



2ºENCUENTRO MÉXICO-JAPÓN
SOBRE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

HECHOS Y DESAFÍOS para un envejecimiento saludable en México

Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Instituto Nacional de Geriátría

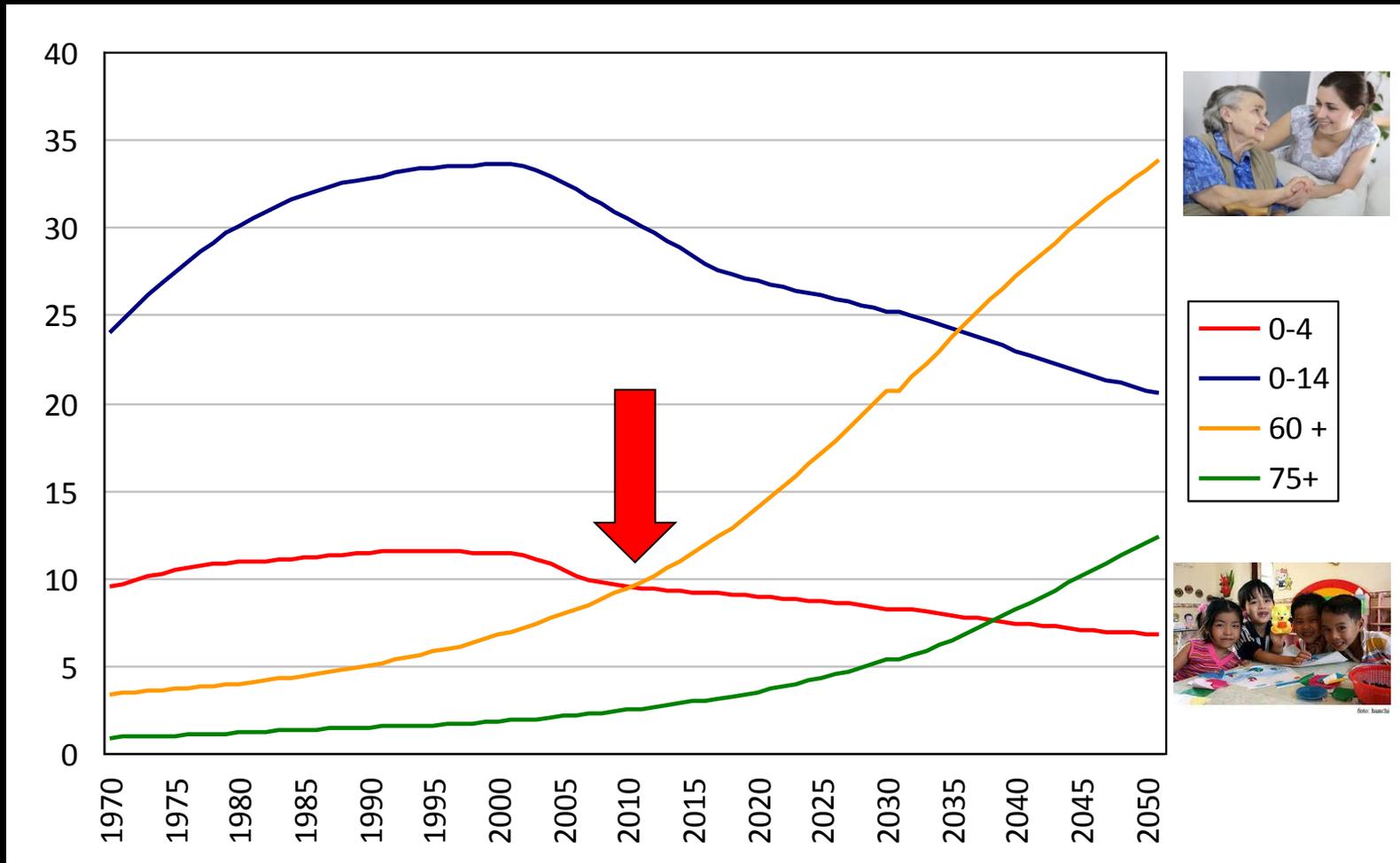


5 HECHOS RELATIVOS AL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD EN MÉXICO

HORARIO
DE CONSULTORIO
LUNES A SABADO
10:00AM A 9:00PM

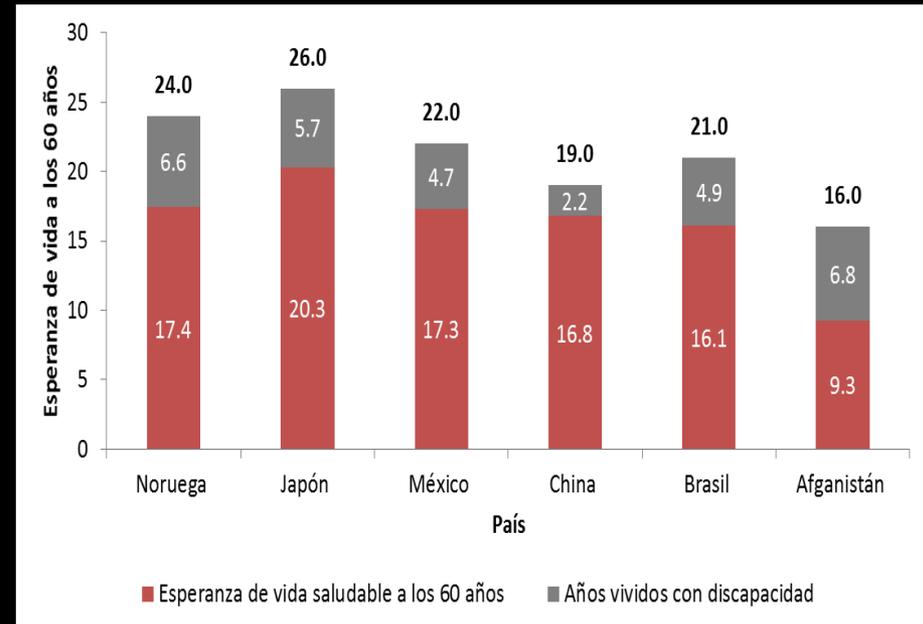
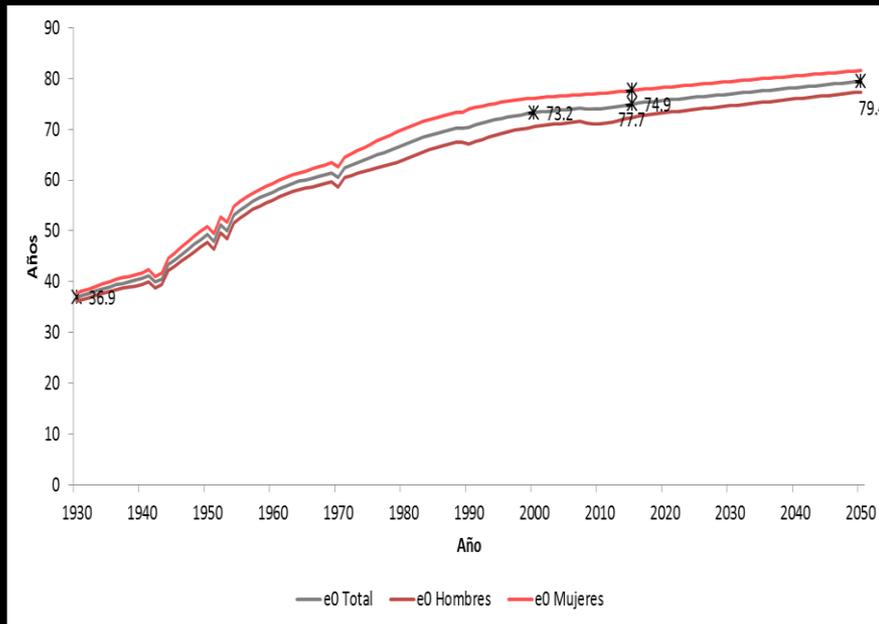
HECHO 1 | EL CAMBIO DEMOGRAFICO

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.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER MÉXICO, 1930-2050 Y ESPERANZA DE VIDA EN SALUD A LOS 60 AÑOS VARIOS PAÍSES.



Entre 2000 y 2050 la esperanza de vida en México aumentará aproximadamente un 8%, alcanzando para entonces los 79.4 años de edad.

**HECHO 2 | TASAS CRECIENTES EN
LA CARGA DE LA ENFERMEDAD
CRÓNICA : FRAGILIDAD Y
SÍNDROMES GERIÁTRICOS**

Principales factores de riesgo y su carga atribuible en adultos mayores, México 2010

	Mujeres	%	Hombres	%
1	Glucosa en sangre elevada	27.6	Glucosa en sangre elevada	19.5
2	Sobrepeso y obesidad	26.6	Sobrepeso y obesidad	17.2
3	Presion arterial alta	18.5	Presion arterial alta	16.9
4	Inactividad fisica	10.1	Consumo de alcohol	14.6
5	Consumo de alcohol	6.3	Consumo de Tabaco	11.3
6	Colesterol elevado	5.9	Inactividad fisica	7.8
7	Consumo de Tabaco	5.4	Baja ingesta de nueces y semillas	5.0
8	Dieta rica en bebidas azucaradas	4.6	Baja ingesta de frutas	4.7
9	Baja ingesta de nueces y semillas	4.5	Colesterol elevado	4.3
10	Baja ingesta de frutas	4.2	Dieta alta en sodio	3.9

- Top third performers
- Middle third performers
- Bottom third performers

Note: Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available.

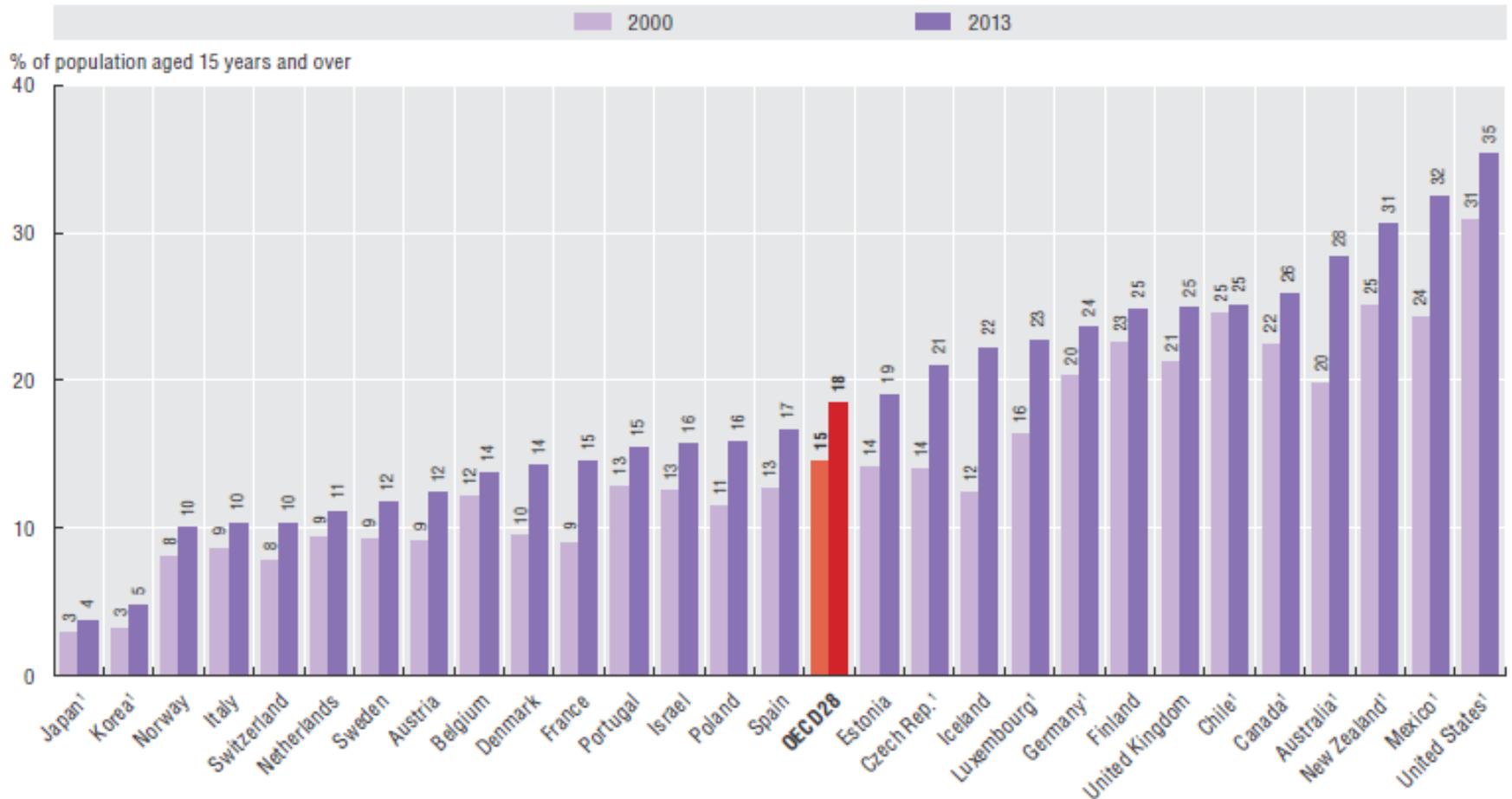
Indicator	Smoking in adults	Alcohol consumption	Obesity in adults*	Overweight and obesity in children**
Australia	4	22	30*	20
Austria	26	34	8	14
Belgium	15	20	9	5
Canada	6	11	29*	21
Chile	33	10	28*	28
Czech Rep.	25	32	20*	5
Denmark	12	17	10	23
Estonia	31	33	18	7
Finland	10	14	26	17
France	30	30	11	13
Germany	23	28	25*	3
Greece	34	7	19	33
Hungary	32	30	31*	24
Iceland	2	6	21	9
Ireland	16	26	24*	11
Israel	11	2	13	18
Italy	24	4	4	31
Japan	17	7	1*	15
Korea	19	12	2*	16
Luxembourg	9	29	22*	19
Mexico	3	3	33*	30
Netherlands	13	14	6	7
New Zealand	8	16	32*	27
Norway	7	5	3	1
Poland	27	27	14	2
Portugal	14	25	12	25
Slovak Rep.	18	22	16*	3
Slovenia	22	17	17	22
Spain	29	20	15	26
Sweden	1	7	7	9
Switzerland	21	22	4	11
Turkey	27	1	22*	n.a.
United Kingdom	20	19	27*	32
United States	5	13	34*	29

Desempeño en el control de factores de riesgo. OCDE 2016

* Data on obesity in adults are based on measured height and weight for all the countries marked with an *. These result in more accurate data and higher obesity rates compared with all other countries that are providing self-reported height and weight.

** Data on overweight or obesity in children are all based on measured data, but refer to different age groups across countries.

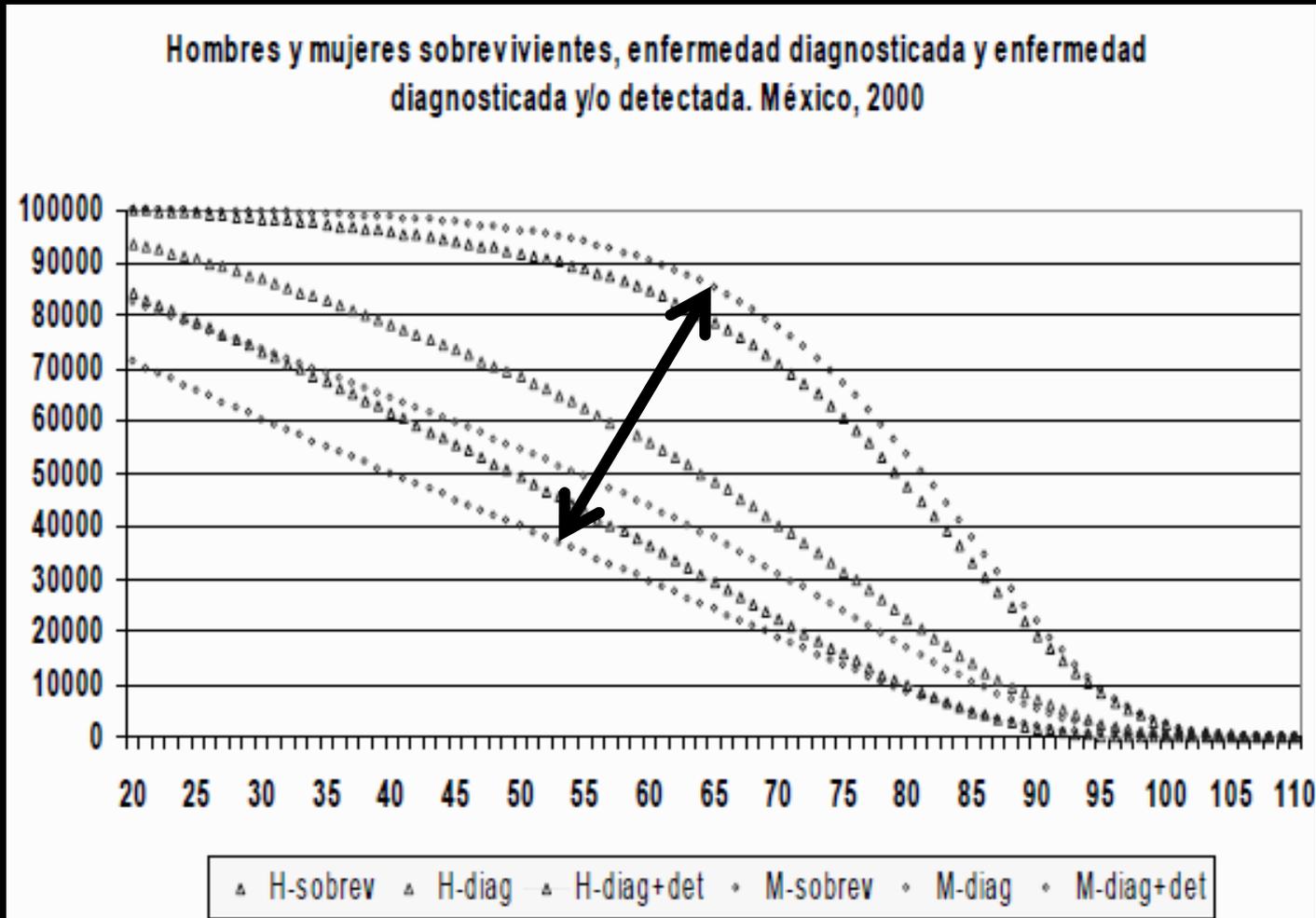
Incremento en la tasa de obesidad 2000-2013



1. Data are based on measurements rather than self-reported height and weight.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Hay una brecha creciente entre la esperanza de vida y la esperanza de vida en salud en Mexico que se seguirá ensanchando

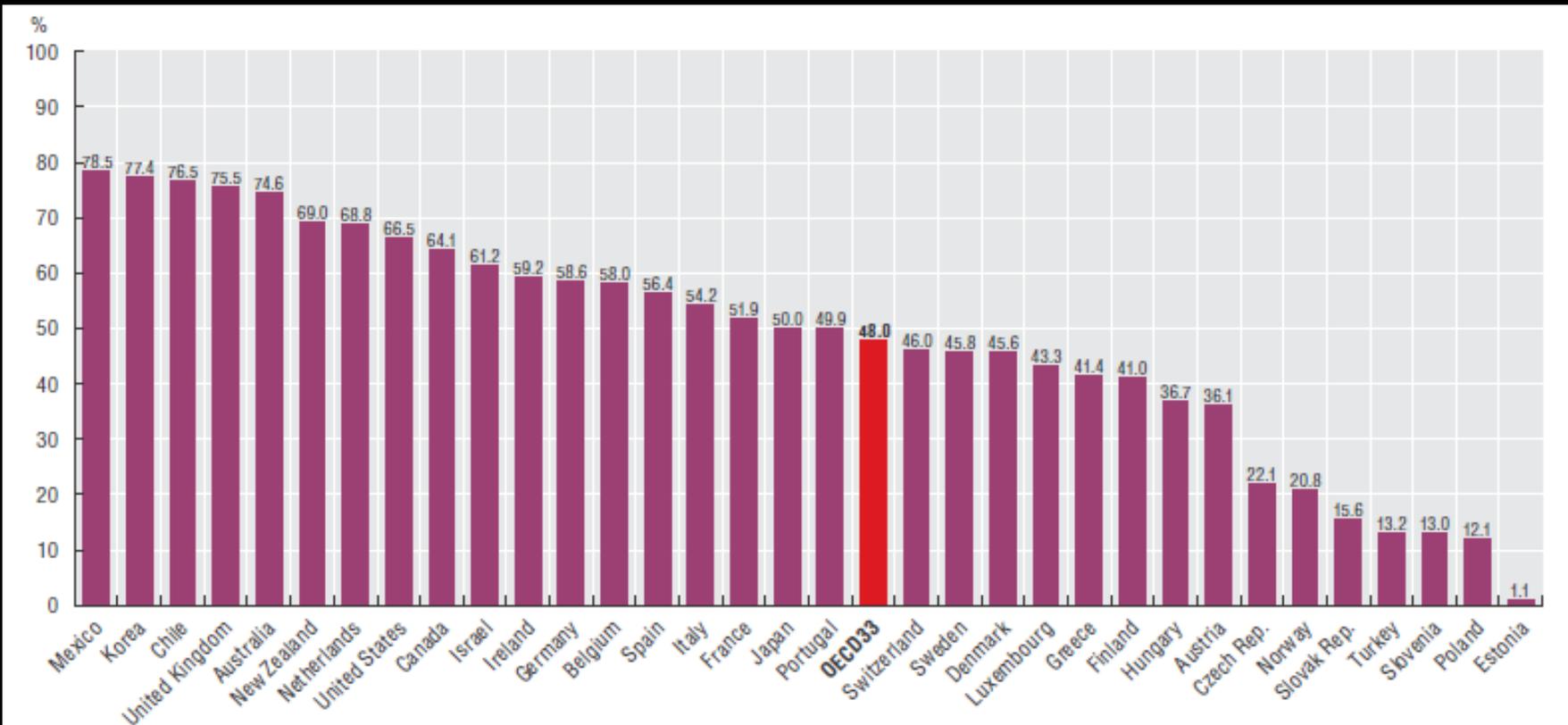


Source: Roberto Ham-Chande (2003) *Esperanzas de vida y expectativas de salud* Reunión Regional sobre Envejecimiento y Salud.

Salud y cuidado de la salud

- Las principales causas de muerte han venido cambiando en parte por una mayor longevidad, con un incremento en las ECNT. Estas suelen ocurrir en conjunto y la multimorbilidad aumenta con la edad. Los países de ingreso medio y bajo enfrentarán la misma carga.
- La longevidad ha venido creciendo pero no la longevidad saludable. Una porción significativa de la vida transcurrirá en situación de dependencia.
- Un clúster de factores de riesgo es responsable de la carga global de la enfermedad. La mayoría de los fumadores viven en países de ingreso medio y bajo. La creciente obesidad, y el bajo peso significativo se asocian con mayor mortalidad en edad avanzada.
- La población mayor tiene distintas necesidades de salud con respecto a los adultos en edad media de la vida por causa de la fragilidad, la multimorbilidad y la discapacidad.

Cobertura de vacunación contra influenza 2013



Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Menos decesos, más mayores, nuevos temas

Progreso Médico



Mejor nivel de vida



Menor mortalidad

- Mayor longevidad
- Mayor prevalencia de condiciones relacionadas a la edad
 - **Fragilidad**
 - **Discapacidad**
 - **Dependencia**
- Multimorbilidad
- Mayor duración de la enfermedad:

EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 EN MÉXICO

ENFERMEDADES CRÓNICAS

NO TRASMISIBLES:

HTA. Diabetes
ECV
Cardiopatías
Demencias

MULTI MORBILIDAD

+

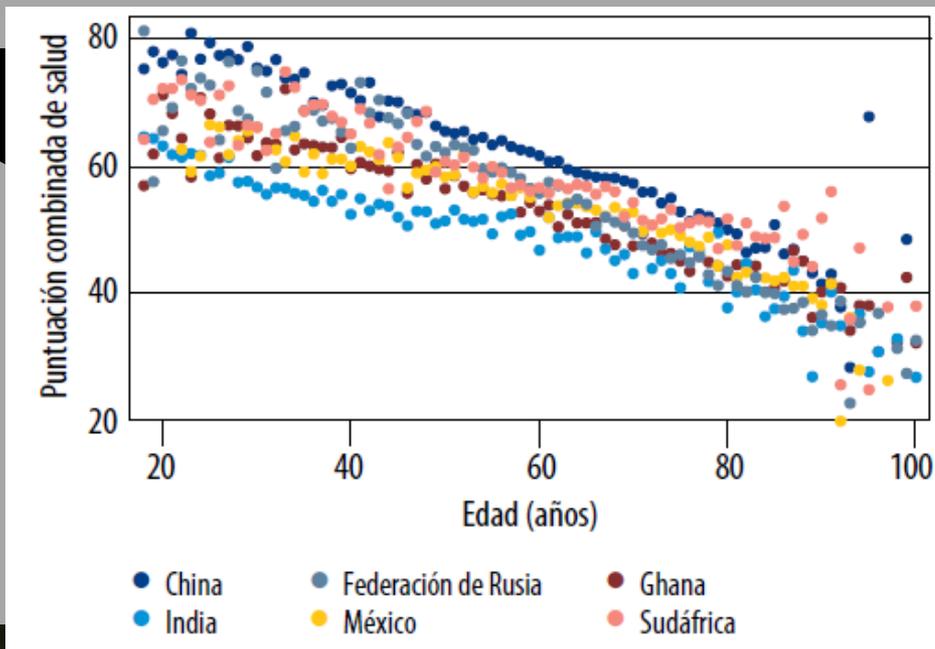
FRAGILIDAD

SINDROMES GERIÁTRICOS:

Caídas
Malnutrición / Sarcopenia
Dolor
Deterioro sensorial
Depresión

DEPENDIENTES

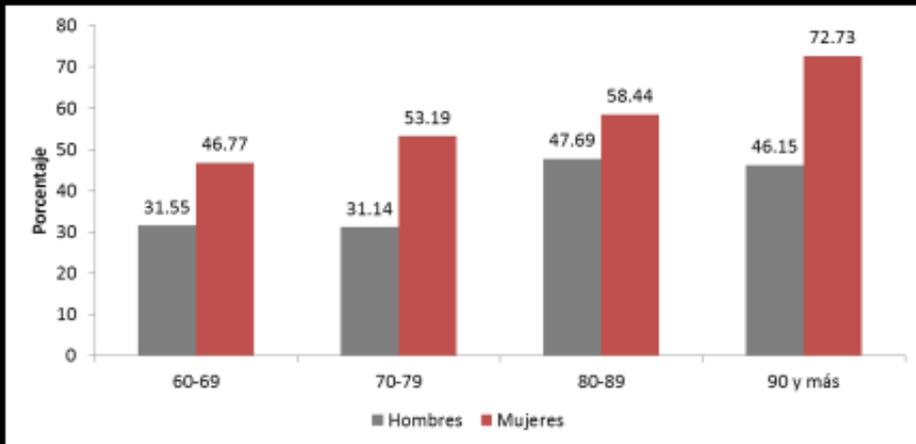
APARENTEMENTE
SANOS Y
FUNCIONALES



Cambios en capacidad intrínseca (SAGE)



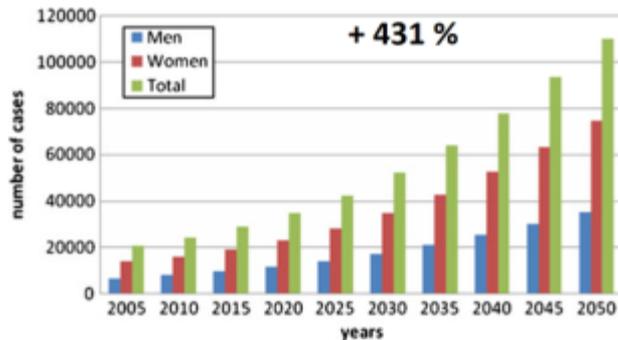
Prevalencia de las caídas en México



Fuente: ENASEM, 2015.

Caídas y sus consecuencias funcionales

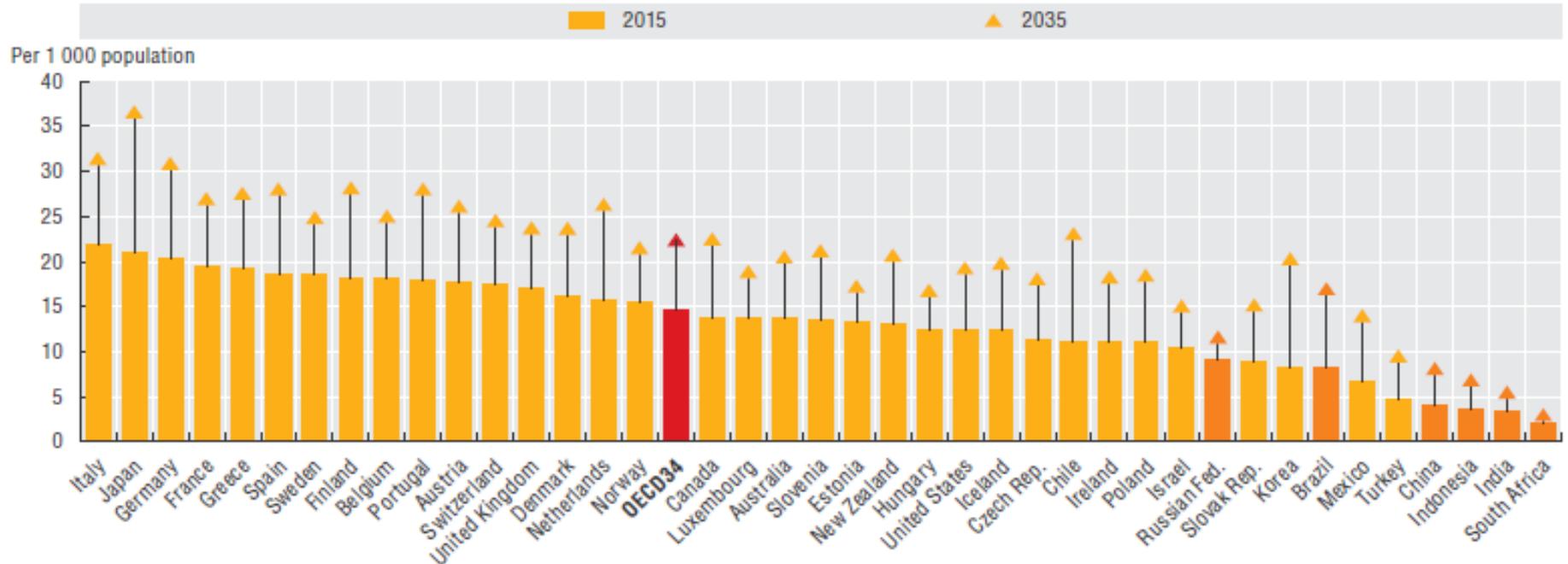
Incidencia de fractura de cadera para México proyectada al 2050



Clark P Epidemiology, costs and burden of osteoporosis in Mexico (2008) Arch Osteoporos DOI 10.1007/s11657-010-0042-8

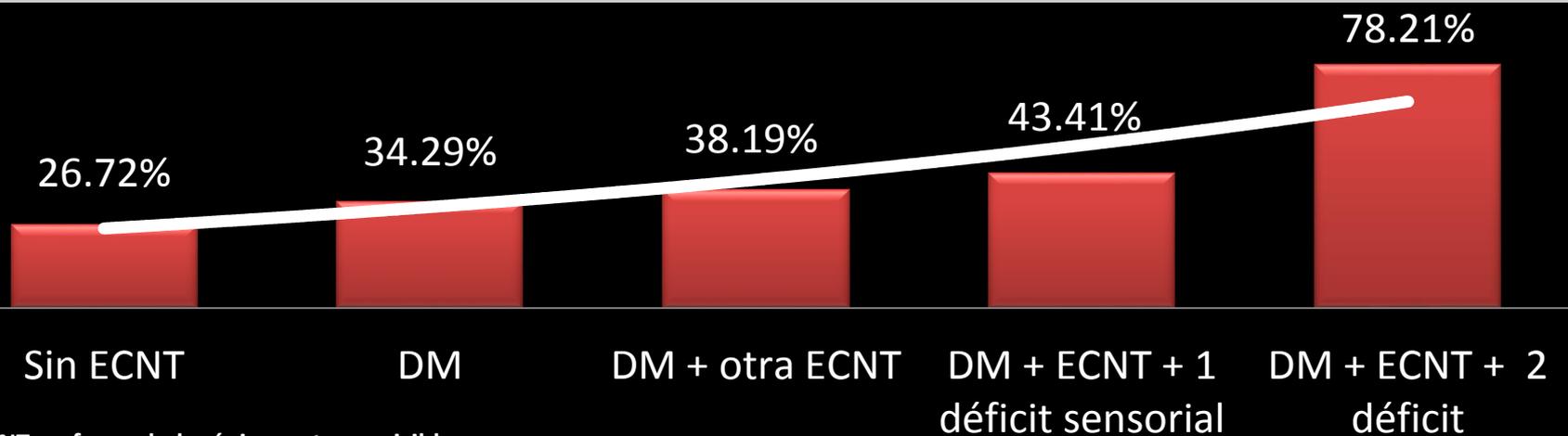


Prevalencia de demencia por 1000 habitantes y proyección a 2035



Source: OECD analysis of data from Prince et al. (2013) and the United Nations.

Probabilidad de desarrollar discapacidad en presencia de multimorbilidad específica



ECNT: enfermedad crónica no transmisible
DM: Diabetes mellitus

Fuente: ENSANUT, 2012

El proceso de fragilización

Curso de vida / Tiempo / Edad / Uso

Discapacidad de inicio temprano

Acúmulo de eventos: Enfermedades / Accidentes >>> Lesiones >>> Limitación funcional

Libre de limitación

Lesión

Discapacidad

Muerte

Libre de fragilidad

Pre-frágil

Frágil

Discapacidad

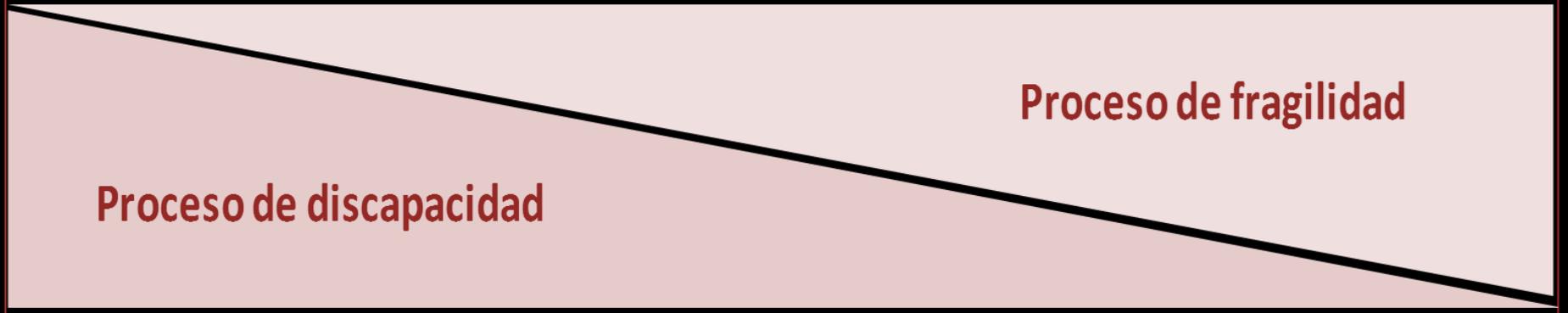
Muerte

Acúmulo de años vividos >>> Enfermedad subclínica >>> Disminución en la reserva >>> Fragilidad

Discapacidad de inicio tardío

Proceso de fragilidad

Proceso de discapacidad



Fragilidad y discapacidad

13t11477
ML-W

Ageing 2
The burden of disease in older people: implications for health policy and practice

Martin J Prince, Fan Wu, Yanjun Guo, Luis M Gutiérrez Rebollo, Martin O'Donnell, Richard Silliman, Selim Yusuf

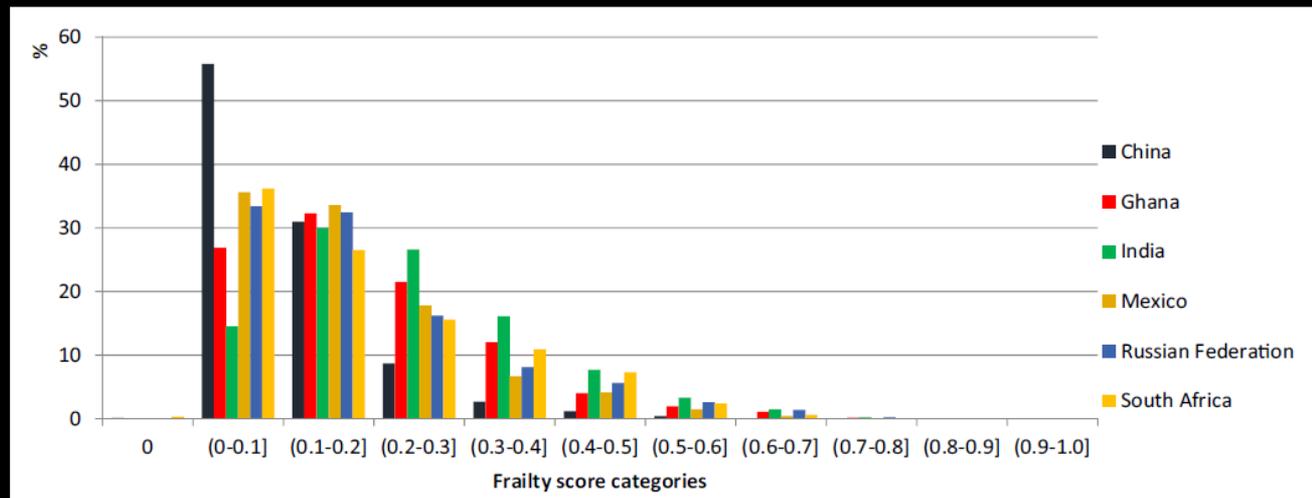
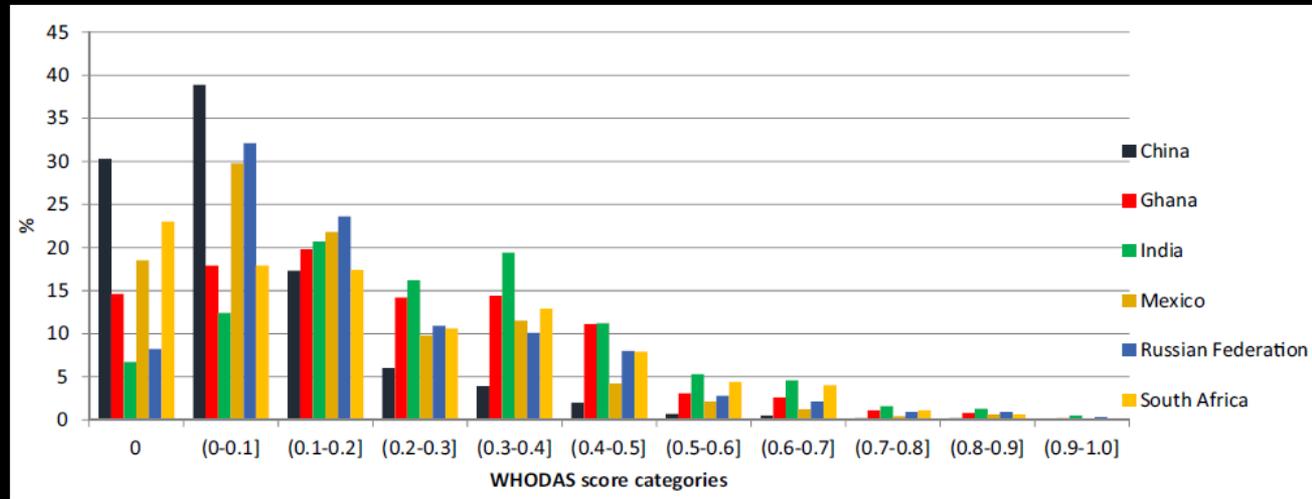
23% of the total global burden of disease is attributable to disorders in people aged 69 years and older. Although the proportion of the burden arising from older people (>69 years) is highest in high-income regions, disability-adjusted life years (DALYs) per head are 40% higher in low-income and middle-income 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 (39.3% of the total burden in people aged 69 years and older), malignant neoplasms (15.3%), chronic respiratory diseases (9.5%), musculoskeletal diseases (7.5%), and neurological and mental disorders (6.6%). A substantial and increased proportion of mortality and mortality due to chronic disease occurs in older people. Primary prevention in adults aged younger than 69 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, ageing, the poor preparation 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. 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. 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 subjecting to unprecedented rapid population ageing. The doubling in the proportion of the population aged 65 years and older from 7% to 16%, accomplished in 46 years in the UK, 69 years in the USA, and 116 years in France, will be completed in just 26 years in China and 21 years in Brazil. 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 non-communicable 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

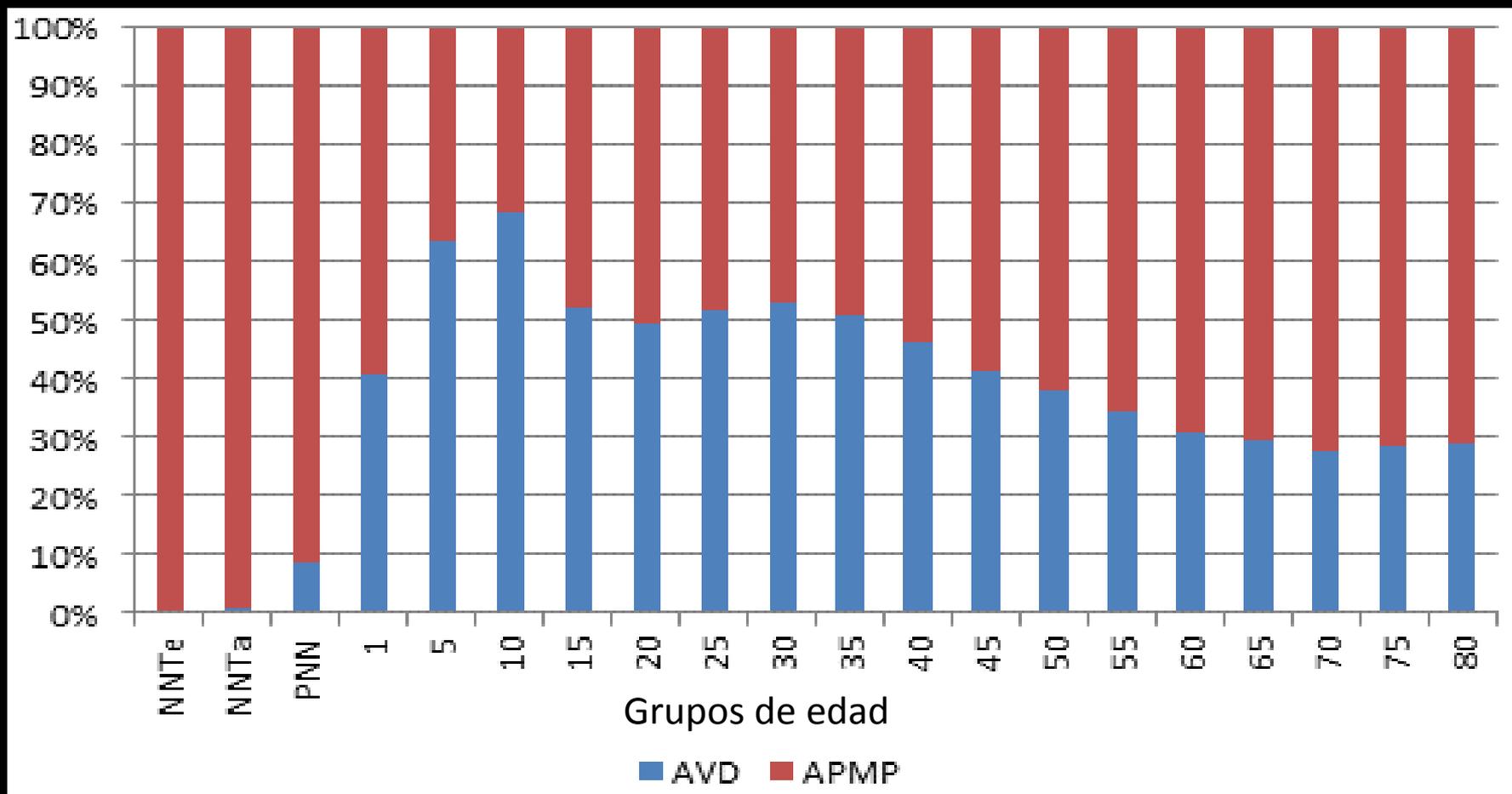
- 23% of the global burden of disease arises in older people (nearly half the burden in high-income countries and a fifth in low-income and middle-income countries).
- Chronic non-communicable diseases account for most of the burden; leading contributors are cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory 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 disorders for which chronic disability makes a substantial contribution to burden.
- Primary and secondary prevention for cardiovascular disease is probably as effective in older people as it is in younger people, and the benefits of increased in view 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 ageing, 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 facilities that might be treated or mitigated might help to reduce individual and societal effects on disability and dependence.

www.thelancet.com

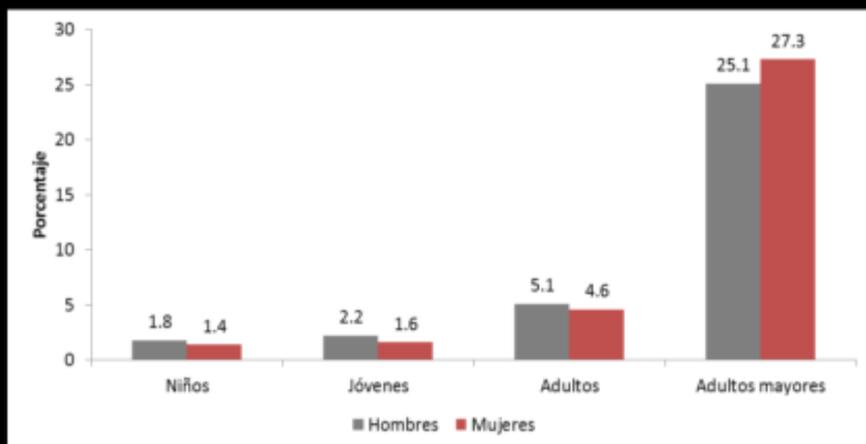


**HECHO 3 | DISCAPACIDAD
CRECIENTE Y NECESIDAD DE
CUIDADOS**

30% de la carga de la enfermedad en adultos mayores se debe a años vividos con discapacidad



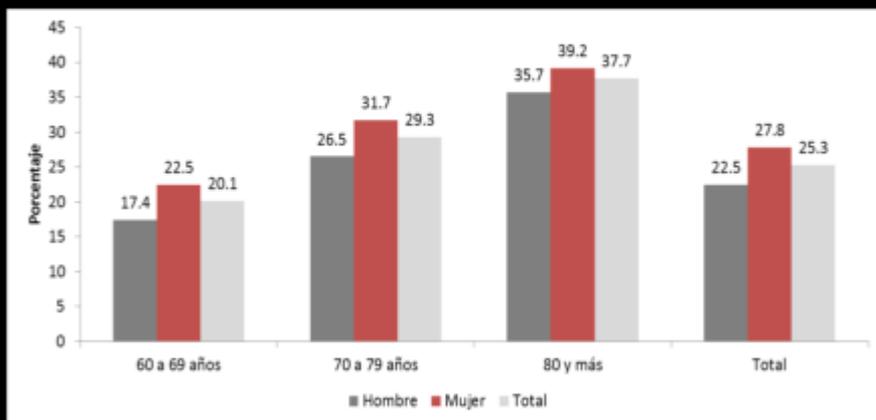
Prevalencia de discapacidad según sexo y grupos de edad. México, 2010



Nota: En el Censo 2010 la discapacidad se refiere cuando una persona tiene dificultades para: caminar, moverse, subir o bajarse; ver, aun usando lentes; oír, aun usando aparato auditivo; vestirse, bañarse o comer; poner atención o aprender cosas sencillas; o cuando presentaba alguna limitación mental.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2010.

Porcentaje de población adulta mayor que necesitó cuidados en el hogar por grupo de edad y sexo. México, 2009



Fuente: Instituto Nacional de las Mujeres, 2015.



150 Años
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

REALIDADES Y PREVISIÓN
PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS

DOCUMENTO DE POSTURA

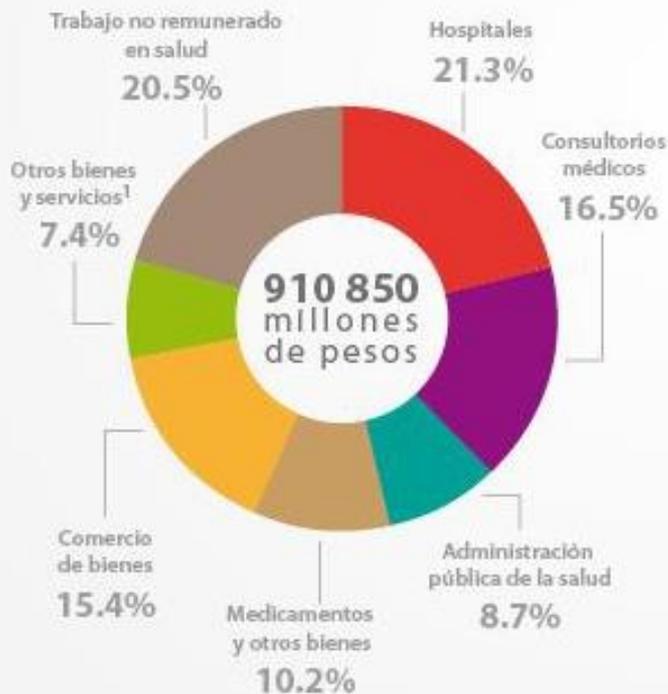
Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo
María del Carmen García Peña
Javier Enrique Jiménez Bolón



Valor del trabajo no remunerado en salud

Estructura porcentual del PIB ampliado del sector salud para el año 2013

PIB ampliado del sector salud
por tipo de bien o servicio, 2013^P
(porcentaje)



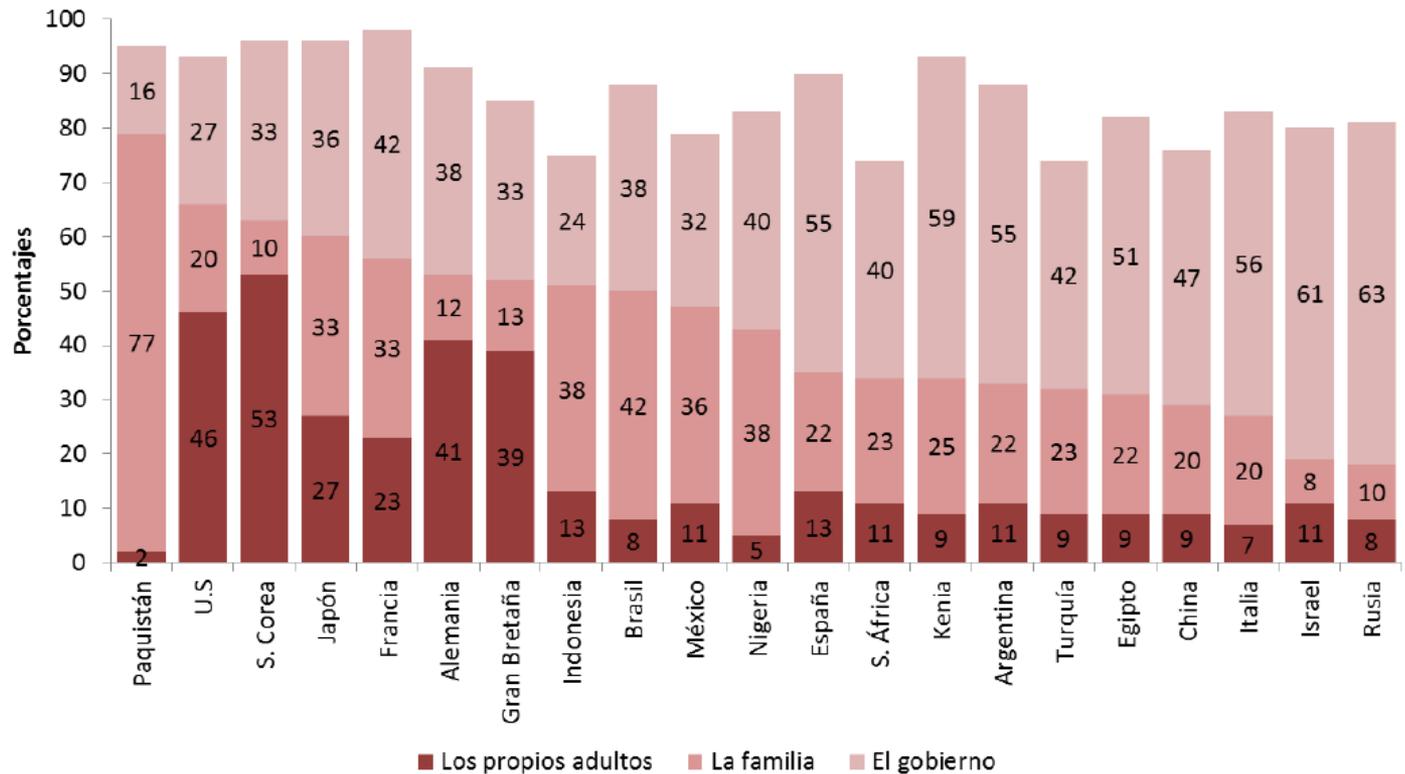
¹ Incluye las actividades auxiliares, centros y residencias de salud, así como otros bienes y servicios de apoyo al sector.

^P Cifra preliminar.

Fuente: INEGI. SCNM. Cuenta Satélite del Sector Salud de México 2013. Preliminar. Año base 2008. México, 2015.

- El TNRS representa 20.5% del total.
- El 20.5% que representa el TNRS es casi la misma proporción que lo que representan los servicios hospitalarios con 21.3% y más de lo que representan los servicios ambulatorios con 16.5% del total.

Responsabilidad del cuidado de las personas mayores. Varios países



Fuente: Pew Research Center, 2014.

BAJO EMBARGO
hasta las 00.01 GMT
del 3 de Junio

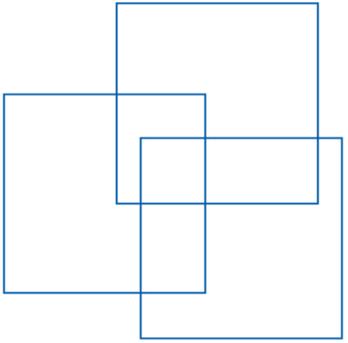


Organización
Internacional
del Trabajo

Informe mundial sobre la protección social, 2014-2015:

hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social

Resumen ejecutivo



ECONOMÍA

- INICIO
- EDITORIAL
- CORREO ILUSTRADO
- OPINIÓN
- POLÍTICA
- ECONOMÍA
- MUNDO
- ESTADOS
- CAPITAL
- SOCIEDAD Y JUSTICIA
- CIENCIAS
- CULTURA
- ESPECTÁCULOS
- DEPORTES
- FOTOGRAFÍA
- CARTONES

NOTICIAS DE HOY ESPECIALES MULTIMEDIA SERVICIOS OTI

USTED ESTÁ AQUÍ: INICIO / ECONOMÍA / FALTA ABSOLUTA DE CUIDADOS PADECEN 300 MILLONES DE ANCIANOS, ALERTA OIT /

Siguiente ▶

El mundo carece de 13.6 millones de profesionales para ese sector

Falta absoluta de cuidados padecen 300 millones de ancianos, alerta OIT

México tiene un gasto para esa población de los más bajos de AL

AFP

Periódico La Jornada
Martes 29 de septiembre de 2015, p. 25

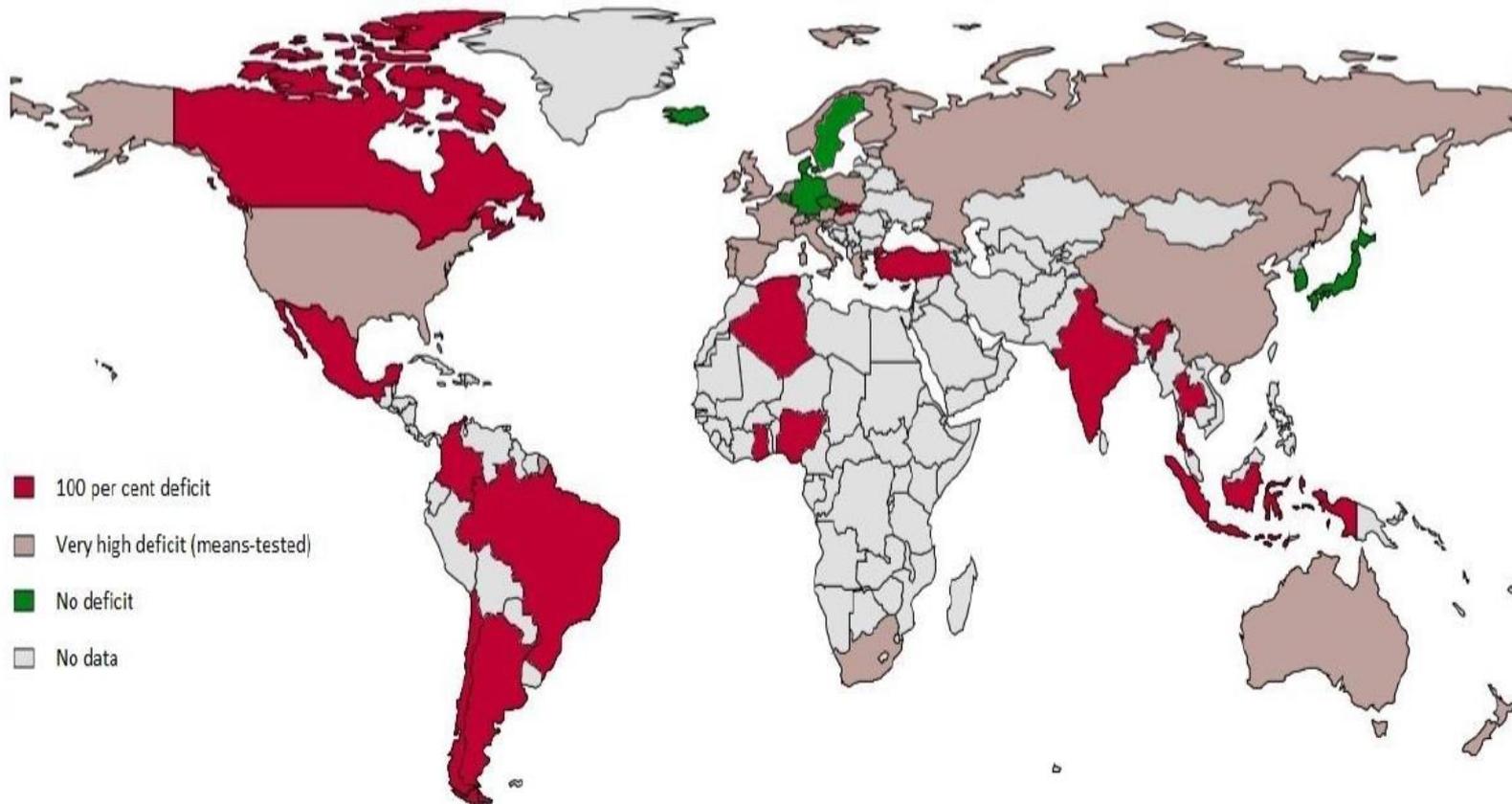
Ginebra.

Más de la mitad de la población mundial de 65 años o más, unos 300 millones de personas, está excluida de los cuidados de larga duración (CLD), advirtió un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esa exclusión se debe a la falta de cobertura social para financiar el cuidado de los ancianos y a la carencia de personal especializado, afirmó el

“El gasto público más bajo se registra en África, donde la mayoría de los países invierten cero por ciento del PIB en CLD”, señaló Xenia Scheil-Adlung. En América Latina los países con mayor déficit en la cobertura de los cuidados de larga duración son Brasil, Argentina, Colombia y México. El estudio afirma que “la falta de atención hacia las necesidades de CDL pone de manifiesto la discriminación por razones de género y edad”.

El informe menciona “un miedo irracional expresado por la opinión pública dominante, según la cual los CDL no pueden ser financiados

Déficit en marco legal del cuidado de las personas mayores. Varios países.



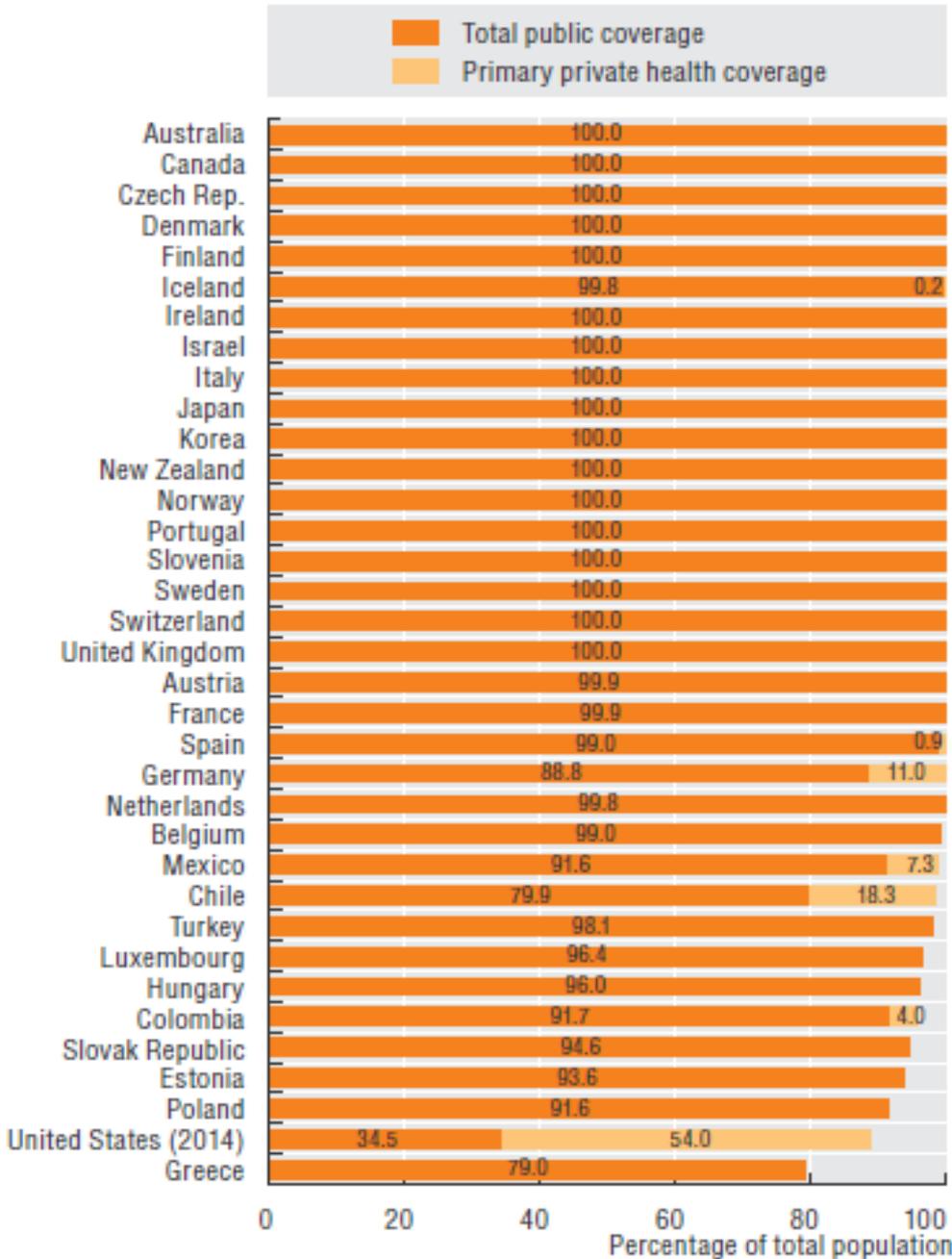
Source: ILO estimates 2015, World Bank, 2015 (population data in 2013).

Cuidados de largo plazo

- La dimensión creciente y la proporción de personas mayores aumenta la necesidad de cuidados.
- Amplia variabilidad del financiamiento, fundamentalmente gasto de bolsillo.
- El cuidado varía según la cobertura, la participación en el gasto, el enfoque y amplitud de la cobertura y las competencias de los proveedores.
- Los cuidados no remunerados por parte de familiares siguen siendo la principal fuente de cuidados de largo plazo en la región.
- El cuidado informal sustituye la necesidad de institucionalización mientras el nivel de complejidad es bajo.

**HECHO 4 | LA INSUFICIENTE
RESPUESTA SISTÉMICA EN EL
MARCO DE LA COBERTURA
UNIVERSAL**

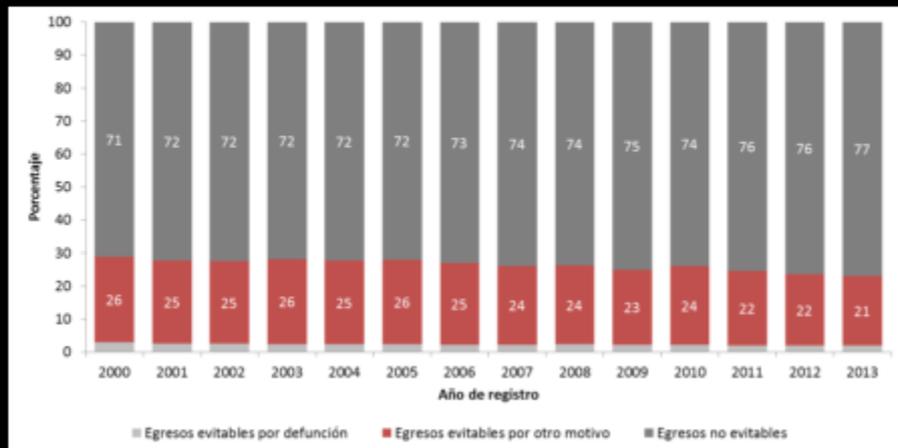
Cobertura para un paquete básico de salud 2015



Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

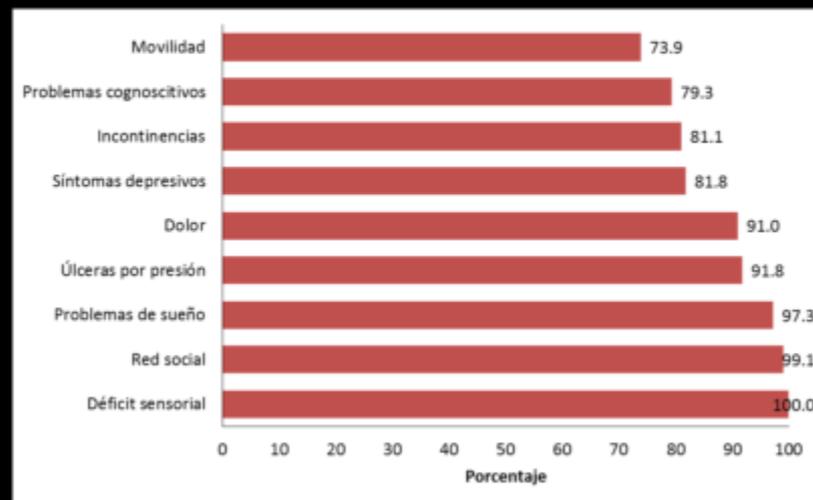
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281052>

Una de cada cinco hospitalizaciones de personas entre los 60 y 74 años, es potencialmente evitable mediante acciones preventivas y de atención primaria



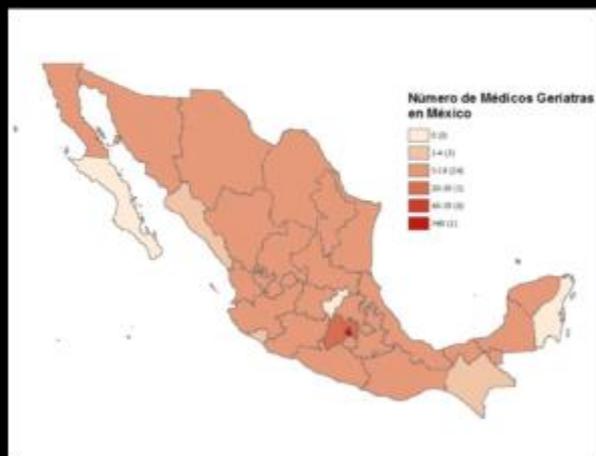
Nota: Datos calculados solo para los beneficiarios de la Secretaría de Salud.

Las condiciones geriátricas que no se modifican o empeoran durante la hospitalización suelen prolongar la estancia hospitalaria

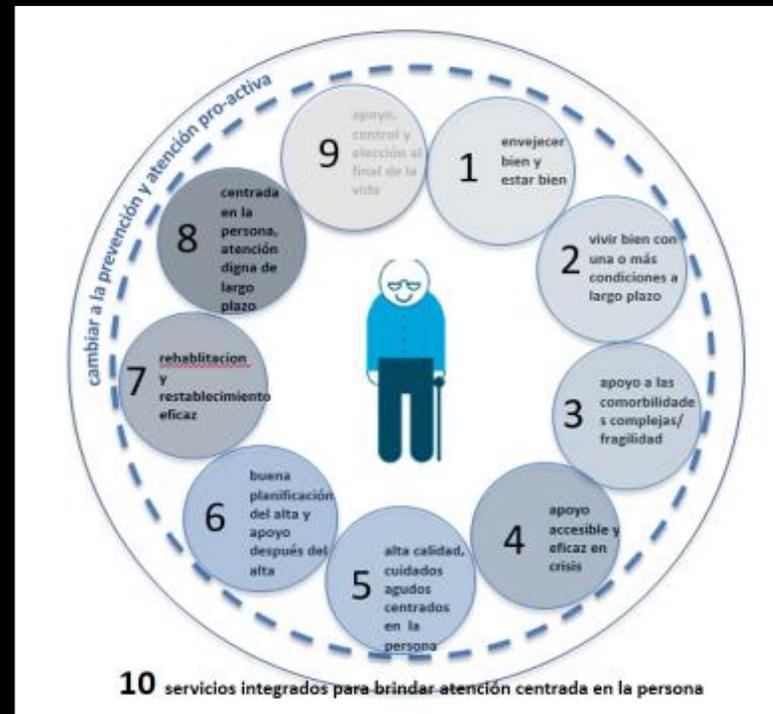


Fuente: INGER encuesta sobre hospitalización, 2015.

Médicos geriatras en el sector salud por entidad federativa. México, 2014



Fuente: Dirección General de Información en Salud, 2015.



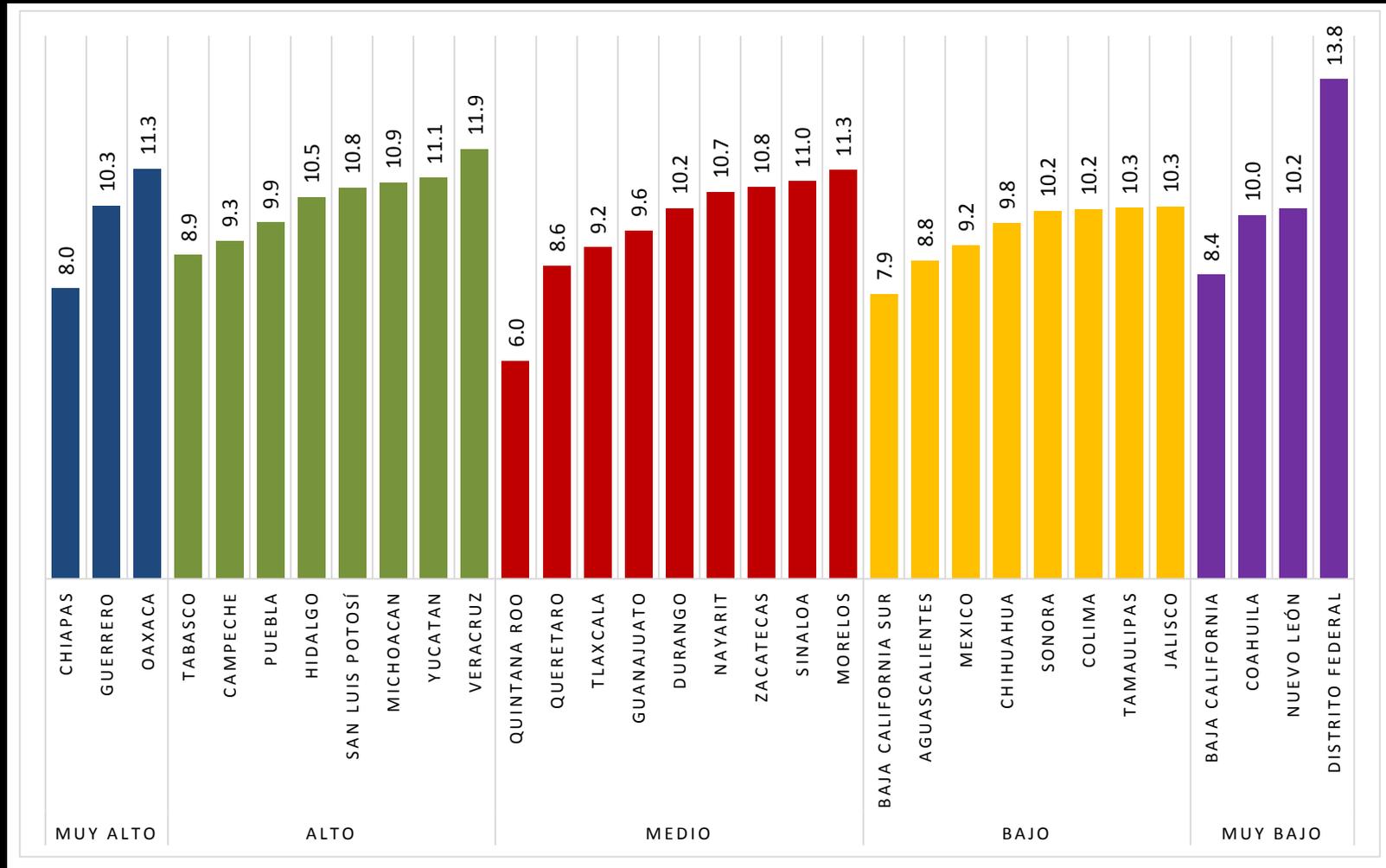
EVALUACIÓN NÚM. 1645
“EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN
A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES”



“Que se implemente una **estrategia integral dirigida por el INGER** para ampliar la cobertura de los servicios médicos geriátricos, que considere la tendencia demográfica del envejecimiento y los requerimientos necesarios para atenderla: infraestructura, equipamiento, investigación, medicamentos y recursos humanos y administrativos”

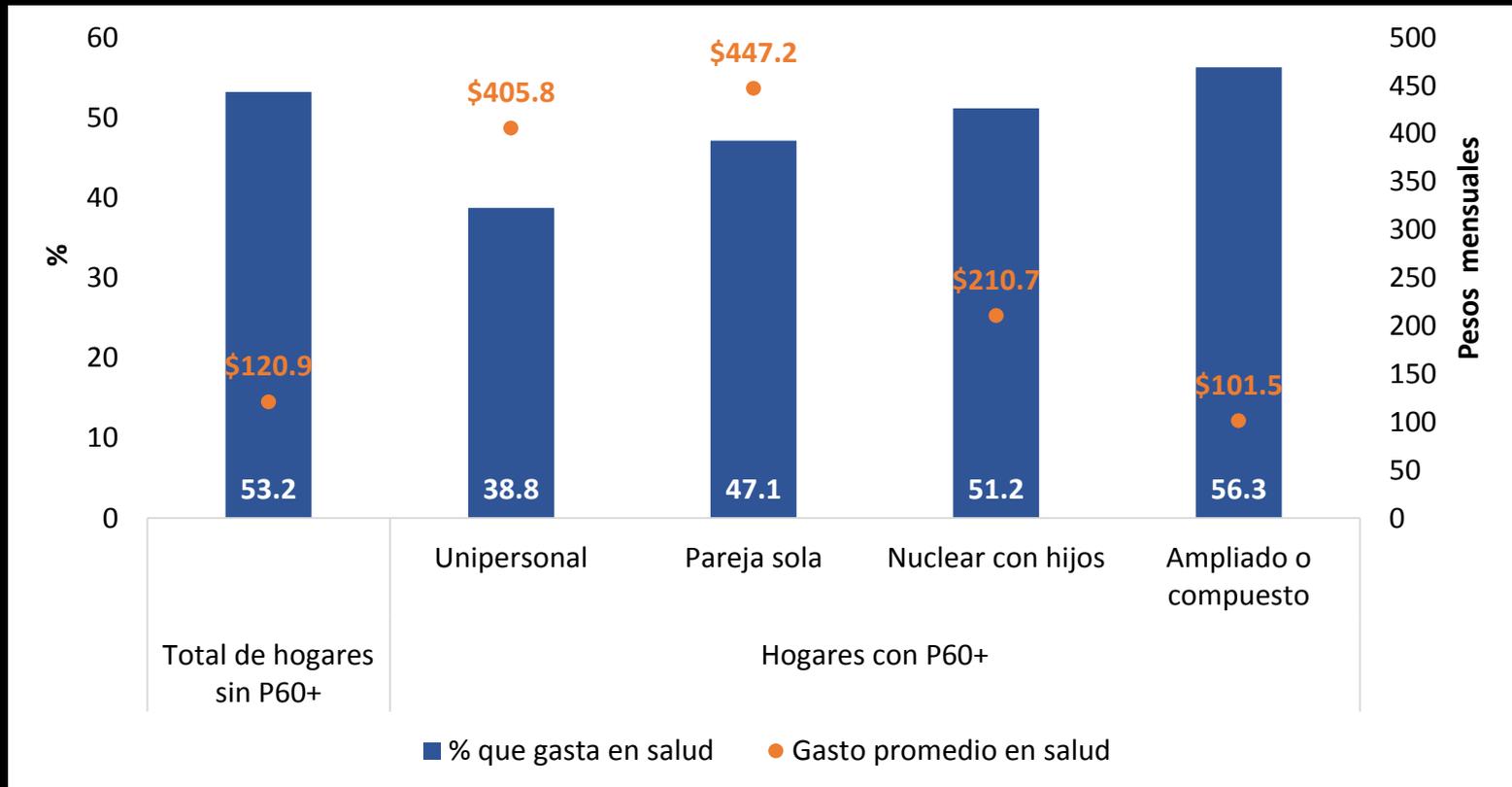
HECHO 5 | DESVENTAJA SOCIAL Y DISCRIMINACIÓN POR EDAD

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 60+ POR GRADO DE MARGINACIÓN ESTATAL



Al interior del país la transición demográfica es heterogénea, así como las condiciones socioeconómicas de las personas mayores

Gasto per cápita de los hogares en salud según presencia de P60+ y tipología de hogar. México, 2014

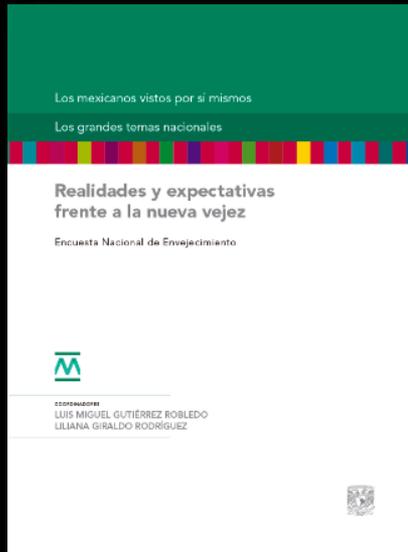


Fuente: Nava, 2015 con base en Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2014. INEGI, en Envejecimiento y Salud en México.

IMÁGENES SOCIALES SOBRE LA VEJEZ

Consecuencias de la imagen social que se tiene de la vejez





Percepciones sobre la vejez

Entre los mexicanos entrevistados prevalece una actitud ambivalente acerca de las personas mayores.



Los estereotipos negativos influyen en todos los ámbitos de la vida de las personas mayores (hogar, trabajo y comunidad), afectando el bienestar y calidad de vida.

Lugares en donde se discrimina a las personas mayores



Se deben de adoptar medidas para impedir la discriminación laboral de la persona mayor.

Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (OEA, 2015)

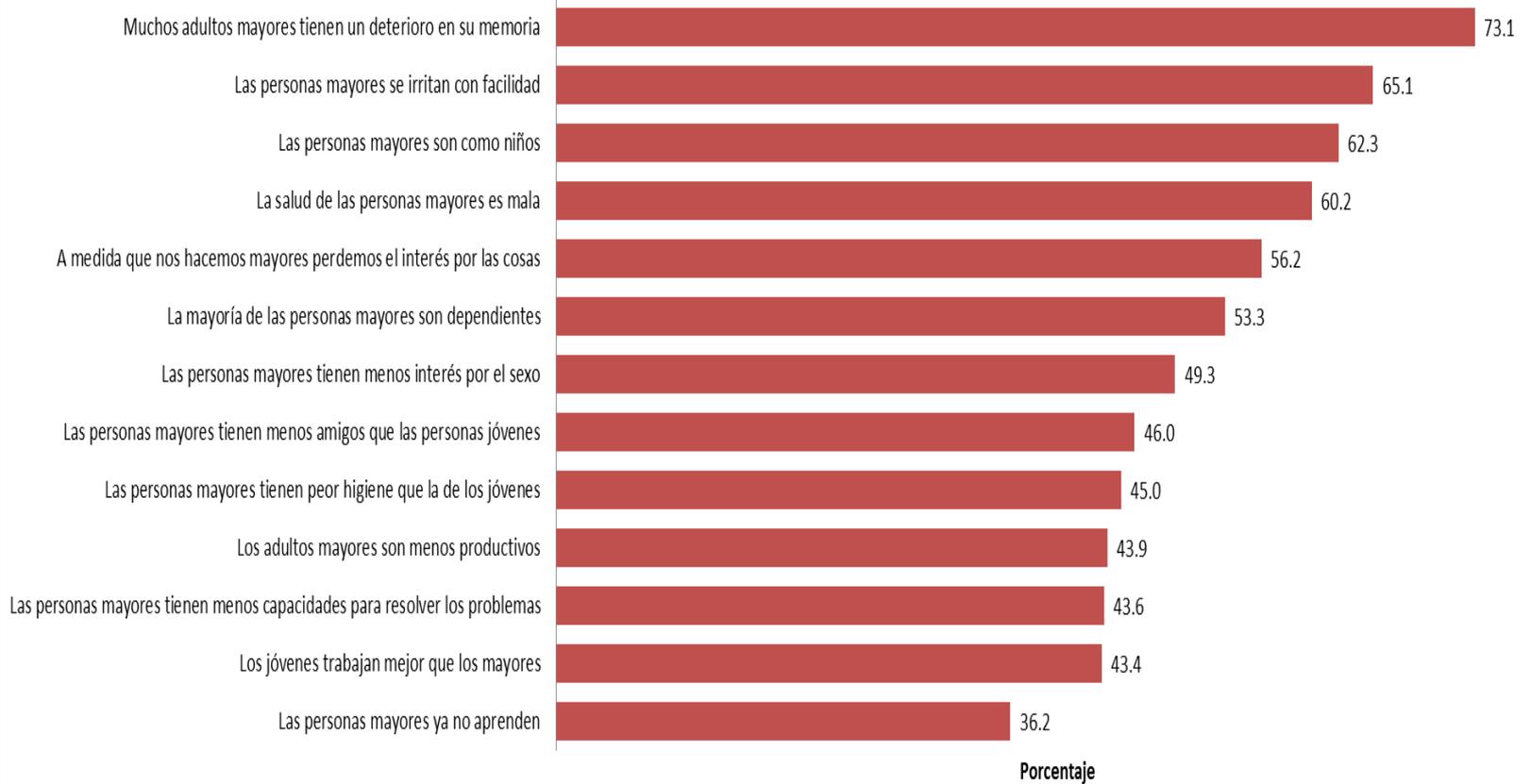
Percepciones sobre la vejez

Entre los mexicanos entrevistados prevalece una actitud ambivalente acerca de las personas mayores.



Los estereotipos negativos influyen en todos los ámbitos de la vida de las personas mayores (hogar, trabajo y comunidad), afectando el bienestar y calidad de vida.

Estereotipos relativos al envejecimiento



Impacto de los estereotipos negativos de la vejez

Discriminación laboral, social y sanitaria a las personas mayores

Maltrato y negligencia

Poco interés en la atención de personas mayores

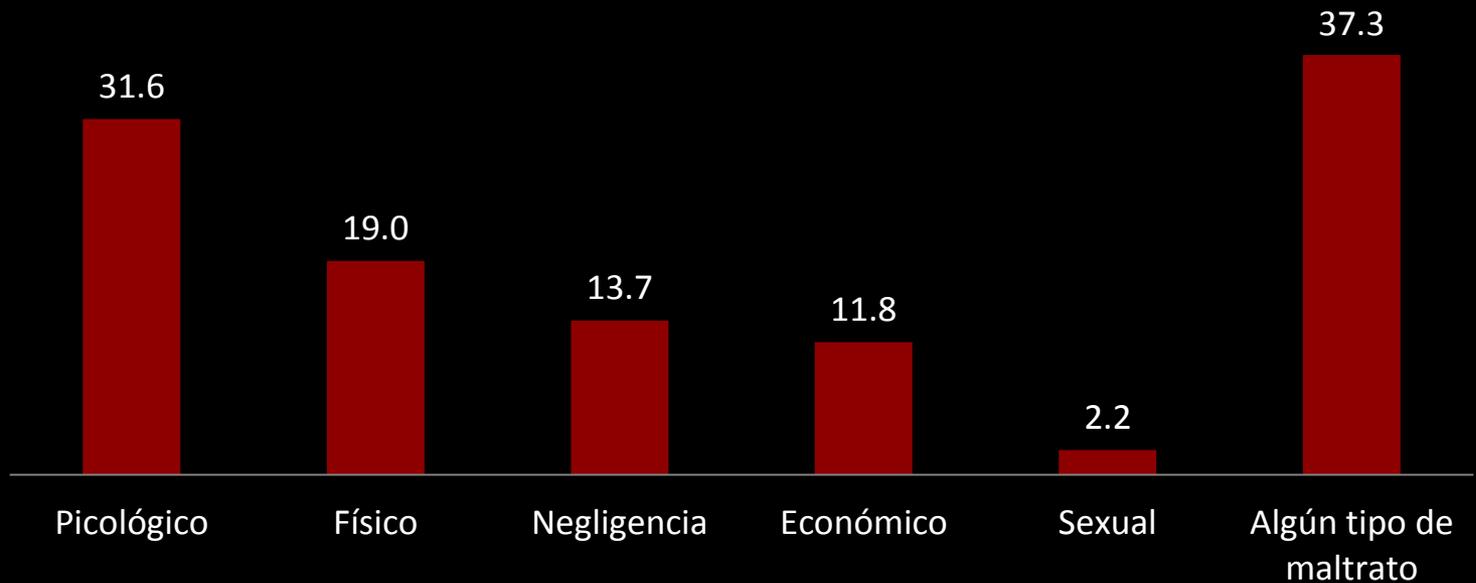
Falta de infraestructura y recursos materiales y humanos

Insuficientes profesionales de la salud y otros sectores

Sobrecarga de los sistemas de cuidados informales y de las pocas instancias formales de atención

Insuficiencia de políticas públicas dirigidas a promover el bienestar de las personas mayores

Abuso y maltrato en México



Las personas mayores tienen derecho a una vida sin violencia.

UN GRAN RETO Y UNA GRAN OPORTUNIDAD

International Institute of Technology + Engineering + Medicine

Strengthening the Scientific Foundation for Policymaking to Meet the Challenges of Aging in Latin America and the Caribbean

Summary of a Workshop

NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES
CONACYT
San Antonio Health Organization
M
IDB
INSTITUTO MEXICANO DE GERIATRÍA
NIH
IDB
CONACYT
San Antonio Health Organization
M
IDB
INSTITUTO MEXICANO DE GERIATRÍA
NIH

Strengthening the Scientific Foundation for Policymaking to Meet the Challenges of Aging in Latin America and the Caribbean

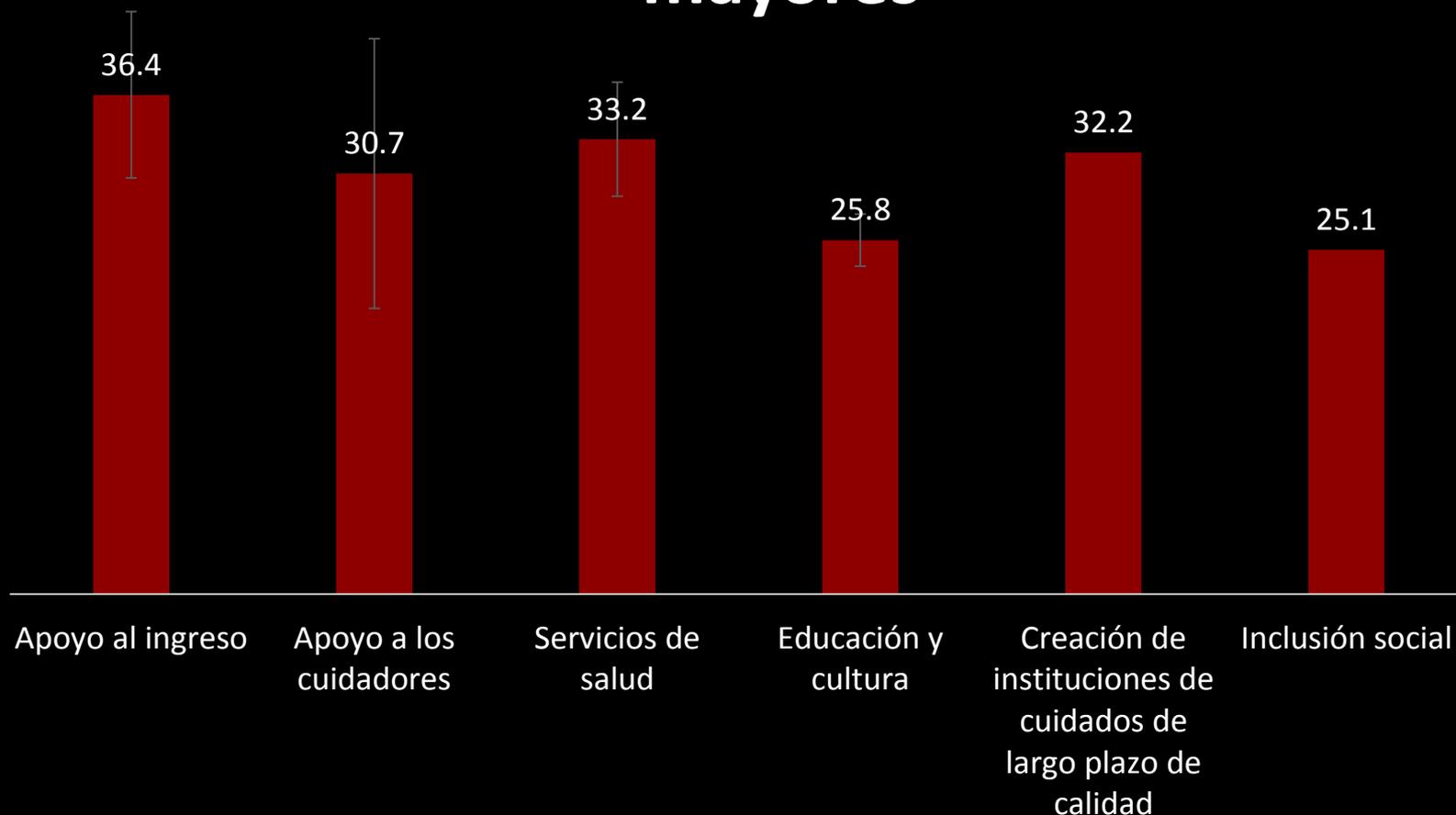
Mayo 28 - 29, 2015

Realizado en la Academia Nacional de Medicina de México
Módulo "M" de la Unidad de Ejercicio del Centro Médico Nacional Siglo XXI
Av. Cuauhtémoc No. 485, Sur Occidente, 06702, México D.F.

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/>



Consideran “muy importantes” las políticas públicas para las personas mayores



Desarrollar políticas públicas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez, en relación con la persona mayor en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple.

GASTO POR ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: DIAGNÓSTICO ACTUAL Y PROYECCIONES A 2050

Referencia: López y Valencia, 2015 en Envejecimiento y Salud en México

Tres nubarrones

Gasto en salud

Pensiones

Gasto en cuidados

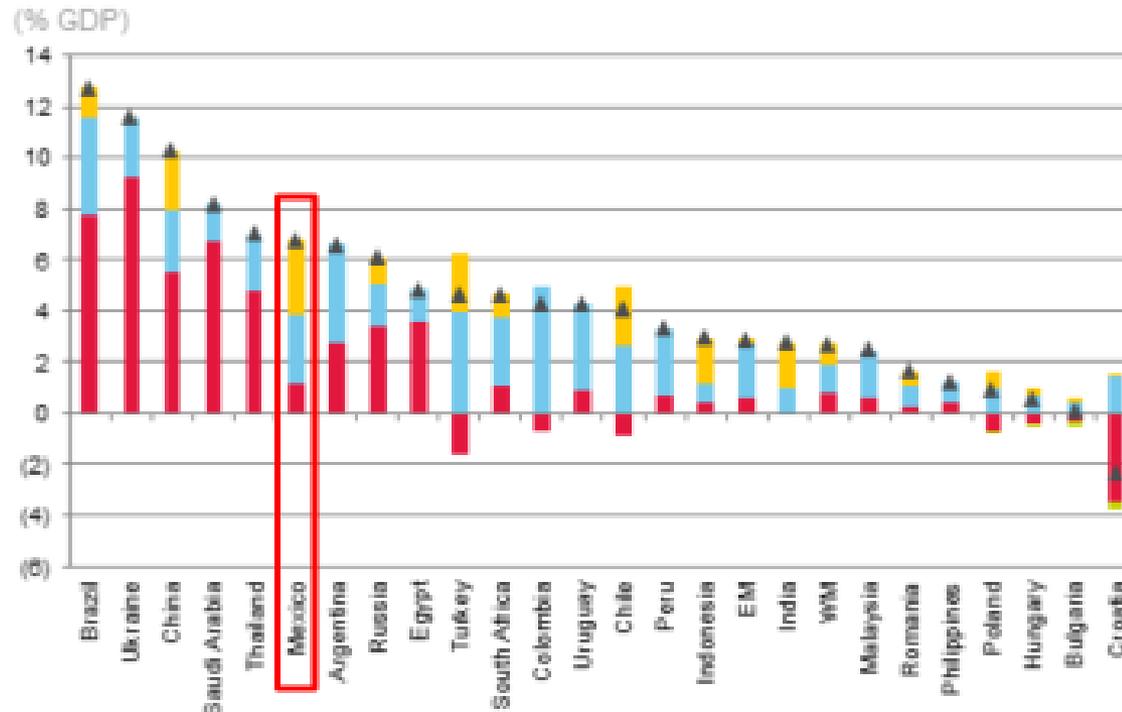
Y una luz de esperanza: Envejecimiento saludable



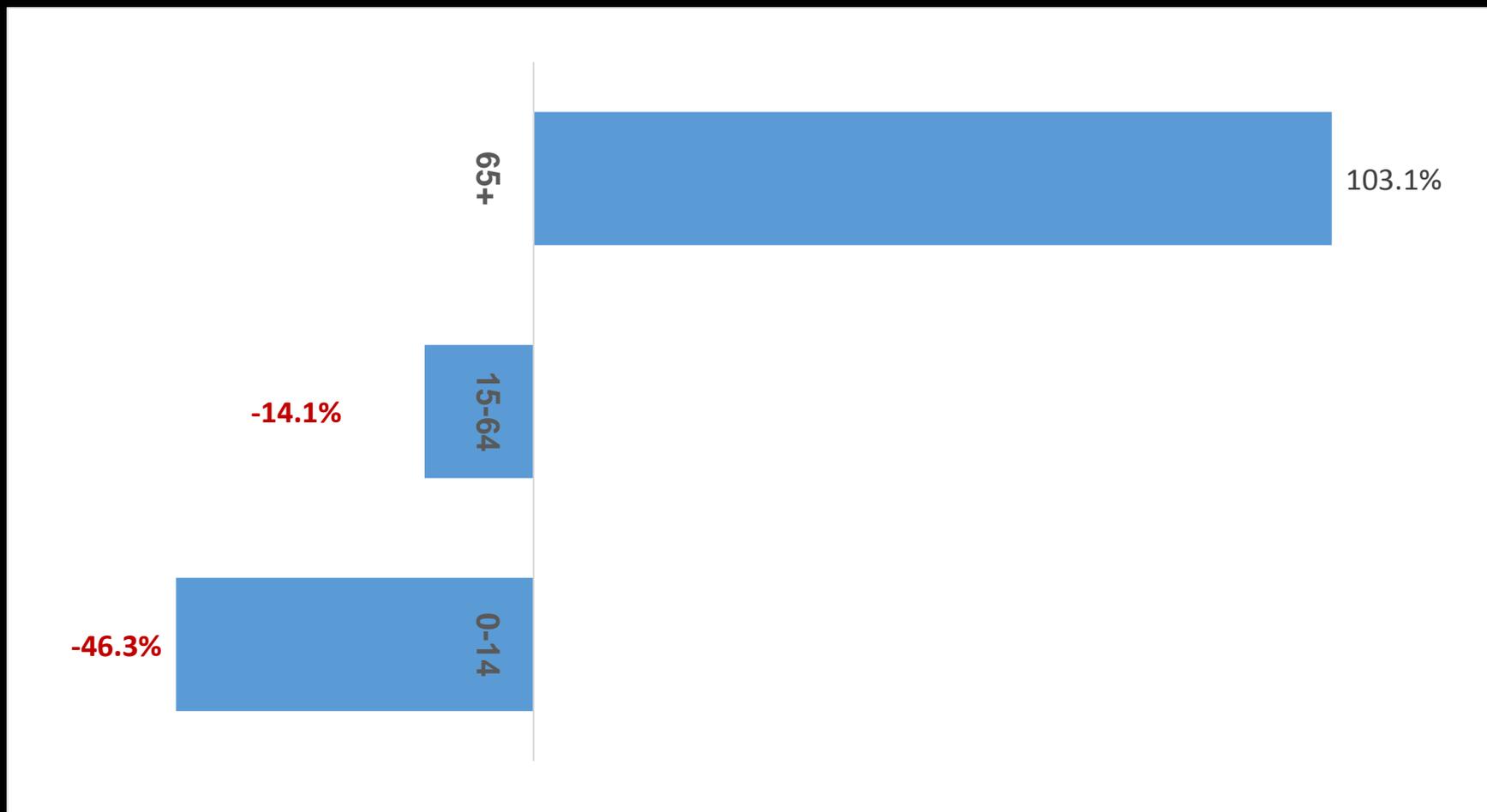
58 SHADES OF GRAY

Composición del gasto relacionado al envejecimiento 2015-2050

■ Gasto en pensiones ■ Gasto en salud ■ Gasto en cuidados ■ Gasto en desempleo ■ Total



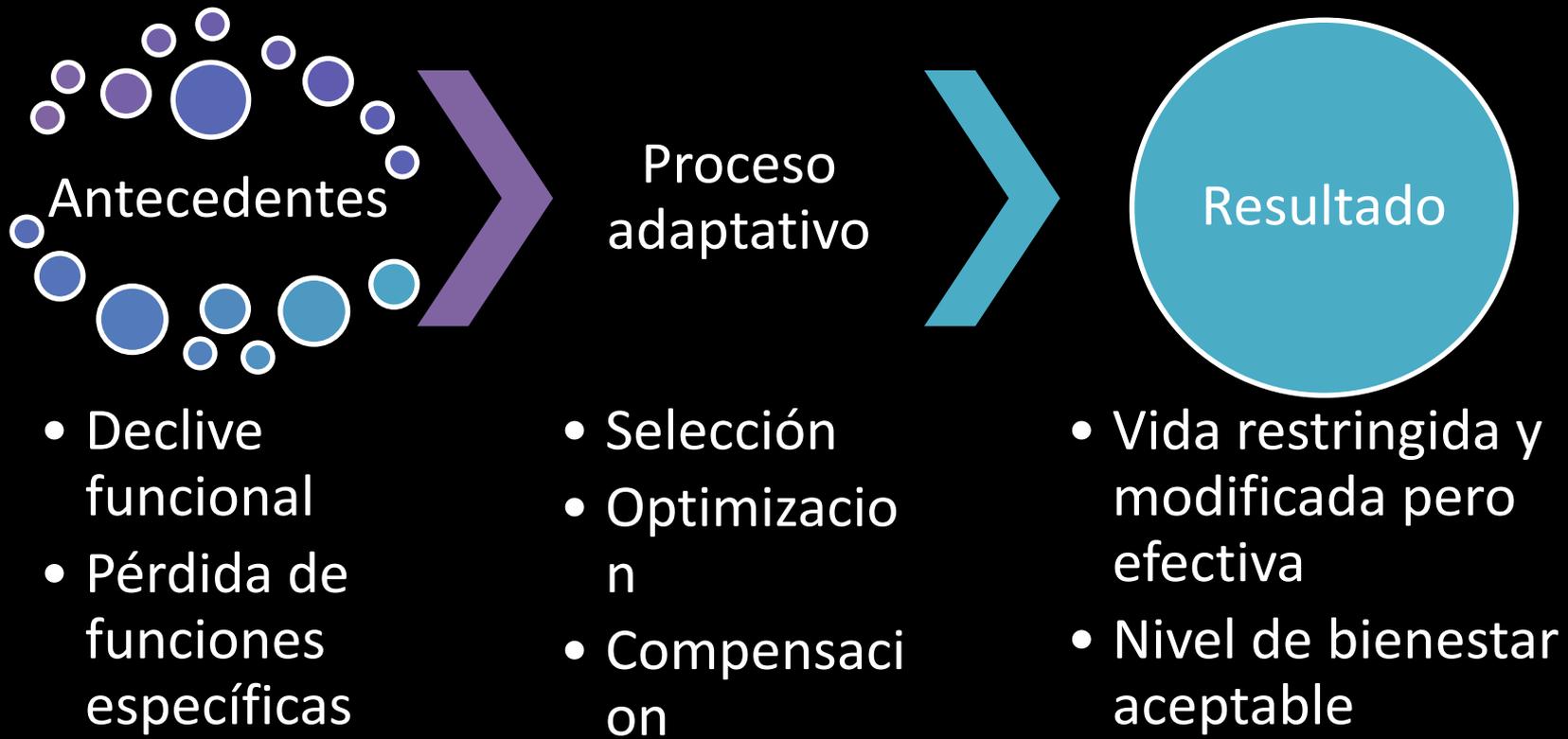
Porcentaje de variación en la proporción de gasto en atención a la salud en 2050 con respecto al mismo concepto en 2012, por grupos de edad



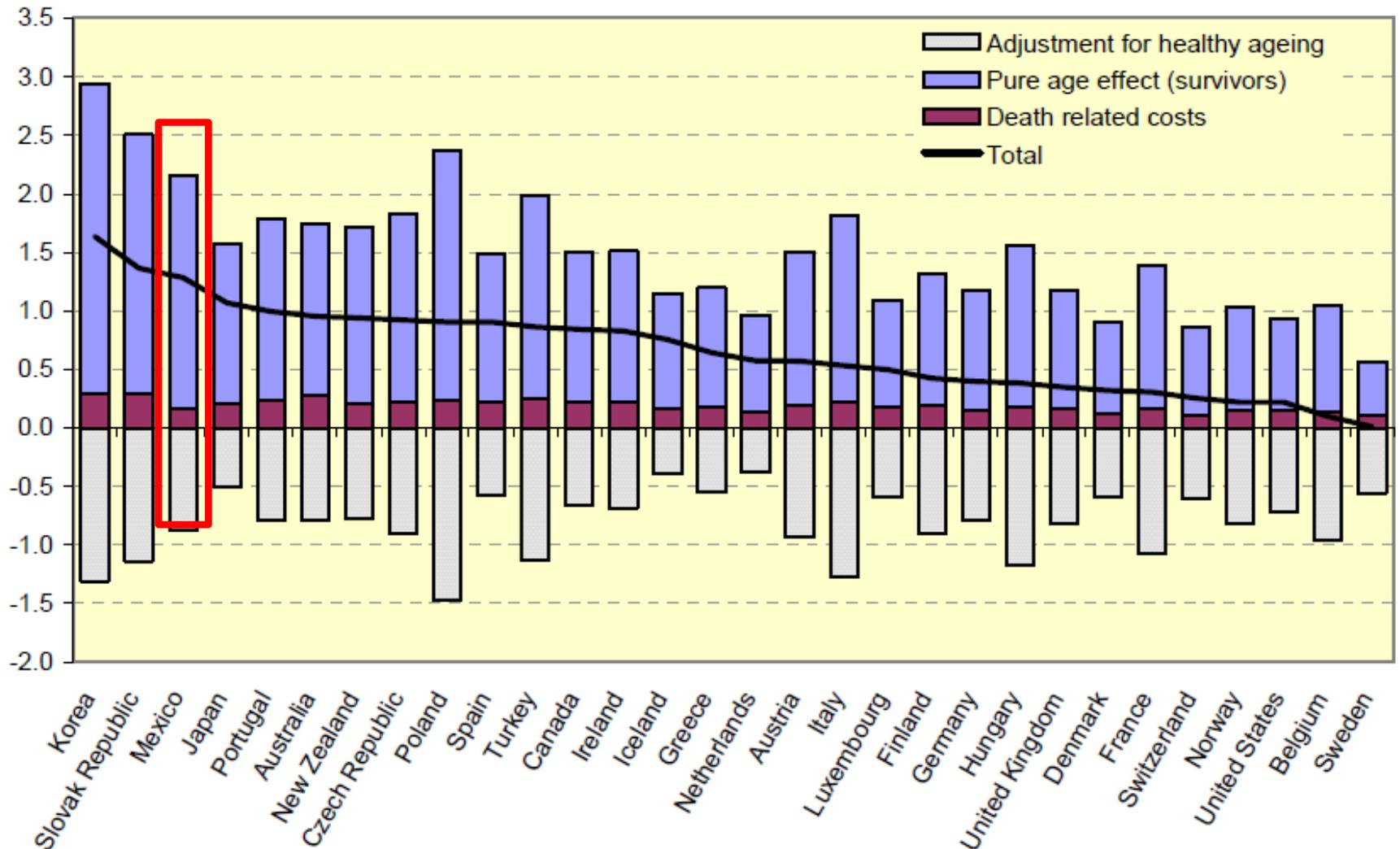
Fuente: López y Valencia, 2015 con base a resultados de proyecciones de gasto en atención a la salud, en Envejecimiento y Salud en México.

**LAS BUENAS NOTICIAS:
ES POSIBLE CAMBIAR**

Un modelo para el envejecimiento saludable



Impacto potencial del envejecimiento saludable sobre el gasto



Incremento en el gasto en salud pública 2005-2050 en % puntos del PIB (OECD)

Un cambio de paradigma sobre las personas mayores



Hacia un cambio de paradigma respecto al envejecimiento

Sensibilizar y educar

- A toda la población de todas las edades sobre la importancia de envejecer activa y saludablemente

Empoderar

- A las personas mayores para que ejerzan sus derechos, se responsabilicen de sí mismos y participen activamente en la sociedad

Incluir

- A las personas mayores en la vida social, laboral, política, académica y administrativa

Proteger

- Los derechos de las personas mayores

Planear

- Programas y servicios para atender las necesidades de las personas mayores de hoy y de las generaciones futuras



Fauja Singh, here aged 100, prepares for Britain's Edinburgh marathon in 2011.

Treat ageing

By 2050, the number of people over the age of 80 will triple globally. These demographics could come at great cost to individuals and economies. Two groups describe how research in animals and humans should be refocused to find ways to delay the onset of frailty.

Los dividendos del envejecimiento

- El segundo bono demográfico
- Morir jóvenes siendo viejos

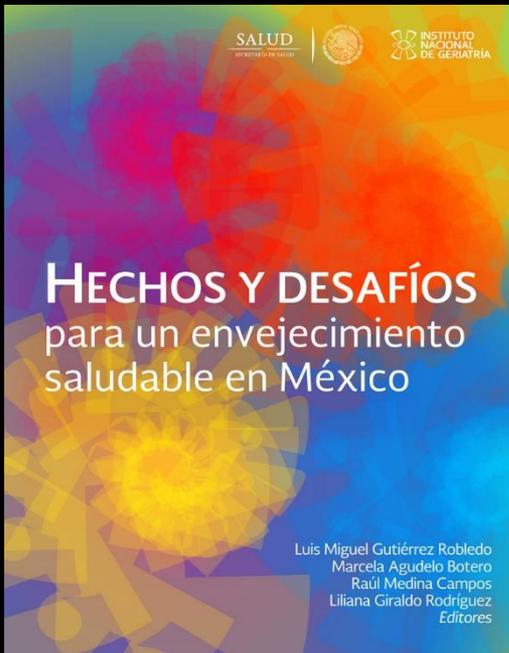
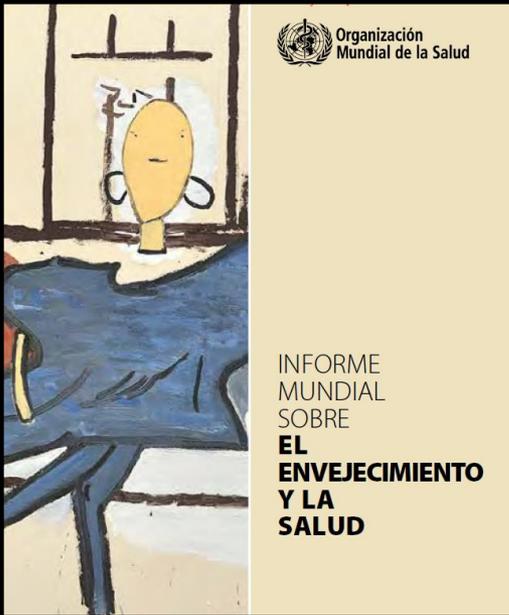
**Biología del
envejecimiento**

**Gerontología
biológica
humana**



**Bio-demografía
de las poblaciones**

**Medicina
geriátrica**



4 PASOS A SEGUIR





UNA ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCION PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

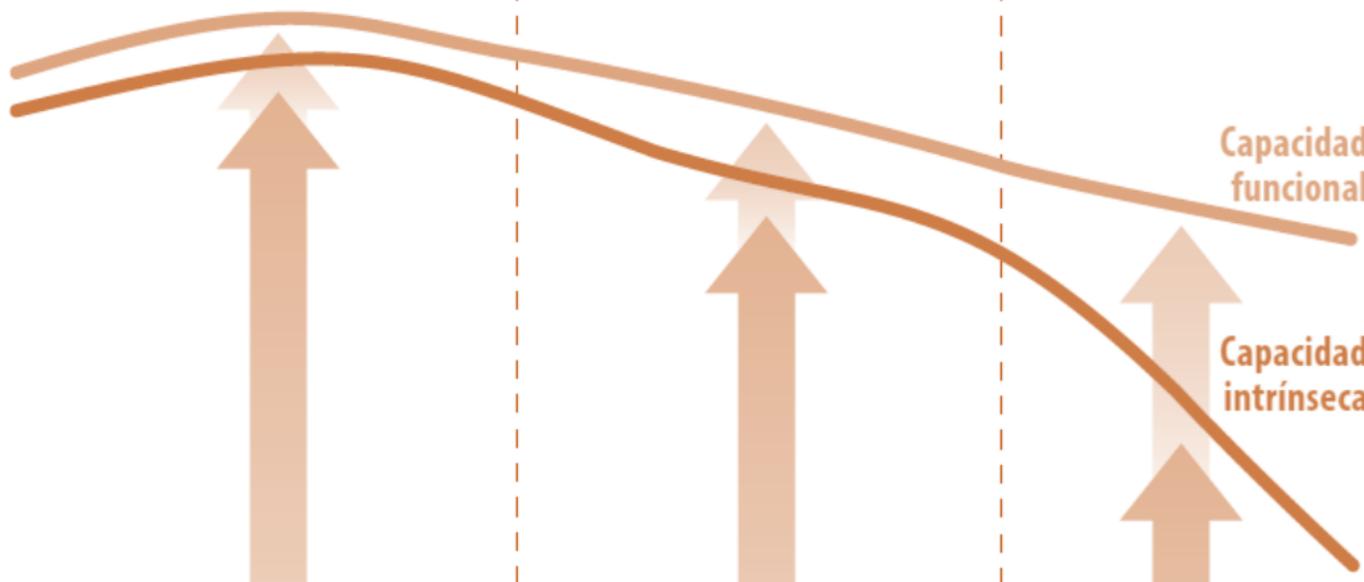
**Aprobada por la OMS
el 27 de mayo de 2016**



Capacidad alta y estable

Deterioro de la capacidad

Pérdida considerable de capacidad



Capacidad funcional

Capacidad intrínseca

Servicios de salud:

Prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana y el control

Invertir o moderar la disminución de la capacidad

Tratar las enfermedades crónicas avanzadas

Atención a largo plazo:

Apoyar las conductas que mejoran la capacidad

Asegurar la dignidad en la última etapa de la vida

Entornos:

Promover conductas que mejoran la capacidad

Eliminar los obstáculos que impiden la participación, compensar la pérdida de capacidad



G7 Ise-Shima Vision for Global Health and Promotion of healthy and active ageing

- Acknowledge the wide-reaching effects of population ageing, not only on the health and well-being of our populations, but also on local, subnational, national and global economies, and recognize the impacts on older persons and their caregivers of non-communicable diseases, including dementia, as well as mental illness and injuries.
- Therefore call for promoting Active Ageing movement both among the G7 and in other parts of the world.
- Support the WHO's efforts to develop and implement the Global Strategy and Action Plan on Aging and Health, and encourage developing countries and transitional countries to make their national and/or regional action plans accordingly.
- Recognize that disease prevention and healthy living at all stages of life play a key role in active ageing and that primary prevention starts at the beginning of life.
- Pursue multi-sectoral approach to active ageing to reach the highest attainable level of well-being, from health care and long-term care to health promotion, welfare, employment, pension, housing, and urban/transportation planning, with due consideration to gender specific aspects, through such movements as promotion of age-friendly communities and support for communities to become dementia-friendly, including Age and Dementia-friendly Communities, and promoting Dementia Supporters/Friends.
- Welcome the forum on active ageing, including national, subnational, and civil society experts, in Japan this year to share knowledge and experiences including any challenges faced and best practices to promote active ageing.
- Share knowledge and expertise among and beyond G7 on ways to enhance healthy and active ageing and promote a culture of prevention and health, welcoming the interim report by the WHO and the OECD on their analyses of ways to address challenges related to population ageing.



ENVEJECIMIENTO Y SALUD:

una propuesta para un plan de acción



Coordinadores:

Luis Miguel Gutiérrez Robledo / David Kershenovitch Stalmikowitz



Instituto de Geriatria



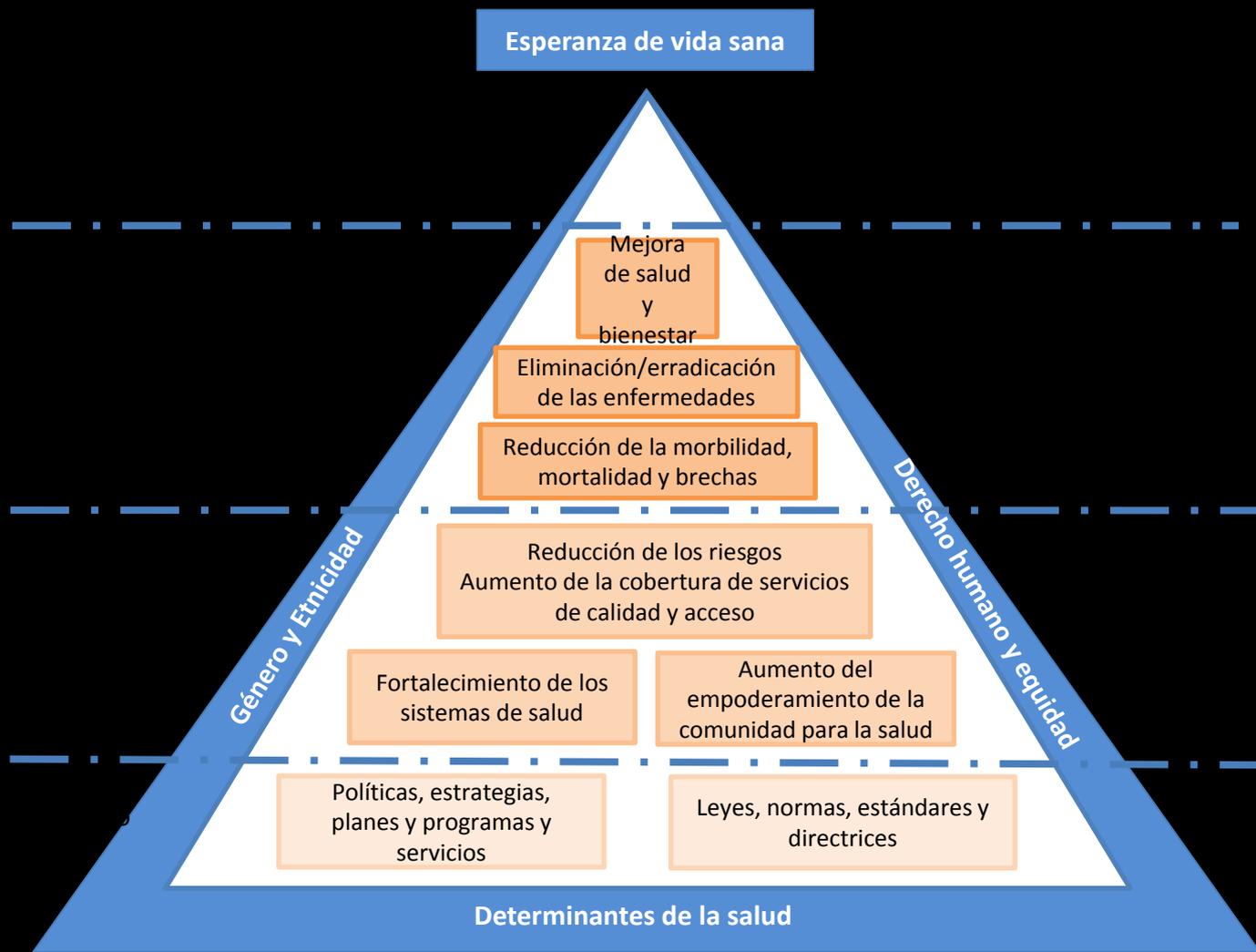
5. Hacer del envejecer un tema transversal en la política pública

4. Desarrollar un sistema medico-social de cuidados

3. Generar información para desarrollar y monitorear programas e intervenciones

2. Entrenar a toda la fuerza de trabajo para satisfacer las demandas.

1. Adecuar los servicios de salud para responder a las necesidades de los adultos mayores



Fuente: Modificado del Compendio de Indicadores. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Octubre 2014.

Un contexto desfavorable y la carga de la enfermedad comprometen el futuro del envejecimiento

- El contexto desfavorable tiene una fuerte influencia en la salud.
- El tipo y la calidad de los servicios ofrecidos por las instituciones tienen un fuerte impacto sobre el bienestar en general y en la salud al envejecer en particular.
- Las personas mayores en México enfrentan niveles desproporcionados de riesgos no asegurados.
- El verdadero reto del envejecimiento lo constituyen la discapacidad y consecuente dependencia.
- La salud mental adversa es una importante barrera para el envejecimiento saludable.

Mensajes finales

- Necesitamos un abordaje de política pública integral para hacer frente al reto del envejecimiento.
- El enfoque debe estar dirigido al desarrollo de un sistema integral de servicios integrados medico-sociales.
- El financiamiento es un tema fundamental aún no resuelto.
- El reto último: la integración funcional de la planificación y la puesta en marcha a través de sectores que históricamente han tenido conexión apenas incidental: desarrollo social y salud.
- Es necesario establecer iniciativas que propicien la participación comunitaria para promover la efectiva puesta en marcha de las iniciativas de envejecimiento saludable.



INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

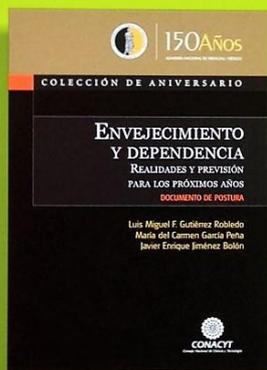
PUBLICACIONES CLAVE SOBRE ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Para descargar gratuitamente estas publicaciones, copie el código QR, o bien, visite la Biblioteca Virtual del INGER <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/>



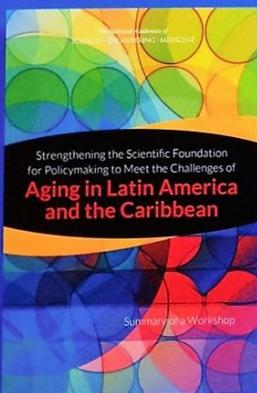
Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción

Documento de postura, realizado a iniciativa de la Academia Nacional de Medicina, en colaboración con el Instituto Nacional de Geriátria, la UNAM y la Academia Mexicana de Cirugía. Referencia en el diseño, la implementación y la evaluación de políticas públicas, para tomadores de decisiones, profesionales de la salud y todos quienes participamos en el proceso de prevención y atención de las personas mayores.



Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años

Este libro, editado por la Academia Nacional de Medicina, se deriva del seminario Dependencia en adultos mayores, de la experiencia internacional a la acción en México, organizado por la propia Academia y por el Instituto Nacional de Geriátria en 2013. El reto mayor planteado por la dependencia es lograr que las personas, además de vivir más años, lo hagan con la mejor calidad posible.



Strengthening the Scientific Foundation for Policymaking to Meet the Challenges of Aging in Latin America and the Caribbean

Relatores del taller Política pública basada en evidencia para enfrentar los desafíos del envejecimiento en América Latina y El Caribe, organizado en 2015 por el Instituto Nacional sobre Envejecimiento de Estados Unidos y la Academia Nacional de Medicina de México, con apoyo de las Universidades de Texas y Michigan, la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Instituto Nacional de Geriátria. Una publicación de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos.



Gracias por su atención....