



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO  
NACIONAL  
DE GERIATRÍA**

Conocimiento y conciencia  
para un envejecimiento saludable

# Envejecimiento saludable en medio de la pandemia

Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

CDMX.  
16 de junio 2020





Portada

Antecedentes

Recursos

Días internacionales



Izquierda: Una mujer vende productos en el Mercado Victoria en Port Victoria, Seychelles. Derecha: Christine Banlog ha sido una mujer de mercado durante 22 años. Ahora tiene 64 años, enviudó y cría a sus tres nietos en Nyalla, una localidad de la ciudad de Douala, Camerún. ONU Mujeres/Ryan Brown



“ La pandemia del COVID-19 está causando temor y sufrimiento indescriptibles a las personas de edad en todo el mundo. Más allá de su impacto inmediato en la salud, la pandemia coloca a las personas de edad en una situación de mayor riesgo de pobreza, discriminación y aislamiento. Es probable que tenga un efecto particularmente devastador para las personas de edad de los países en desarrollo.

— Secretario General de la ONU, António Guterres





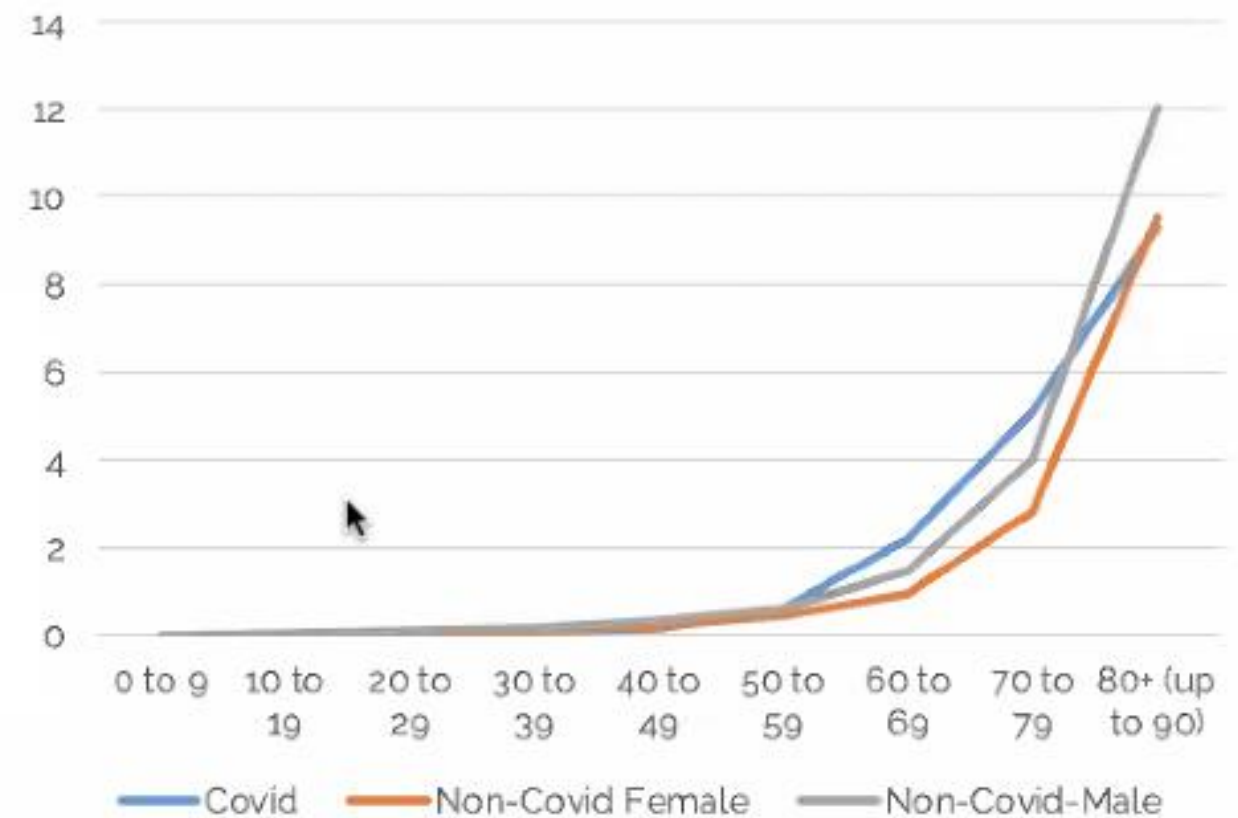
# EN ESTA CRISIS ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

- Valoramos mucho más la salud que el ingreso
- La capacidad del sistema de salud está en grave riesgo
- Todavía no acabamos de entender lo que significa envejecer
- ¡Cuan inadecuados son nuestros sistemas de cuidados!
- La importancia de envejecer bien
- La agenda del envejecimiento cobra relevancia
- Cuanto depende nuestro bienestar de la interacción social
- Cuan poco nos valoran a los viejos



- Maleabilidad de la edad
- La importancia de aplanar la curva (del envejecimiento)
- Mayor retorno de enlentecer el envejecimiento que de tratar la enfermedad crónica

MORTALITY RISK FROM COVID AND  
NON-COVID SOURCES (%)





# Toma de conciencia acerca de:

- Los límites de un sistema de salud basado en la “reparación” y el tratamiento de enfermedades específicas frente al envejecimiento poblacional
- El potencial del uso de la tecnología en salud (IA, telemedicina, seguimiento y análisis de datos)
- Consideración de la relevancia que tiene las condiciones de salud subyacentes para afectar la mortalidad individual



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Conocimiento y conciencia  
para un envejecimiento saludable

# Unequal impact of structural health determinants on COVID-19 outcomes in older Mexican adults

Omar Yaxmehen Bello-Chavolla<sup>1,2\*</sup>, Armando González-Díaz<sup>4</sup>, Neftali Eduardo Antonio-Villa<sup>1,3</sup>, Alejandro Márquez-Salinas<sup>2,3</sup>, Carlos A. Fermín-Martínez<sup>1,3</sup>, Arsenio Vargas-Vázquez<sup>1,3</sup>, Jessica Paola Bahena-López<sup>3</sup>, María del Carmen García-Peña<sup>1</sup>, Carlos A. Aguilar-Salinas<sup>2,6,7</sup>, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo<sup>1</sup>



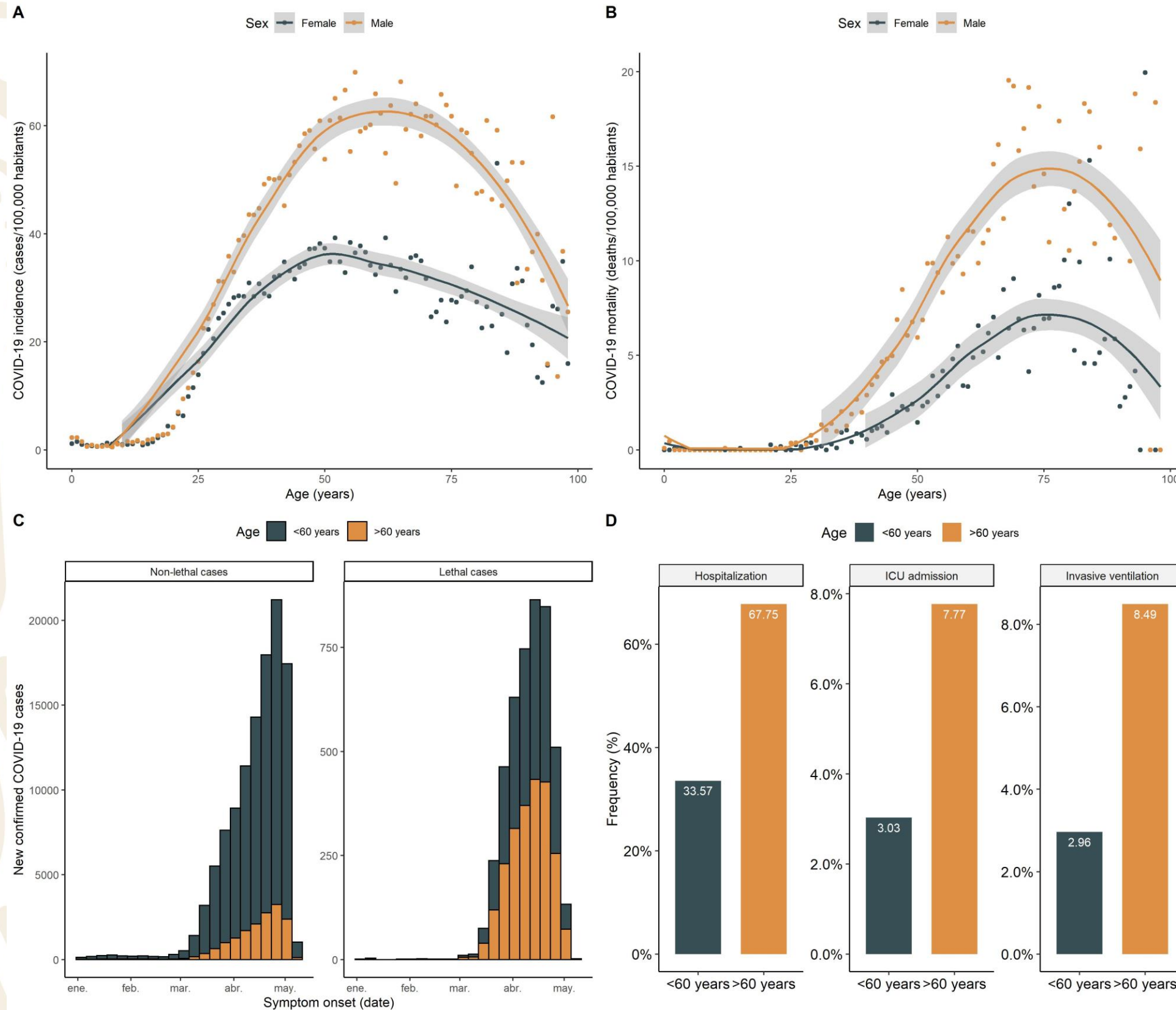


Figura 1. COVID-19 casos (A) y tasas de mortalidad (B) estandarizadas de acuerdo con las proyecciones de población específicas de la edad para 2020 para cada incremento de 1 año. La cifra también muestra la distribución de casos letales y no letales estratificados por edad de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas (C) y la distribución de los desenlaces de COVID-19 comparando las tasas entre los menores y los mayores de 60 años (D).

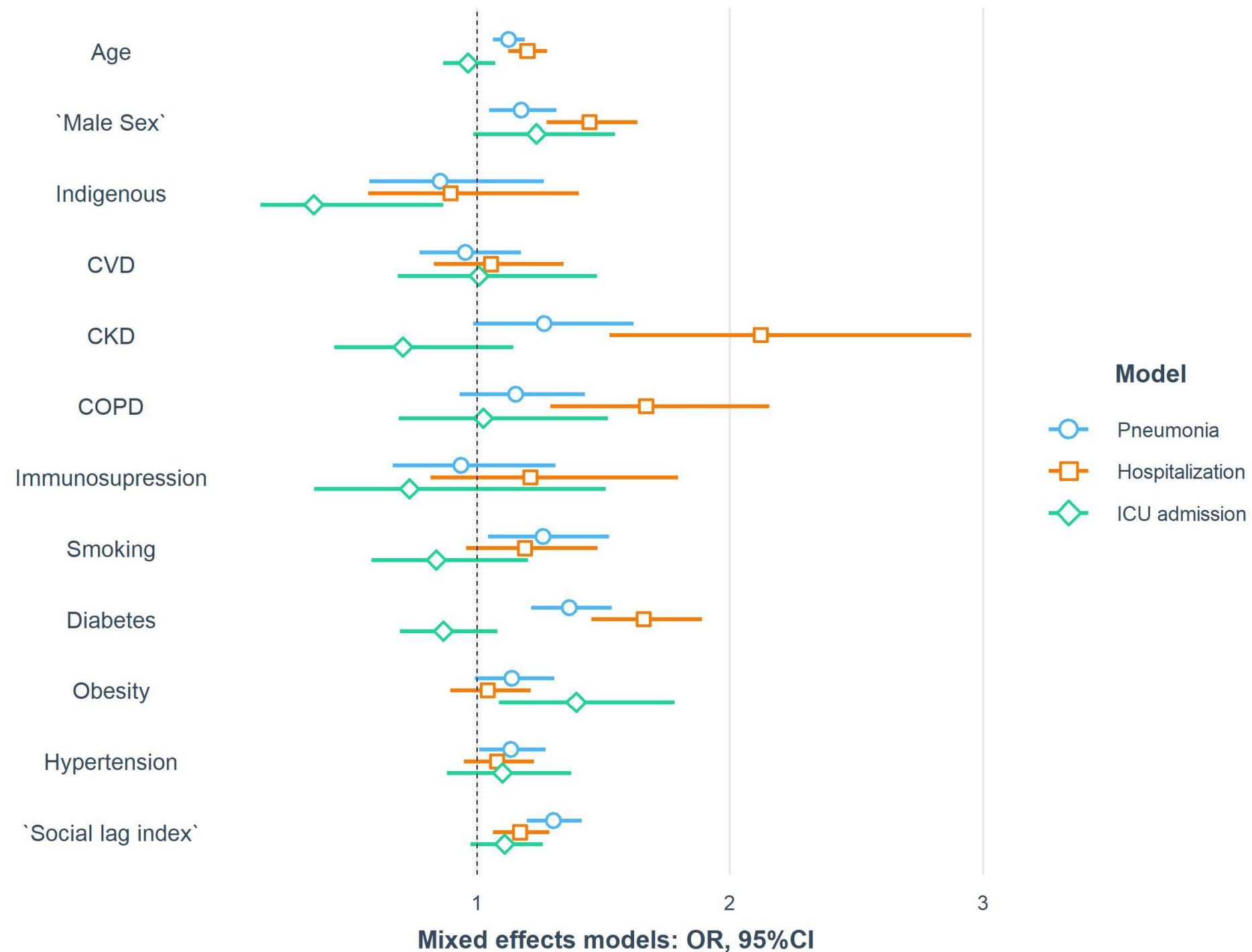


Figura 2. Factores de riesgo para la neumonía relacionada con COVID-19, hospitalización e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en adultos mayores mexicanos, modelados utilizando regresión logística con efectos mixtos, incluyendo municipio de caso de ocurrencia como efecto aleatorio para el control de las desigualdades regionales.



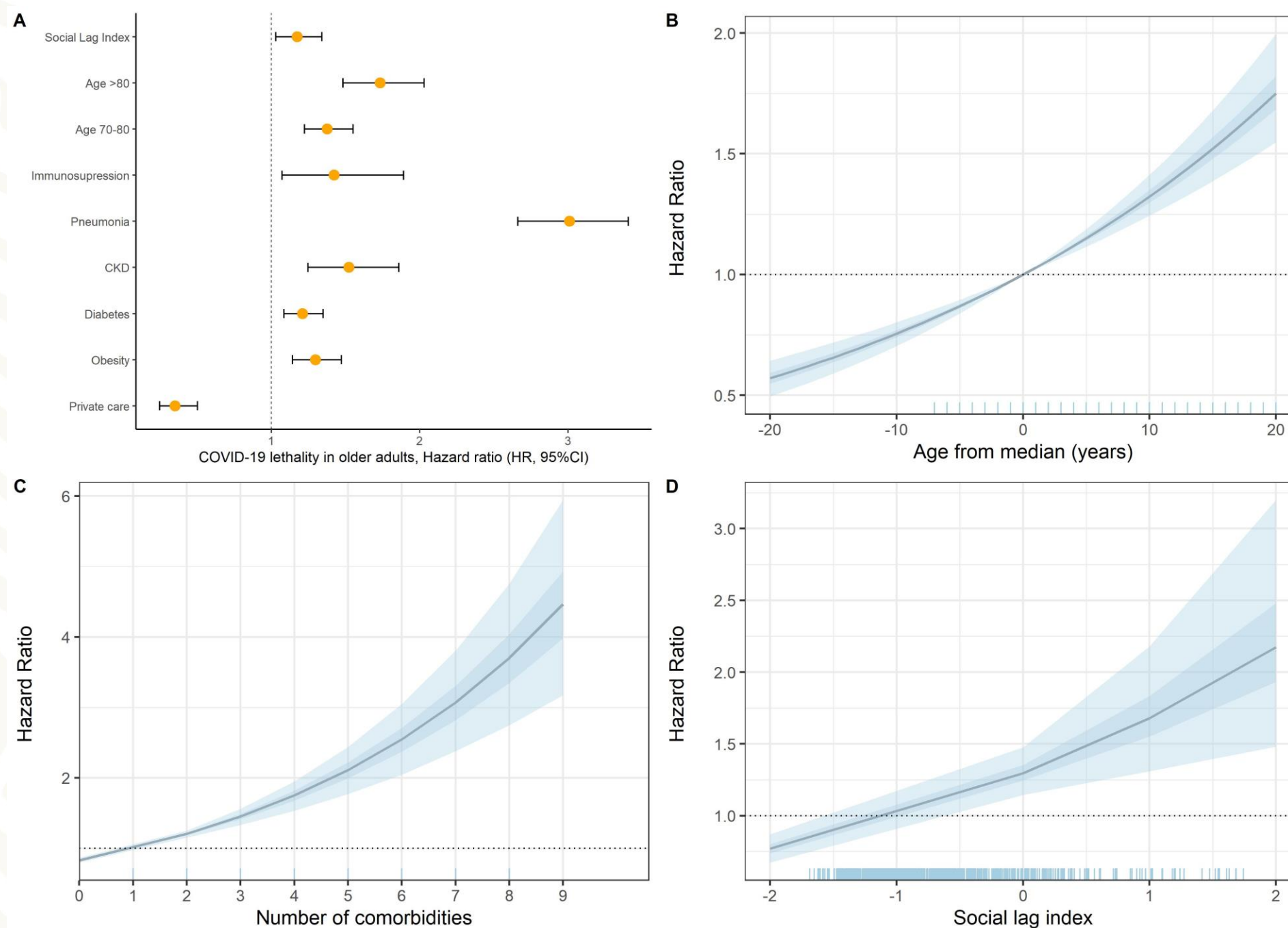
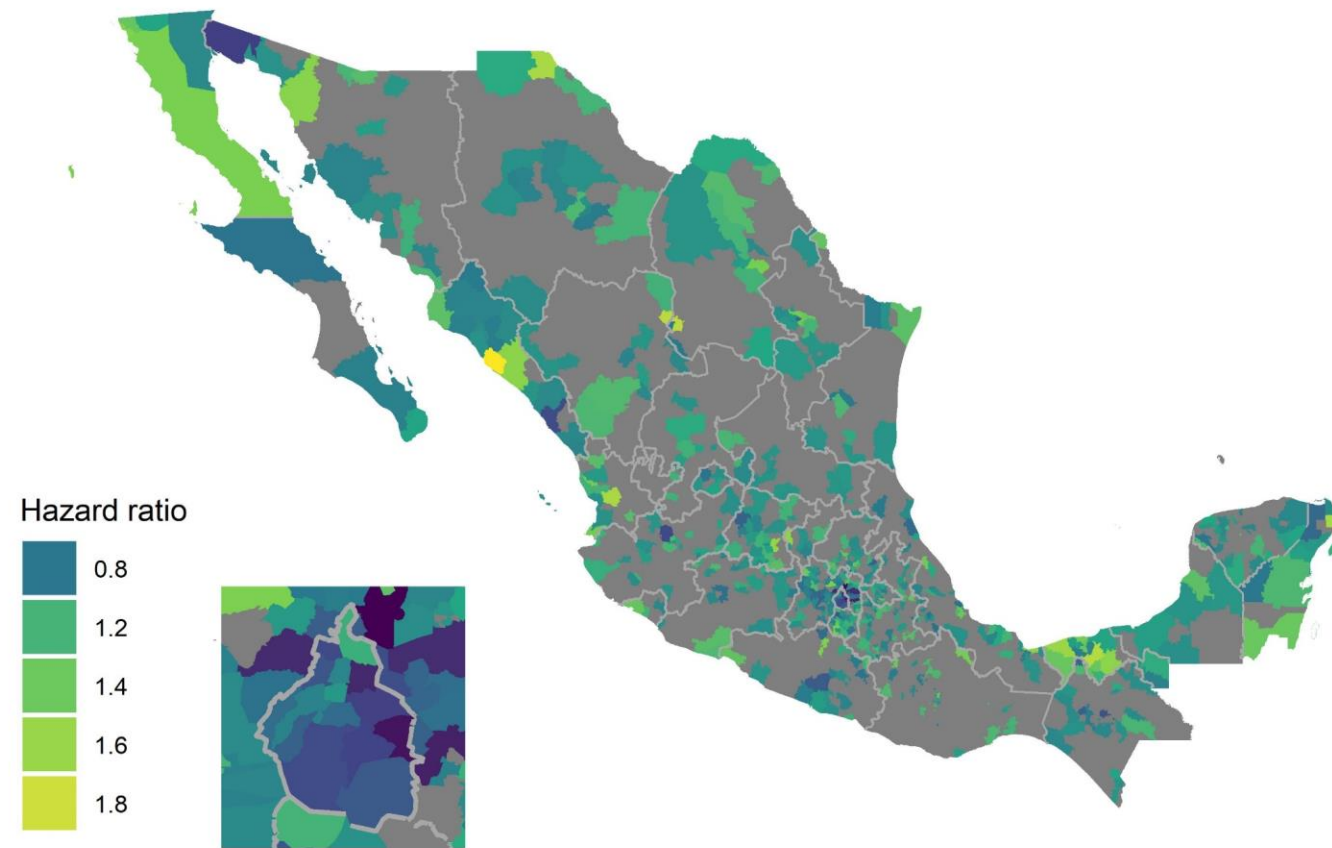


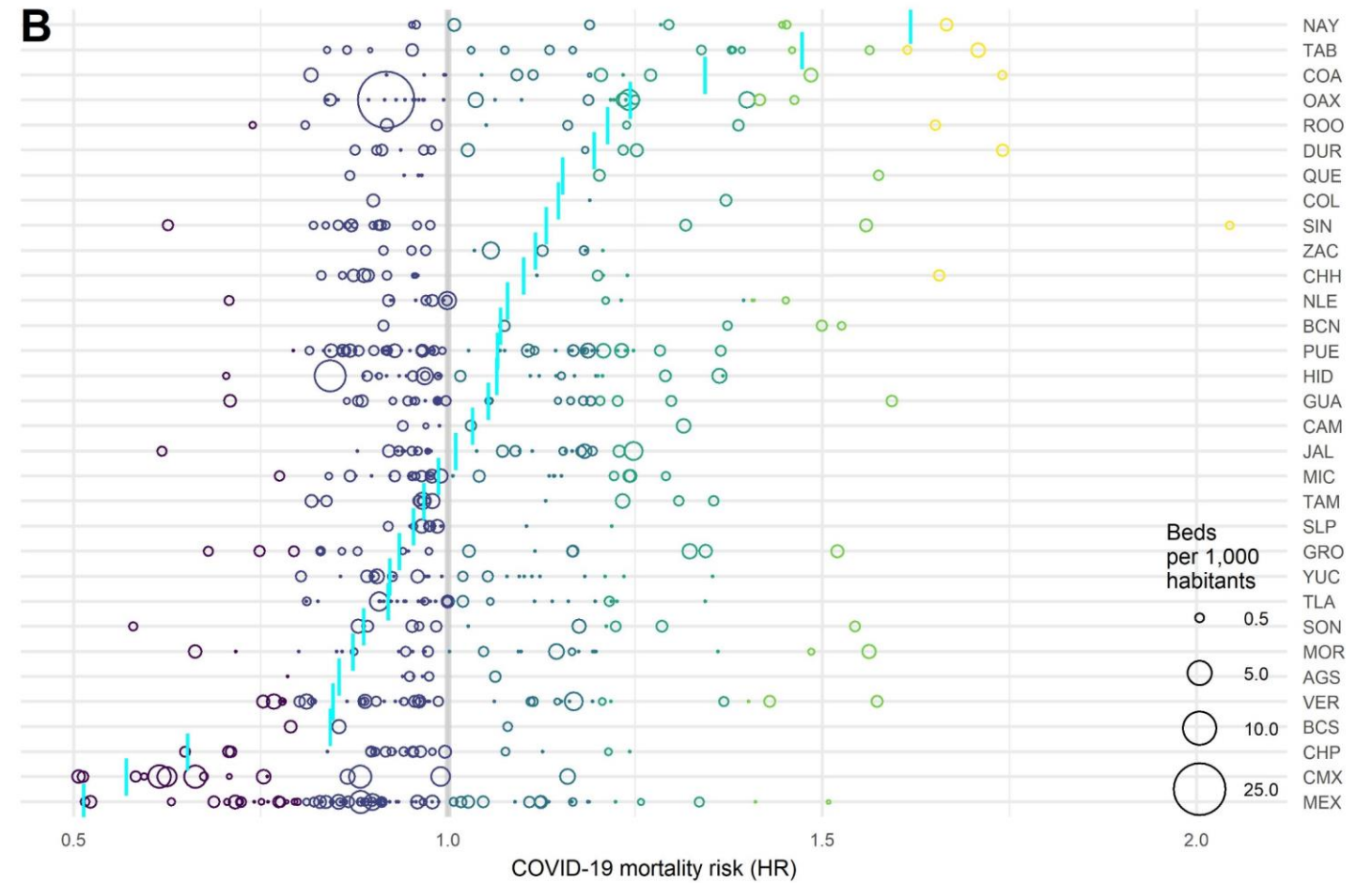
Figura 3. Factores de riesgo de letalidad COVID-19 en adultos mexicanos mayores, utilizando modelos de regresión de riesgo proporcional de Cox con penalización de fragilidad para acomodar datos multinivel (A). También incluimos simulaciones post-estimación para cuantificar el efecto de las covariables en el aumento del riesgo de letalidad COVID-19 para la edad en comparación con la mediana en adultos mayores (72 años, B), un número creciente de comorbilidades (C) y aumentos en el índice de retraso social (D).



**A**



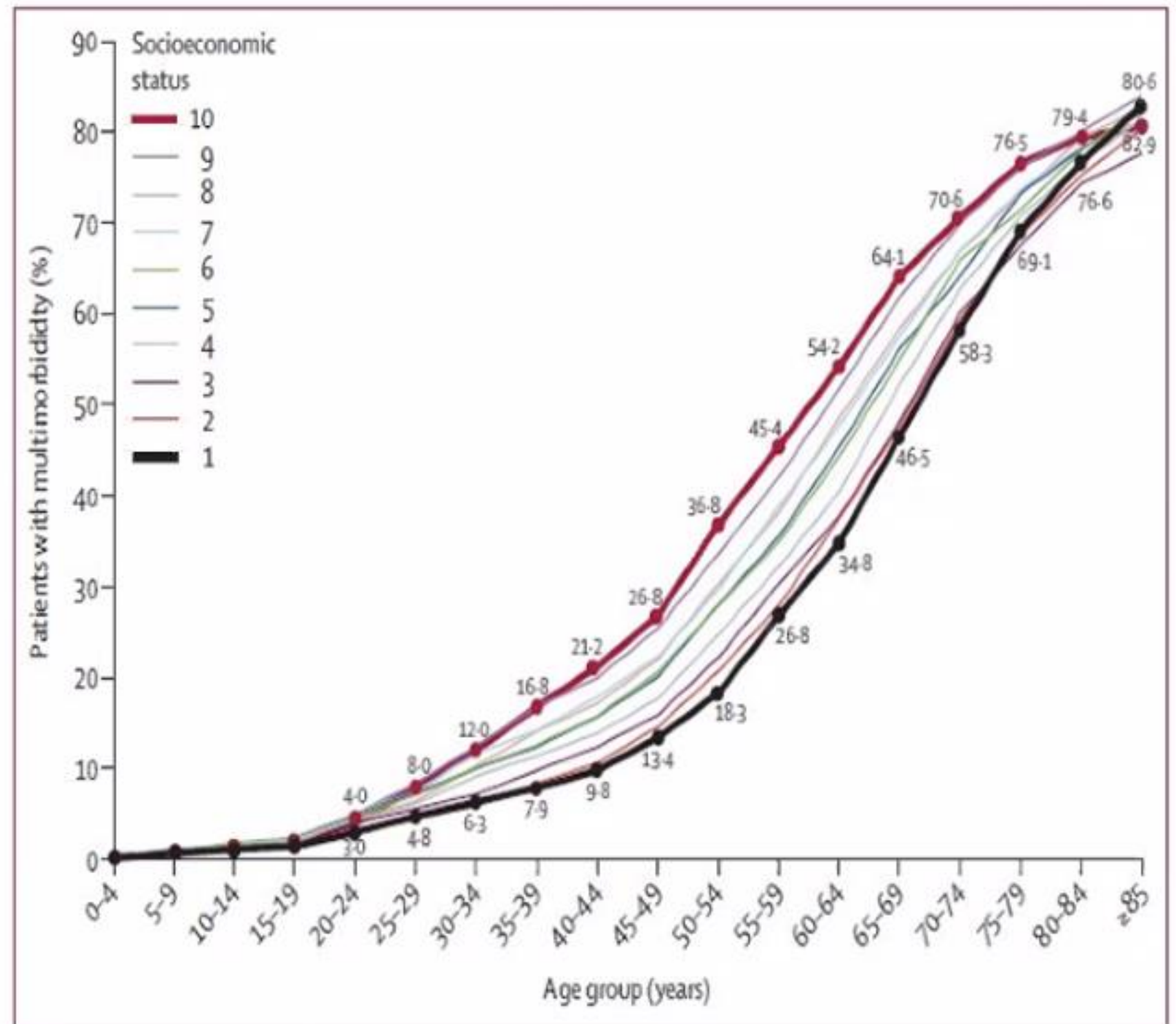
**B**



**Figure 4.** Geographical distribution of baseline COVID-19 lethality hazards across Mexican municipalities as modeled by mixed-effects Cox proportional risk regression models (A). We also show Hazard of individual municipalities and the number of beds per 1,000 inhabitants in each municipality considering also a state-wide mortality Hazard (cyan line, B).



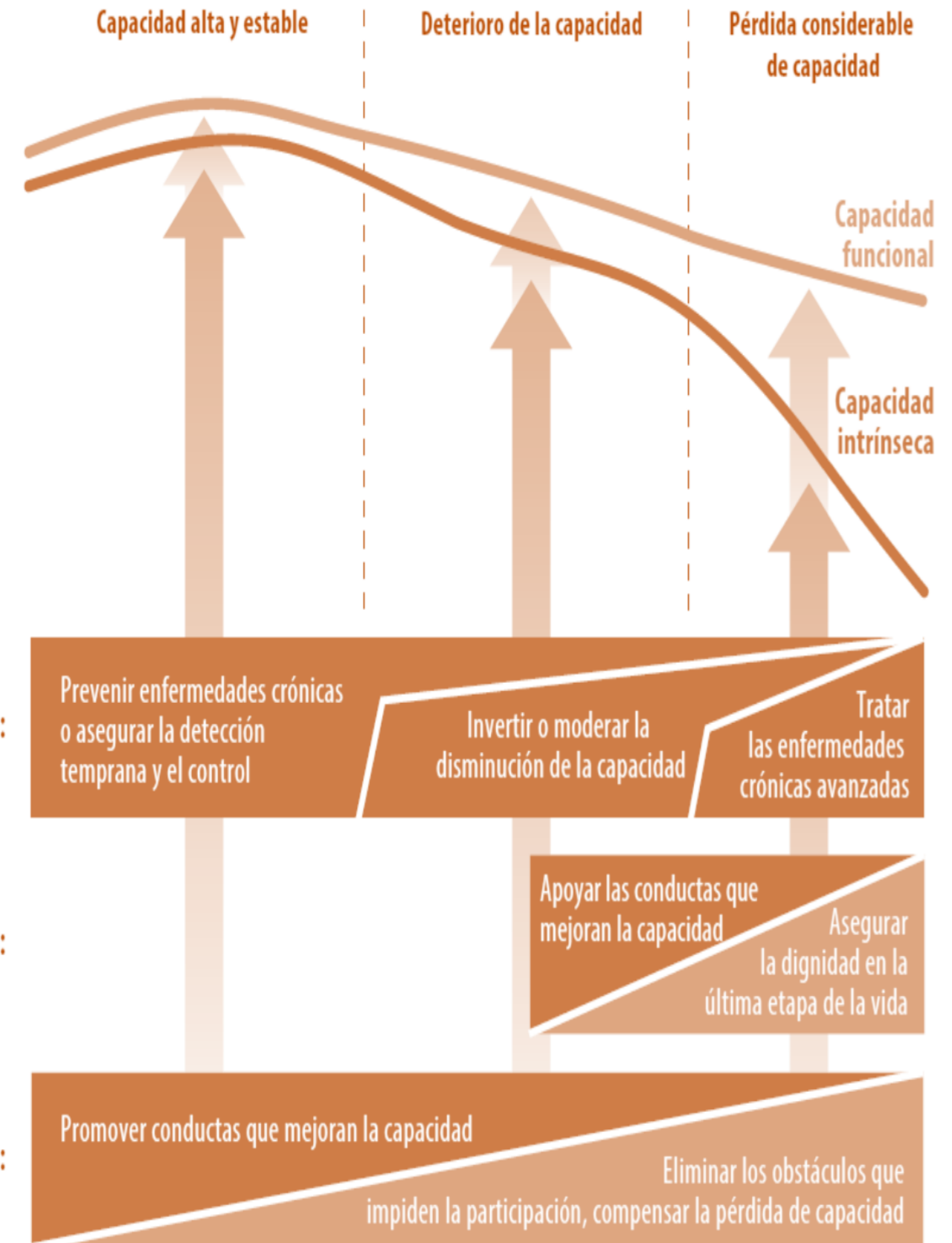
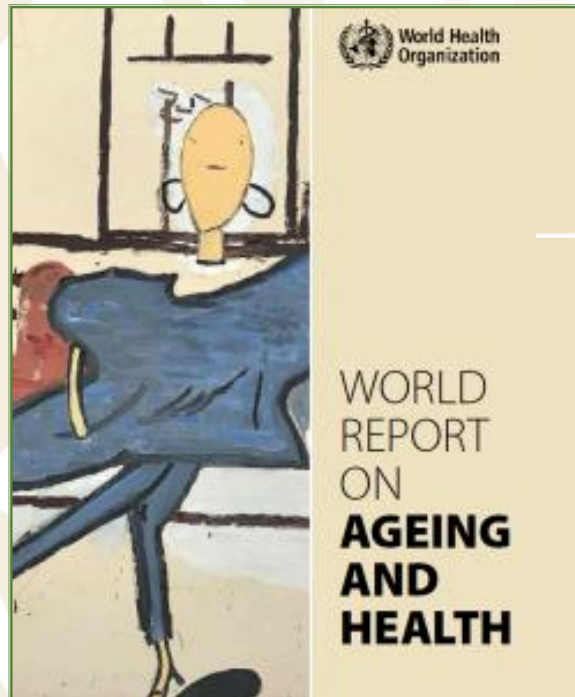
Otra curva  
que  
tenemos  
que aplanar



PREVALENCE OF MULTIMORBIDITY BY AGE AND SOCIOECONOMIC STATUS  
ON SOCIOECONOMIC STATUS SCALE, 1-MOST AFFLUENT AND 10-MOST DEPRIVED



# Cuatro areas para la acción

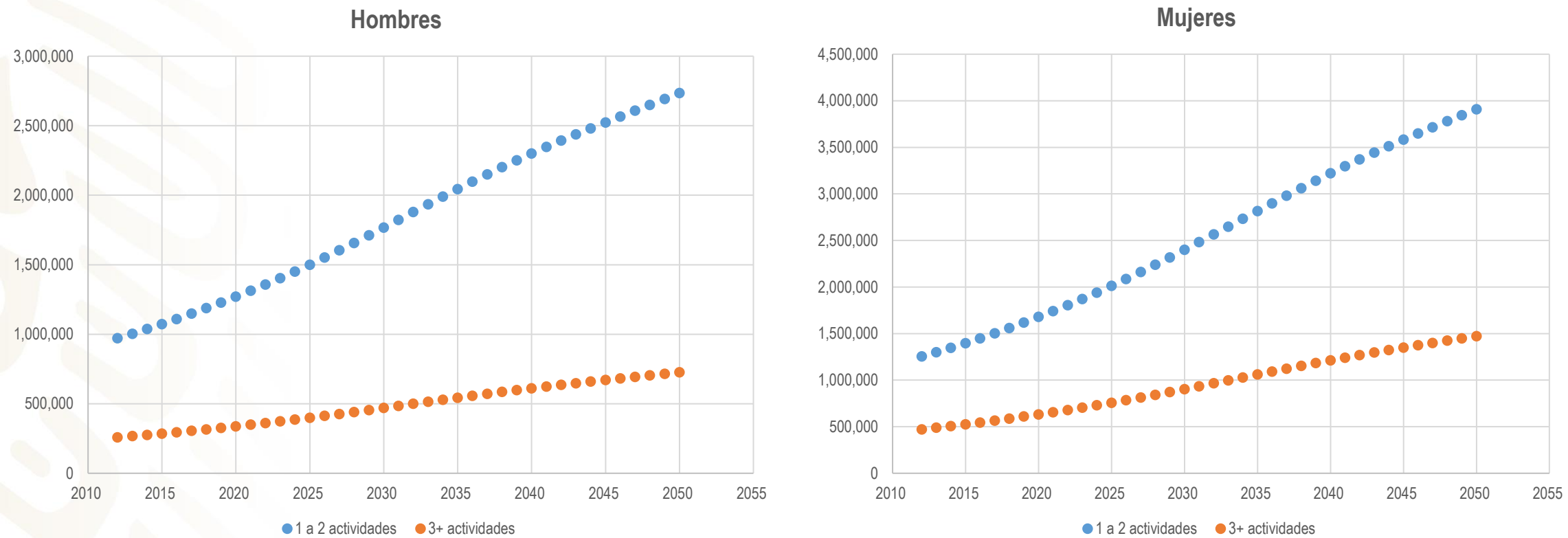




1. Incluir a todas las personas mayores
2. Combatir la discriminación por edad
3. Transformar la práctica clínica
4. Asegurar los recursos humanos
5. Desarrollar sistemas de cuidados a largo plazo
6. Sistemas de información
7. Desarrollar la investigación
8. Demostrar el retorno social de la inversión
9. Promover el cambio y la innovación
10. Adecuación del entorno



# Deterioro funcional en personas mayores, estimación de proyecciones 2012-2050



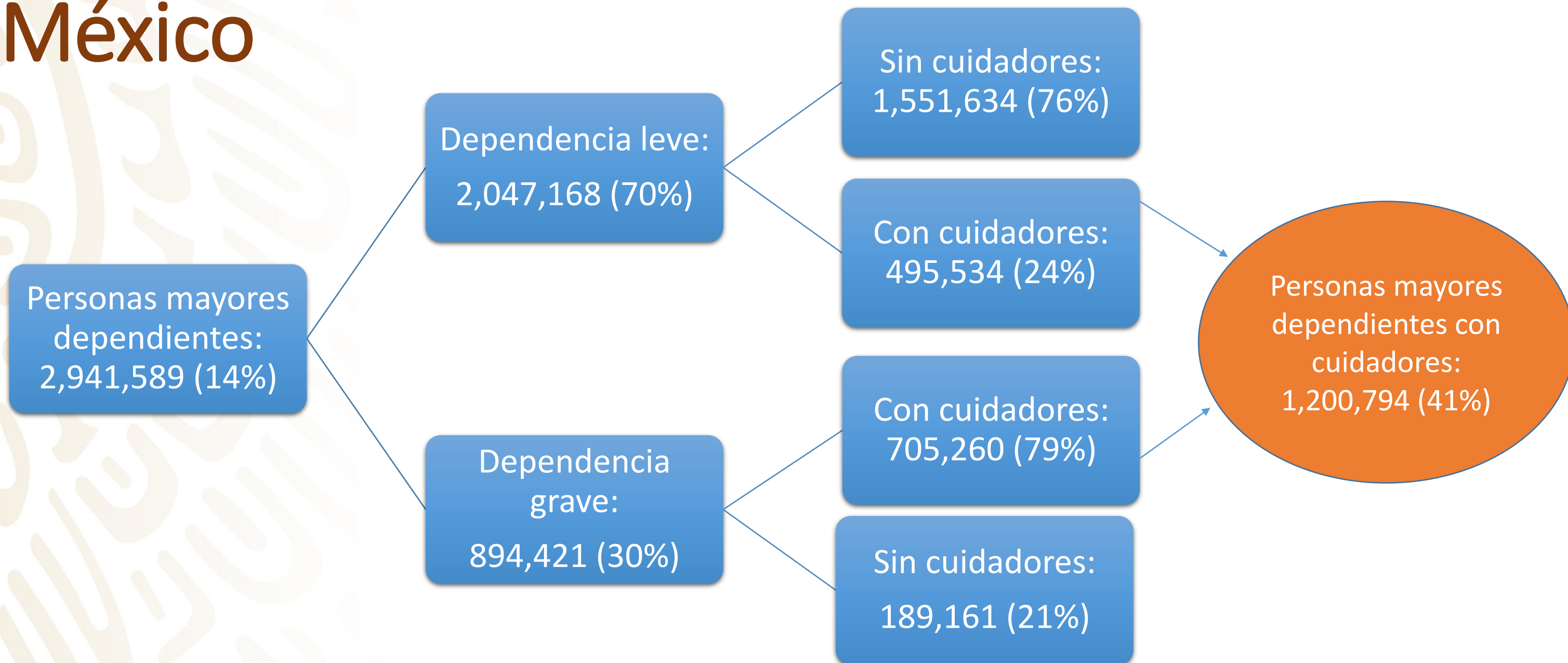
## Limitación para efectuar ABVD

Fuente: Cálculos a partir de Estimaciones y Proyecciones de la Población por Entidad Federativa, CONAPO 2017 y Díaz-Venegas C, De La Vega S, Wong R. 2015





# Dependencia en personas mayores en México



# El sistema actual de cuidados en México

México no tiene un sistema integrado de atención a personas mayores.



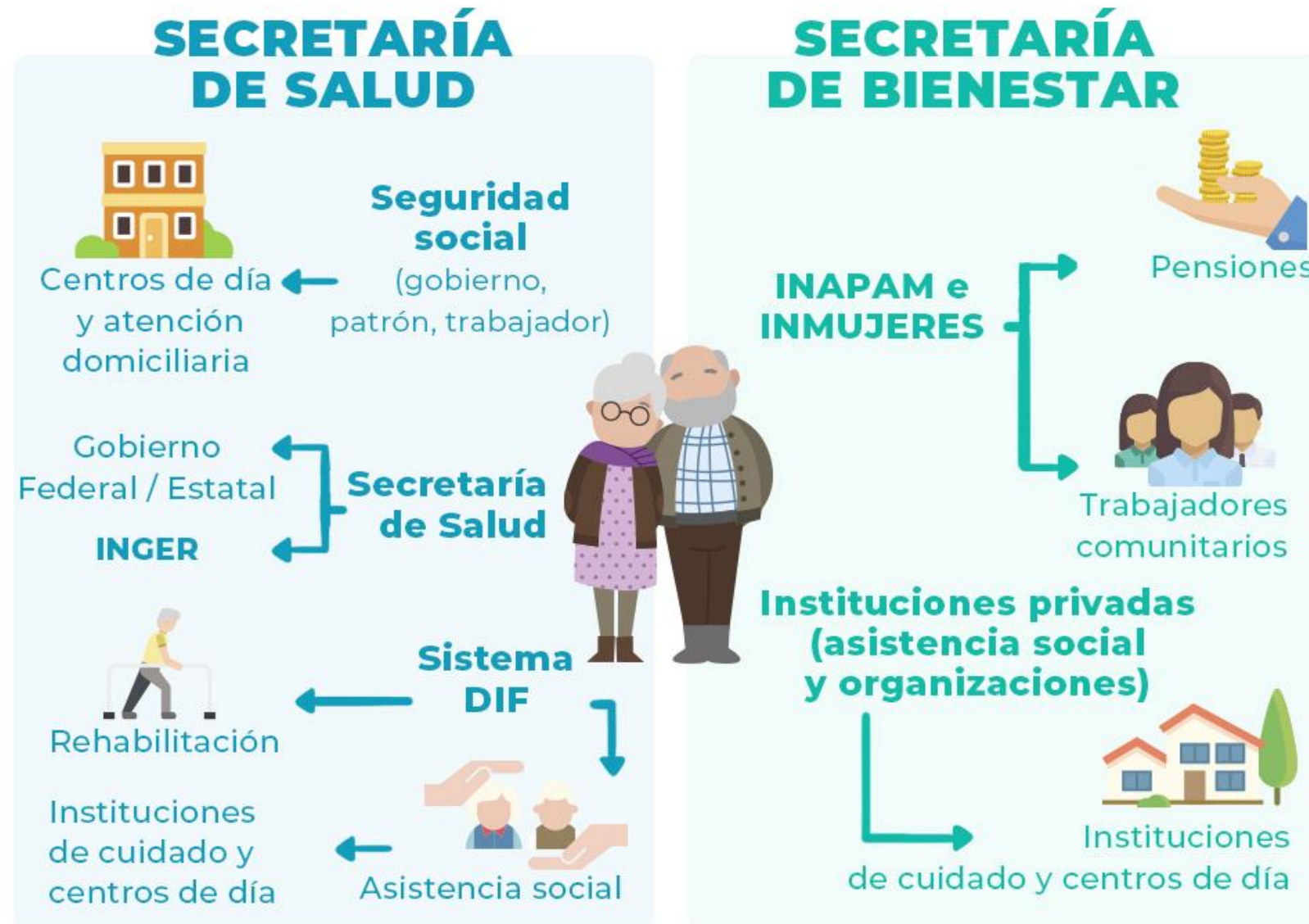
- Las entidades de seguridad social tienen un sistema de apoyo limitado.



- Menos del 1% de personas mayores con discapacidad viven en una institución, el resto vive en casa con sus familias.



- El sector privado es poco significativo. En el último censo se reportan 2000 instituciones de cuidados en el país.



- Familias con ausencia de conocimientos básicos del cuidado en las personas mayores con dependencia.



- Los profesionales de la salud no cuentan con competencias profesionales ni laborales en cuidados de largo plazo.

## ¿Qué hacer?

- Mejores prácticas
- Grupos de trabajo
- Proponer un modelo de cuidados







Las personas de 60 años y más con dependencia y sus cuidadores ven afectada su calidad de vida y vulnerados sus derechos

Gasto ineficiente y duplicidad de funciones.

Inequidad en los servicios disponibles para la población objetivo.

Servicios médicos saturados y enfocados a la limitación del daño.

Cuidados parciales de limitada calidad

Restricción de oportunidades de desarrollo económico y social.



Las personas de 60 años y más con dependencia no tienen acceso a un sistema de cuidados de largo plazo.

Limitada coordinación entre instituciones, sin integración a lo largo del proceso de atención.

Bajo nivel de inclusión social, concientización y capacitación a la población civil.

Desincentivos a la figura del cuidador informal.

Carencia de una política pública nacional que establezca los lineamientos en la materia.

Enfoque medicalizado

Desconocimiento de derechos, servicios y programas disponibles

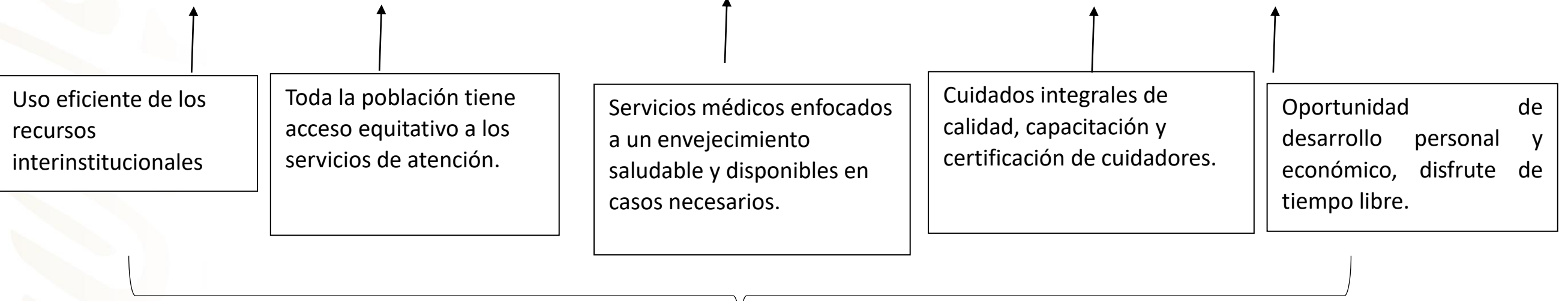
Enfoque tradicional: mujer como cuidadora obligada

# Árbol de problemas



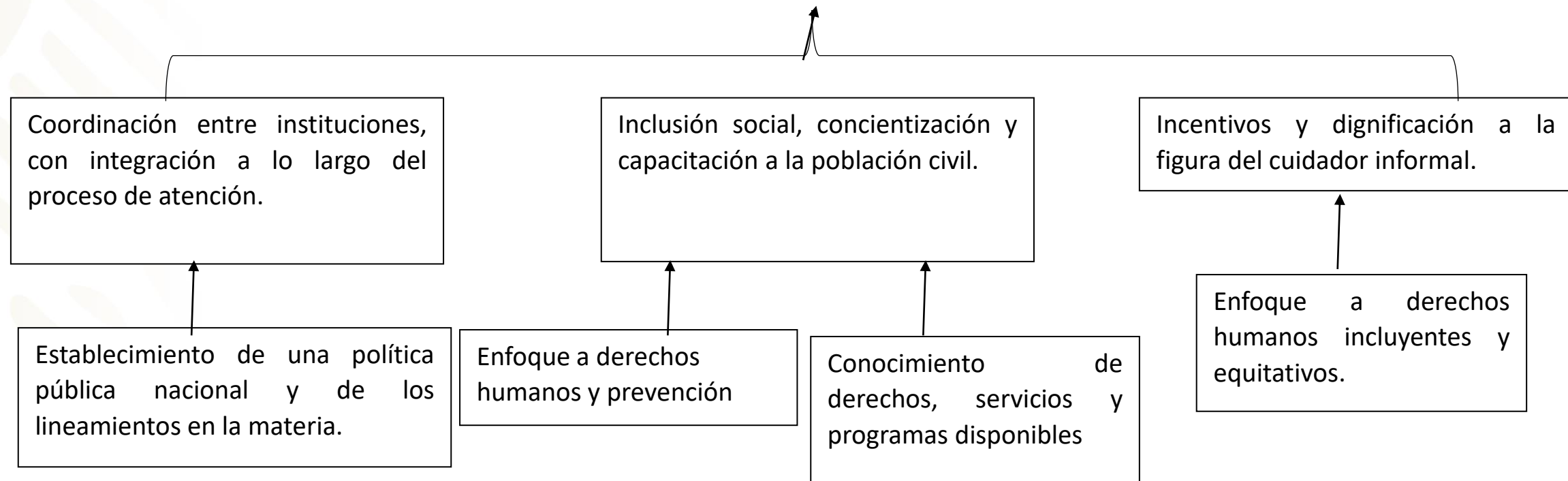


Las personas de 60 años y más con dependencia y sus cuidadores gozan de calidad de vida y ven respetados sus derechos humanos.

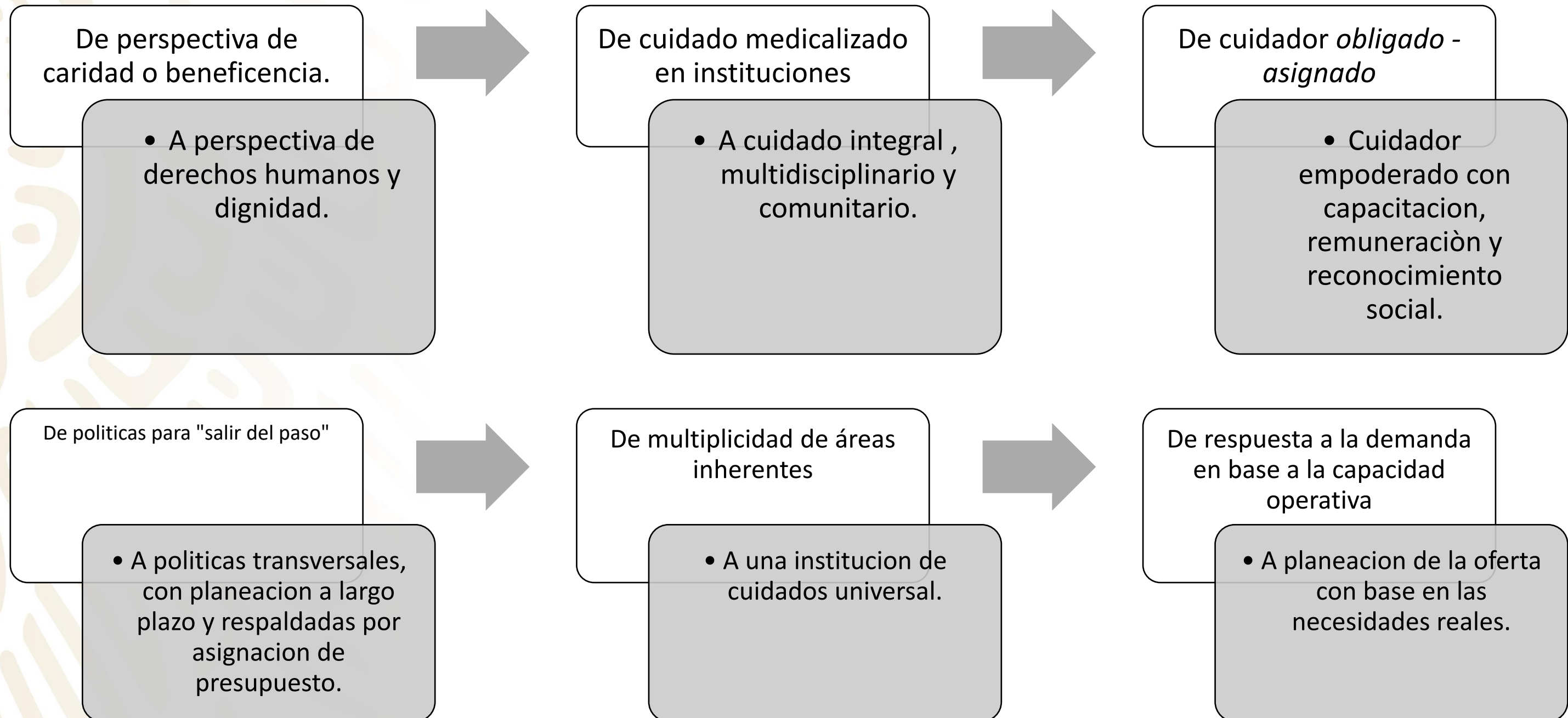


# Árbol de objetivos

Los adultos mayores de 60 años con dependencia tienen acceso equitativo a un sistema de cuidados a largo plazo con enfoque comunitario.

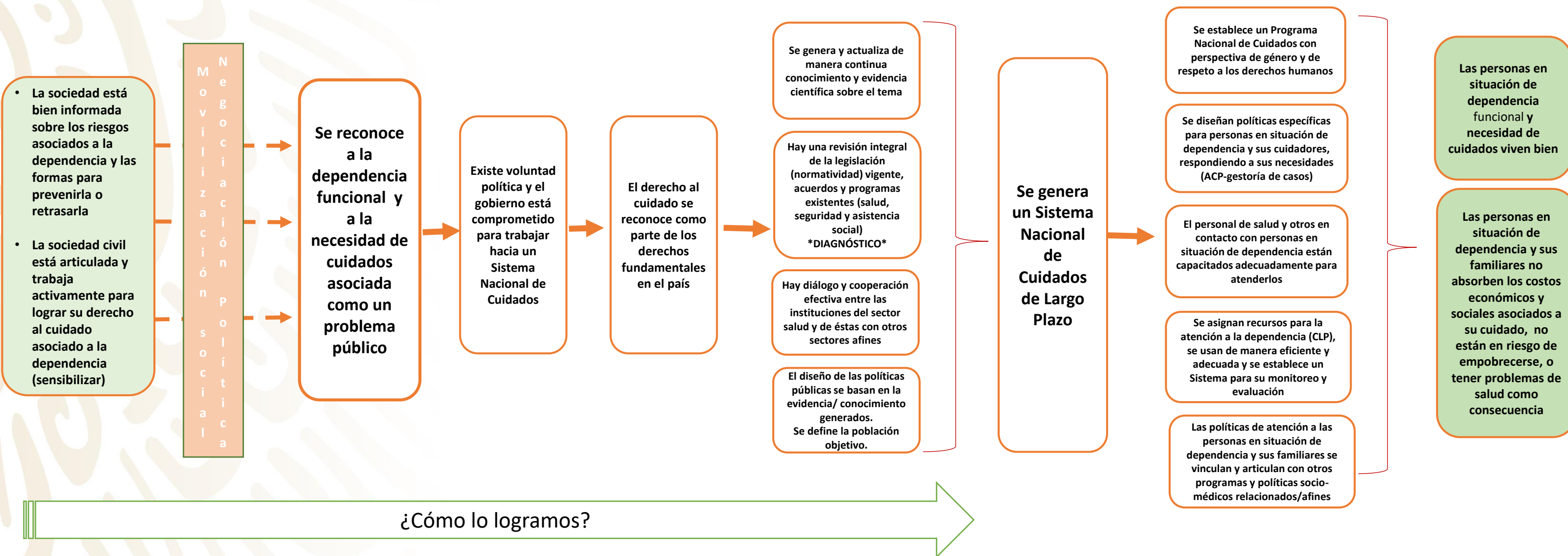


# Perspectivas futuras: transformación de las estructuras





# Diseño e implementación de la política pública en salud para el otorgamiento de cuidados a largo plazo.







# Una nueva narrativa

- Tremenda confusión alrededor de lo que es ser viejo, la etiqueta de mayor de 60 ya no funciona
- Dos problemas: mucha vida por delante y tremenda diversidad del envejecer
- A pesar de una gran discusión en los medios, a final de cuentas las guías para la toma de decisiones no han recurrido a la edad cronológica como base para decidir el tratamiento
- Toma de conciencia de la importancia de la comorbilidad más allá de la edad
- En México 40% de los mayores de 70 aún trabajan



# Mensajes finales

- COVID acelera la agenda del envejecimiento ¿Cómo alcanzamos una sociedad sana y una sana economía en este contexto?
- Ello requiere un quiebre hacia el enfoque preventivo para una longevidad saludable: preservar la salud, para no tratar la enfermedad
- Para los individuos, invertir en preservar la salud es el mejor seguro de vida, invertir en desarrollar habilidades laborales y de adaptación es la mejor pensión
- Los determinantes morales de la salud



Donald M. Berwick,  
MD, MPP  
Institute for Healthcare  
Improvement, Boston,  
Massachusetts.



Viewpoint and  
Editorial

## The Moral Determinants of Health

**The source** of what the philosopher Immanuel Kant called “the moral law within” may be mysterious, but its role in the social order is not. In any nation short of dictatorship some form of moral compact, implicit or explicit, should be the basis of a just society. Without a common sense of what is “right,” groups fracture and the fragments wander. Science and knowledge can guide action; they do not cause action.

No scientific doubt exists that, mostly, circumstances outside health care nurture or impair health. Except for a few clinical preventive services, most hospitals and physician offices are repair shops, trying to correct the damage of causes collectively denoted “social determinants of health.” Marmot<sup>1</sup> has summarized these in 6 categories: conditions of birth and early childhood, education, work, the social circumstances of elders, a collection of elements of community resilience (such as transportation, housing, security, and a sense of community self-efficacy), and, cross-cutting all, what he calls “fairness,” which generally amounts to a sufficient redistribution of wealth and income to ensure social and economic security and basic equity. Galea<sup>2</sup> has cataloged social determinants at a somewhat finer grain, calling out, for example, gun violence, loneliness, environmental toxins, and a dozen more causes.

### When the fabric of communities upon which health depends is torn, then healers are called to mend it. The moral law within insists so.

The power of these societal factors is enormous compared with the power of health care to counteract them. One common metaphor for social and health disparities is the “subway map” view of life expectancy, showing the expected life span of people who reside in the neighborhood of a train or subway stop. From midtown Manhattan to the South Bronx in New York City, life expectancy declines by 10 years: 6 months for every minute on the subway. Between the Chicago Loop and west side of the city, the difference in life expectancy is 16 years. At a population level, no existing or conceivable medical intervention comes within an order of magnitude of the effect of place on health. Marmot also estimated if the population were free of heart disease, human life expectancy would increase by 4 years,<sup>1</sup> barely 25% of the effect associated with living in the richer parts of Chicago instead of the poorer ones.

How do humans invest in their own vitality and longevity? The answer seems illogical. In wealthy nations, science points to social causes, but most economic investments are nowhere near those causes. Vast, expen-

sive repair shops (such as medical centers and emergency services) are hard at work, but minimal facilities are available to prevent the damage. In the US at the moment, 40 million people are hungry, almost 600 000 are homeless, 2.3 million are in prisons and jails with minimal health services (70% of whom experience mental illness or substance abuse), 40 million live in poverty, 40% of elders live in loneliness, and public transport in cities is decaying. Today, everywhere, as the murder of George Floyd and the subsequent protests make clear yet again, deep structural racism continues its chronic, destructive work. In recent weeks, people in their streets across the US, many moved perhaps by the “moral law within,” have been protesting against vast, cruel, and seemingly endless racial prejudice and inequality.

Decades of research on the true causes of ill health, a long series of pedigreed reports, and voices of public health advocacy have not changed this underinvestment in actual human well-being. Two possible sources of funds seem logically possible: either (a) raise taxes to allow governments to improve social determinants, or (b) shift some substantial fraction of health expenditures from an overbuilt, high-priced, wasteful, and frankly confiscatory system of hospitals and specialty care toward addressing social determinants instead.

Either is logically possible, but neither is politically possible, at least not so far.

Neither will happen unless and until an attack on racism and other social determinants of health is motivated by an embrace of the moral determinants of health, including, most crucially, a strong sense of social solidarity in the US. “Solidarity” would mean that individuals in the

US legitimately and properly can depend on each other for helping to secure the basic circumstances of healthy lives, no less than they depend legitimately on each other to secure the nation’s defense. If that were the moral imperative, government—the primary expression of shared responsibility—would defend and improve health just as energetically as it defends territorial integrity.

Imagine, for a moment, that the moral law within commanded shared endeavor for securing the health of communities. Imagine, further, that the healing professions together saw themselves as bearers of that news and leaders of that change. What would the physicians, nurses, and institutions of US health care insist on and help lead, as an agenda for action? A short list follows, the first-order elements of a morally guided campaign for better health.

- US ratification of the basic human rights treaties and conventions of the international community. The US, alone among western democracies, has not ratified a long list of basic United Nations agreements on human rights, including the International Covenant on



INSTITUTO  
NACIONAL  
DE GERIATRÍA

Conocimiento y conciencia  
para un envejecimiento saludable

Corresponding  
Author: Donald M.  
Berwick, MD, MPP,  
Institute for Healthcare  
Improvement, 53 State  
St, 19th Floor, Boston,  
MA 02109 (donberwick  
@gmail.com).





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO  
NACIONAL  
DE GERIATRÍA

Conocimiento y conciencia  
para un envejecimiento saludable

# Gracias por su atención!

