



FORO ENVEJECIMIENTO Y SALUD: INVESTIGACIÓN PARA UN PLAN DE ACCIÓN



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN



Instituto Nacional del Seguro Social



N.S.H.A.E
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de
Salud y Hospitales de Alta Especialidad



Red Temática
ESDS
Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social

Instituto Nacional de
Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



INSTITUTO
NACIONAL DE
REHABILITACIÓN



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

CENAPRECE





ESQUEMA GENERAL

- **I. DIAGNÓSTICO**
 - Antecedentes
 - Justificación
 - Situación actual del envejecimiento
- **II. OBJETIVOS**
 - Objetivo General
 - Objetivos específicos
 - Estrategias
 - Metas
 - Vinculación con otros programas
- **III. SISTEMA DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO**
 - Evaluación
 - Vigilancia epidemiológica

KAZAJSTAN: DECLARACION DE ALMA-ATA:OMS



- La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido.
- La salud para todos contribuirá a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y seguridad en el mundo.
- Las “circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen” influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere.



- La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud.
- Cobertura universal.
- Cobertura equitativa.
- Establecer medios de confianza para controlar y evaluar el progreso.

La postura de la OMS



La buena salud se encuentra en la base de cualquier respuesta exitosa al envejecimiento. Si somos capaces de asegurar que la gente viva no sólo más tiempo sino en buena salud, las oportunidades serán mayores y el costo social menor. Este gran reto demográfico de la primera mitad del siglo 21, exige una respuesta de salud pública y la OMS reconoce en ello una prioridad.

Margaret Chan abril 2012



JUSTIFICACION

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO
POLITICA EN SALUD

POLITICA NACIONAL DE SALUD



- **ACCESO EFECTIVO:** El Estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población independientemente de su nivel socioeconómico o condición laboral
 - Trabajar hacia la portabilidad y convergencia de los servicios de salud
 - Igualar la calidad de los servicios que puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública.

CALIDAD EN EL SERVICIO:



- Contar por igual con médicos, profesionales, calificados e instalaciones para recibir un servicio de salud de calidad.
 - Ampliar y modernizar la infraestructura

PREVENCION:



- anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan.
 - Fomento de estilos de vida y hábitos de alimentación saludable.
 - Generación y rescate de espacios para la actividad física, la capacitación del personal de salud y el fortalecimiento de la atención primaria

AUTOCUIDADO DE LOS MEXICANOS



– SIN SU APOYO LOS ESFUERZOS NUNCA SERÁN
SUFICIENTES

ESTAMOS EN DEUDA CON LOS ADULTOS MAYORES

LIC. ENRIQUE PEÑA NIETO

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



POLITICA DE SALUD

PROMOCION DE LA SALUD
PREVENCION
AUTOCUIDADO

ACCESO EFECTIVO
ATENCION DE CALIDAD
EDUCACION

Pasar de un enfoque basado en las necesidades a otro basado en los derechos, lo que permitirá lograr una mayor efectividad en el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores.



SITUACION ACTUAL DEL ENVEJECIMIENTO



CONSIDERACIONES GENERALES

- El capital social y de salud de los adultos mayores sanos
 - Representan más de la mitad de la población de Adultos Mayores por lo tanto una oportunidad para la prevención
- Indicios ominosos de la expansión de la morbilidad al ensancharse la brecha con la esperanza de vida en salud
- La realidad de las desigualdades
 - Impacto sobre la mortalidad
 - Impacto sobre la morbilidad
 - Impacto funcional



MORTALIDAD

- El impacto de la desigualdad es significativo
- Prevalecen las causas pre-transicionales entre los más pobres
- Refleja el impacto de la desnutrición
- Denota además la dificultad de acceso a servicios entre los más marginados



MORBILIDAD POR ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

- Siguen siendo un problema pero el verdadero reto esta en las proyecciones y en la multimorbilidad ya vigente.
- Sabemos que hacer y hemos comenzado a actuar en enfermedad cardiovascular y metabólicas; queda mucho por hacer para prevenir el deterioro funcional asociado a estas patologías.
- La osteoporosis representa costos elevados por sus consecuencias y ofrece un margen para la acción preventiva.
- Anemia Todo un nuevo tema por explorar , tiene impacto grave sobre mortalidad, morbilidad y capacidad funcional



LA VEJEZ Y LA ENFERMEDAD CRONICA

- **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.

SALUD MENTAL



- La depresión es susceptible de un diagnóstico oportuno y un abordaje precoz.
- Las demencias constituyen, de acuerdo con la OMS y la información epidemiológica, una prioridad de salud pública
- Requerimos de un programa de prevención del suicidio

ABUSO Y MALTRATO



- Adquiere una importancia creciente en todos los ámbitos y es susceptible de medidas preventivas.
- El abuso psicológico y económico es particularmente grave
- Está probablemente relacionado con las muertes violentas

FRAGILIDAD Y SUS CONSECUENCIAS



- La nutrición y la desventaja social son determinantes de su aparición
 - 1 de cada 3 hogares con adultos mayores padece inseguridad alimentaria
 - Uno de cada tres adultos mayores tiene una pobre masa muscular (¿sarcopenia?)
 - Grave impacto funcional y riesgo de mortalidad
 - Necesitamos mejores indicadores de desempeño y de composición corporal
 - Anemia. Todo un nuevo tema por explorar. Con impacto sobre mortalidad, morbilidad y capacidad funcional

FRAGILIDAD Y SUS CONSECUENCIAS



- La influencia de la multimorbilidad subclínica es determinante en su progresión
- Los Sx geriátricos son su expresión clínica, y son más comunes y su repercusión funcional es más grave que la de las ECNT
 - Las caídas y el déficit sensorial no han recibido suficiente atención a pesar de su grave impacto funcional y sobre la calidad de vida
- La dependencia funcional es su más grave consecuencia
 - La magnitud del problema permanece subestimado
 - El impacto de la desigualdad es significativo

MULTIMORBILIDAD



- Es ya un problema grave entre los adultos mayores mas jóvenes (7% 5 o más comorbilidades)
- Tiene mayor repercusión funcional que las ECNT aisladas
- Presenta patrones específicos que requieren de un abordaje sistemático y también específico
- Las guías de práctica clínica en su formato actual tienen poca utilidad en los sujetos con multimorbilidad



EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA

ACCESO A LOS SERVICIOS



- La distribución de la afiliación por grupos de edad muestra que los de 60 años y mas se concentran en el IMSS y el ISSSTE mientras que los menores de 19 años se ubican como afiliados al seguro popular.
- 18% para el grupo de 60 y mas y el 26% para el de 0 a 19 años se asumen como no afiliados a ninguna institución
- El grupo de adultos mayores, por afiliación (IMSS, Seguro Popular, ISSSTE y Ninguna), las Enfermedades No Transmisibles se reportan como principales razones de búsqueda de servicios con frecuencias de 37.9% hasta 44.1%.



EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y LA DISCAPACIDAD

- El 27% de los AM tienen algún tipo de discapacidad; de los cuales, casi 60% tiene discapacidad permanente.
- Los AM con discapacidad son de mayor edad y tienen menor probabilidad de contar con un trabajo pagado. La dificultad para caminar representan el principal tipo de discapacidad para los AM.
- Los hogares con al menos un AM con discapacidad:
 - Gastan 3.9 veces más en consulta externa que aquellos hogares con AM sin discapacidad.
 - Gastan 1.8 veces más en medicinas que los hogares con AM sin discapacidad



- 25% de los hogares con AM sin discapacidad incurren en gasto catastrófico por motivos de salud. Este número se eleva a 40% cuando el hogar tiene al menos un AM con discapacidad
- Para el grupo de 60 años y más las barreras económicas (hasta el 27%) son la principal razón de no búsqueda de atención formal y este porcentaje se incrementa para el caso de los ancianos con limitaciones en las actividades de la vida diaria.

USO DE LOS SERVICIOS



- Del total de personas que reportaron haber estado hospitalizadas en el último año, la mayor proporción (6.2%) corresponde a los adultos mayores de 60 años de edad.
- De entre aquellos que reportan haber utilizado servicios ambulatorios el porcentaje más alto (entre 15 y 18%) es para los mayores de 60 años de edad
- Del 30 al 50% no se atendieron en la institución en la que están afiliados, La cifra es mayor para los menores de 10 años y menor para los adultos mayores



- La percepción de calidad mala o muy mala tiene porcentajes mas altos para el IMSS en un 9.6% seguida del ISSSTE pero para todos las instituciones esta percepción disminuye para los adultos mayores a porcentajes menores al 2%.
- La proporción de pacientes que reportan haber esperado dos horas o mas para recibir atención superan el 20% tanto par el IMSS como para los Centros de Salud



- La duración de la consulta se encuentra alrededor de los 15 minutos pero los adultos de 60 y mas reportan mayor tiempo especialmente para el caso de médico privado
- A pesar de que la mayor frecuencia de medicamentos se ubica en 3, para el caso de los adultos mayores, proporciones que llegan hasta el 20% superan el número de 7 medicamentos



- Los especialistas en geriatría se han concentrado particularmente en los grandes centros urbanos: la ciudad y el estado de México, Jalisco y Nuevo León siendo la media nacional de 0.38 por 10,000 habitantes mayores de 60 años.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS



- Uno de cada seis adultos mayores no tiene ningún tipo de aseguramiento médico
- No todos los que necesitan los servicios de salud, los utilizan; una proporción de los que los utiliza en realidad no los necesita.
- Uno de cada dos adultos mayores sin seguro médico acuden a resolver sus problemas al sector privado y uno de cada cinco lo hace en las farmacias.
- Uno de cada cinco que cuenta con seguro médico, también acude al sector privado. Es claro que prefieren pagar que esperar

CAPACIDAD INSTALADA



- **Se desconoce cual es la capacidad instalada para atender 25% de la carga de la enfermedad**
- No necesariamente es un asunto de especialistas, aunque se observan carencias y mala distribución de los recursos humanos
- Estudiar:
 - cual es la infraestructura física y tecnológica disponible
 - cual es el gasto en salud asignado a esta población
 - como hacer el ajuste entre las necesidades y la oferta

CONCLUSIONES



- La presión que genera esta población para el sistema de salud es importante y la respuesta es insuficiente
- Se requiere establecer acuerdos para medir las necesidades de salud y el ajuste de estas con la capacidad instalada
- La agenda de investigación es amplia y hay que definir prioridades
- Conviene analizar con mas detalle el papel que la sociedad civil esta jugando en el cuidado de la salud de los adultos mayores

VISION



- Desarrollar un nuevo programa de acción específico de atención al envejecimiento, con un enfoque global, holístico, de cuidados continuos y multidisciplinario. Poniendo la innovación al servicio de nuestros mayores y con visión de futuro para el desarrollo de un sistema de atención dinámico y sustentable

OBJETIVO GENERAL



- Contribuir a elevar la calidad de vida del adulto mayor, bajo un modelo que privilegie la prevención y los estilos de vida saludables, - mediante acciones orientadas a la promoción y al auto cuidado de la salud- incorporando en el sistema nacional de salud, la atención médica especializada para detectar oportunamente, tratar y controlar, la fragilidad y las enfermedades de mayor impacto funcional con el fin de prevenir la dependencia, para vivir una vejez saludable y activa.

OBJETIVOS SECUNDARIOS



- Promover el envejecimiento saludable y activo de la población en su conjunto desde una perspectiva de curso de vida.
- Prevenir y reducir el peso de la discapacidad, especialmente en grupos de alto riesgo (ancianos frágiles) y en poblaciones en situación de desventaja.
- Mejorar la calidad de la atención de los adultos mayores mexicanos a través de la generación de nuevos modelos y estándares específicos de atención
- Favorecer el envejecer sano y activo en el propio domicilio



- Abatir la discriminación por edad en la atención a la salud y asegurar la justicia y la equidad en el financiamiento de los servicios.
- Incrementar y mejorar la educación geriátrica y gerontológica en los profesionales de la salud
- Promover la investigación especializada.

ESTRATEGIAS



1. Adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos y nuevas necesidades

Mejora de la calidad

desarrollo de modelos de atención adaptados

desarrollo de estándares de calidad

Prevención y Promoción de la salud y del envejecimiento sano y activo

Prevención de la enfermedad.

Prevención del deterioro funcional, desde la atención primaria e incluyendo la especializada.

Prevención de la Iatrogenia en todos los niveles y con especial énfasis en la iatrogenia por fármacos y las consecuencias adversas de la hospitalización.

Prevención de la dependencia

ESTRATEGIAS



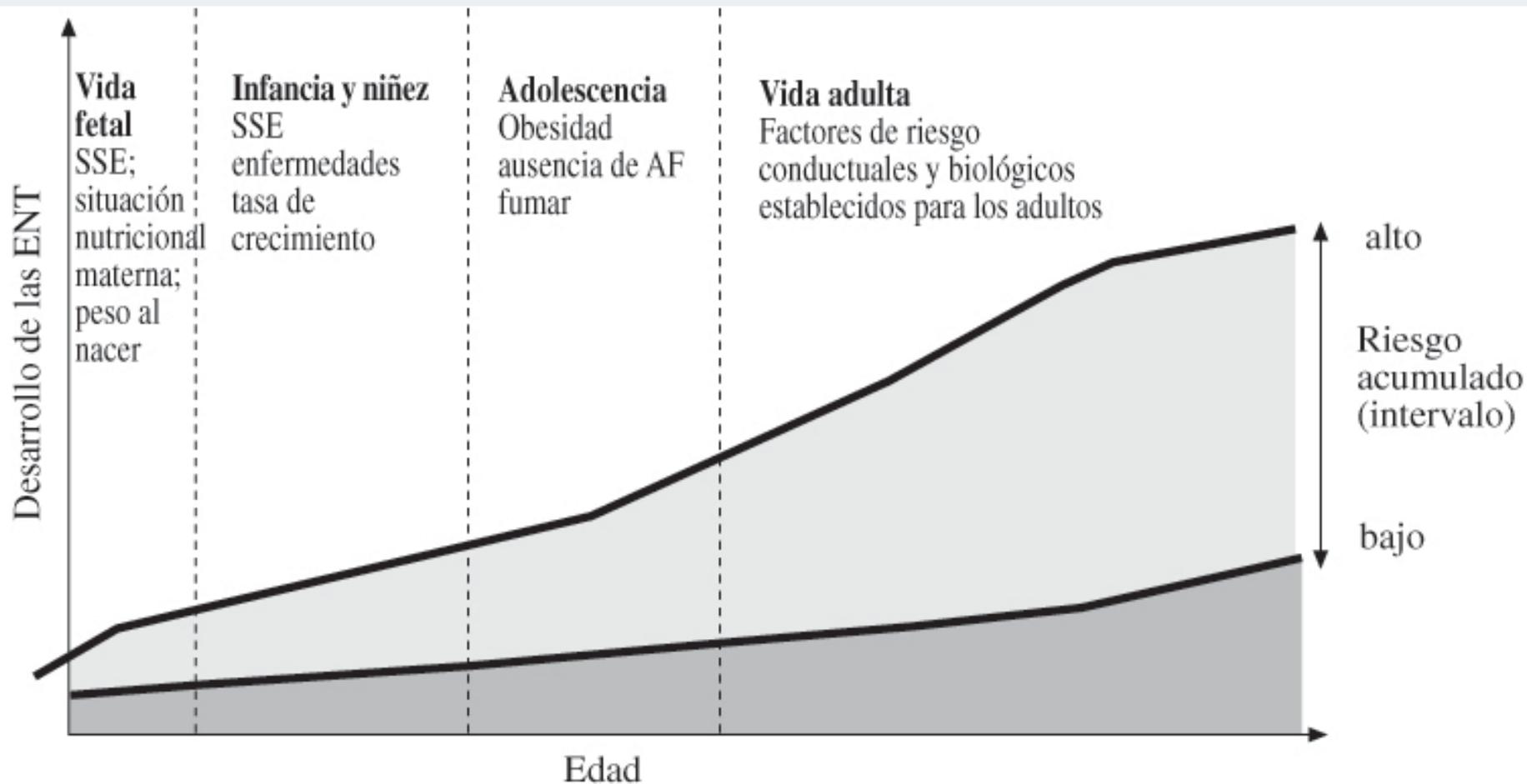
2. Formar y capacitar al personal de salud necesario.
3. Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y evaluación de las acciones
4. desarrollar un mecanismo para la coordinación intersectorial
5. la salud de las personas mayores en la política pública

Prevención



Los dividendos de la longevidad (“The longevity dividend” Robert Butler ILC) representa un nuevo enfoque:

- Prevenir el conjunto de las ECNT
- Retardar el envejecimiento patológico
 - ✓ Dos tipos de intervención
 - Prevención con perspectiva de curso de vida incluyendo a las ECNT
 - Intervenir para modificar los procesos biológicos



SSE: situación socioeconómica. AF: actividad física

Fuente: OMS

METAS



1. Vincular al envejecimiento con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan en mayor medida a los más pobres.
3. Enfrentar el reto del envejecimiento mediante la definición explícita de prioridades multi-institucionales e intersectoriales.
4. Mejorar la calidad en los servicios de salud a través de la capacitación y la definición de modelos y estándares de atención.
5. Brindar protección contra gastos catastróficos a toda la población.



- 6. Fortalecer la institucionalidad y promover la colaboración intersectorial.
- 7. Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud del anciano con una visión gerontológica, es decir, con una clara articulación médico - social.
- 8. Propiciar y ampliar la participación ciudadana en el autocuidado de la salud.
- 9. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura geriátrica y gerontológica.
- 10. Crear un sistema de información sobre el envejecimiento



VINCULACION

- Marco regulatorio con políticas nacionales
- Financiamiento efectivo y oportuno. Colaboración eficaz entre múltiples y diversos sectores. Instituciones financiadoras, proveedores de servicios, empleadores, gobierno y ciudadanos. Con visión a largo plazo, compromiso moral y liderazgo bien definido
- Nueva cultura del envejecimiento. Transformación de las ideas prevalentes. Impulsar las acciones con una visión de largo plazo y reconocer a la edad avanzada como una fase productiva y valiosa de la existencia.



- Soluciones integradas para el retiro y la atención a la salud, unificar atención médico – social.
- Integración de campañas de sensibilización en la cultura del envejecimiento, rescatar valores y dignificar a los adultos mayores.
- Favorecer la integración estatal en programas geriátricos.
- Integración de programas de capacitación y de atención a nivel regional, estatal y nacional con base única y adecuaciones locales solo por necesidades particulares.



EVALUACION Y SEGUIMIENTO

- Sistema de información unificado
- Índices de mortalidad, prevalencia de morbilidades y dependencia
- Número de profesionales capacitados.
- Servicios dedicados y especializados. Módulos de atención geriátrica en clínicas y hospitales.
- Encuestas de satisfacción dirigidas a personas adultas mayores y proveedores de servicios.
- Vigilancia epidemiológica.
- Medición de impacto. Reducción de costos en la atención por persona.



FORO ENVEJECIMIENTO Y SALUD: INVESTIGACIÓN PARA UN PLAN DE ACCIÓN

GRACIAS



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN



Instituto Nacional del Seguro Social



N.S.H.A.E
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de
Salud y Hospitales de Alta Especialidad



Red Temática
ESDS
Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social

Instituto Nacional de
Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



INSTITUTO
NACIONAL DE
REHABILITACIÓN



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

CENAPRECE







LA NECESIDAD DE DESARROLLAR UN NUEVO MODELO DE ATENCION

Modelo de atención:



- Básicamente dos alternativas:
 - “Más de lo mismo”
 - Enfoque innovador

Modelo de atención:



- “Más de lo mismo”
 - Insuficiente infraestructura y recursos
 - Sistema rezagado, inapropiado para abordar las ECNT
 - Recursos humanos impreparados
 - Creciente desigualdad

Modelo de atención:



- Enfoque innovador. elementos básicos:
 - Prioridad a la cobertura universal de los mayores de 70 años
 - Conforme se dispone de mas recursos se baja la edad y se diversifican las intervenciones con acciones mas complejas en niveles secundario y terciario
 - Atencion primaria básica para ECNT con prioridad al enfoque preventivo
 - Atencion a las necesidades de aquellos con ECNT avanzadas y cuidados paliativos

Modelo de atención:



- Fortalecer y desarrollar la atención del adulto mayor en el nivel primario
 - Asegurar la cobertura universal de los AM en este nivel
- Atención prioritaria a los mas pobres
- Desarrollar el segundo nivel comunitario para:
 - Gestion clínica de las ECNT
 - Crear nodos de colaboración, enlace y coordinación (modelo MAIA)

MAISON
POUR L'AUTONOMIE
ET L'INTÉGRATION
DES MALADES
D'ALZHEIMER



Modelo de atención:



- Enfatizar en la prevención y la atención a las ECNT con enfoque de curso de vida
 - Aplicar el tamizaje de manera selectiva y prudente
- Formación de los profesionales que atenderán las ECNT con un enfoque de curso de vida
- Favorecer el desarrollo de la atención en áreas rurales
- Enfocar en desarrollos tecnológicos
 - Expedientes electrónicos
 - Dispositivos móviles
 - Tele asistencia

PROPUESTA



- Focalizar el apoyo en quienes más lo necesitan y más pueden beneficiarse de él asociándolo a medidas de corresponsabilidad en salud para prevenir la dependencia.
- Todas las personas mayores de 60 años han de tener acceso a una consulta por año, y para calificar su riesgo de deterioro funcional con el propósito de prevenir la dependencia. En razón de su edad y de la categoría funcional a la que pertenezcan recibirán un paquete de apoyo médico social “a la medida” propiciando la corresponsabilidad en el autocuidado de la salud y brindando un apoyo más intensivo selectivamente a los adultos mayores dependientes.
- Apoyo universal en aquellos por encima de los 70 años en virtud de la elevada prevalencia de la dependencia en ese grupo de edad.

Modelo de atención



Abordar eficazmente
las ECNT y prevenir la
dependencia

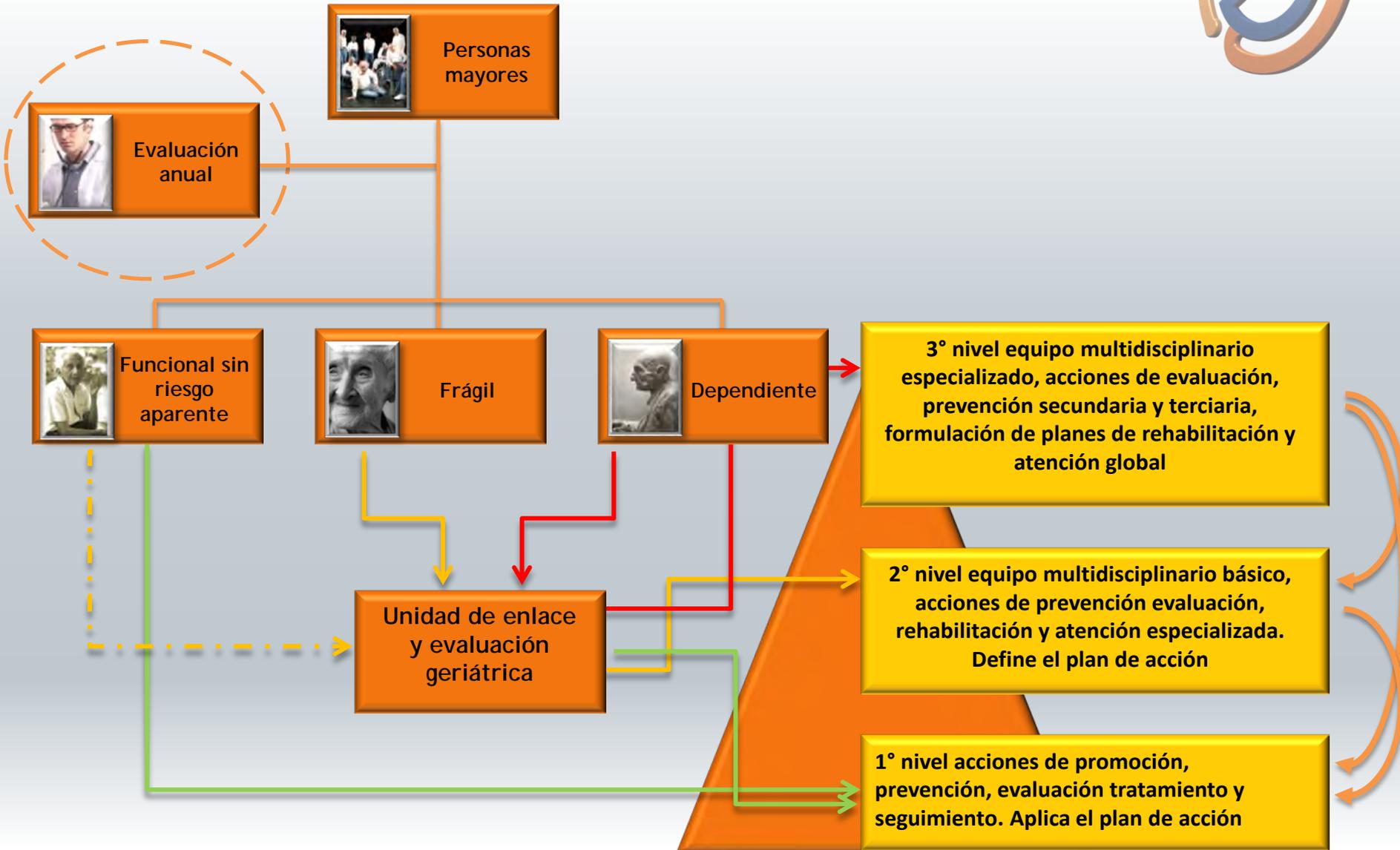
Promover la innovación
tecnológica

**Vivir más
y mejor**

Modelo de atención
medico social integrado

Personas mayores
autónomas, productivas
y participativas
conforme envejecen

Modelo de atención geriátrica



SABE Estado de México



Propuesta de Modelo de Intervención



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO
NACIONAL DE
GERIATRÍA

POR UN
ENVEJECIMIENTO
SANO Y ACTIVO



INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA



Instituto Nacional
de Salud Pública

FEDERACIÓN MEXICANA DE
A7 ALZHEIMER

A7 AMAES

 Seguro
Popular



PLAN DE ACCIÓN

Alzheimer

Ideas fuerza



700,000 personas afectadas, subdiagnóstico y poco acceso a servicios adecuados, cuidadores sin orientación y con efectos adversos en su salud

Plan de acción
Toma de conciencia, información, capacitación, modelo de atención adecuado, investigación

Desestigmatizar
a los pacientes y sus familias, respuesta eficiente de los servicios de salud, evidencia científica en población mexicana

Bienestar de las personas con enfermedad de Alzheimer y sus familias, mayor corresponsabilidad en salud, menor costo de atención

Predominio de la promoción y la prevención, disminución de la prevalencia, modelo de atención acorde a las necesidades y características de México



Objetivo General

Promover el bienestar de las personas con Enfermedad de Alzheimer y enfermedades afines y sus familiares, mediante el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud Mexicano en sinergia con todas las instituciones responsables.

7 Acciones para Vivir Mejor con la Enfermedad de Alzheimer

- Concientizar, informar, movilizar
- Fortalecer la atención en el nivel comunitario para el cuidado de largo plazo
- Desarrollar un modelo de evaluación y atención para enfermos y familiares
- Desarrollar un programa de cuidado terminal
- Tratar a los cuidadores informales como socios que requieren apoyo
- Desarrollar y mantener programas de formación dirigidos a familias y a profesionales
- Promover la investigación en el tema