



ENCUENTRO MÉXICO - JAPÓN

SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

10 DE FEBRERO DE 2015

La aspiración a una longevidad saludable: los retos

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

10 de febrero de 2015



INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Salud y envejecimiento de la población

- La creciente longevidad de nuestras poblaciones debe ser motivo de celebración.
- El envejecimiento poblacional abre nuevas oportunidades para re inventar la política de salud para beneficio de todos: jóvenes y viejos.
- El tema clave que determina la relación entre el envejecimiento poblacional y el gasto en salud es el estado funcional de nuestros mayores.

Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, Pruchno R, Gutman G, Kirkwood T, O'Neill D, Ferrucci L, Kritchevsky SB, Vellas B Population ageing and health The Lancet 379:1295-6, 2012

Longevidad saludable

- La definición de envejecimiento exitoso se ha venido revisando y ampliando y comprende:
 - Satisfacción con la vida
 - Bienestar subjetivo
 - Interacción social
 - Consideraciones relativas a la edad, género y diferencias culturales



Objetivo:

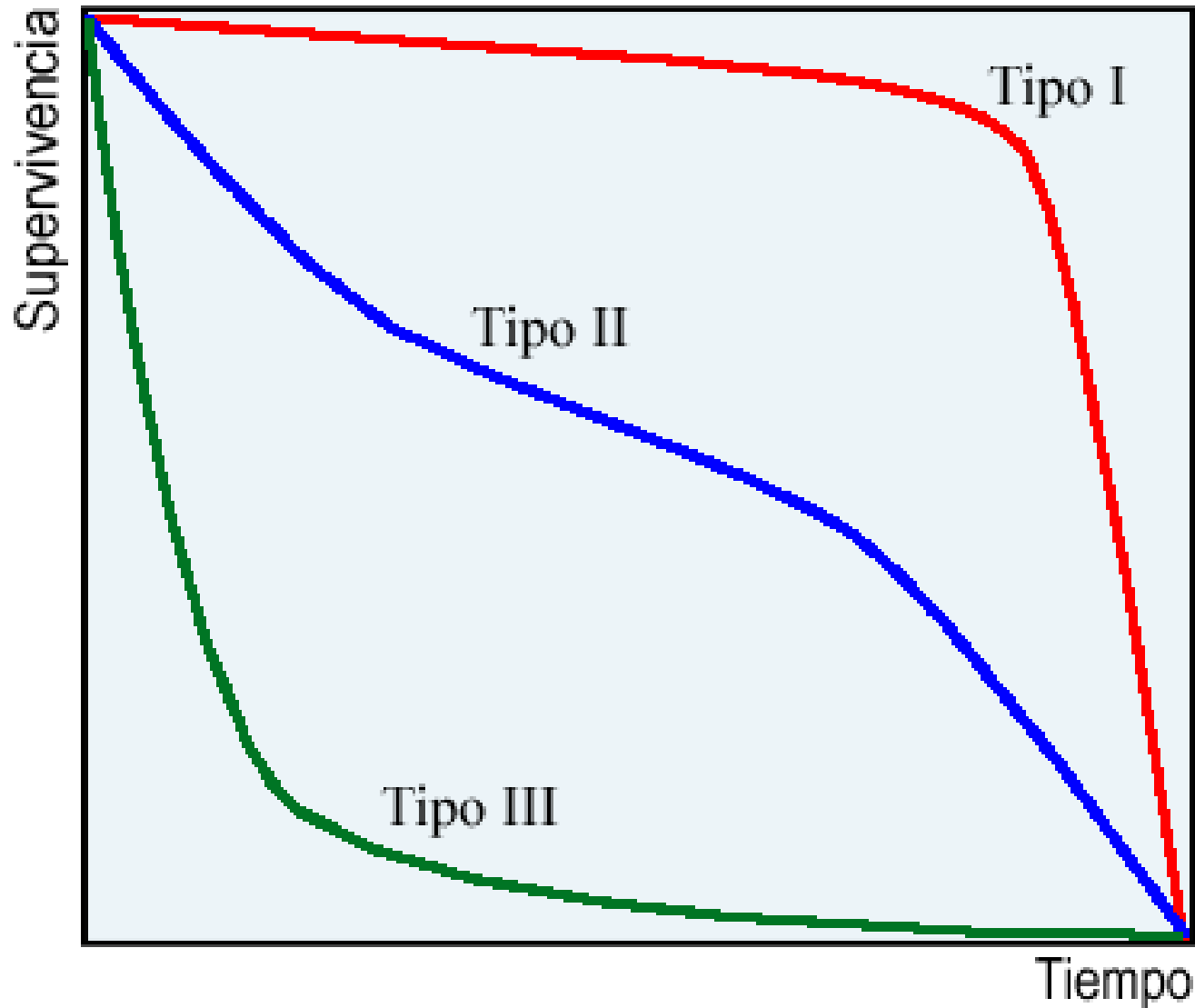
- Longevidad saludable
 - Enfoque en preservación de la **vitalidad** y la capacidad funcional a lo largo de la existencia, no necesariamente en la prevención de la enfermedad
 - Desarrollo de la **resiliencia** a lo largo de la vida
 - Evidencia de la **factibilidad**:
la cohorte de Caerphilly



Los elementos en juego:

- **Factores individuales**
 - Calidad de vida
 - Carga de enfermedad
 - Capacidad funcional (dependencia)
 - Calidad de muerte (cuidados al final de la vida)
- **Factores macro**
 - atención a la salud
 - ocupación y empleo (pensiones)
 - participación social
 - Hogar y entorno inmediato (envejecer en casa)

Rectangularización de la supervivencia



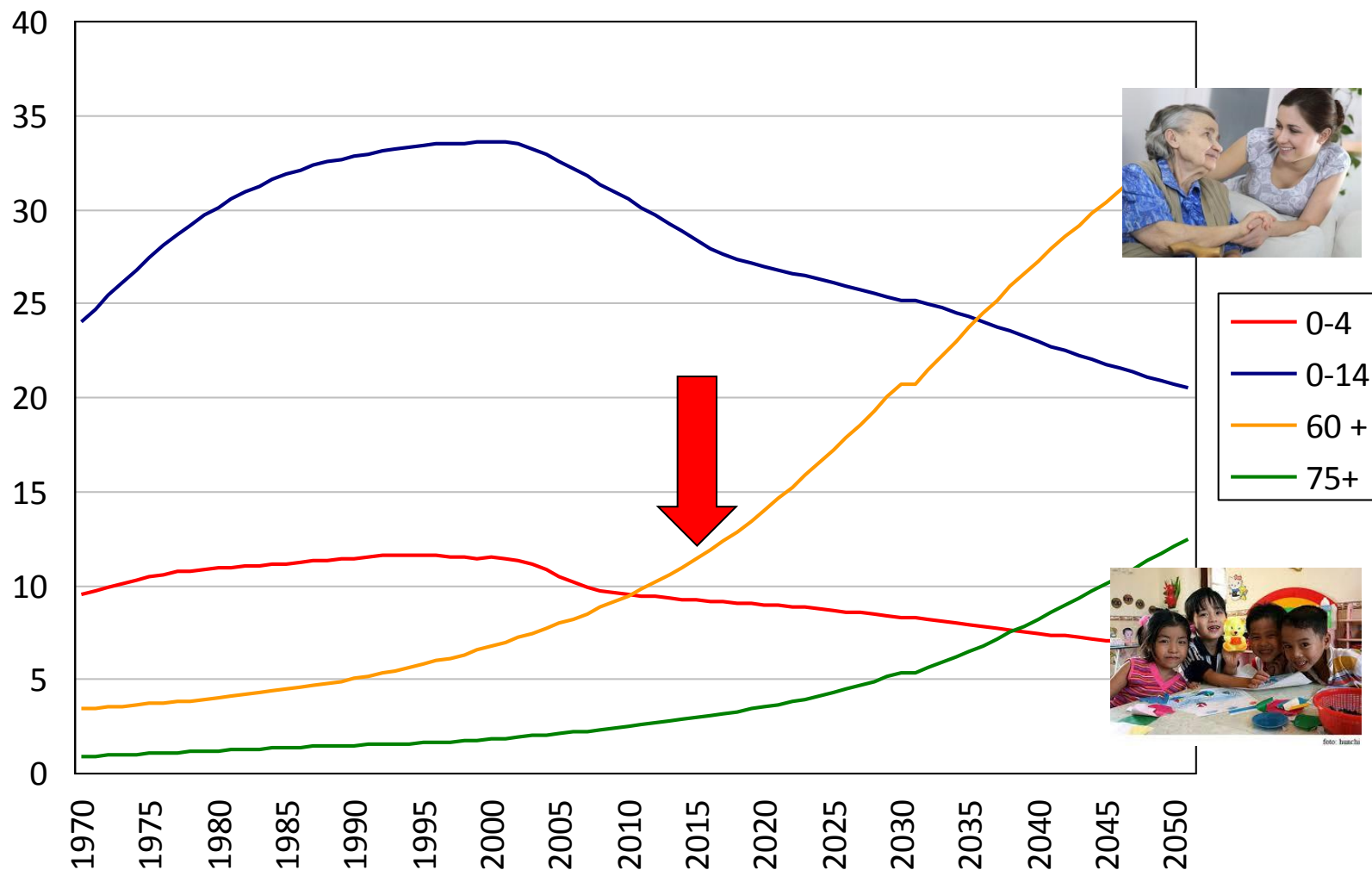
Dos objetivos:

- **Una vida más larga**
 - Para la sociedad: mayor esperanza de vida
 - Para los individuos: longevidad (cada individuo alcanza el máximo)
- **Una vida más sana**
 - Para la sociedad: mayor esperanza de vida en salud
 - Para los individuos: longevidad saludable

LAS IDEAS PREVALECIENTES

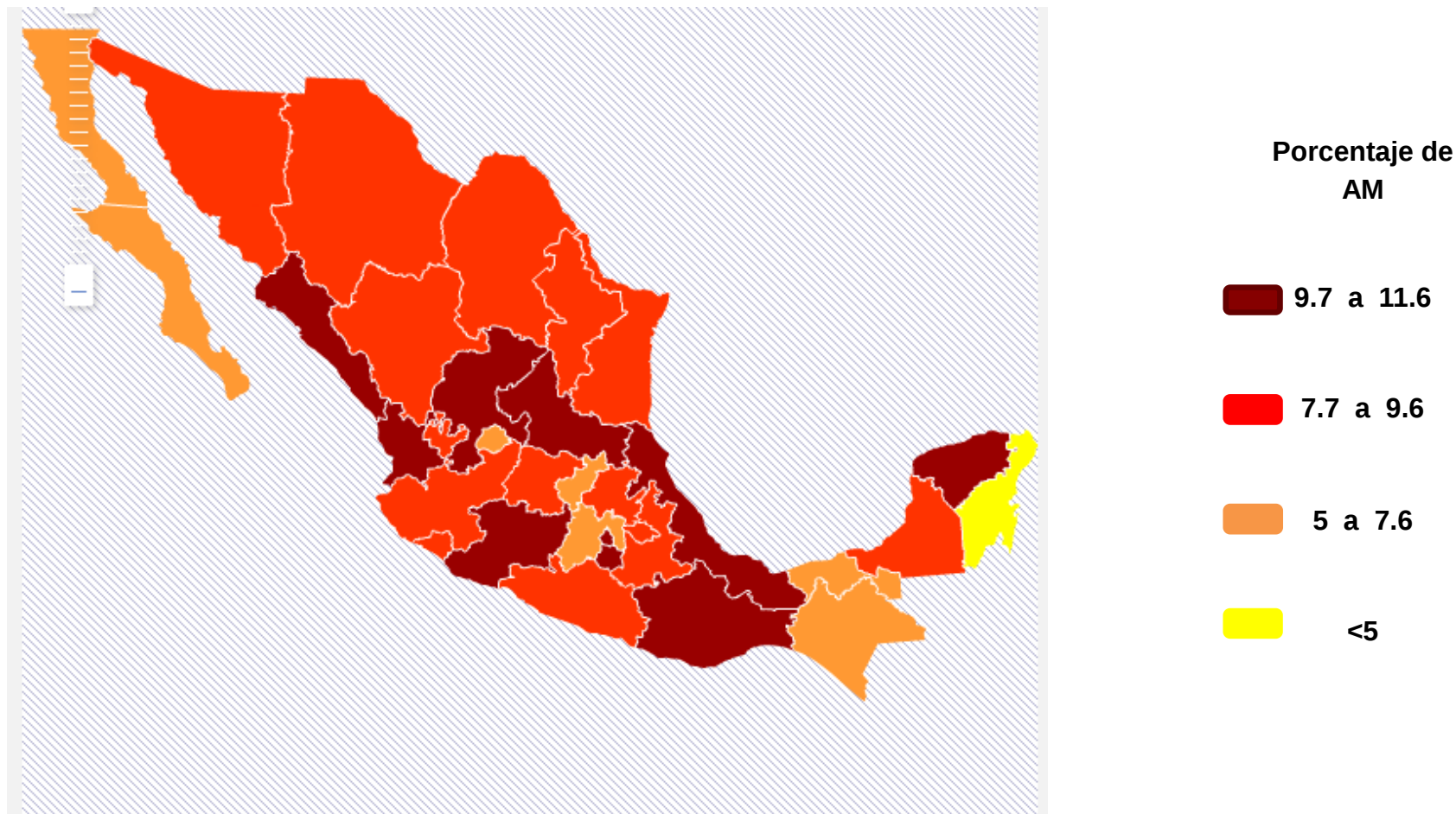


En México HOY, hay más mayores de 60 años que niños menores de 5....



Fuente: Proyecciones de Población del CONAPO 2005-2050 e INEGI datos de ENOE 2014.

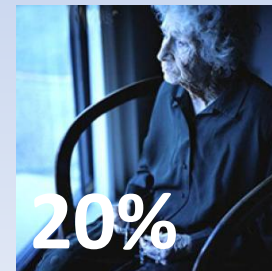
Porcentaje de población de 60 años y más, por entidad federativa. México 2010



EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN MEXICO

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES:		MULTI MORBILIDAD +	SINDROMES GERIÁTRICOS:	
APARENTEMENTE SANOS Y FUNCIONALES	HTA. Diabetes ECV Cardiopatías Demencias		Caídas Malnutrición / Sarcopenia Dolor Deterioro sensorial Depresión	DEPENDIENTES

13,126,014



COUNTER CLOCKWISE

Mindful Health and the
Power of Possibility



ELLEN J. LANGER

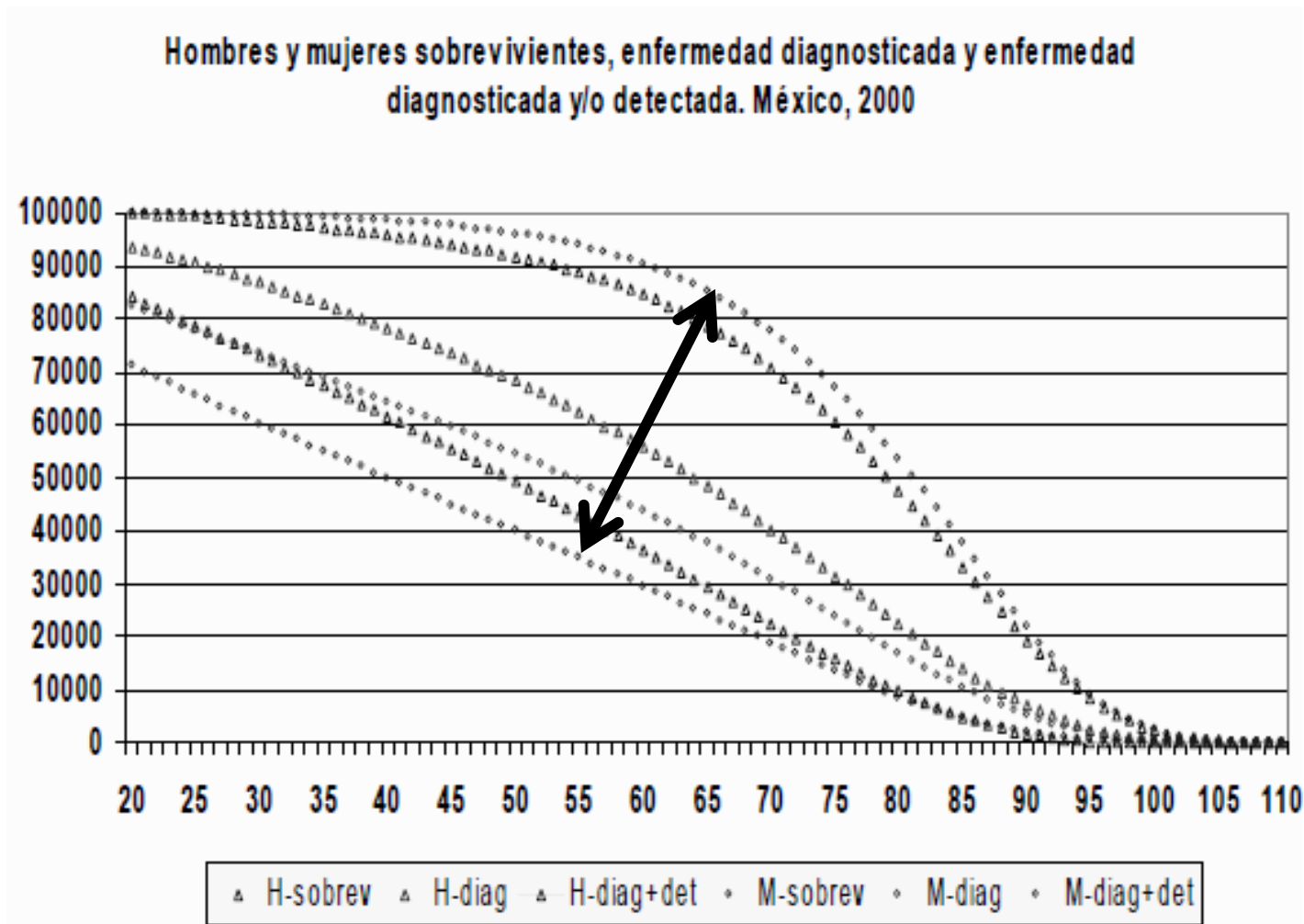
WITH A NEW AFTERWORD BY THE AUTHOR

Mindfulness



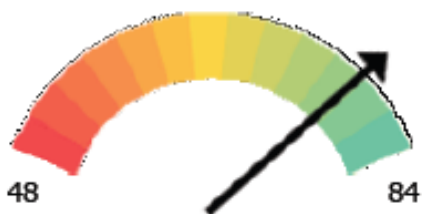
**LA CRECIENTE BRECHA DE LA
ESPERANZA DE VIDA EN SALUD Y LIBRE
DE DEPENDENCIA**

La creciente brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida en salud



Fuente: Roberto Ham-Chande (2003) **Esperanzas de vida y expectativas de salud** Reunión Regional sobre Envejecimiento y Salud.

Agewatch tarjeta de reporte: México



Esperanza de vida al nacer: 77 años

Esto es 7 años menos que la “moda”

Ranking mundial: 47/195

(Datos 2010-2015)



Esperanza de vida a los 60 años: 22 años

Esto es 4 años menos que una persona de la misma edad en Japón

Ranking mundial: 42/195

(Datos 2010-2015)



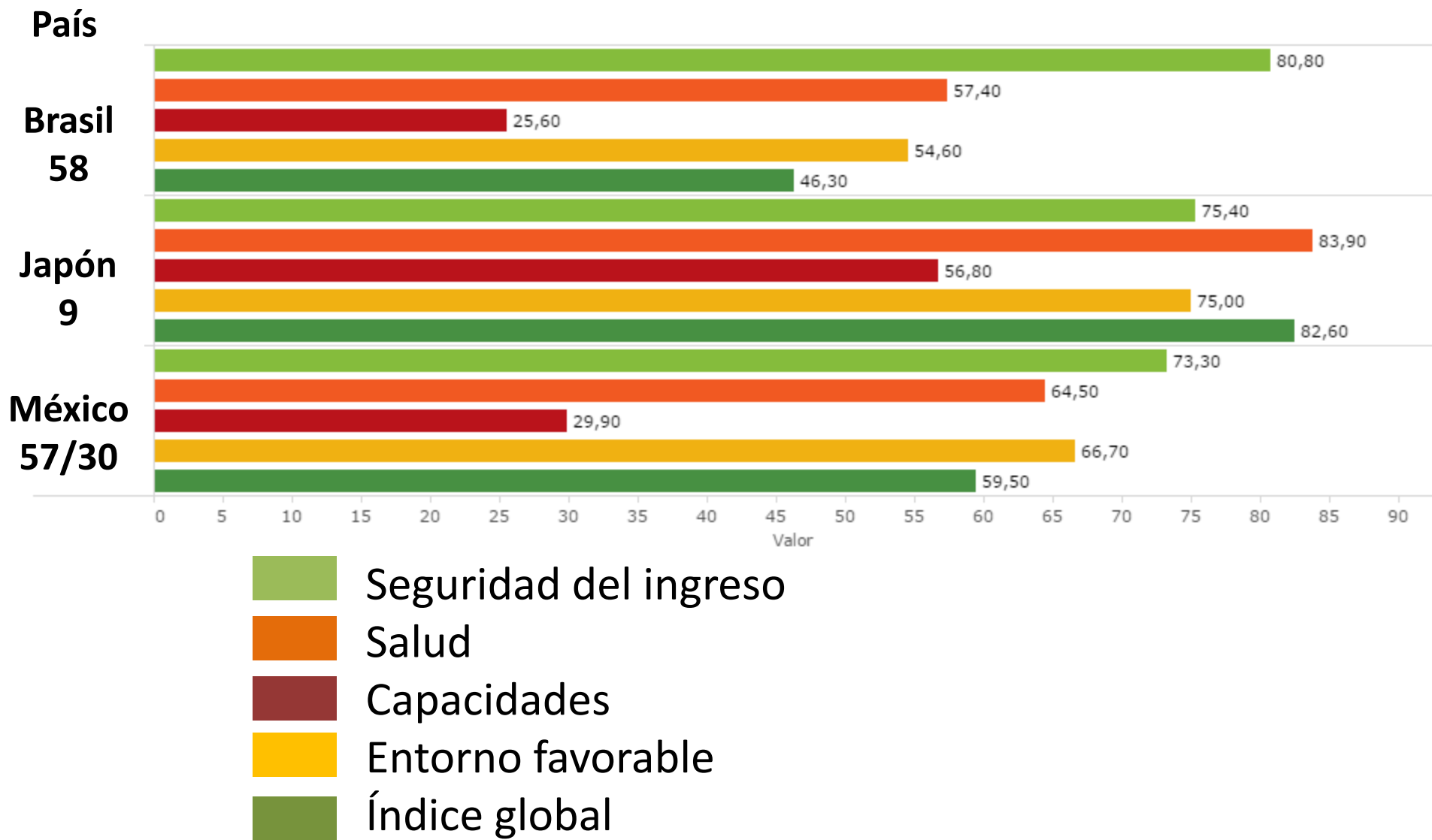
Esperanza de vida en salud al nacer

65 años, libres de discapacidad esto es 10 años menos que en el Japón

Ranking mundial: 47/195

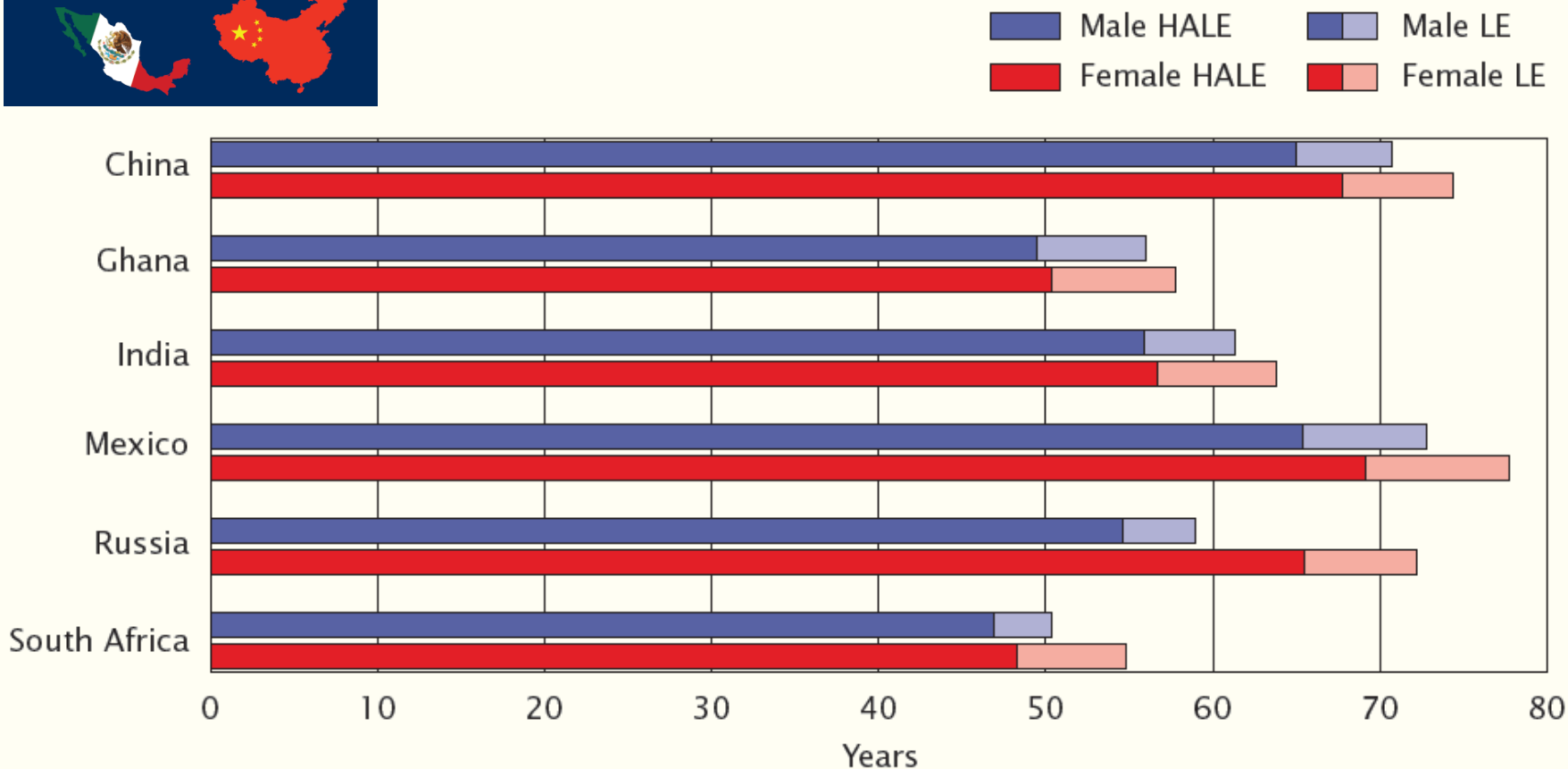
(Datos de 2012)

Global Age Watch Index 2014





Esperanza de vida y esperanza de vida en salud al nacimiento 2007



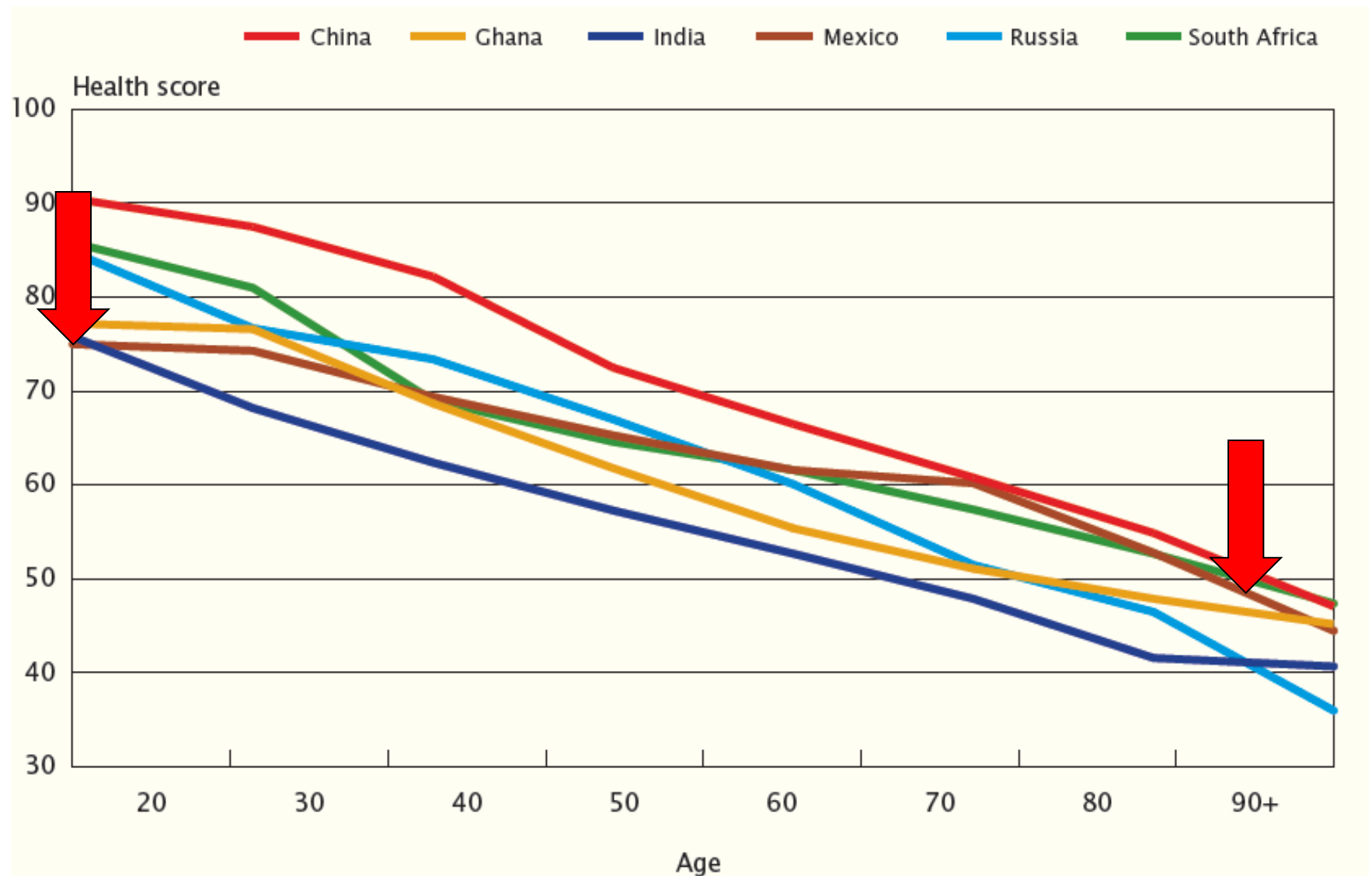
Note: Healthy Life Expectancy (HALE) is the number of healthy years, free from disability, that a person can expect to live given the current trends in deaths and diseases.

Sources: United Nations, 2009, *World Population Prospects: The 2008 Revision*; World Health Organization, 2008, *The Global Burden of Disease: 2004 Update*.

Elementos a considerar en la estimación de la carga de morbilidad

- Enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad y diabetes)
 - Multimorbilidad
- Discapacidad
 - Dependencia (cuidados, TNS)
- Fragilidad
- Enfermedades infecciosas
- Salud temprana (edad media de la vida)
- Desventaja social (determinantes sociales)

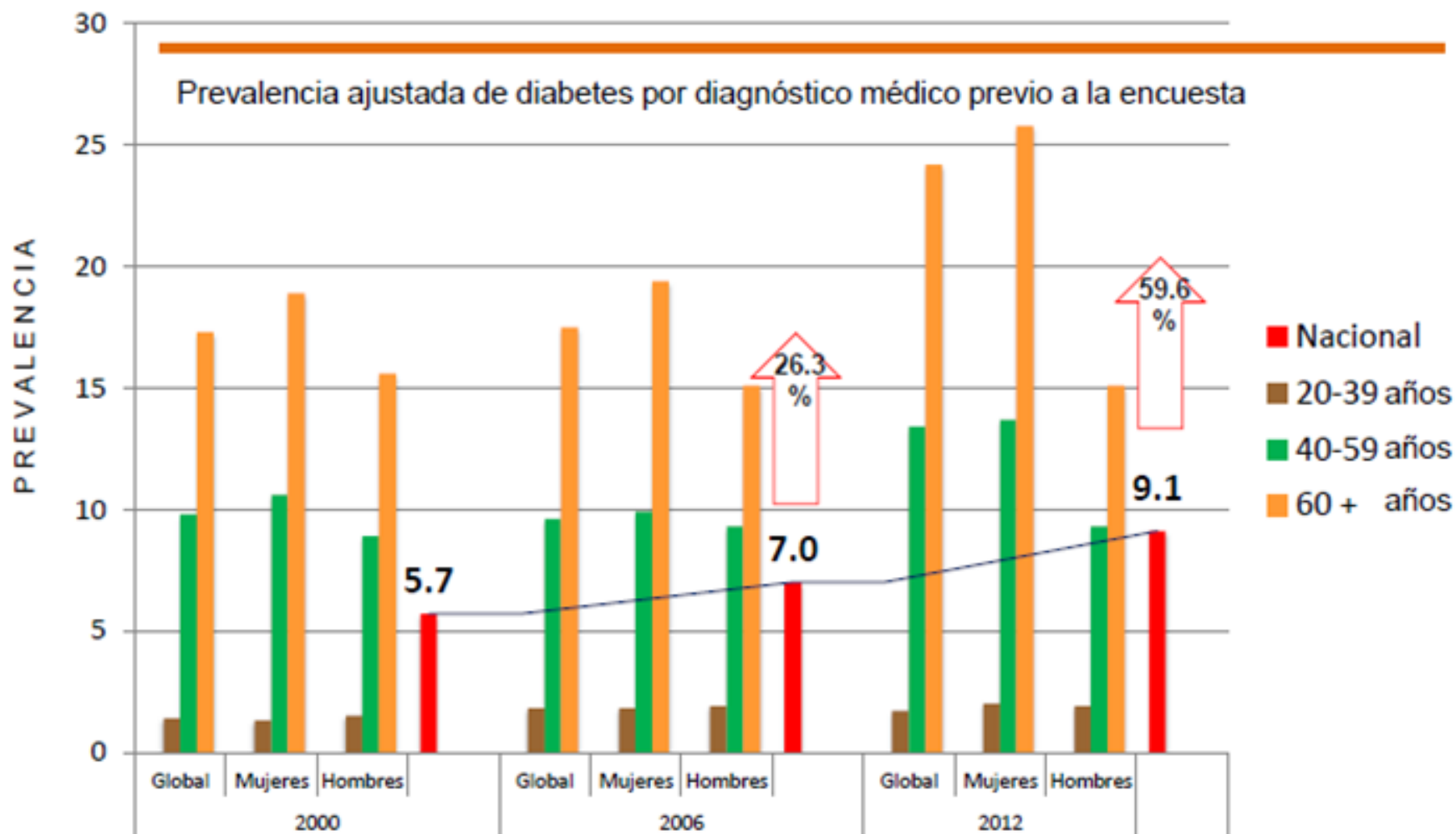
Autoevaluación del estado de salud promedio para mayores de 20 años SAGE 2010



Note: The composite health scores were calculated based on self-reported health in eight health domains and transformed into a continuous cardinal scale, where 0=worst health, 100=best health.

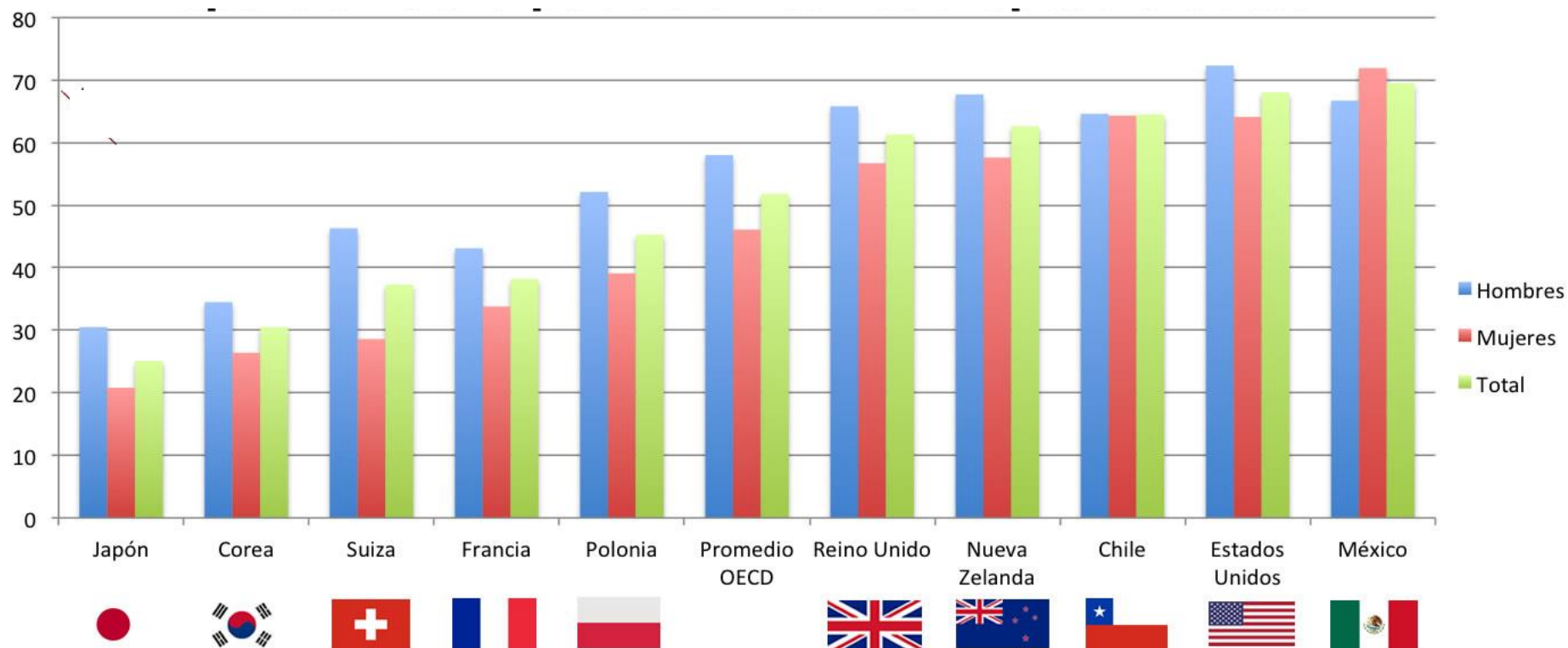
Source: Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE), 2007–2010.

Tendencia en la prevalencia de diabetes TII por grupos de edad y sexo 2000-2012 ENSANUT



Fuente: Datos de Encuestas Nacionales (ENSA 2000, ENSANUT 2006 Y ENSANUT 2012)

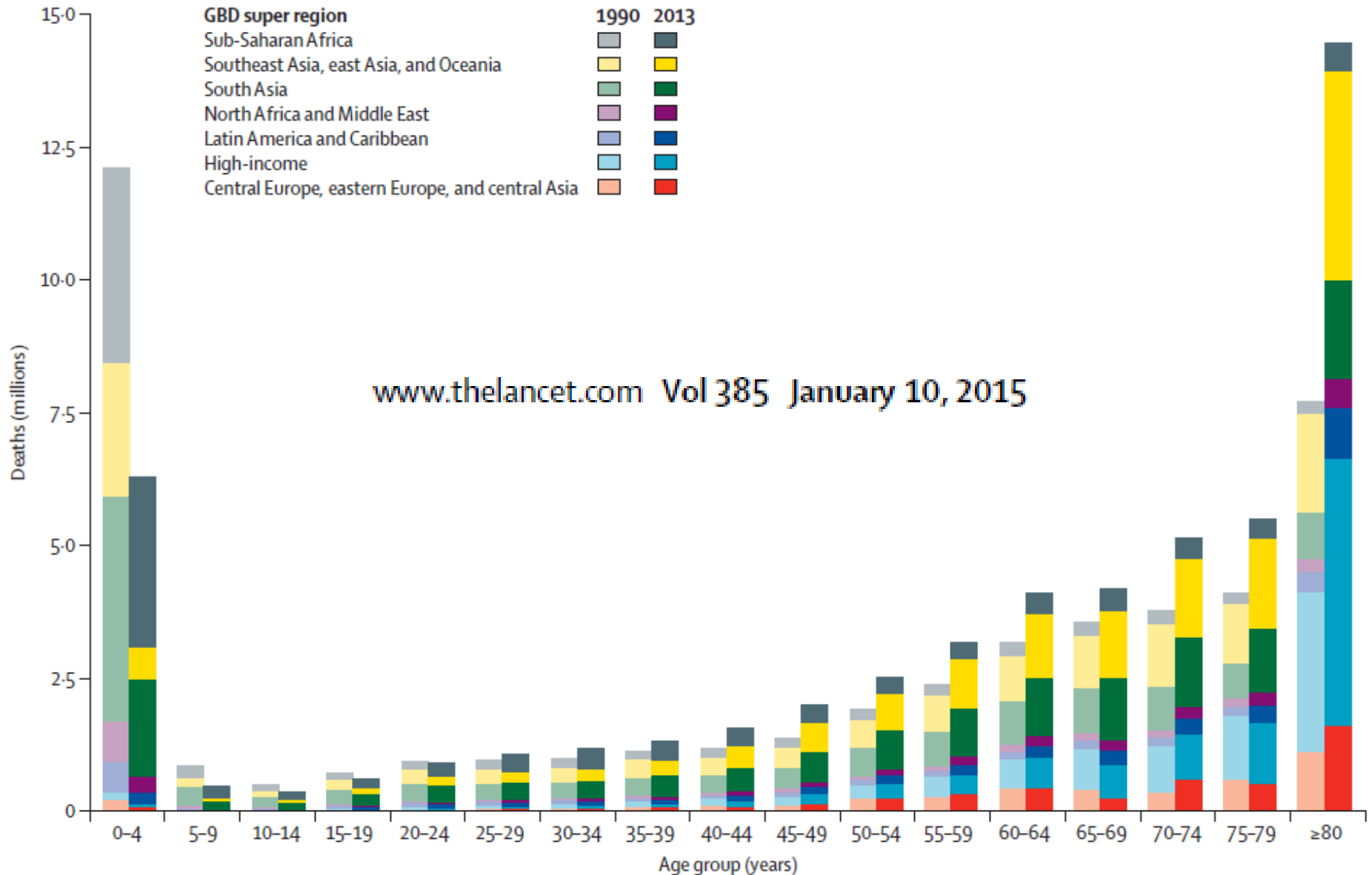
Proporción de la población con sobrepeso u obesa



Fuente: OECD

Nota: Sólo se muestran los primeros y últimos cinco países de la lista de un total de 34.

Tendencias en la mortalidad global





Ageing 2

The burden of disease in older people: implications for health policy and practice

Martin J Prince, Fan Wu, Yanfei Guo, Luis M Gutierrez Robledo, Martin O'Donnell, Richard Sullivan, Salim Yusuf

Published Online

October 3, 2014

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)

This is the second in the Series of five papers on ageing.

Institute of Psychiatry (MJ Prince MD), King's Health Partners Cancer Centre, and Institute of Cancer Policy, King's Health Partners Integrated Cancer, and Centre for Global Health (R Sullivan MD), King's College London, London, UK; Shanghai Institutes of Preventative Medicine and the Shanghai Municipal Center for Disease Control and Prevention, Shanghai, China (Fan Wu MD); Shanghai Municipal Center for Disease Control and Prevention, Shanghai, China (Y Guo MD); Instituto Nacional de Geriatria, and Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Mexico City, Mexico (LM Gutierrez Robledo PhD); and National University of Ireland,

23% of the total global burden of disease is attributable to disorders in people aged 60 years and older. Although the proportion of the burden arising from older people (≥ 60 years) is highest in high-income regions, disability-adjusted life years (DALYs) per head are 40% higher in low-income and middle-income regions, accounted for by the increased burden per head of population arising from cardiovascular diseases, and sensory, respiratory, and infectious disorders. The leading contributors to disease burden in older people are cardiovascular diseases (30–33% of the total burden in people aged 60 years and older), malignant neoplasms (15–16%), chronic respiratory diseases (9–5%), musculoskeletal diseases (7–5%), and neurological and mental disorders (6–6%). A substantial and increased proportion of morbidity and mortality due to chronic disease occurs in older people. Primary prevention in adults aged younger than 60 years will improve health in successive cohorts of older people, but much of the potential to reduce disease burden will come from more effective primary, secondary, and tertiary prevention targeting older people. Obstacles include misplaced global health priorities, ageism, the poor preparedness of health systems to deliver age-appropriate care for chronic diseases, and the complexity of integrating care for complex multimorbidities. Although population ageing is driving the worldwide epidemic of chronic diseases, substantial untapped potential exists to modify the relation between chronological age and health. This objective is particularly important for the most age-dependent disorders (ie, dementia, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and vision impairment), for which the burden of disease arises more from disability than from mortality, and for which long-term care costs outweigh health expenditure. The societal cost of these disorders is enormous.

Introduction

The greatly increased expectancy of survival into old age is one of humanity's major achievements.¹ To the contrary, worldwide population ageing and the attendant increases in public spending on health and social care are seen as a threat to worldwide economic stability in the 21st Century.² Informed policy making and planning

necessitates an understanding of the present and probable future distribution of morbidity and its effect on mortality, disability, and dependence. Several effects need to be considered; demographic and epidemiological transitions and secular changes in the effectiveness and coverage of disease control measures. Effects will vary between disorders and regions.

The worldwide epidemic of chronic diseases is strongly linked to population ageing. Disorders with a strong age-dependent relation will increase in prevalence in parallel with the absolute and relative numbers (relative to the total population size) of older people (≥ 60 years). In high-income countries, population ageing persists as fertility continues to fall and life expectancy increases slowly. For many middle-income countries mortality has decreased over much of the 20th century, and decreasing fertility is now ushering in unprecedented rapid population ageing. The doubling in the proportion of the population aged 65 years and older from 7% to 14%, accomplished in 46 years in the UK, 68 years in the USA, and 116 years in France, will be completed in just 26 years in China and 21 years in Brazil.³ The appendix reviews the implications for China and national policy directions.

The epidemiological transition from the age of pestilence and famine to the age of degenerative and man-made diseases is near complete in most high-income countries. Low-income and middle-income countries face various gradations of a double burden of infectious and non-communicable diseases, the balance shifting inexorably towards non-communicable diseases.

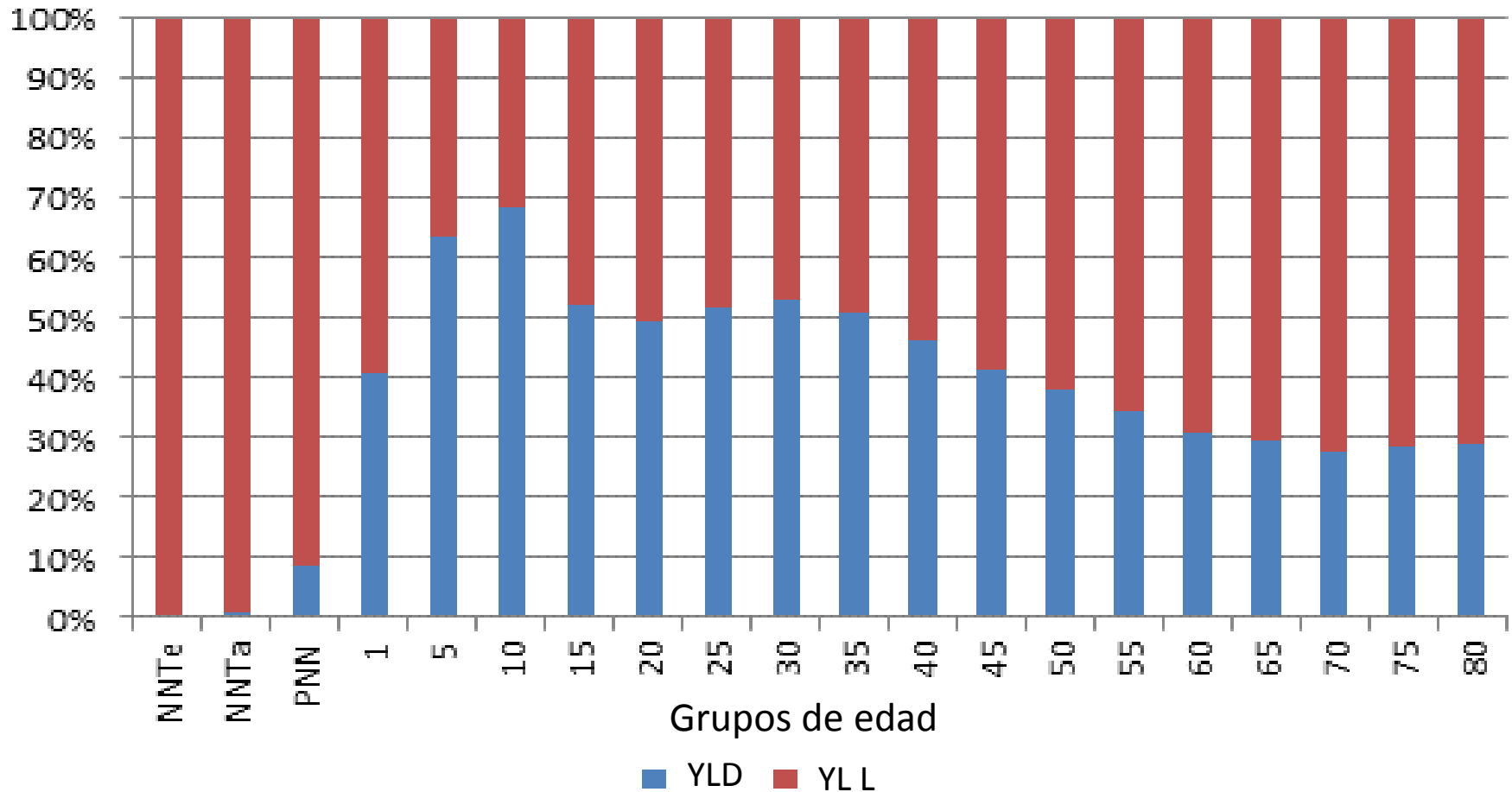
Key messages

- 23% the global burden of disease arises in older people (nearly half the burden in high-income countries and a fifth in low-income and middle-income countries).
- Chronic non-communicable diseases account for most of the burden; leading contributors are cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases, musculoskeletal diseases, and mental and neurological disorders.
- Population ageing will be the major driver of projected increases in disease burden in older people, most evident in low-income and middle-income countries and for strongly age-dependent disorders (dementia, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes). These are also the disorders for which chronic disability makes a substantial contribution to burden.
- Primary and secondary prevention for cardiometabolic disorders is probably as effective in older people as it is in younger people, and the benefit is increased in view of raised levels of absolute risk of adverse outcomes. Nevertheless, access and coverage is especially poor in older people.
- Effective intervention in older people is complicated by ageism, complex multimorbidity, and no access to age-appropriate care, and is exacerbated by user fees, inadequate income security and social protection. Assessment and treatment needs to be holistic, coordinated and person-centred. Home-based outreach, and multidimensional assessment of frailties that might be treated or mitigated might help to reduce individual and societal effects on disability and dependence.

La carga del envejecimiento

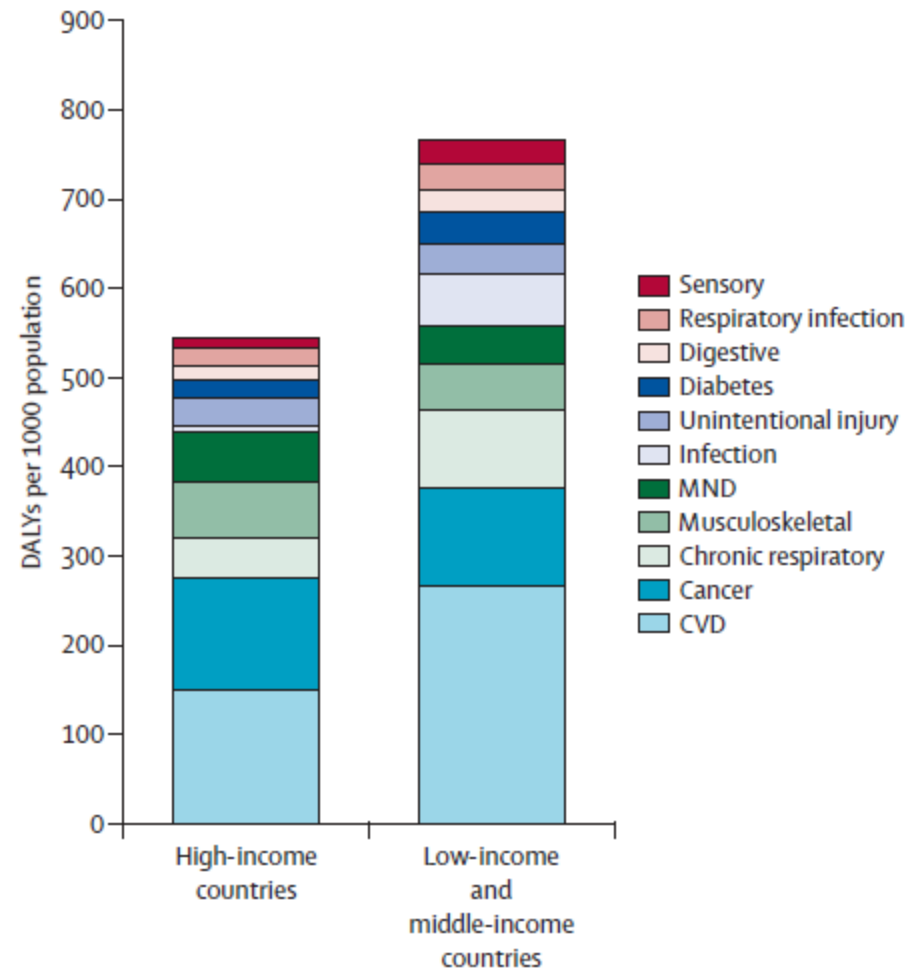
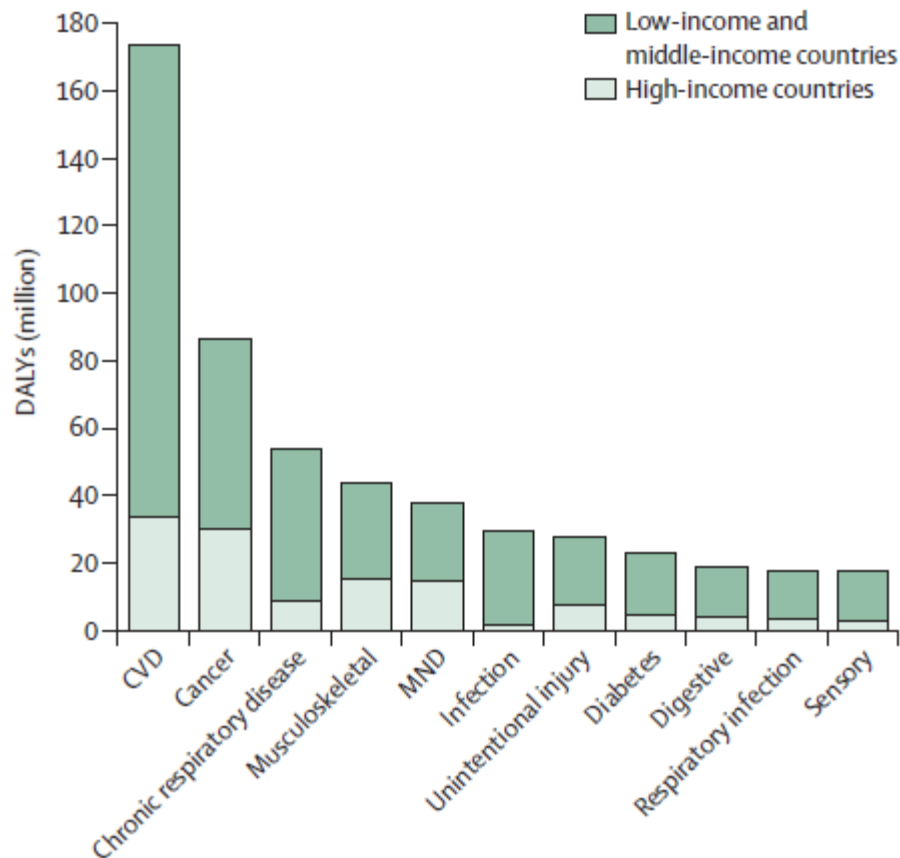
- Fragilidad
- Multimorbilidad crónica
- La dependencia y los cuidados

Alrededor del 30% de la carga de la enfermedad en adultos mayores, resultado de años vividos con discapacidad

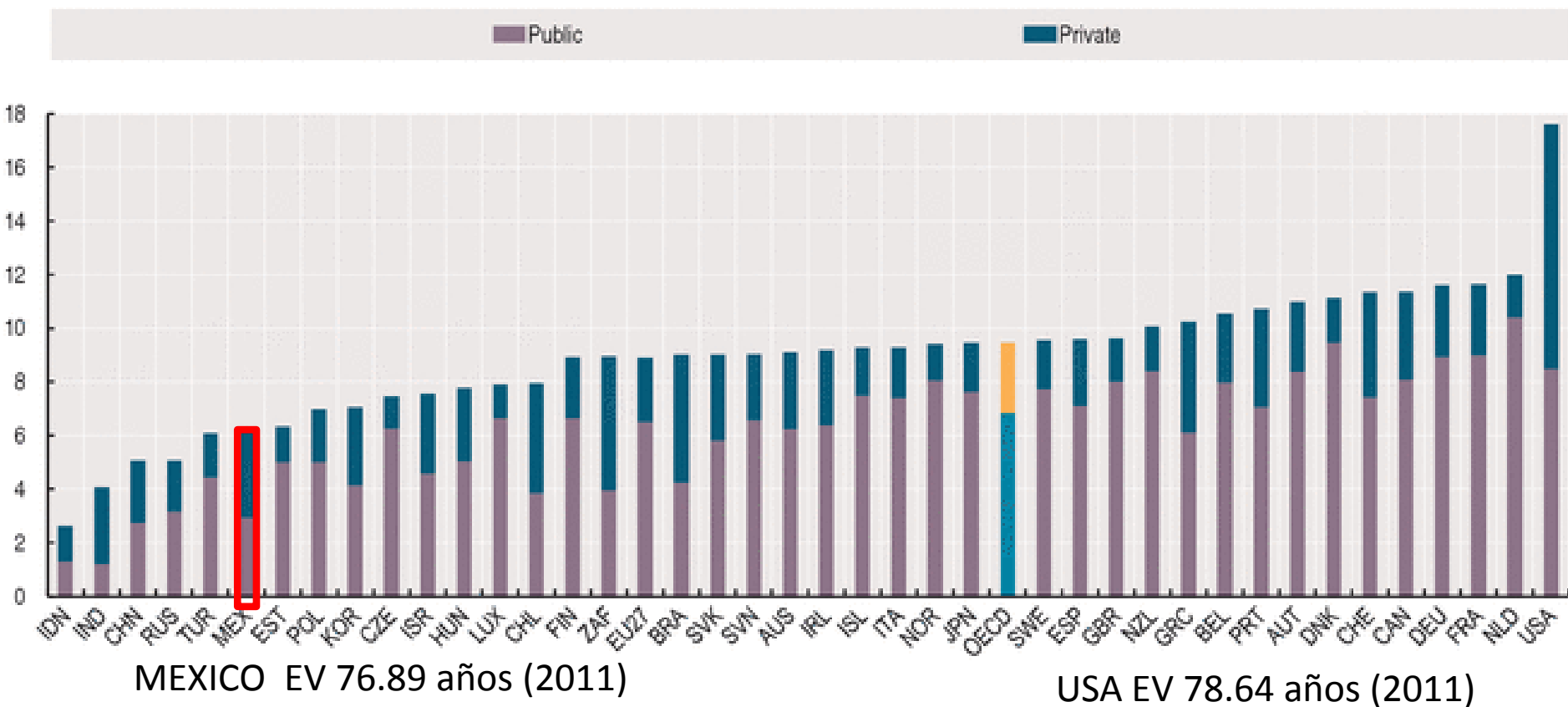


Source: IHME, 2012

Causas principales de años de vida saludable perdida

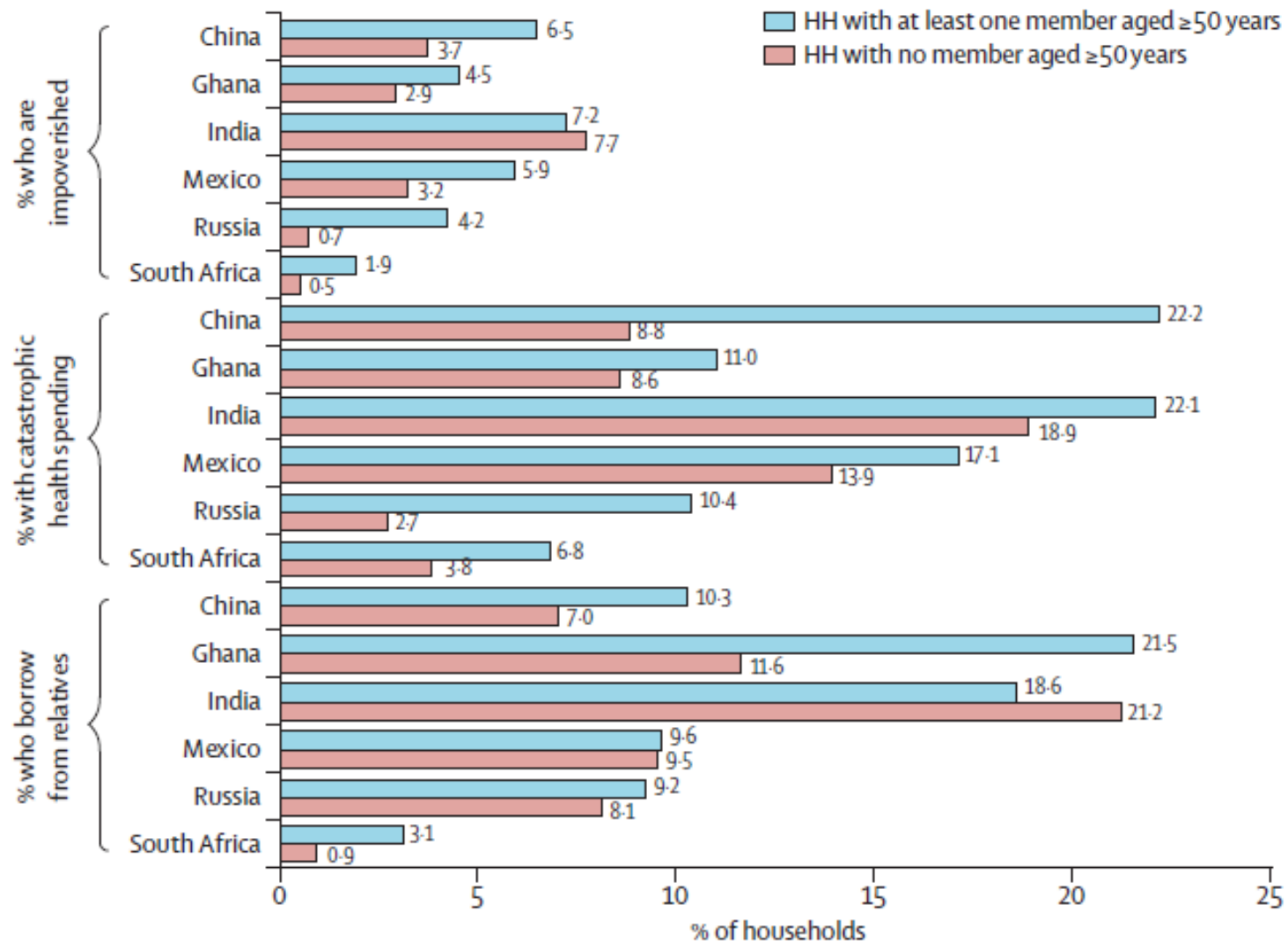


Gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB, 2010 OECD

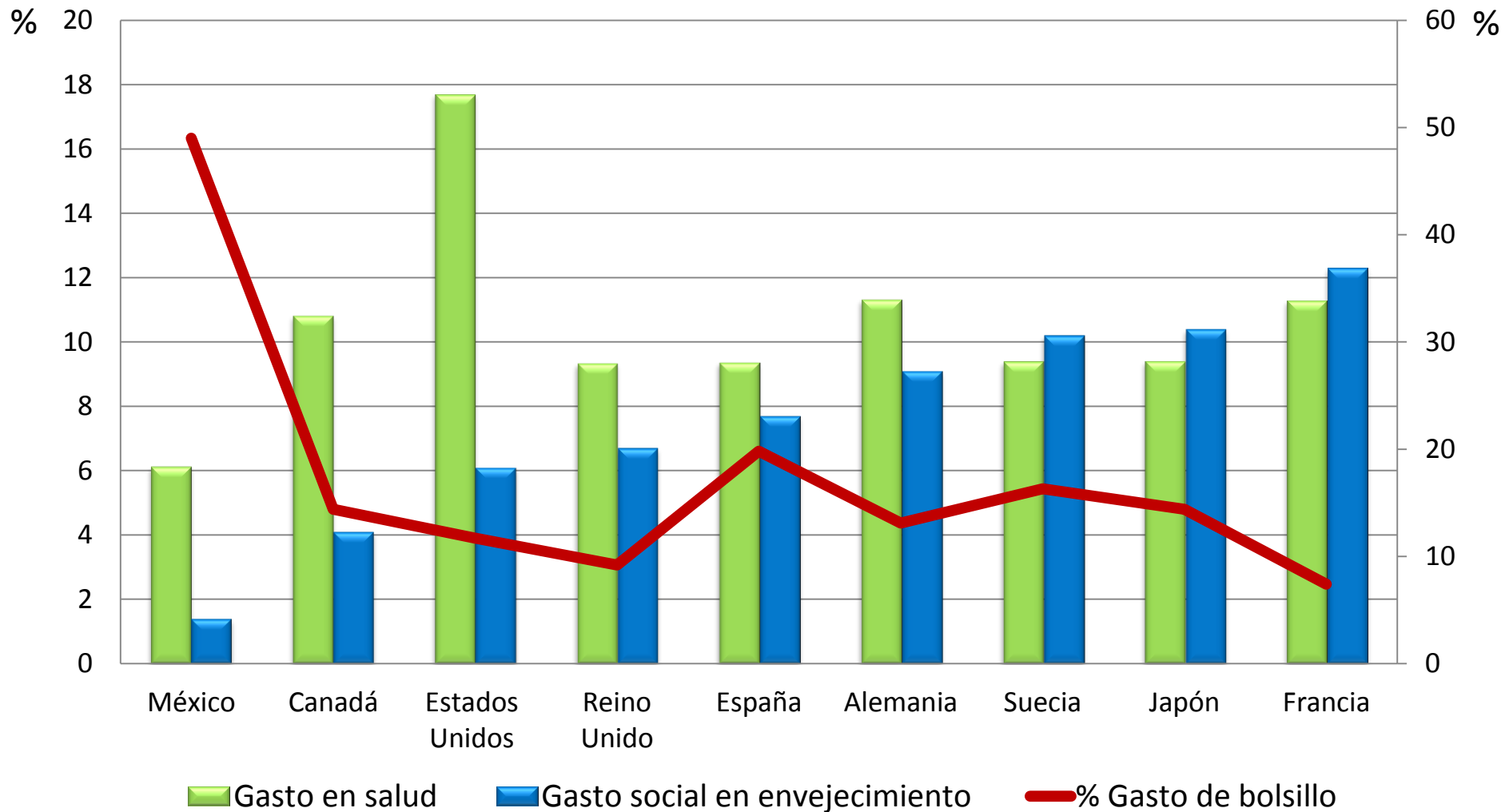


EL COSTO DE LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

Gasto catastrófico en hogares con y sin adultos mayores

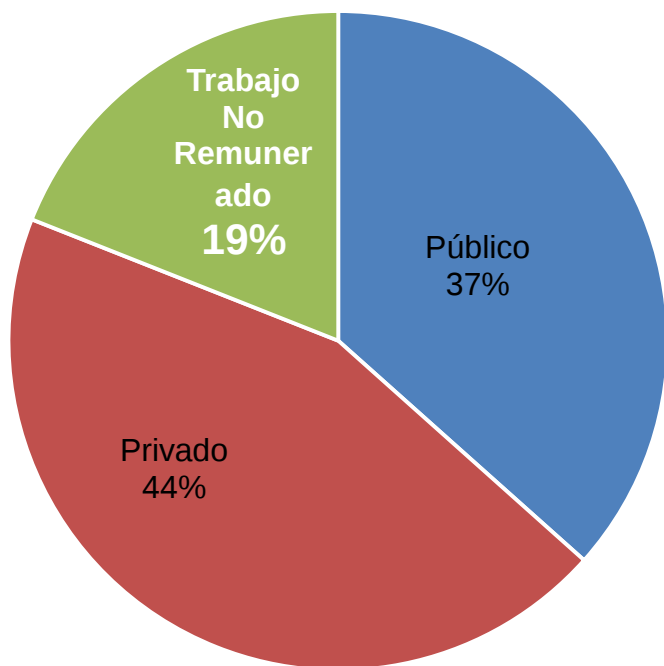


Gasto Social en Envejecimiento, Gasto en Salud (% PIB) y el Gasto de Bolsillo (2010 o más reciente)

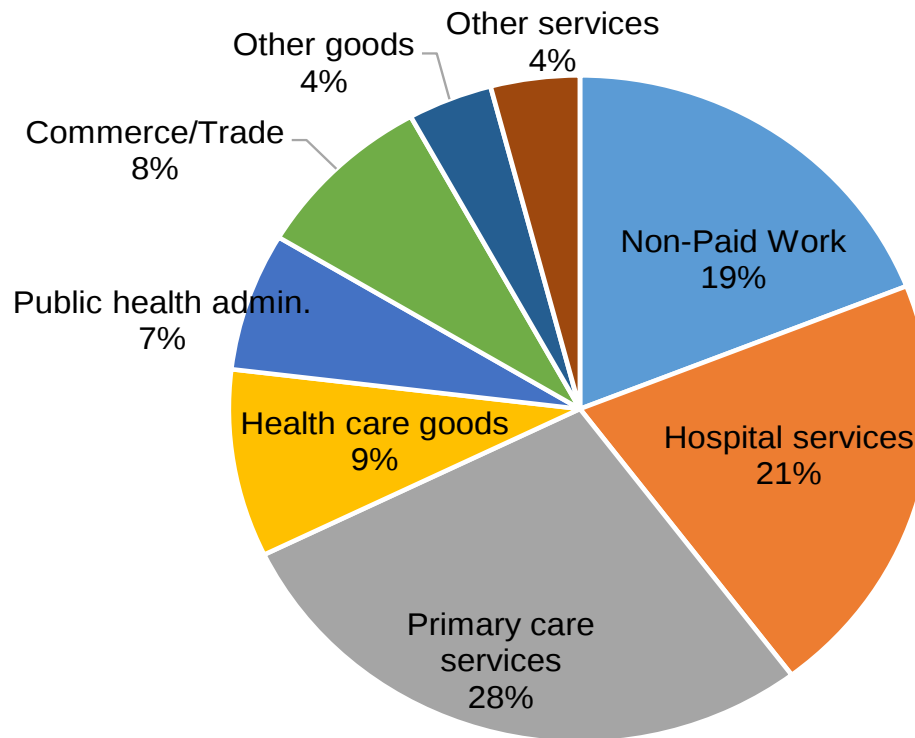


El Trabajo no remunerado en salud (cuidado informal)

Estructura del PIB en Salud, 2010



% del PIB en Tipo de Bienes y Servicios, 2010



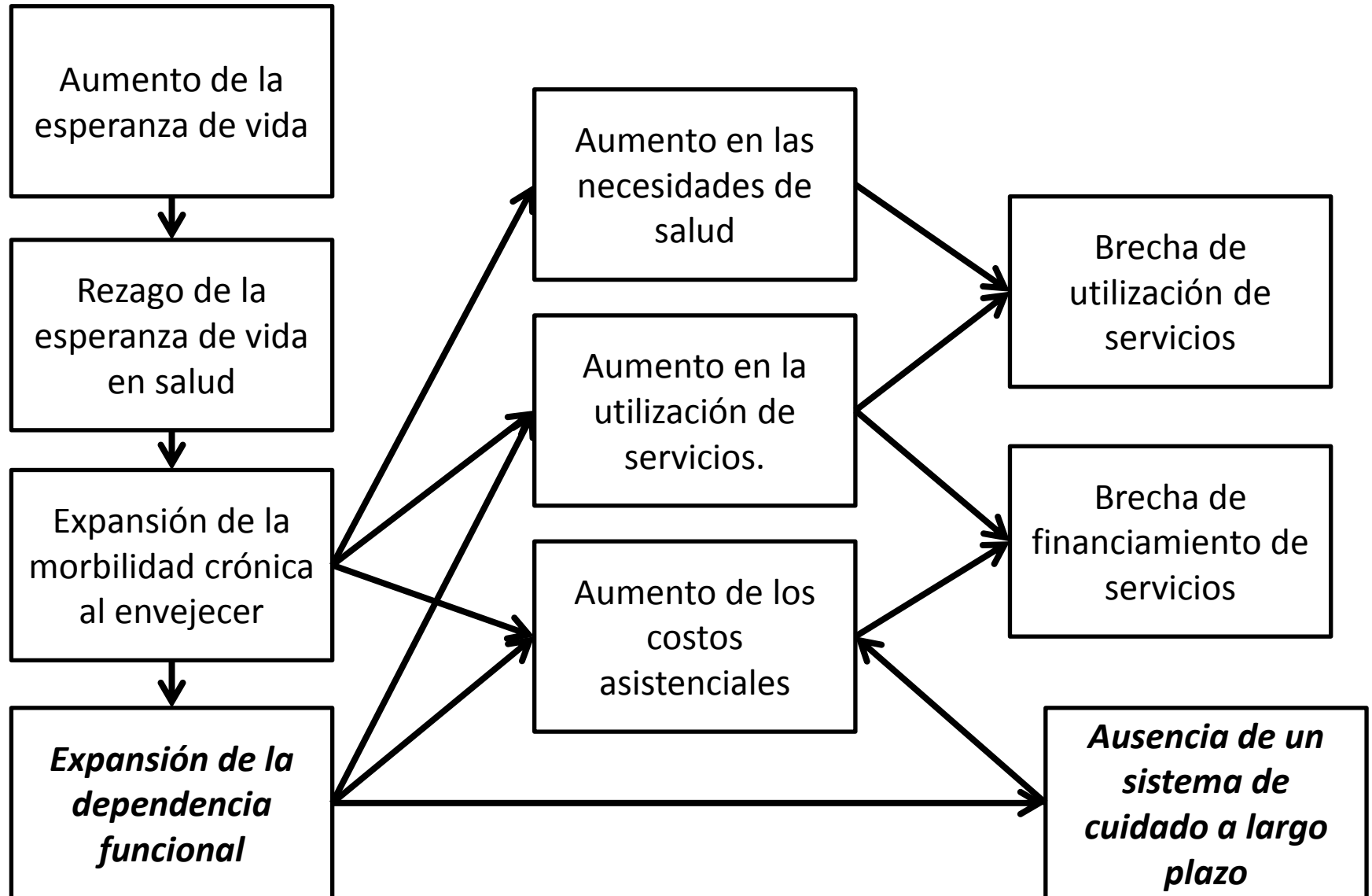
Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, c2011.

El reto de la dependencia

- Dos millones de adultos mayores mexicanos presentan alguna forma de discapacidad;
- 500 mil viven en situación de total dependencia.
- En los próximos años, el reto será progresivamente mayor, pues este número será creciente en paralelo al envejecimiento poblacional y la presencia de enfermedades crónicas, así como de lesiones, en particular las asociadas a las caídas.



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



**EL ELEVADO Y CRECIENTE COSTO DE
LA ATENCIÓN, A MENOS QUE**

Unclassified

ECO/WKP(2006)5



Organisation de Coopération et de Développement Economiques
Organisation for Economic Co-operation and Development

English - Or. English

ECONOMICS DEPARTMENT

Cancels & replaces the same document of 03 February 2006

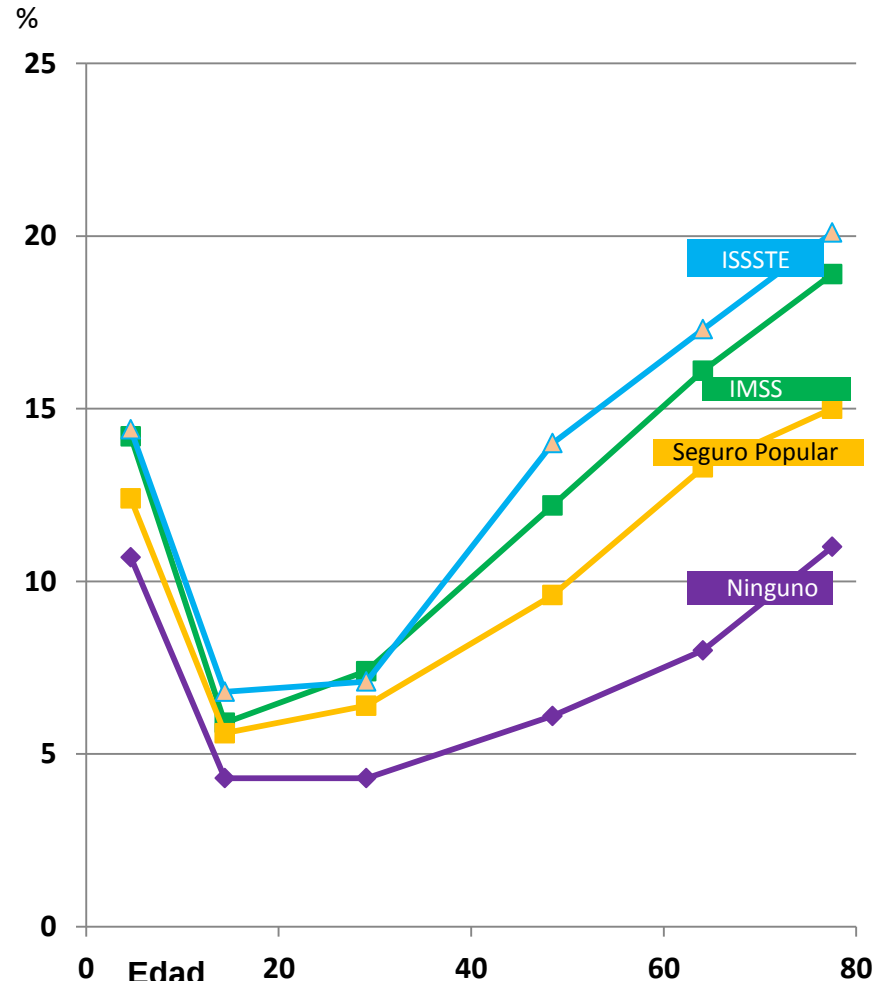
**PROJECTING OECD HEALTH AND LONG-TERM CARE EXPENDITURES: WHAT ARE THE
MAIN DRIVERS?**

ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS No. 477

ECO/WKP(2006)5
Unclassified

Los principales impulsores de los gastos de atención de la salud en México:

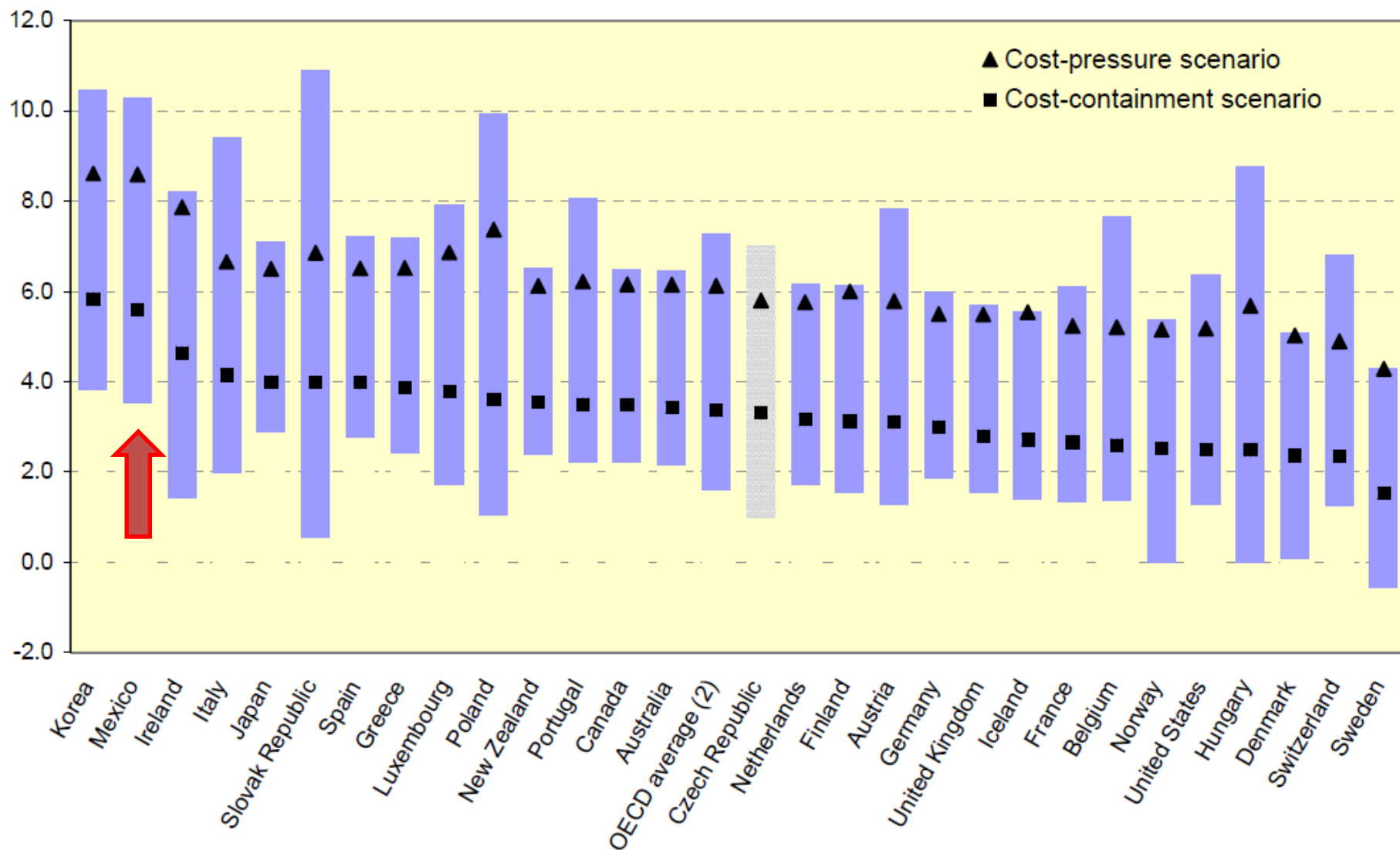
- ❖ Envejecimiento y cambio demográfico.
- ❖ Mayor crecimiento económico y del nivel de ingresos.
- ❖ **Las nuevas tecnologías y los avances médicos.**
- ❖ Organización y financiamiento de los sistemas de atención médica.
- ❖ **Los costos crecientes de la atención médica.**
- ❖ Expectativas de crecimiento de la población.



Fuente: Recent use of ambulatory health services
ENSANUT 2012

Incremento total en gasto en salud y cuidados de largo plazo 2005-2050

(En puntos porcentuales del PNB)



RESEARCH ARTICLE

Open Access

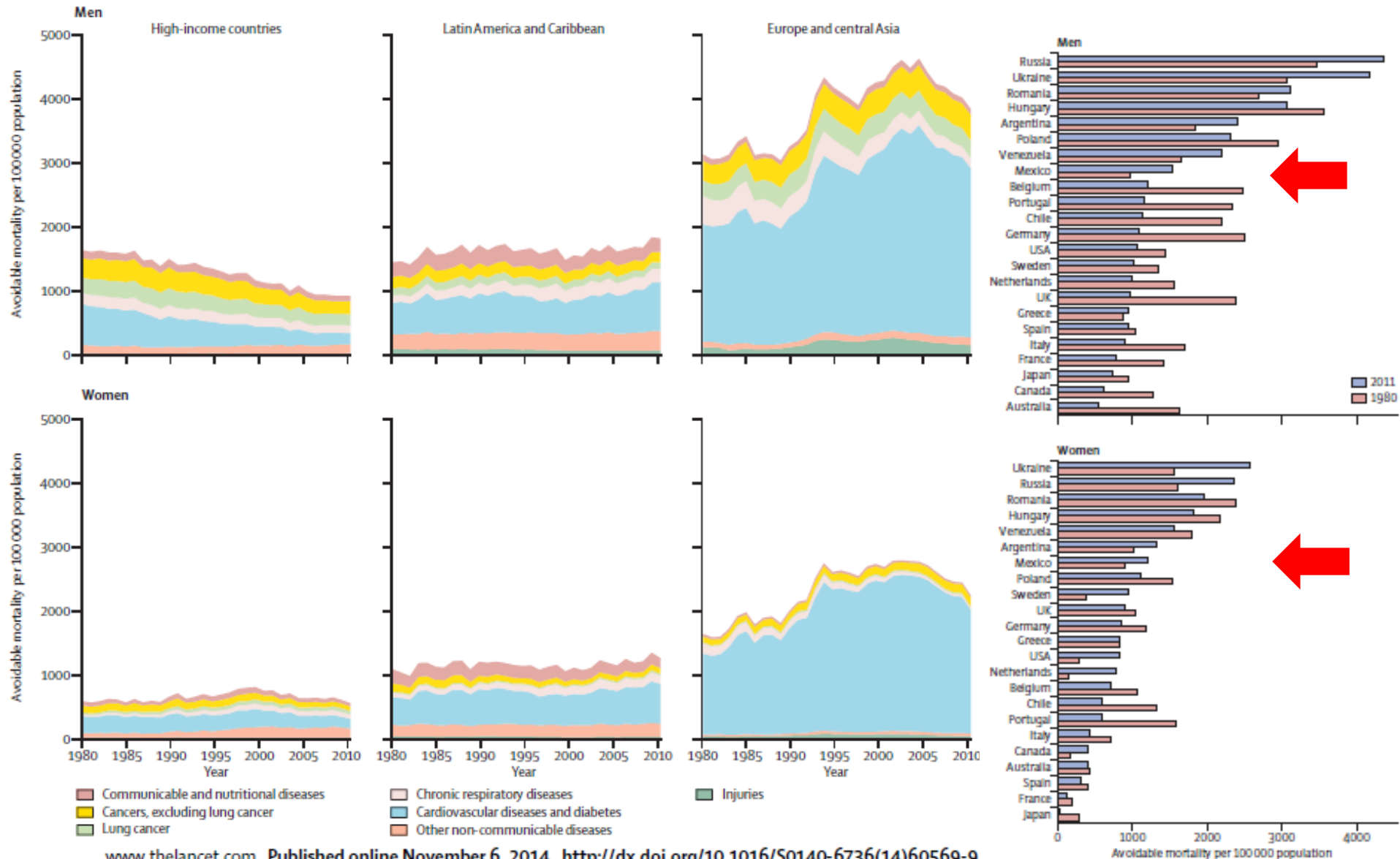
Health care utilization in the elderly Mexican population: Expenditures and determinants

César González-González¹, Sergio Sánchez-García², Teresa Juárez-Cedillo², Oscar Rosas-Carrasco¹, Luis M Gutiérrez-Robledo¹ and Carmen García-Peña^{2*}

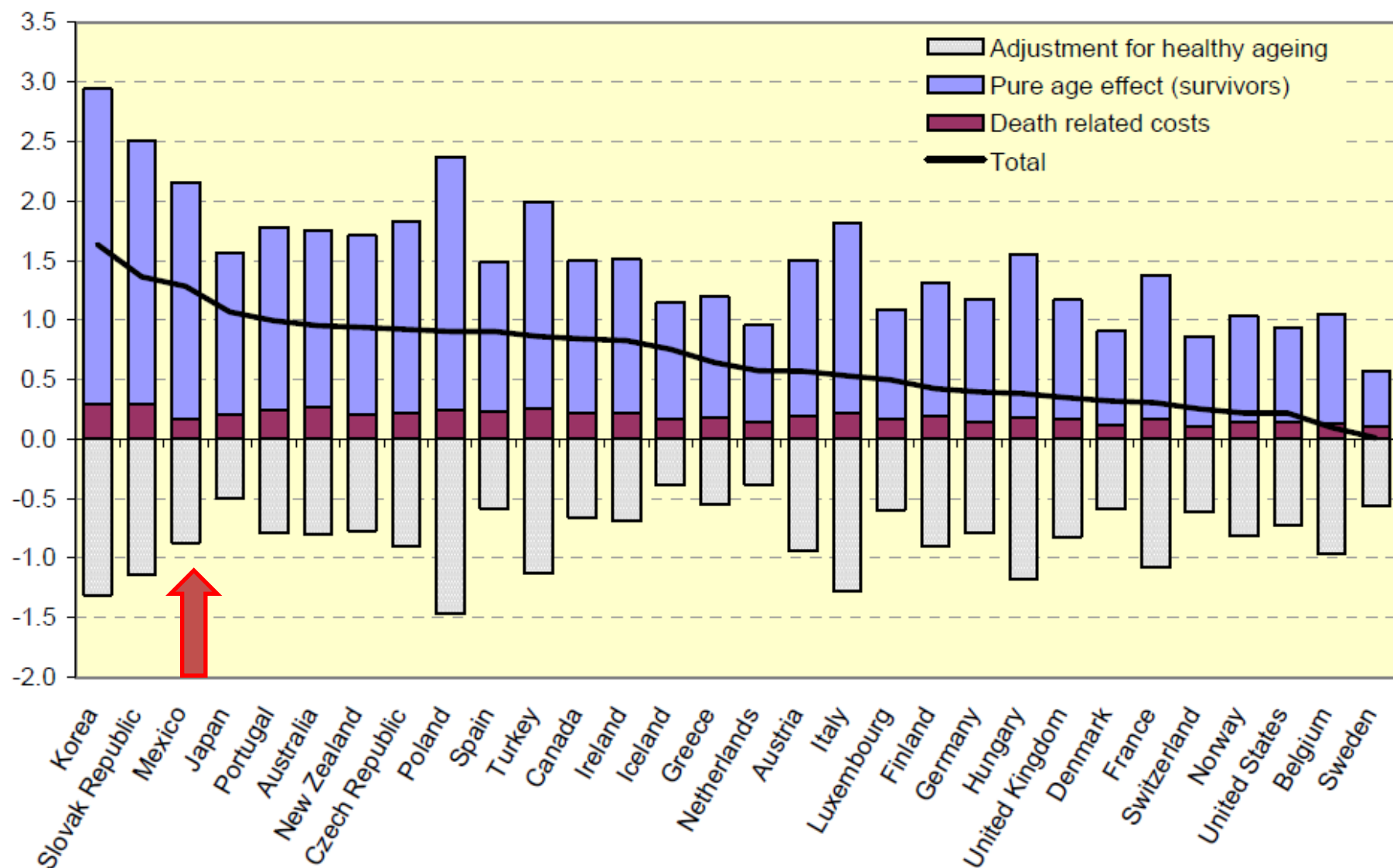
Vejez y enfermedad crónica

- **Hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salud** que el promedio y los adultos mayores tienen una probabilidad de doble a triple de ser hospitalizados
- La **carga de morbilidad** crónica acumulada durante varios años es la principal razón del incremento en el costo de la atención,
- Mucho **más que la edad** en sí misma pues las personas mayores sanas consumen incluso menos recursos que los adultos de edad media en igual situación de salud.

Mortalidad evitable en mayores de 60



Efecto potencial del envejecimiento saludable sobre el gasto en salud (En puntos porcentuales del PNB 2005-2050)



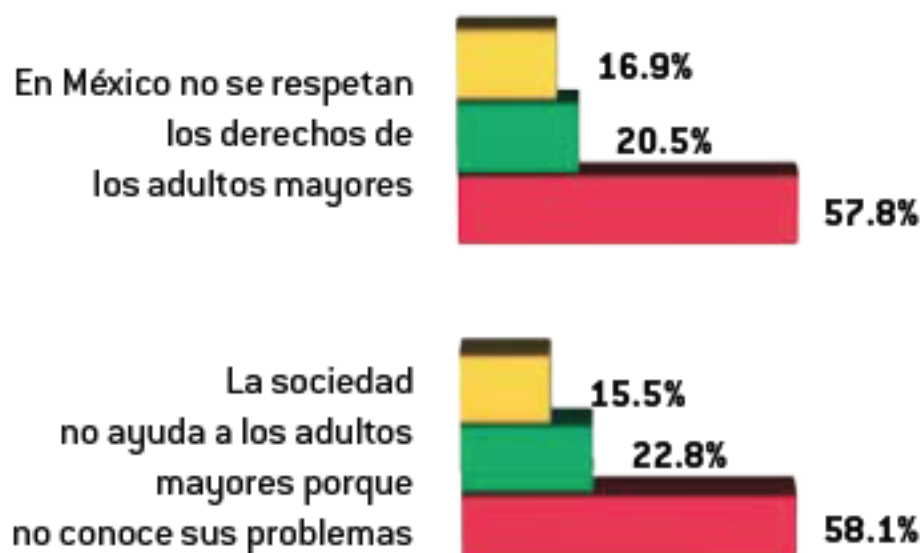
**LA MARGINACIÓN, LA IGNORANCIA Y
LA FALTA DE EDUCACIÓN PARA LA
PLENA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**



Encuesta Nacional sobre Discriminación en México | Enadis 2010

PERCEPCIONES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SUS CONDICIONES DE GRUPO SOCIAL

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes ideas?



- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo y en desacuerdo
- Totalmente de acuerdo y de acuerdo

Poco más de la mitad de las personas de sesenta años o más considera estar *de acuerdo o totalmente de acuerdo* con la idea de que en México no se respetan los derechos de las personas adultas mayores. Sin embargo, dos de cada diez señalan estar en *desacuerdo o totalmente en desacuerdo*.

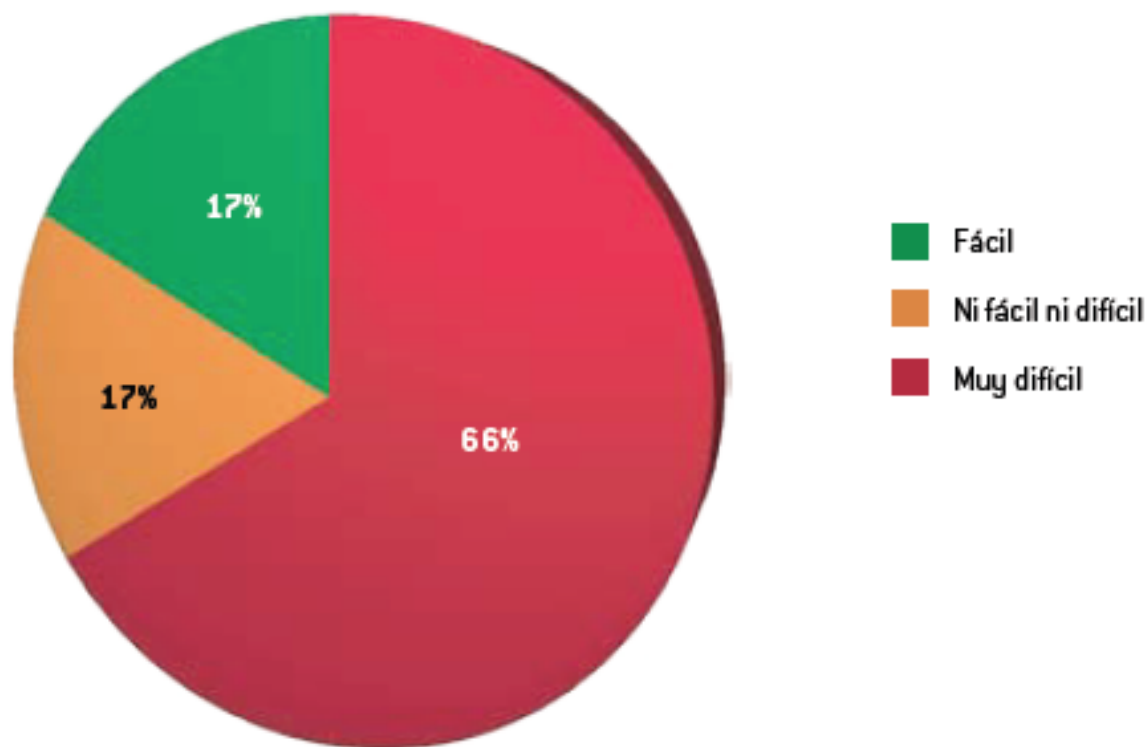
Respecto de la idea de que la sociedad no ayuda a las personas adultas mayores porque no conoce sus problemas, 58.9% concuerda con ello, mientras que 22.8% discrepa con la idea.



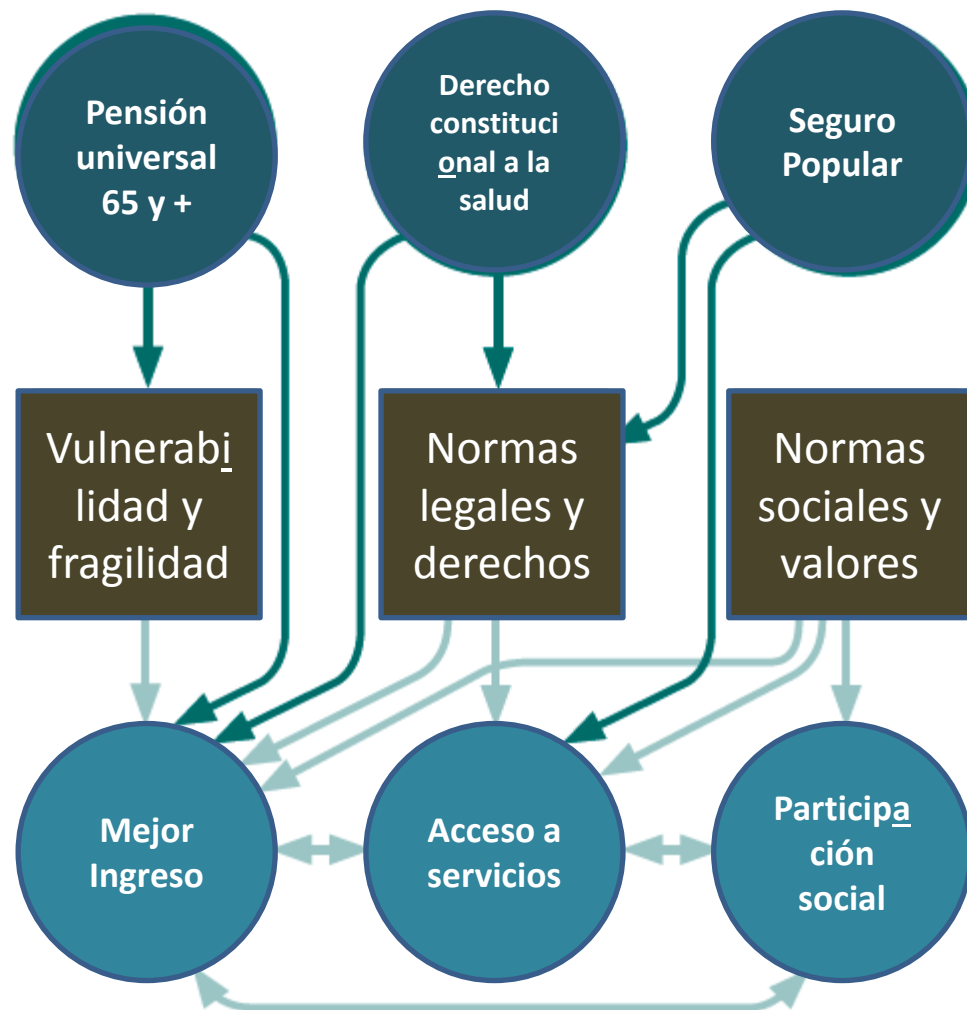
Encuesta Nacional sobre Discriminación en México | Enadis 2010

Resultados sobre personas adultas mayores

Y por lo que usted piensa, para la gente de su edad ¿qué tan fácil o difícil es recibir apoyos del gobierno?

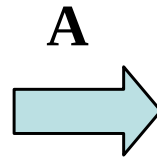


La protección social impacta en los determinantes de la exclusión social

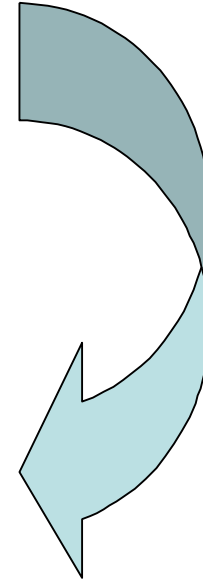


**LAS AFECCIONES CLAVE: FRAGILIDAD,
SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y “NUEVAS “
ECNT**

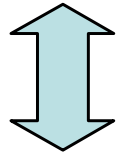
**Cambios “fisiológicos”
por el envejecimiento
(no relacionados con la
enfermedad): sarcopenia,
hipometabolismo.**



Fragilidad



Comorbilidad



Discapacidad

B

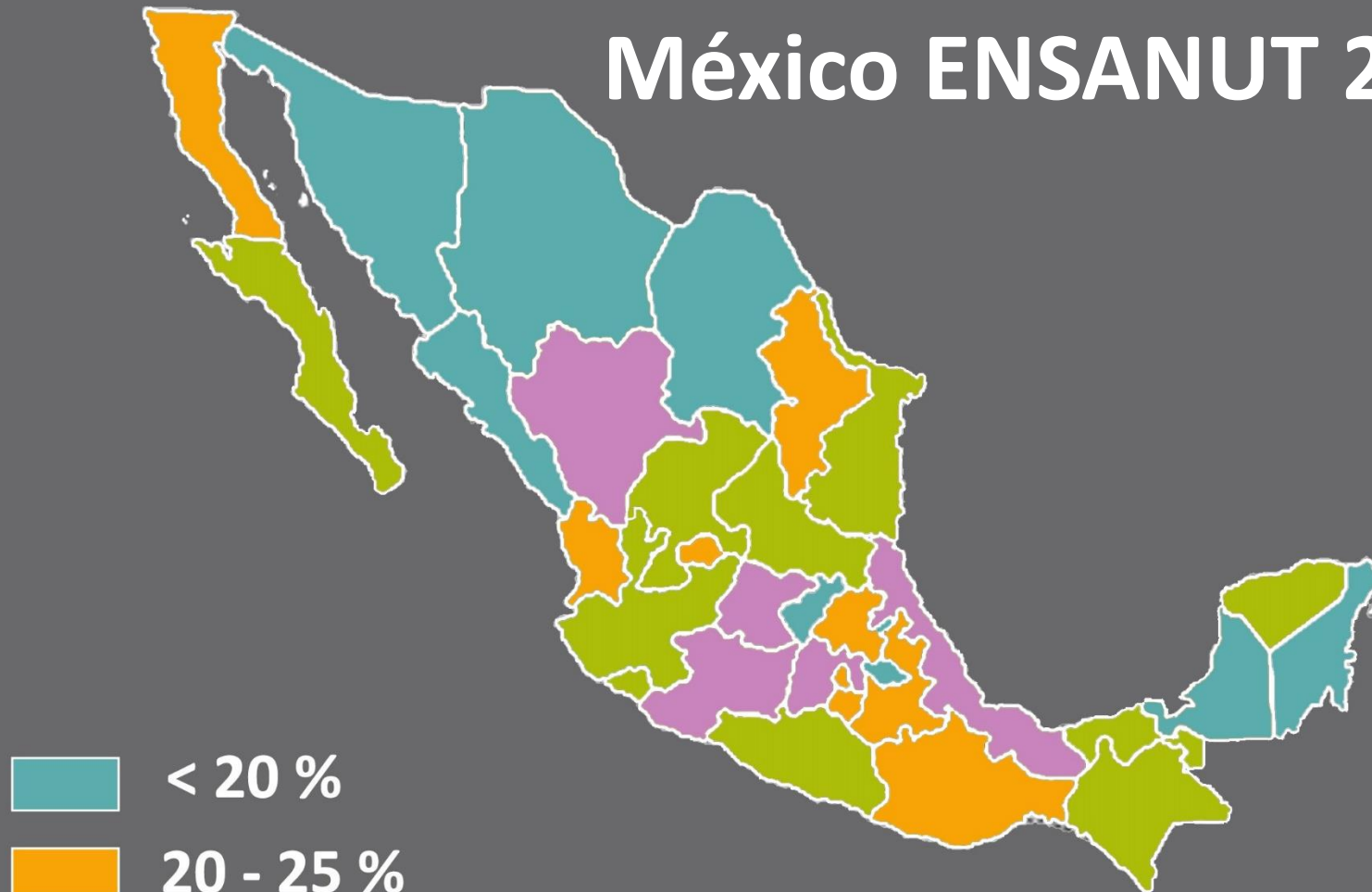


C

- **Vía A** : envejecimiento - fragilidad discapacidad
- **Vía B** : enfermedad - discapacidad
- **Vía C** : entorno - discapacidad

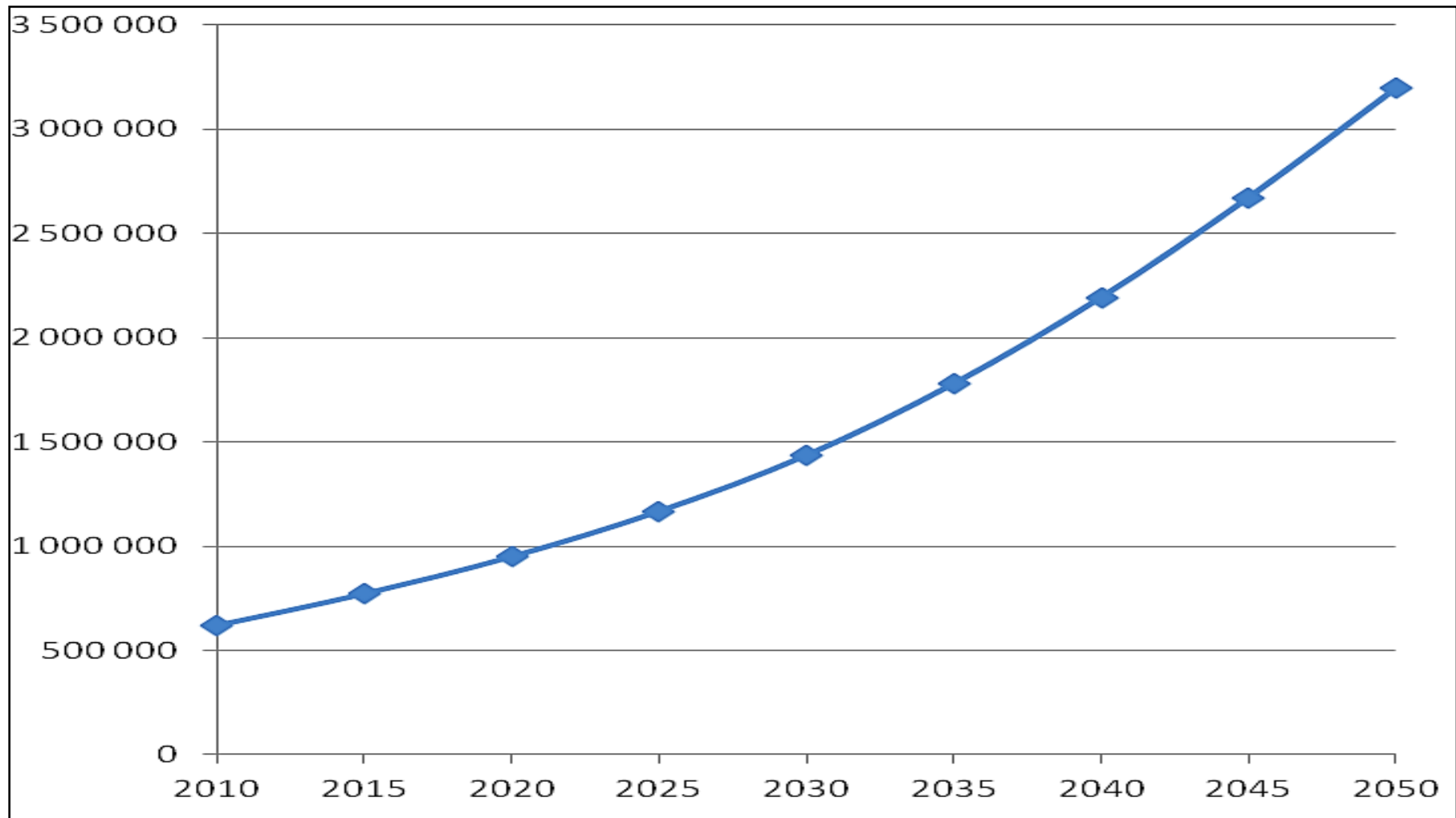


Prevalencia de fragilidad México ENSANUT 2012

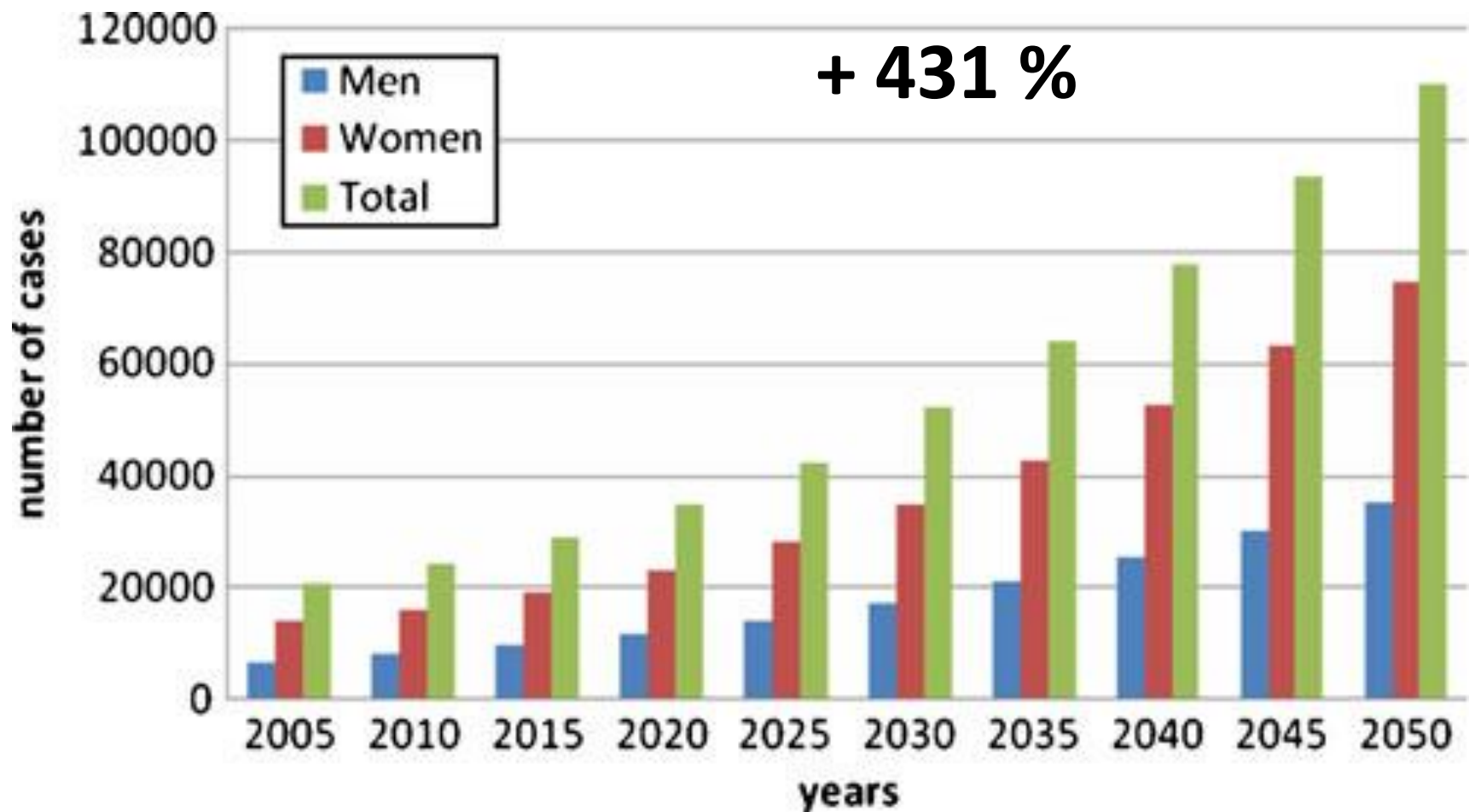


Prevalencia de fragilidad
Francia 15% España 27%

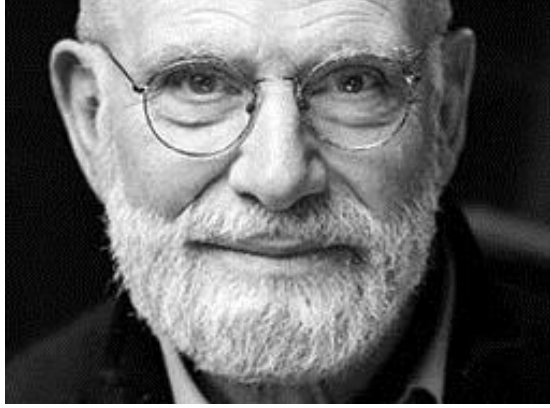
Proyección de la incidencia de Demencia en Mexico



Proyecciones de la Incidencia de Fractura de Cadera en México hasta 2050

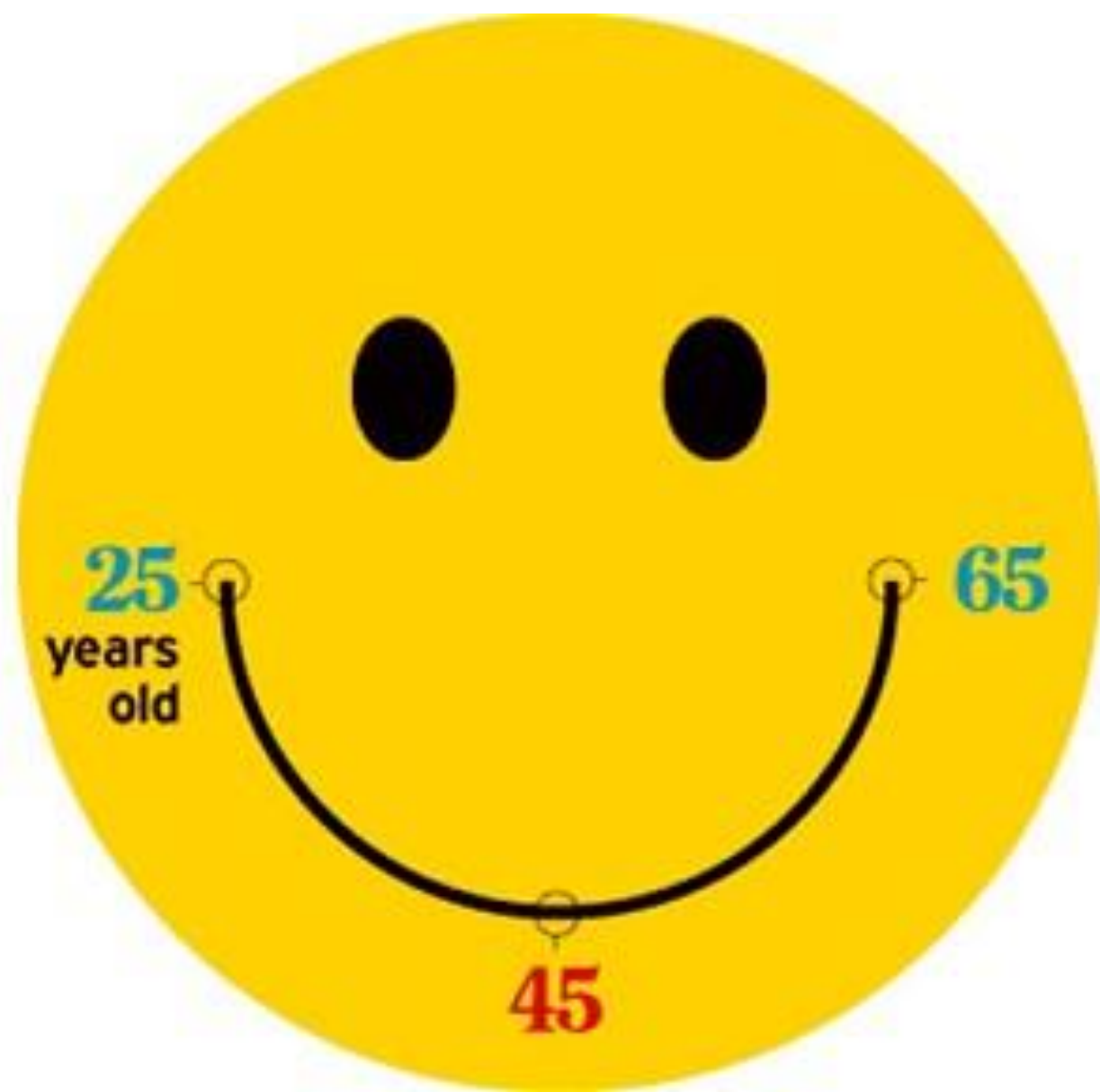


LONGEVIDAD SALUDABLE ¿PARA QUÉ?

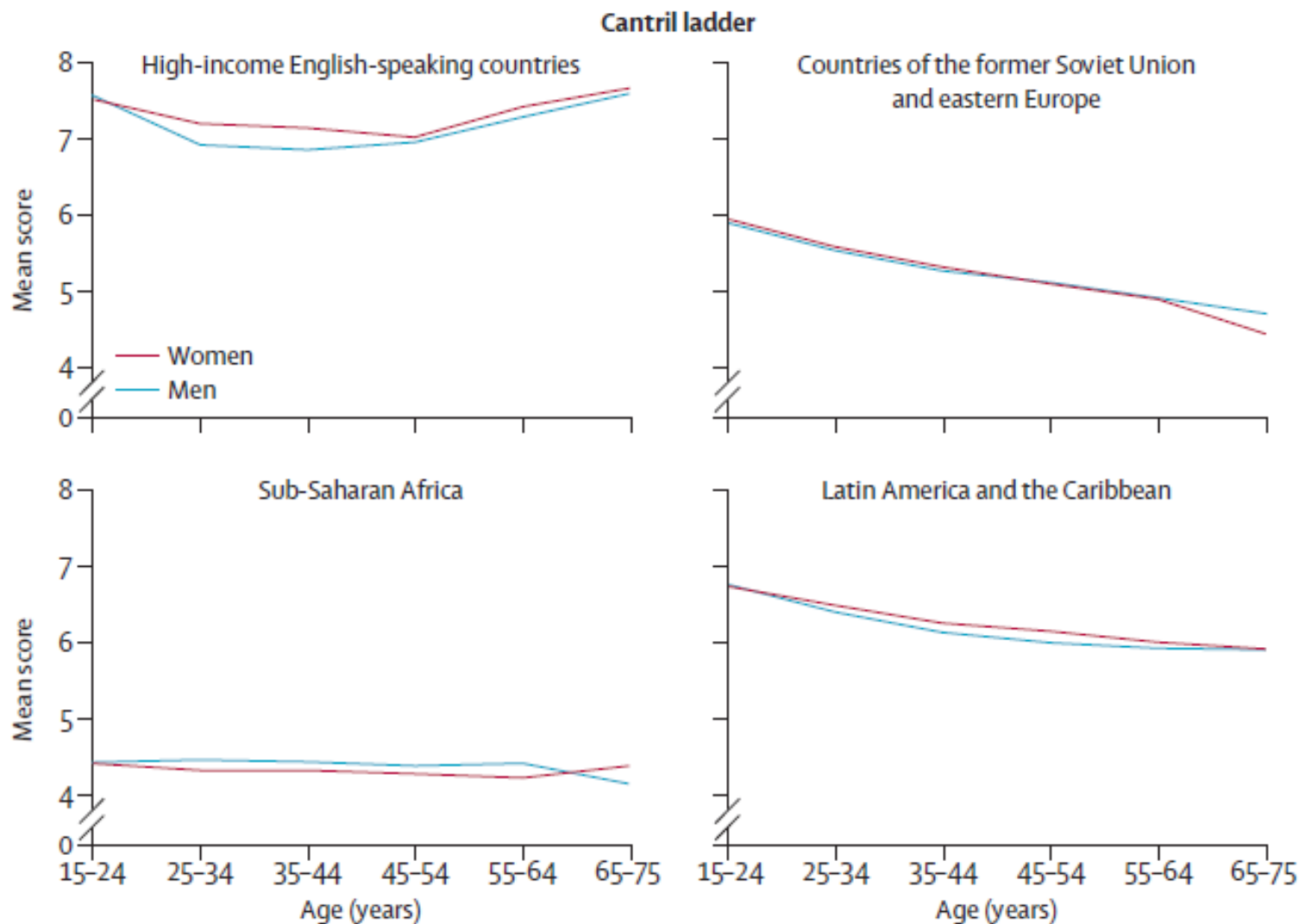


“Hemos venido a medicalizar el envejecimiento, la fragilidad y la muerte, tratándolos como si fueran un problema clínico más por superar. Sin embargo, no es la medicina lo único que se necesita en los años del declinar, sino una vida con significado, una vida tan rica y completa como sea posible bajo las circunstancias de cada uno.”

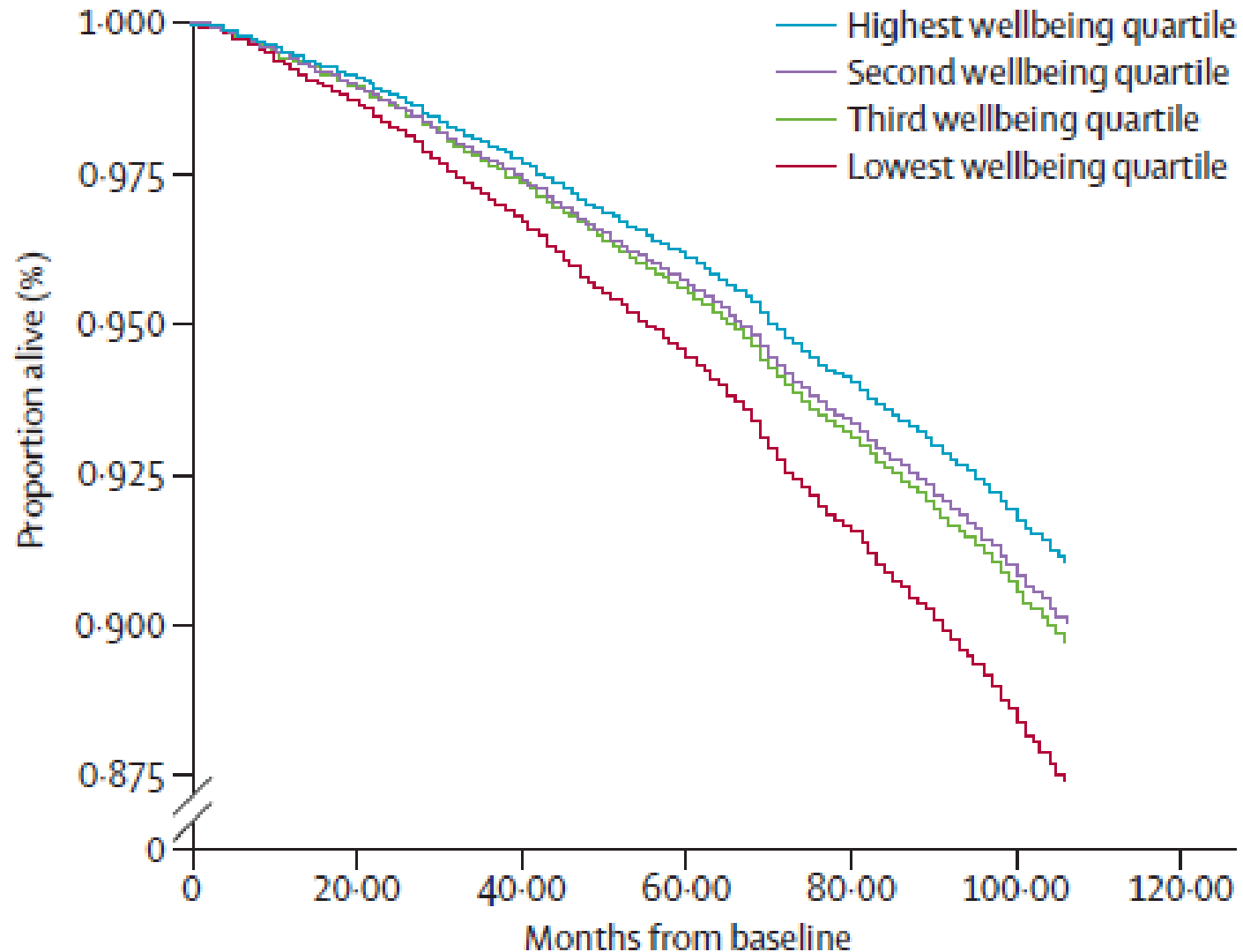
Oliver Sacks



Bienestar subjetivo en distintas regiones

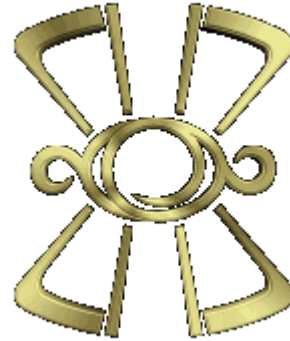


Bienestar eudaimonico y brevidad



- La realidad es mucho más rica y cambiante que los sistemas conceptuales que pretenden contenerla
- La sabiduría no está ni en la fijeza, ni en el cambio, sino en la dialéctica entre ellos

Octavio Paz 1914-2014



GRACIAS POR SU ATENCIÓN