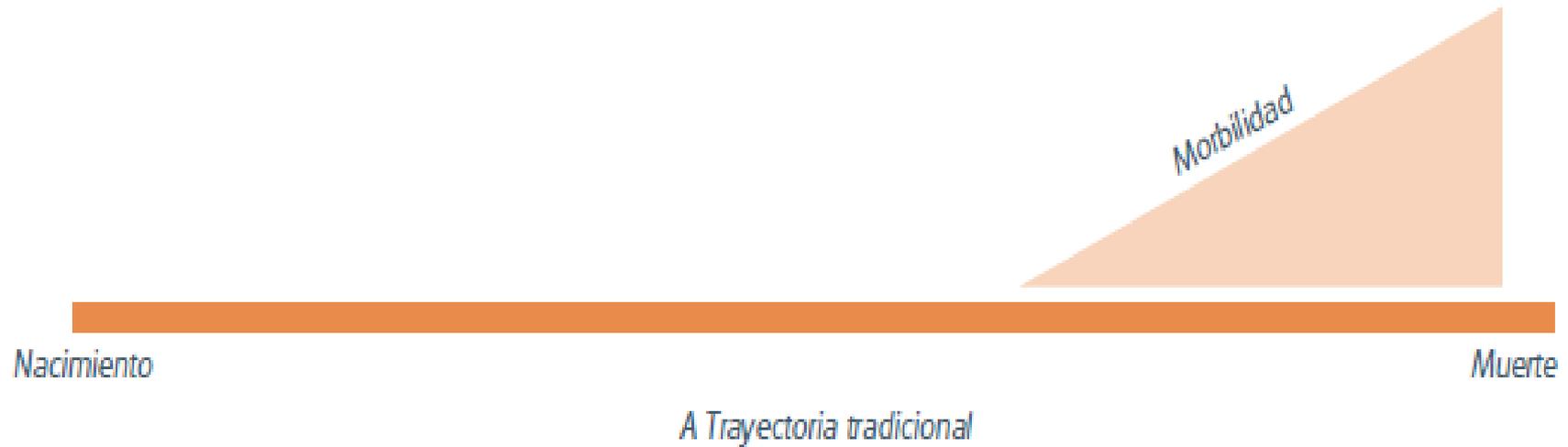
Raúl Hernán Medina Campos

- La respuesta a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia suele concretarse en forma de cuidados prolongados. En este capítulo, se presenta una revisión de las formas de abordar la atención a la dependencia desde las estructuras del Estado de: España, Reino Unido y Canadá, con énfasis en los servicios de salud y, en los casos pertinentes, en la contribución de otros sectores, en especial el sector social.

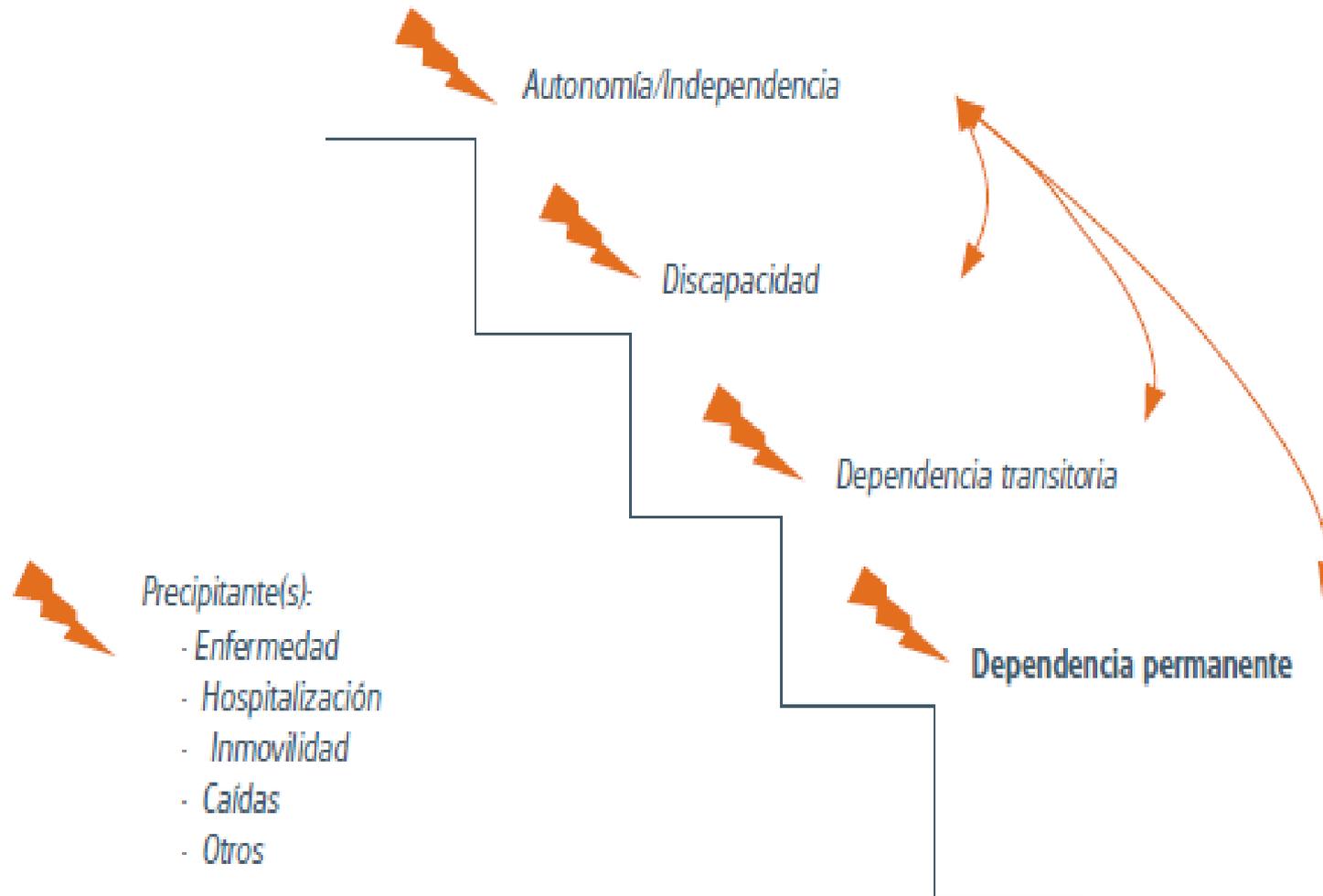
5. Prevención de la dependencia

Diana Vanegas Farfano

- La atención al adulto mayor representa un reto especial para el personal de salud y los gobiernos, puesto que deben tenerse consideraciones acerca de la necesidad de atención integral en los ámbitos de salud física, mental, social y económica. Gran parte del trabajo futuro en prevención de la dependencia inicia con el cambio de paradigmas fuertemente arraigados, para visualizar al adulto mayor como un individuo que tiene derechos y es capaz de ser productivo, participativo y autónomo.



Transición entre fases de capacidad funcional



6. La ruta para abordar el reto de la dependencia en México

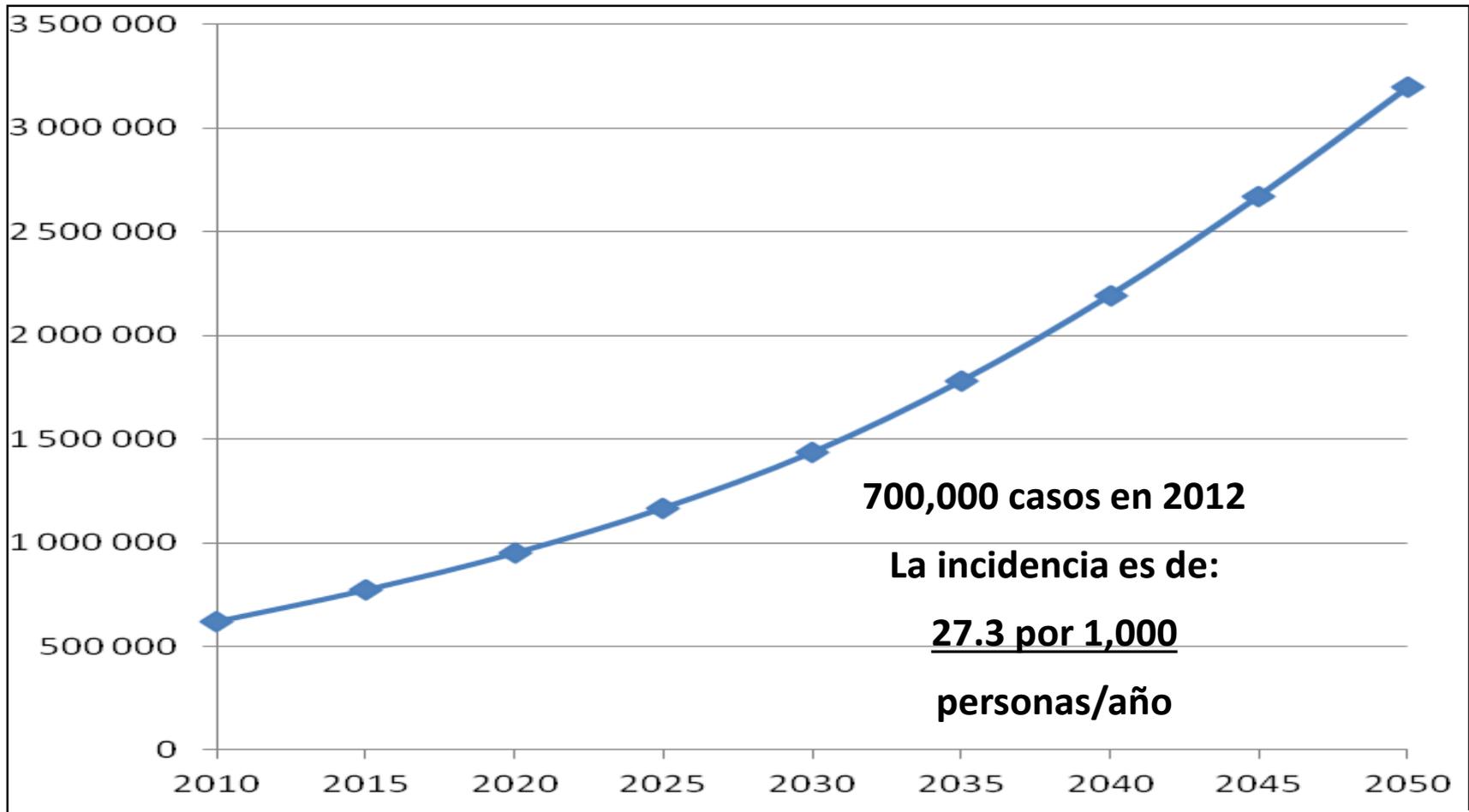
Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo y Jesús Alberto López Guzmán

- Es necesario transformar la concepción de lo que significan el envejecer y la dependencia, para ayudar a la gente que envejece a vivir vidas con calidad. Para tal efecto, en este capítulo se señalan los elementos clave para la construcción de un sistema de salud y de cuidados a largo plazo, preparado para el envejecimiento de la población y para reducir la demanda futura de cuidados. Se plantean los principales retos, desde el desarrollo de un concepto de dependencia, hasta los que atañen a los ámbitos de política pública, salud y desarrollo de servicios.



Fuente: OCDE Health Data: Health expenditure and financing; OCDE Health Statistics (database).

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE SUJETOS AFECTADOS POR DEMENCIA EN MÉXICO 2010-2050



Envejecer, ser dependiente.....

- Es necesario transformar la concepción de lo que significan el envejecer y la dependencia, para ayudar a la gente que envejece a vivir vidas con calidad.
- En este libro se señalan los elementos clave para:
 - la construcción de un sistema de salud y de cuidados a largo plazo,
 - reducir la demanda futura de cuidados.

Envejecer, ser dependiente.....

- Se plantean los principales retos, desde el desarrollo de un concepto de dependencia, hasta los que atañen a los ámbitos de política pública, salud y desarrollo de servicios.

Gasto de bolsillo en salud* asociados a la presencia de adultos mayores con discapacidad**

	Hogares con al menos un AM con discapacidad n = 301	Hogares con AM sin discapacidad n = 433
Consulta externa	1846	472
Cuidados médicos y de enfermería (ambulatorios)	169	0
Medicinas	631	336
Dispositivos (lentes, aparatos auditivos, prótesis)	70	53
Diagnósticos y exámenes de laboratorio	222	135
Servicios médicos y medicinas tradicionales	155	33
Transporte (búsqueda servicios de salud)	341	80
Hospitalización (anual)	917	1246
Seguros/primas (anual)	23	52
Gasto total trimestral en salud	3683	1422
Prevalencia de gasto catastrófico por motivos de salud	40%	25%

* Las cantidades están reportadas en pesos mexicanos y como gasto trimestral, excepto donde se indica

** En rojo diferencias estadísticamente significativas

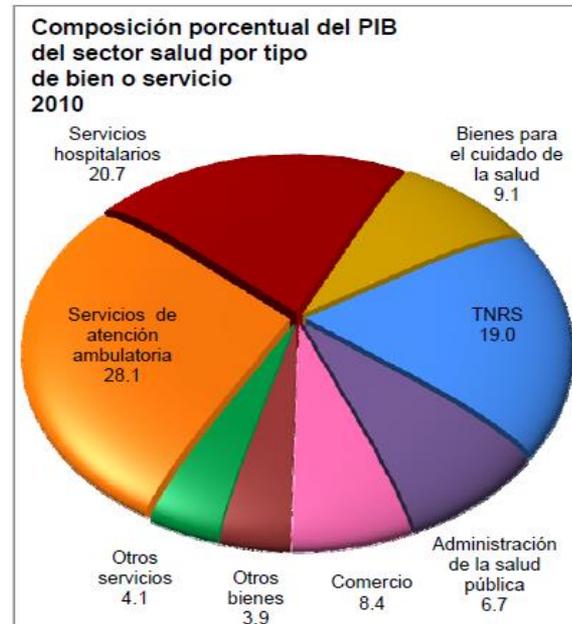
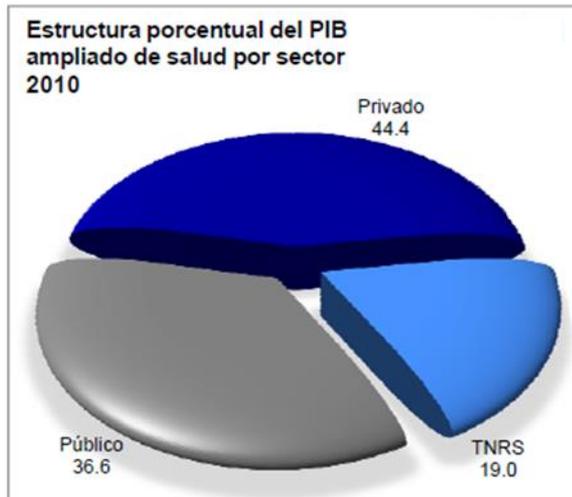
Cuidadores y organización del cuidado para ancianos dependientes.

	Peru Urban N=135	Peru Rural N=26	Mexico Urban N=114	Mexico Rural N=82	China Urban N=183	China Rural N=54	Nigeria N=228
Características del cuidador							
Cónyuge	19%	27%	17%	16%	39%	39%	13.7%
Hijo nuera o yerno	40%	50%	74%	66%	43%	59%	68.0%
No familiar	25%	4%	4%	0%	16%	2%	1.4%
Mujer	86%	89%	83%	82%	67%	50%	63.2%
Arreglos							
Ha dejado de trabajar para cuidar	16%	23%	25%	37%	4%	48%	39.2%
Colabora con cuidadores informales adicionales	46%	58%	55%	59%	7%	22%	66.5%
Paga un cuidador	33.3%	7.7%	3.5%	1.2%	45.4%	1.9%	2.1%

Fuente: 10/66 Prince et al (2012).

Valor del trabajo no remunerado en salud

Estructura porcentual del PIB ampliado del sector salud para el año 2011



- El TNRS representa 19.0% del total, mientras que el sector público (seguridad social y servicios de salud) y el privado representaron 36.6% y 44.4% respectivamente.
- El 19% que representa el TNRS es casi la misma proporción que lo que representan los servicios hospitalarios con 20.7% y más de la mitad de lo que representan los servicios ambulatorios con 28.1% del total.

La expectativa de que las familias sigan llenando este hueco no son realistas:

- El cambio demográfico es tan dramático que la proporción de adultos mayores sobrepasará a la de adultos jóvenes disponibles para apoyar.
- “Familia” es con frecuencia sinónimo de mujeres. Los cambios en las normas sociales hacen que tengan otras aspiraciones más allá del cuidado.
- Si bien el cuidado por parte de la familia puede ser “gratuito” para el gobierno, no está exento de costos

Existe evidencia y razones muy claras para la acción:

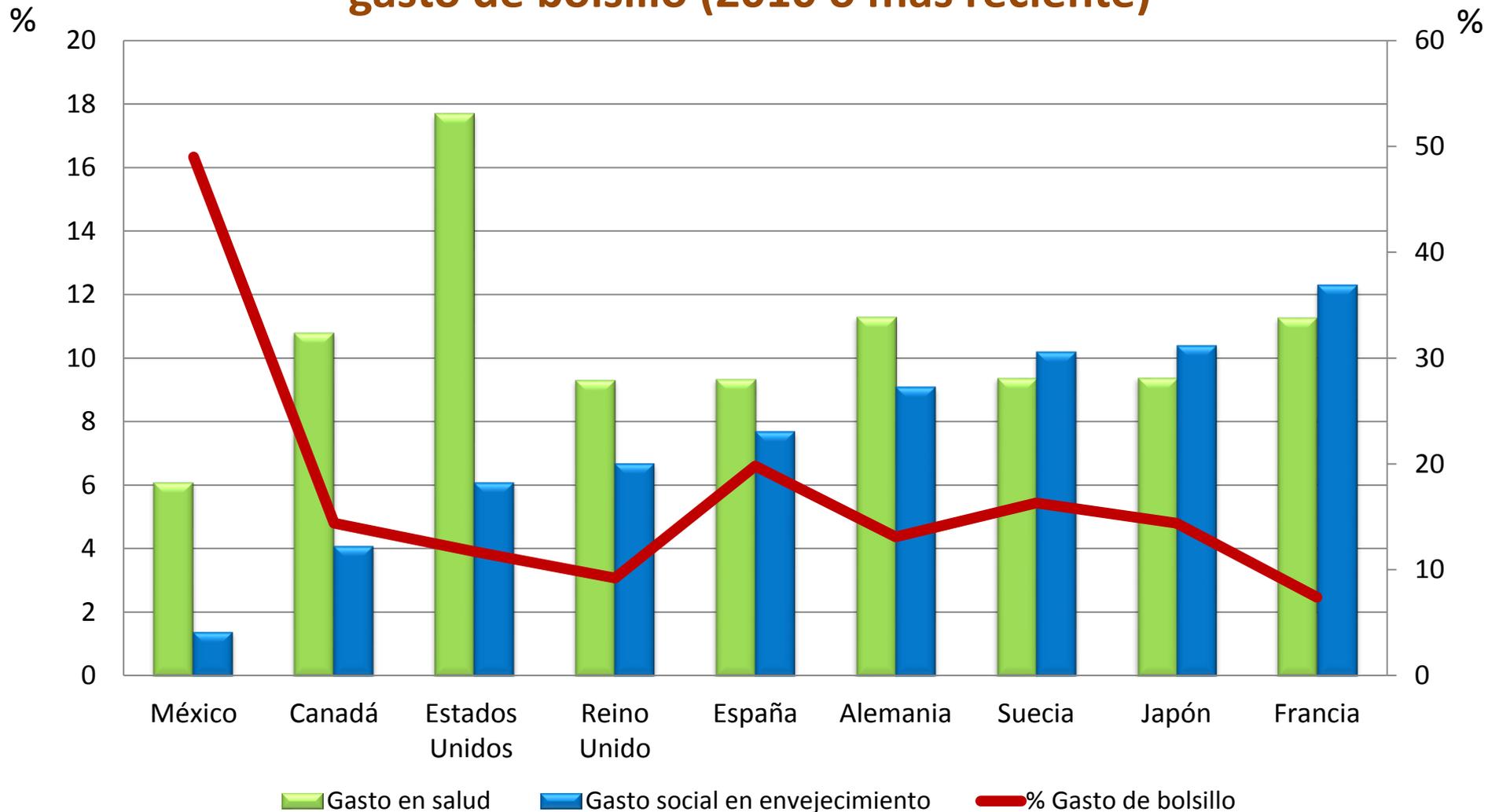
- La presión que genera esta población para el sistema de salud es importante y la respuesta es insuficiente
- Las fallas en la prevención del deterioro funcional conducen a un incremento de la dependencia que hubiera podido ser prevenida.
- Las fallas en el desarrollo del modelo de atención óptimo conducirá a un incremento en la presión, potencialmente prevenible, sobre los servicios agudos
- Las fallas en el apoyo a los cuidadores primarios en las familias conduce a un uso ineficiente del capital humano

Prevención de la dependencia

- Para preservar la autonomía y la calidad de vida al envejecer debemos intervenir sobre los determinantes de la discapacidad y suprimir los obstáculos que impiden el acceso a un cuidado digno.
- Además de promover el envejecimiento sano y activo, necesitamos del soporte económico y a través de educación y acceso oportuno a las subvenciones y servicios; sólo así será posible prevenir, o al menos diferir o mitigar, la discapacidad y la consecuente dependencia.
- Para ello, es necesaria la participación activa de diferentes sectores (salud, educación y desarrollo social), así como la incorporación de organizaciones de la sociedad civil, del sector privado y de los AMM en su conjunto y sus familias.



Gasto social en envejecimiento, gasto en salud según PIB y gasto de bolsillo (2010 o más reciente)



Elaboración propia con datos de la OCDE: Databases of health expenditure and Social Expenditure, 2012

Proyecciones según escenarios para Gasto en Salud y en Atención a Largo Plazo Porcentaje de PIB

	Atención médica			Atención a Largo Plazo			Total		
	Promedio	2060		Promedio	2060		Promedio	2060	
	2006 2010	Costos crecientes	Contención de costos	2006 2010	Costos crecientes	Contención de costos	2006 2010	Costos crecientes	Contención de costos
Canadá	5.8	12.2	8.3	1.2	2.5	1.9	7.1	14.6	10.2
Chile	3.1	10.2	6.3	0.0	2.3	1.5	3.1	12.4	7.8
Francia	7.4	13.5	9.6	1.1	2.1	1.7	8.5	15.5	11.3
Alemania	7.3	13.5	9.6	0.9	2.1	1.6	8.2	15.5	11.2
Japón	6.1	12.5	8.6	0.7	2.0	1.4	6.8	14.5	10.0
Mexico	2.5	9.4	5.5	0.0	2.2	1.5	2.5	11.6	7.0
España	5.6	12.3	8.5	0.5	2.0	1.6	6.1	14.3	10.0
Suecia	6.6	12.4	8.6	0.7	1.6	1.1	7.2	14.0	9.7
Reino unido	6.5	12.4	8.5	0.9	1.8	1.4	7.4	14.2	9.9
Estados Unidos	7.1	13.2	9.3	0.6	1.3	1.0	7.6	14.5	10.3
Promedio OECD	5.5	11.8	7.9	0.8	2.1	1.6	6.2	13.9	9.5
Promedio No OECD¹	2.4	8.3	4.4	0.1	1.4	0.9	2.5	9.8	5.3
Promedio total	5.0	11.3	7.4	0.7	2.0	1.5	5.7	13.3	8.9

1. Promedio no pesado.

Sistema de Salud ↔ Sistema de Protección Social

Puntos críticos para los ancianos

- ❖ Altos costos de bolsillo por fármacos
- ❖ Altos costos por atención médica
- ❖ Bajo desempeño del sistema de salud
- ❖ Costos no cubiertos por cuidados a largo plazo
- ❖ Ingreso insuficiente o nulo
- ❖ Necesidades sociales y de salud no cubiertas

Viviendo con dependencia: Sistema de salud

METAS

Promover salud
Estilos de vida
Evitar progresión de la
dependencia

Sistema efectivo de otorgamiento
de servicios médicos en todos los
niveles

Costo efectivo

PRIORIDADES

Atención centrada
en el paciente

Prevención y
promoción salud

Atención primaria
Medicina familiar

Mejorar acceso a
servicios geriátricos
especializados

Acceso a servicios
de calidad

Abatir costos de
bolsillo y gastos
catastróficos

Revisar y mejorar
Atención Urgencias

Alternativas de
cuidado
prolongado

ESTRATEGIAS

Formación de
recursos

“Geriatrizar
Servicios”

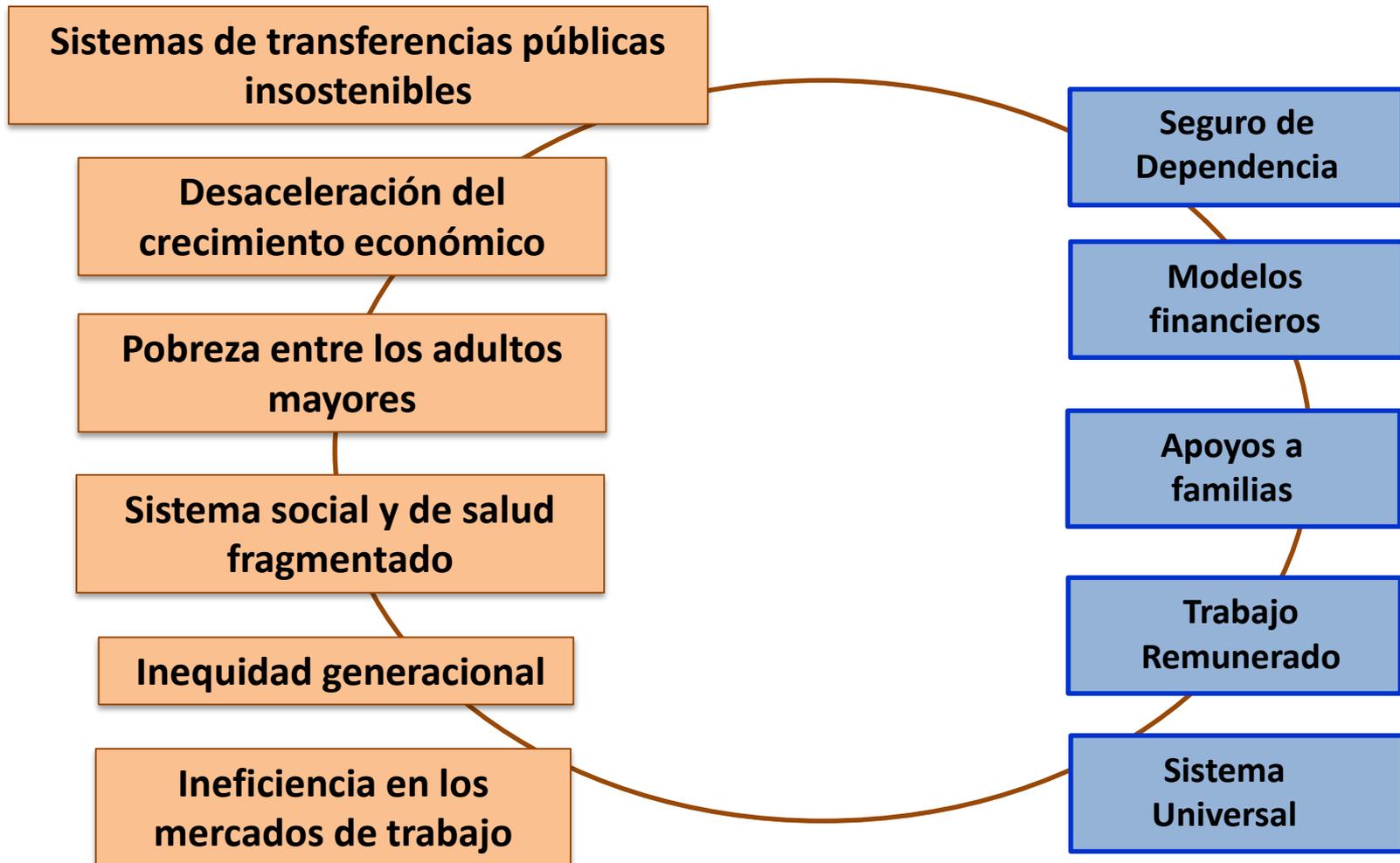
Asegurar
Calidad

Sistemas de registro
e información

Eficiencia en la admon-
duplicación de
programas

Evaluación
Modelos de Atención

Viviendo con dependencia: Sistema Protección Social



OBJETIVO GENERAL

- Enfocar a la dependencia como un asunto que requiere atención urgente desde el punto de vista de política pública.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
 - Establecer una postura conceptual como grupo de colaboración en materia de dependencia en adultos mayores.
 - Reflexionar sobre experiencias internacionales en la atención a la dependencia: cómo se mide y cómo se ha abordado en otros países.
 - Describir la magnitud del fenómeno de la dependencia en México.
 - Exponer la necesidad de desarrollar una política pública de atención y estrategias de prevención de la dependencia a través de los cuidados de largo plazo.

Más allá de la prevención y el tratamiento: desarrollo de una **cultura del cuidado** en respuesta a la revolución de la longevidad

PROPUESTAS DE ACCIÓN

PROPUESTA DE ACCION

1. Diagnostico
2. Estimación del impacto económico de las potenciales intervenciones
3. Inventario de los servicios disponibles
4. Definición de las necesidades de servicios a partir del diagnostico
5. ¿Qué queremos conseguir?
6. Universal vs focalizado
7. Asentada en el terreno de lo factible
8. Impulso de una política pública en prevención y atención a la dependencia

Constataciones

- La evidencia disponible en México sustenta la necesidad de reconocer a la dependencia y los cuidados como un reto emergente.
- Reconocemos la necesidad de un cambio de paradigma hacia una “Cultura del cuidado” (Declaración de Rio de Janeiro ILC), que promueva la solidaridad intergeneracional y preste atención a las necesidades de la persona y de sus cuidadores.
- Los principios de las Naciones Unidas respecto a las personas mayores siguen siendo pertinentes: preservación de la dignidad, la independencia, la autorrealización, la participación y los cuidados

Constataciones

- Los cuidados y la atención a la dependencia deben organizarse con un enfoque de derechos humanos.
- El fin último es el desarrollo de una gama de servicios que comprendan desde la prevención de la dependencia y la promoción del envejecimiento sano y activo hasta los cuidados de largo plazo:
- Ello puede contribuir a reducir la discapacidad asociada a la vejez y tener como efecto colateral ahorros presupuestarios.

Constataciones

- Debe reconocerse la dimensión de género tanto en los cuidados como en la epidemiología de la dependencia y las políticas deben ajustarse en consecuencia
- El tema del maltrato merece una particular consideración en particular como una consecuencia negativa de la dependencia en un entorno de pobreza de recursos y conocimientos
- El marco de referencia sobre envejecimiento activo de la OMS sigue siendo un referente válido y útil en este contexto, así como el programa de Ciudades amigables.

Constataciones

- El modelo de cuidados crónicos con sus 5 elementos clave: comunicación, continuidad, coordinación, globalidad y vinculación comunitaria. Contribuye a clarificar el abordaje de los determinantes de la dependencia.
- La Demencia, la fragilidad y el deterioro sensorial constituyen retos que merecen un abordaje específico.
- La cultura del cuidado ha de extenderse al ámbito de los cuidados paliativos al final de la vida.

Algunos puntos clave

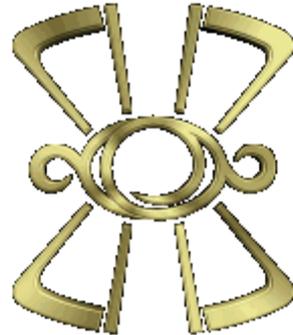
- Es inútil el desarrollo de estándares y metas si no hay una estructura presupuestal o al menos incentivos claros detrás
- Es necesario identificar los incentivos “perversos” que pueden jugar en nuestra contra
- No es bueno desarrollar servicios tipo “Rolls Royce” si sólo una pequeña fracción de la población los recibe
- Hay que priorizar la prevención y los servicios de atención primaria
- Otros objetivos menos “duros” en apariencia como son los cambios de actitud pueden ser aún más difíciles de alcanzar pero son clave para la mejora de la calidad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- El cambio no ocurre sino hasta que alcanza a las personas
- Cualquier cambio requiere un fuerte liderazgo y una gestión permanente
- Los adultos mayores requieren:
 - Servicios multidimensionales, centrados en la persona y flexibles que cubran sus necesidades y que partan de sus propias preferencias.
 - Competencias profesionales alineadas y en primera línea
 - Políticas dirigidas a cubrir las necesidades de los cuidadores
 - Los repositorios de datos personales son un componente extra muy deseable si se basan en evaluaciones sistemáticas para planificar los cuidados y los servicios

Conclusiones

- Es necesario promover el desarrollo de programas de protección social para los AM. A ello deben sumarse otras medidas que apoyen a quienes cuidan de ellos.
- La discapacidad y la dependencia originan consecuencias que afectan y afectarán más aún al conjunto de la sociedad y no sólo a nuestros mayores.
- Por ello debe ser abordada en forma inmediata, desde una perspectiva de curso de vida y con énfasis en la prevención.



Gracias.....