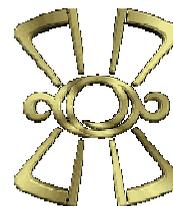


*Seminario - Taller*  
*“Los desafíos para construir la seguridad social universal en México”*  
*México DF, sede de la CEPAL, 10 y 11 de octubre de 2013*



# El costo de la dependencia, el verdadero reto del cambio demográfico

Luis Miguel Gutiérrez Robledo



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
GERIATRÍA

Por un  
envejecimiento  
sano y activo

# Guión

- Planteamiento del problema
- El sistema ideal, la postura de la OMS
- ¿Cuales es el peso de la discapacidad y que podemos anticipar de las proyecciones?
- ¿Que hacen los adultos mayores y sus familias para resolver los cuidados?
- ¿Que les ofrece nuestro sistema?
- Nuestra propuesta

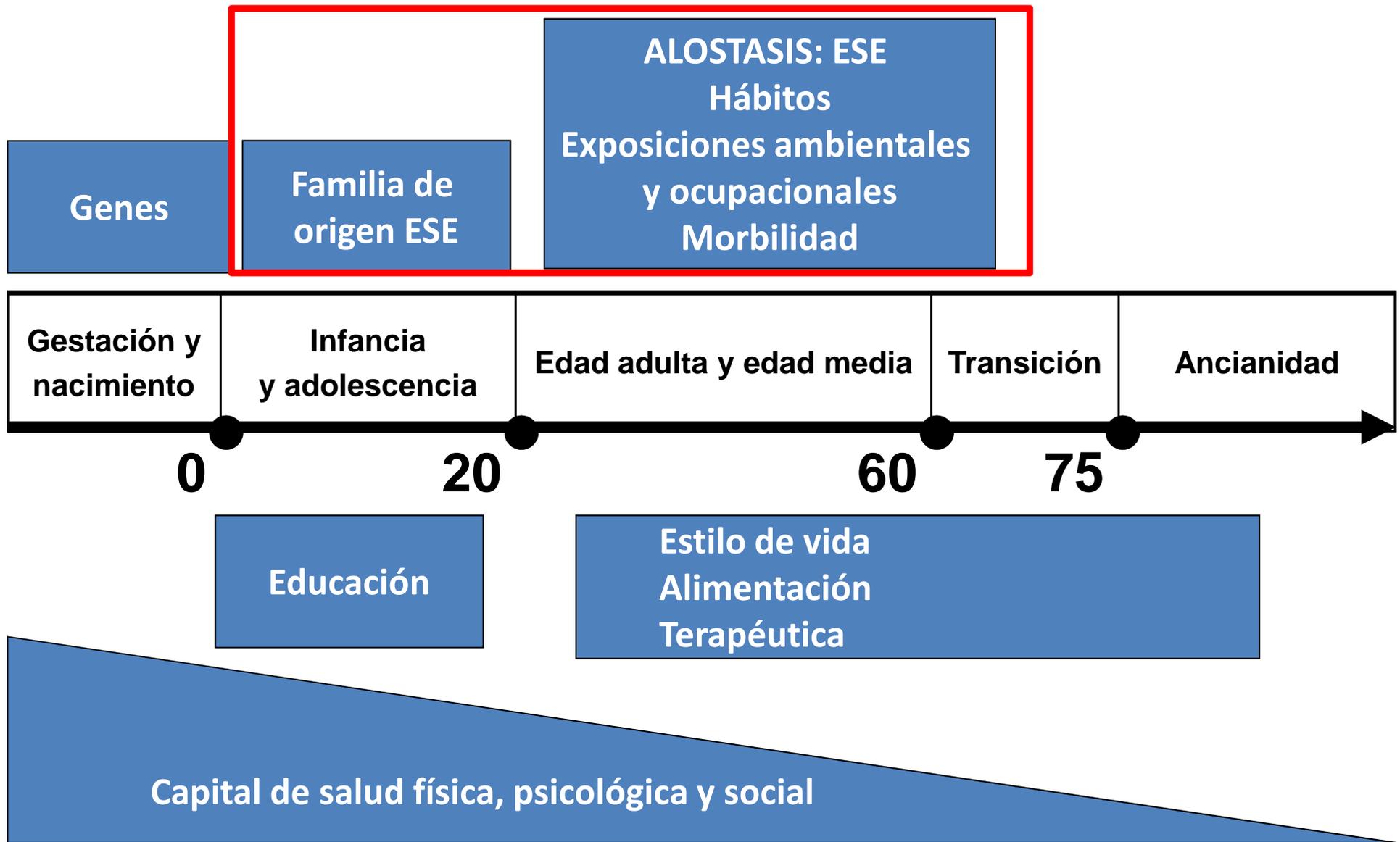
# El reto de la dependencia

- 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.

# Dependencia y curso de vida

- Las condiciones en que transcurre el curso de vida determinan el estado de salud, al envejecer y, eventualmente, la discapacidad.
- Para prevenir la dependencia es necesario identificar los determinantes de las distintas trayectorias en el proceso de salud-enfermedad-envejecimiento, sobre el cual los determinantes sociales y económicos ejercen una marcada influencia.

# Factores de riesgo



# Factores protectores

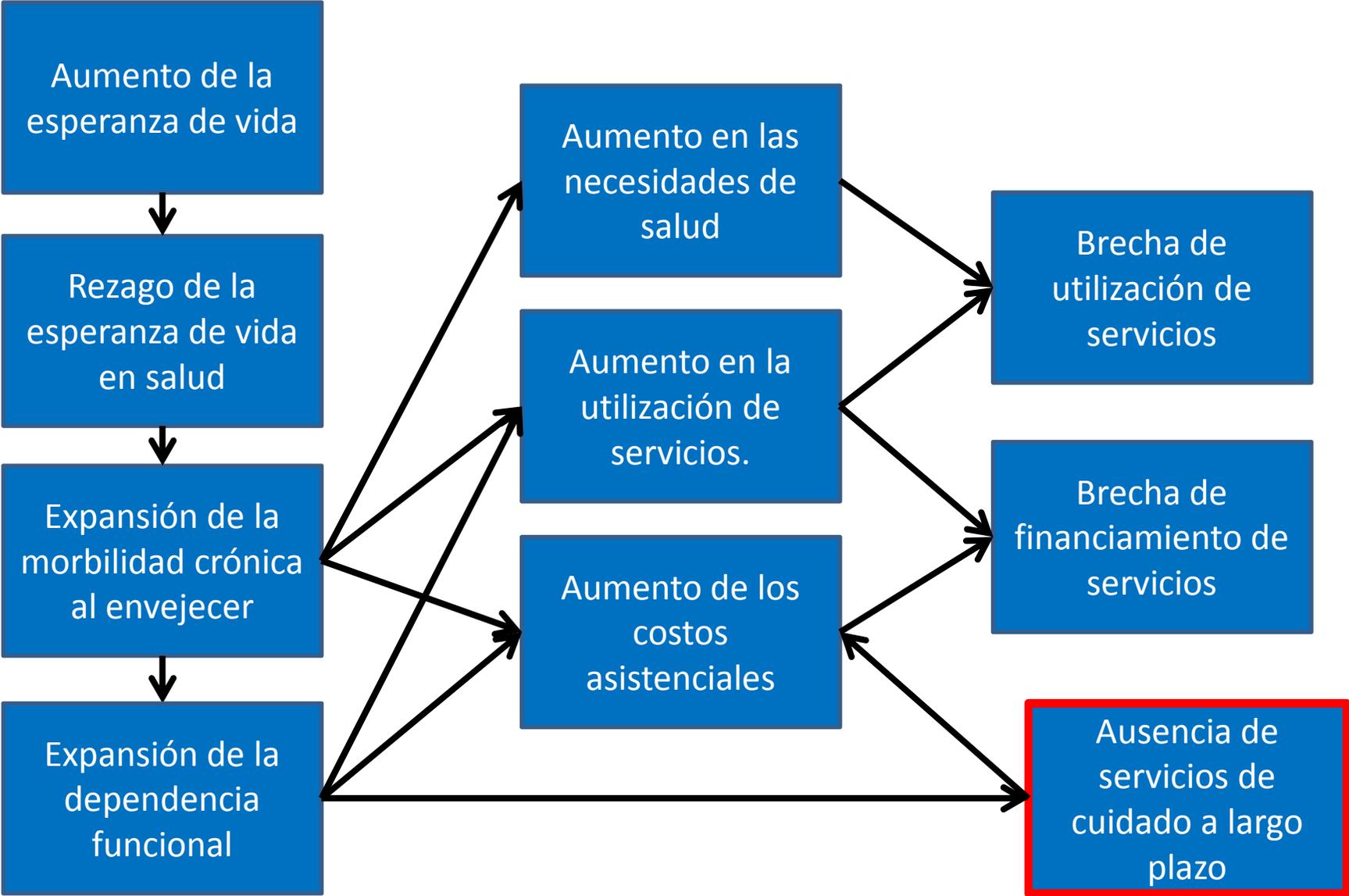
# El reto para la seguridad social

- La seguridad social para la vejez es actualmente insuficiente pues no cubre el riesgo dependencia, y además no se extiende a la totalidad de la población.
- El sistema de protección social en salud tampoco comprende apoyos en este rubro.
- Sistemas tradicionales de protección como las familias numerosas están desapareciendo.
- Debido a una mayor longevidad la vejez se está ensanchando.

# Riesgos mediatos

- Las enfermedades crónicas y las condiciones económicas precarias en el país llevarán a un incremento de la dependencia.
- Esto pondrá a prueba al sector salud y a la seguridad social.
- Ello implica la necesidad de nuevas estrategias intersectoriales coordinadas para brindar servicios sociales y de salud a los adultos mayores y apoyo a sus familiares para disminuir los costos directos e indirectos de la dependencia

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



# Building systems to address functional decline and dependence in ageing populations



Rijksoverheid



The Hague 25 and 26 April 2013



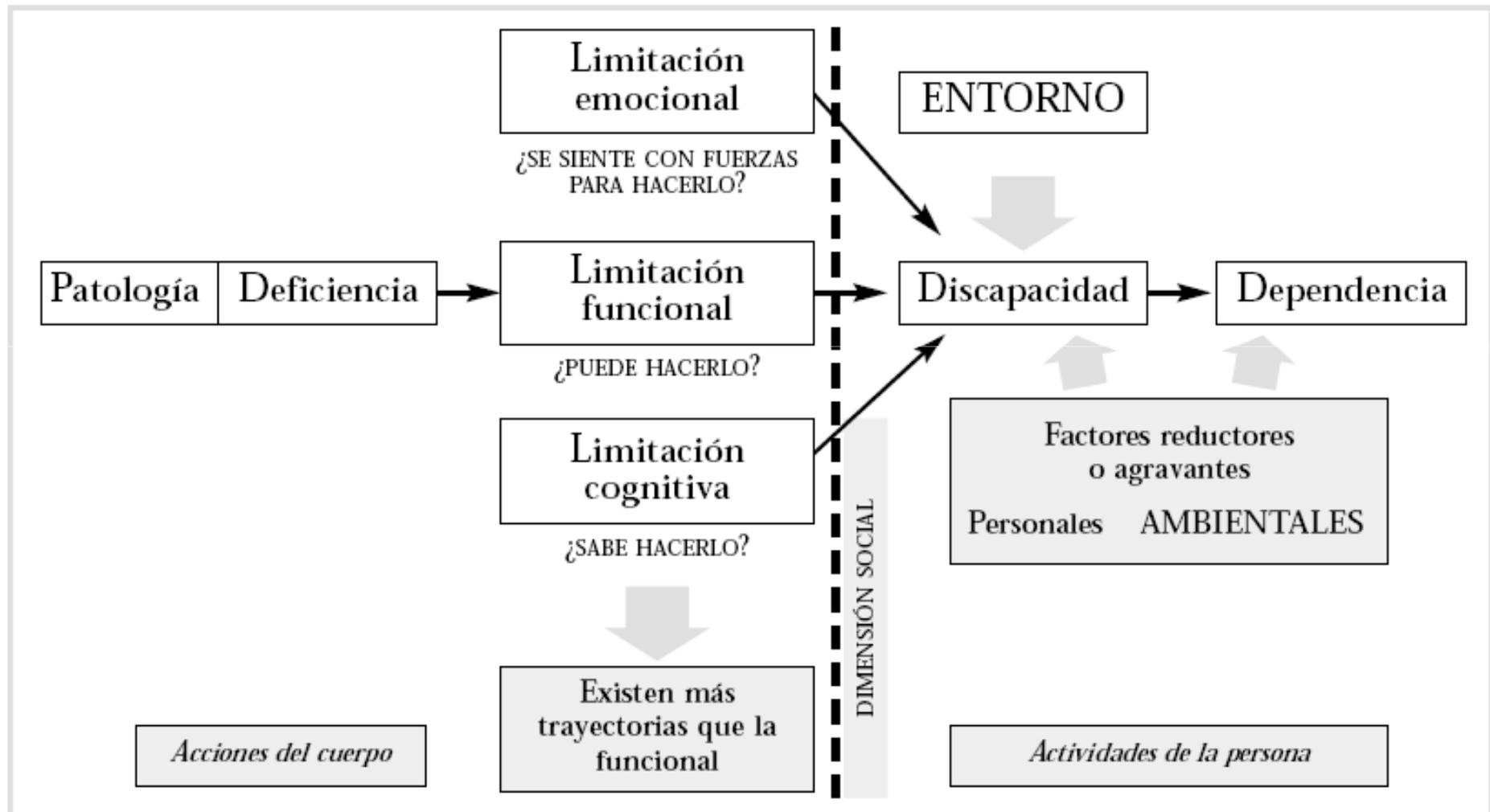
# El sistema ideal

- El modelo ideal es universal, asequible, equitativo, eficiente, sustentable y centrado en la persona y su familia. El modelo ideal promueve la inserción y la participación social, empodera a los individuos y a sus familias y es reconocido por la sociedad. Asegura una mejor calidad de vida y bienestar para todos.
- Ofrece un continuum integrado de servicios médicos y sociales que incluyen: promoción de la salud y del envejecimiento activo y saludable, prevención y detección precoz de la enfermedad, rehabilitación y cuidados paliativos. Incluye estrategias para monitorizar la calidad de la atención y estándares de calidad.

# ¿Componentes esenciales?

- Prioridad a la preservación de la capacidad funcional
- Prioridad a la calidad de vida
- Prevención y promoción del envejecimiento sano y activo
- Atención centrada en la persona
- Sistema integrado con continuidad asistencial
- Profesionales competentes
- Sistema de información (Indicadores específicos )

## EL PROCESO DE DISCAPACIDAD SEGÚN EL MARCO TEÓRICO ADOPTADO: DE LA PATOLOGÍA A LA DEPENDENCIA



# EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN MEXICO

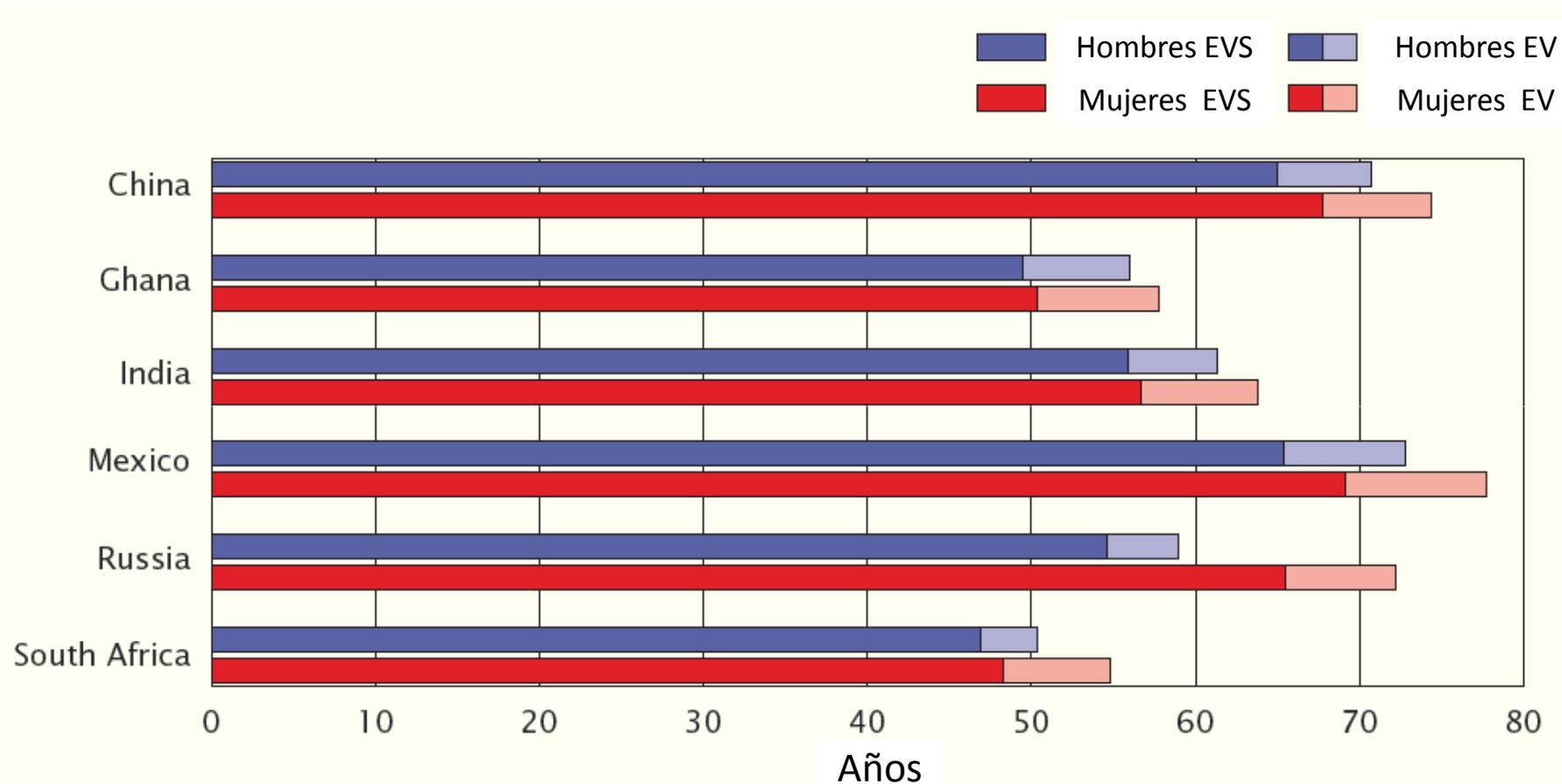


**11,210,196**



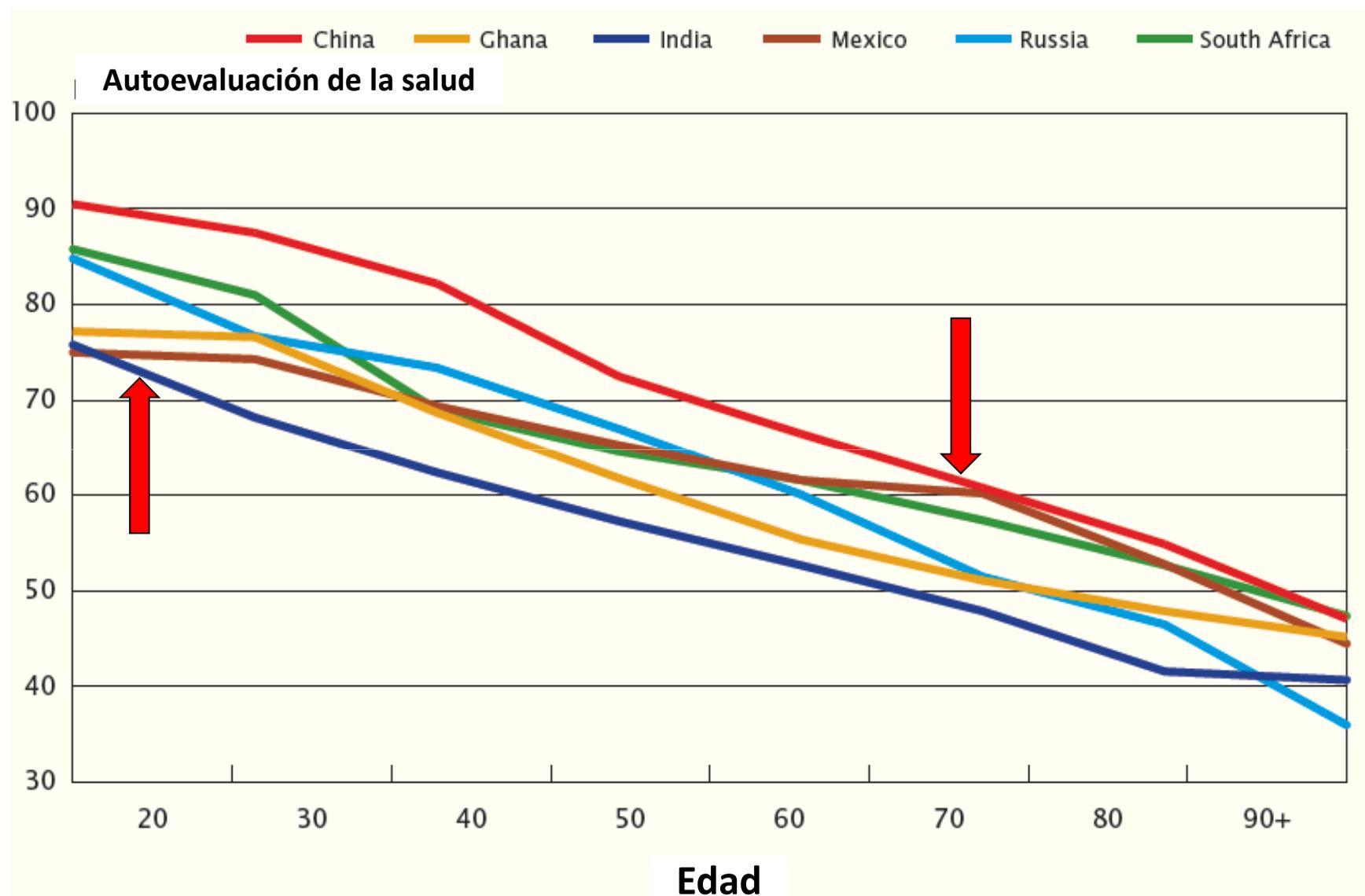


## Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida en salud (EVS) al nacimiento 2007



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

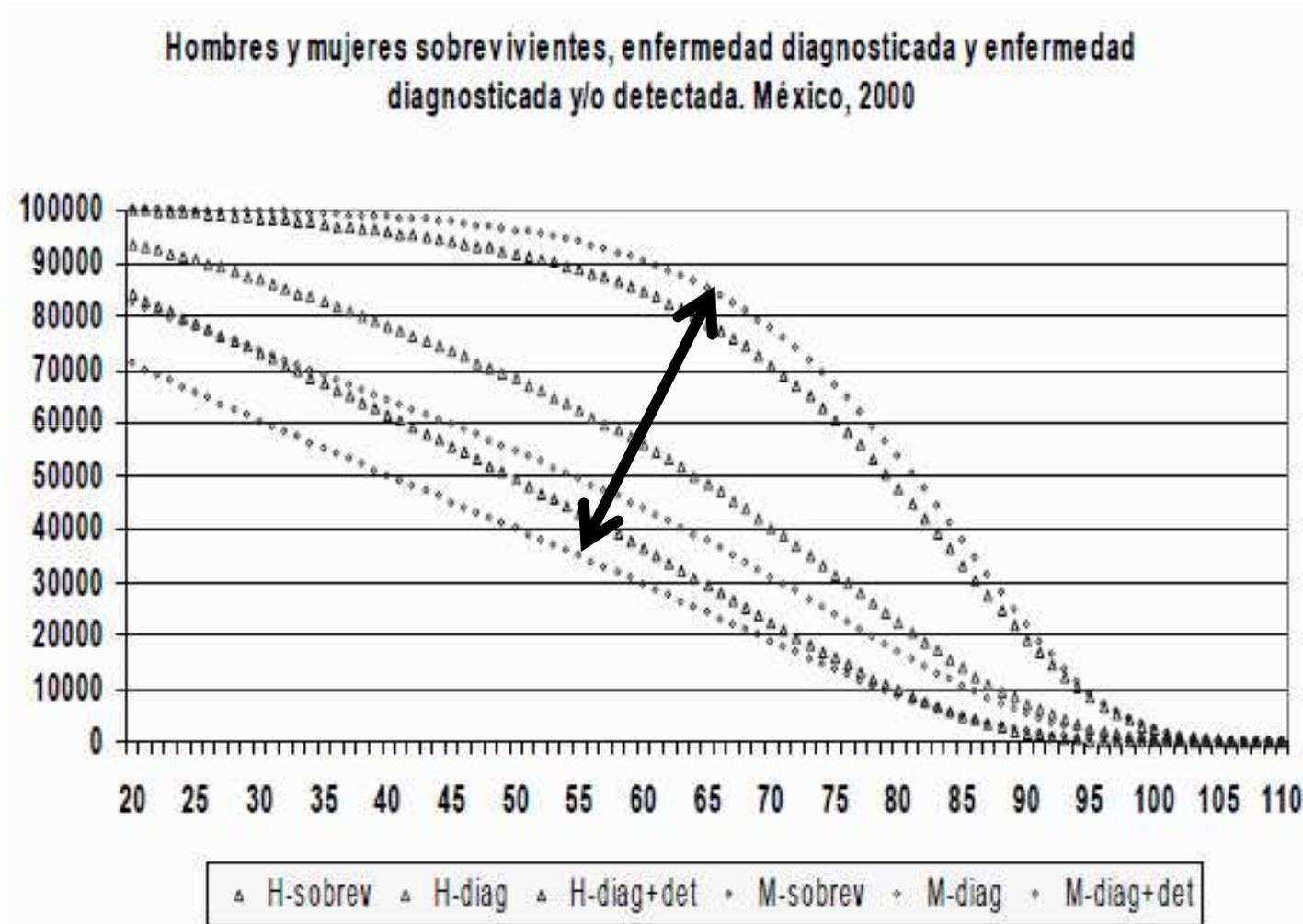
# Autoevaluación del estado de salud promedio para mayores de 20 años SAGE 2010



Autoreporte de salud basado en 8 dominios de salud transformados en una escala de valores continuos donde 0 = peor salud

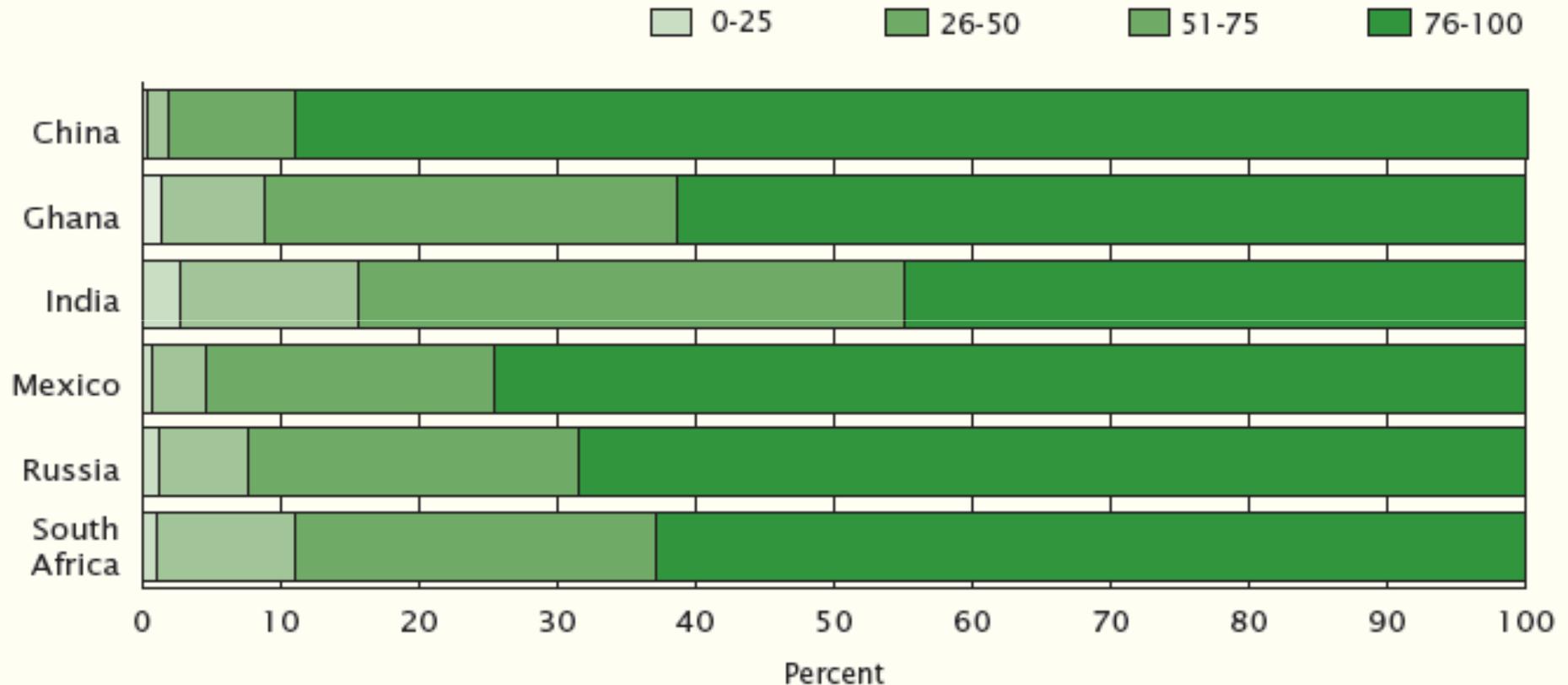
Source: Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE), 2007–2010.

# Hay una 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.

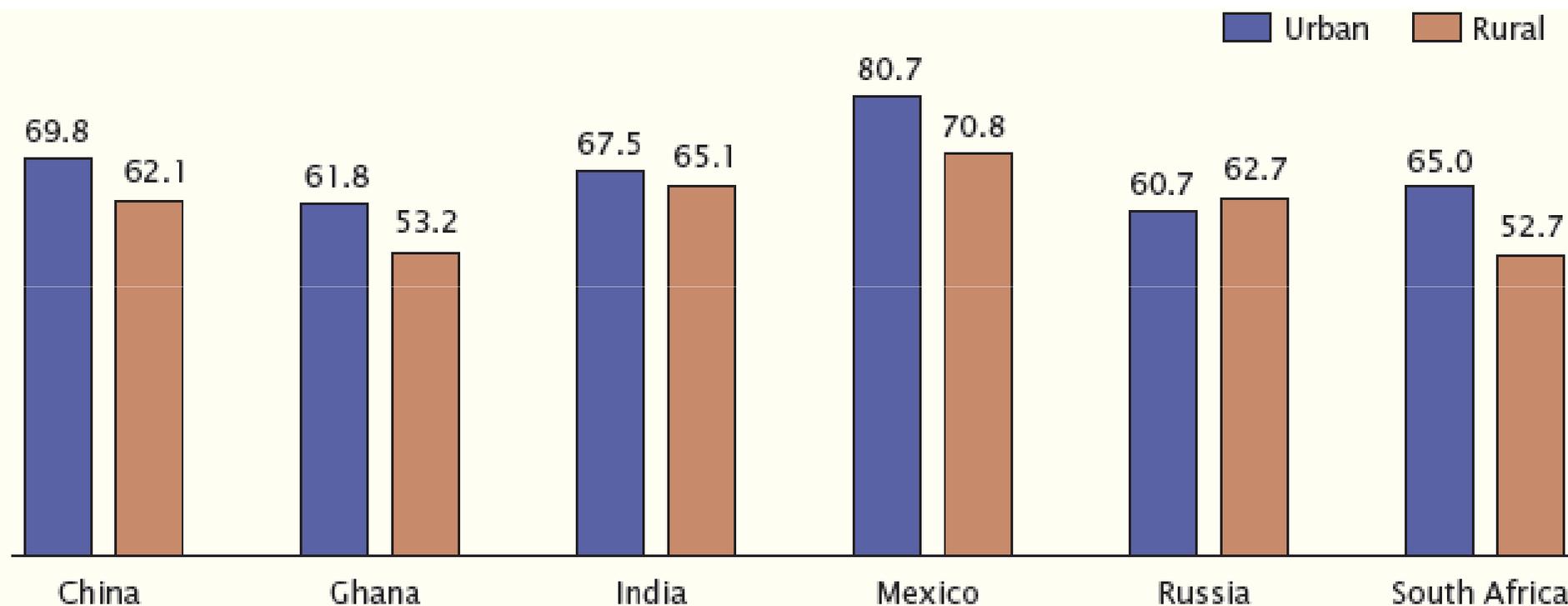
# Distribución porcentual del score WHODASi para población > de 50 años 2007-10



Note: WHODASi is an inverted score for the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS), where 0=maximum disability/worst functioning, 100=minimum disability/best functioning.

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

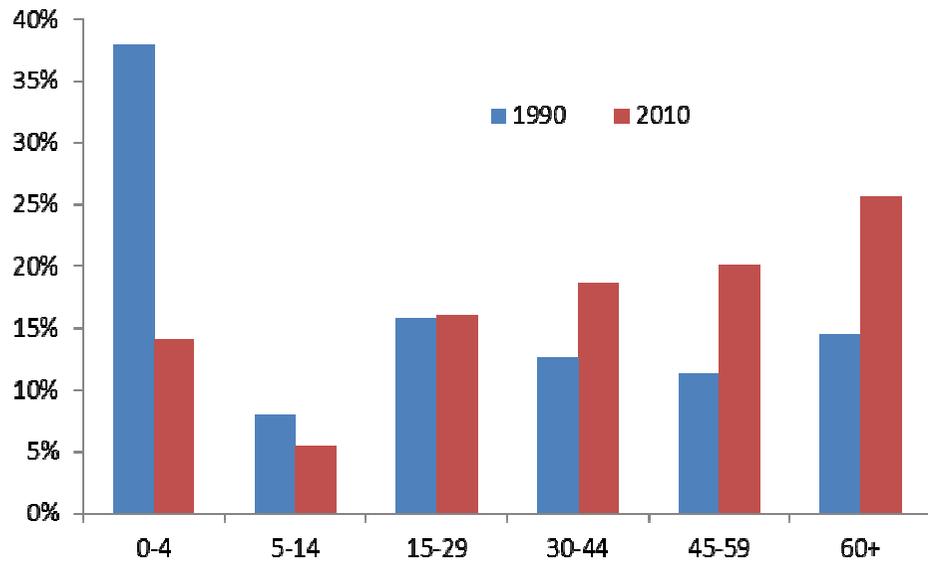
## Porcentaje satisfecho con la vida entre los mayores de 50 años por lugar de residencia SAGE 2010



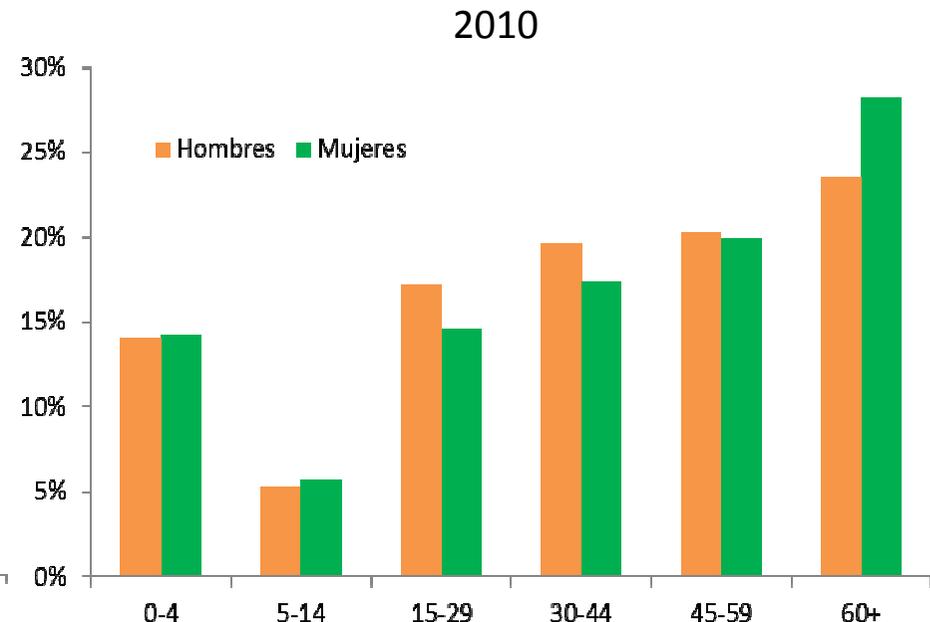
Note: "Satisfied with life" includes "very satisfied" and "satisfied" with life.

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

# Distribución de la Carga de la Enfermedad por grupos de edad y sexo, México 1990-2010

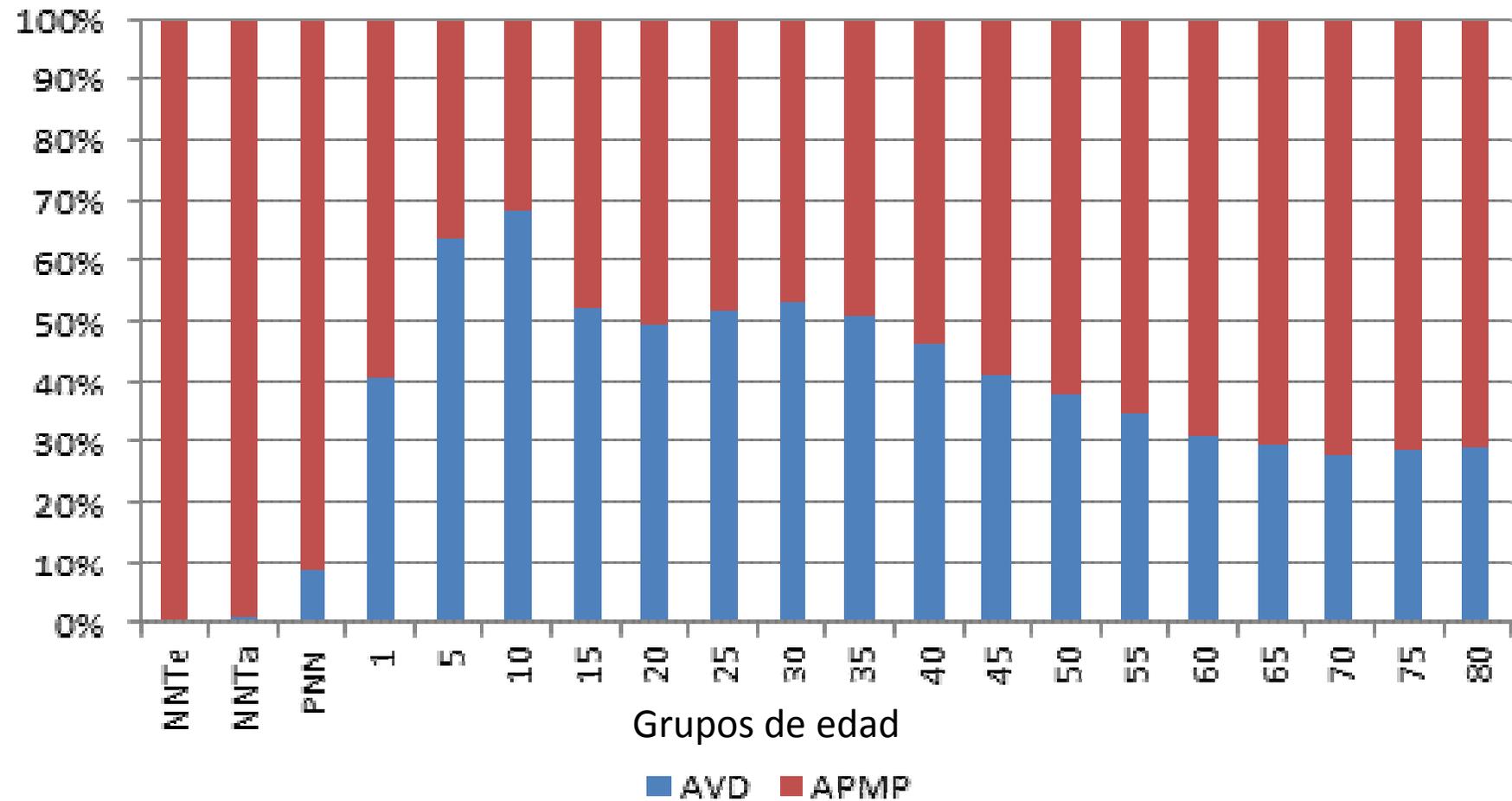


Fuente: IHME, 2012



Fuente: IHME, 2012

## Alrededor de 30% de la Carga de la Enfermedad en adultos mayores se debe a años vividos con discapacidad



Fuente: IHME, 2012

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

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



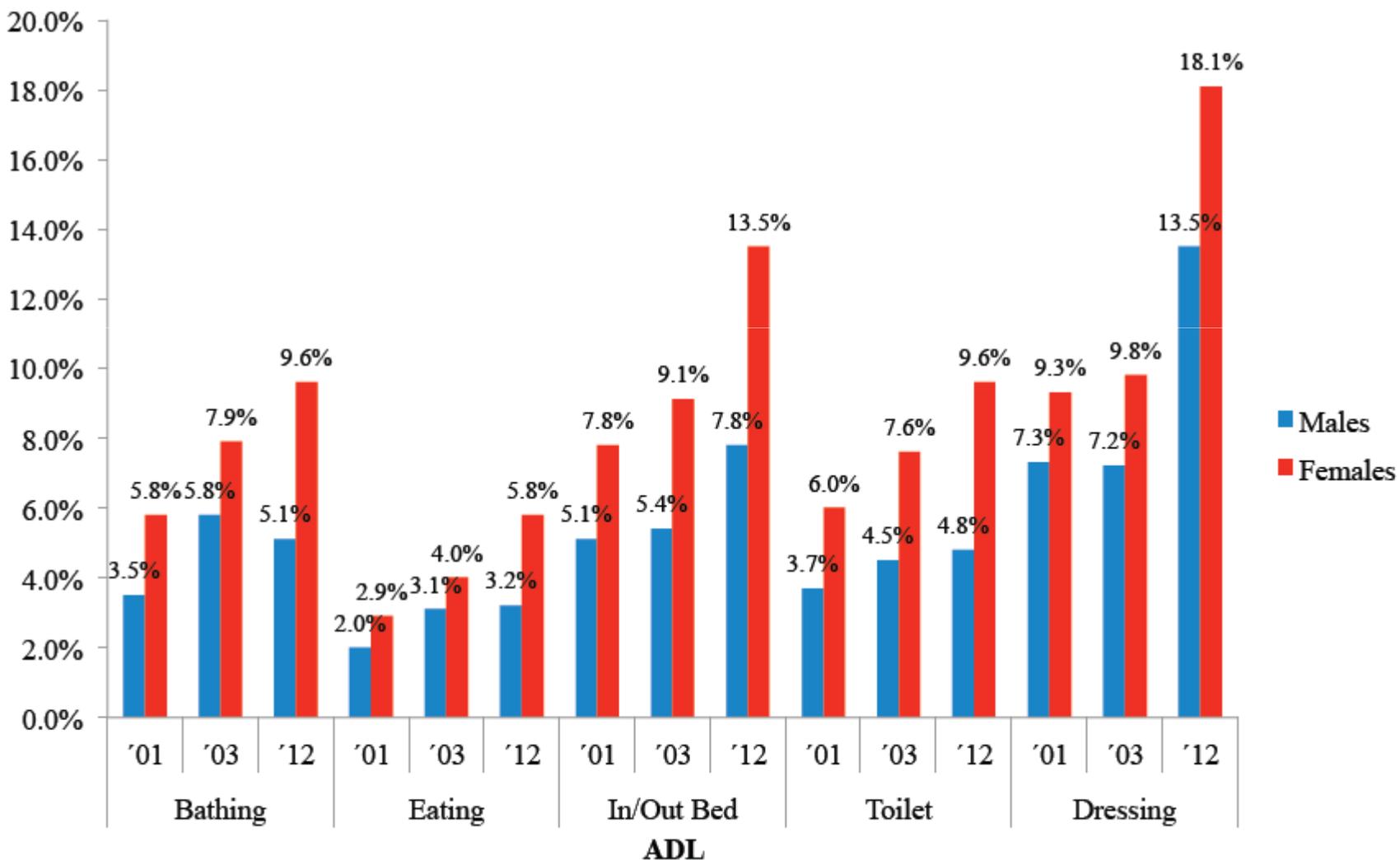
# Trajectories of Limitations in Activities of Daily Living in Mexico, 2001-2012

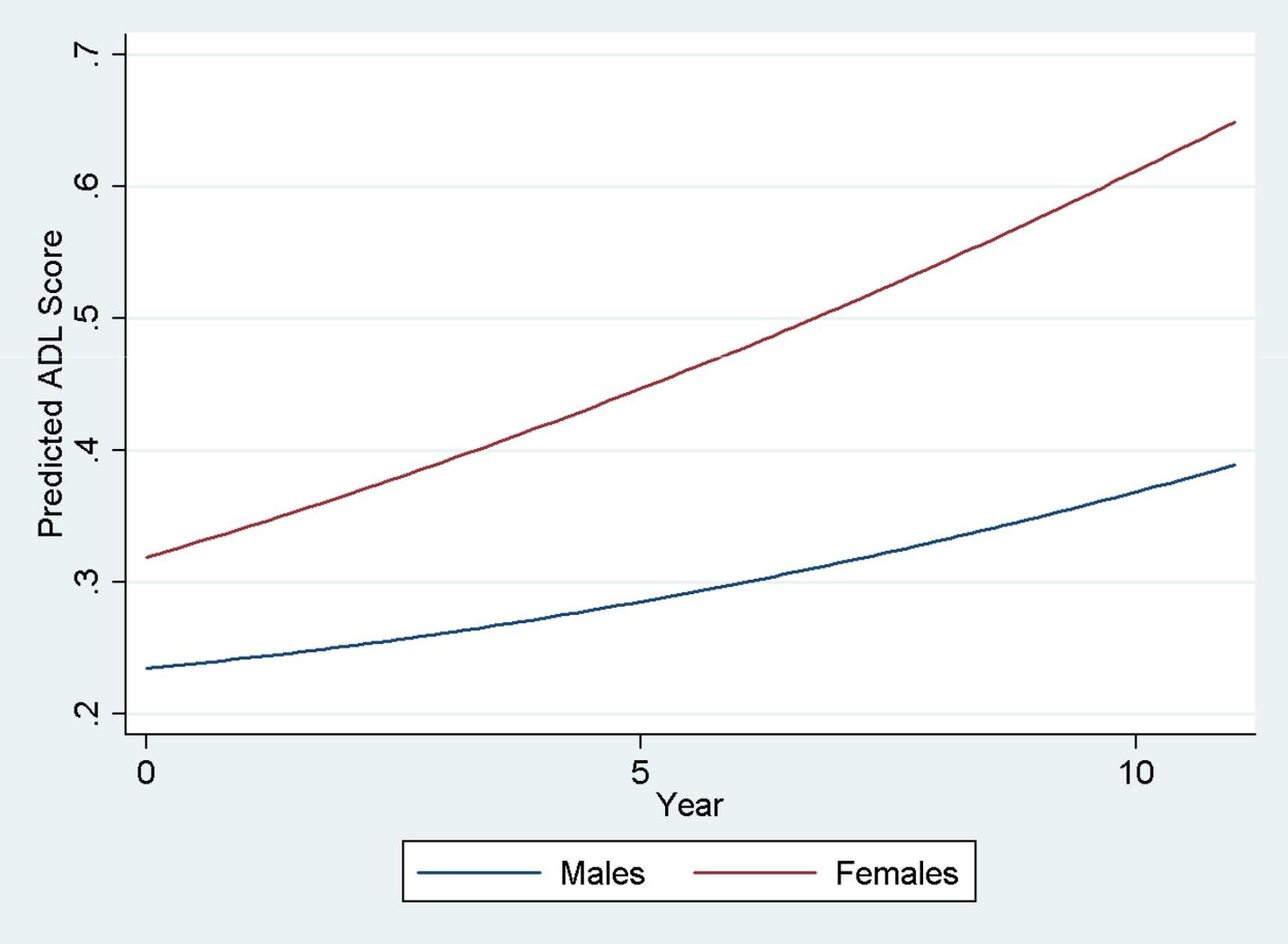
Carlos Díaz-Venegas, Ph.D.,  
The University of Texas Medical Branch

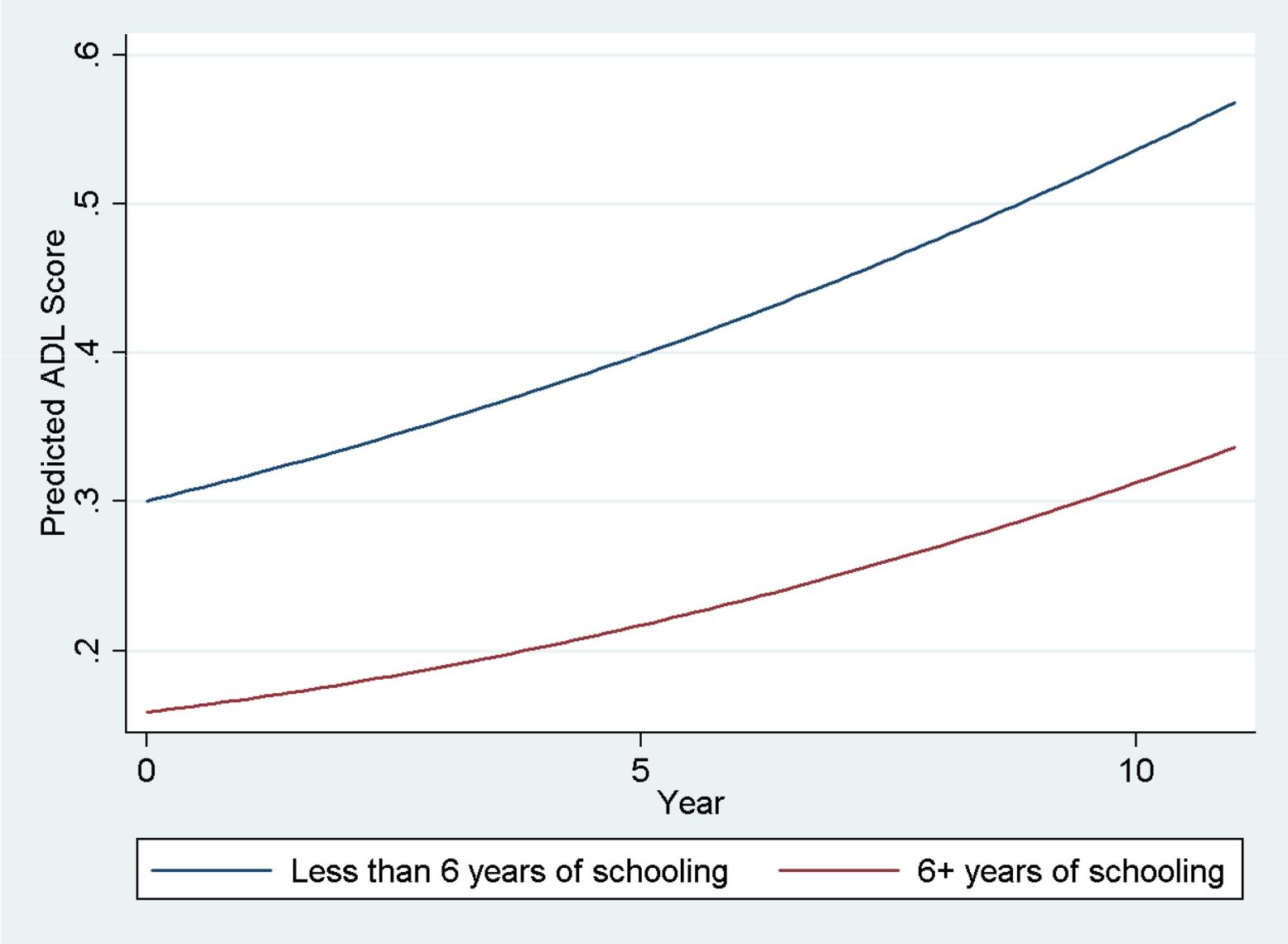
Sergio de la Vega, Ph.D.  
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Rebeca Wong, Ph.D.  
The University of Texas Medical Branch

# Prevalencia de limitaciones en AVD por “ola” y género







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

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

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

\*\* En rojo diferencias estadísticamente significativas

# Cuidadores y organización del cuidado para ancianos dependientes.

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

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

# **Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, ELCOS 2012**

- Encuesta especializada en la identificación de las necesidades de cuidado al interior de los hogares y de las personas que contribuyen a satisfacer dichas necesidades.
- Tiene representatividad a nivel nacional, se aplicó a una muestra de 17 582 hogares, se obtuvo información de 5 019 018 (10.4%) personas con 60 y más años de edad.

# Principales resultados de la ELCOS 2012

## necesidad de cuidados

- El total de personas con necesidad de apoyo y/o cuidados fue de 12 061 361 (25.1%).
- El total de personas con limitaciones permanentes fue de 840 963 (1.7%), de los cuales 409 899 (48.7%) eran hombres y 431 064 (51.3%) mujeres.
- **Personas con necesidad de cuidado: población con 60 y más años de edad (la muestra representa a 5 019 018 (10.4%).)**
- El total de personas con limitaciones permanentes fue de 468 926 (9.3%), de los cuales 173 481 (37.0%) eran hombres y 295 445 (63.0%) mujeres.
- De los 468 926 adultos mayores que dijeron tener limitaciones permanentes 413 114 (88.1%) requiere de alguna persona que le ayude o le cuide permanentemente, de los cuales 150 051 (32.0%) eran hombres y 263 063 (56.1%) mujeres.

# Principales resultados de la ELCOS 2012 cuidados permanentes

- Del total de la población adulta mayor mexicana, **8.1%** necesita de una persona que le ayude o que le cuide debido a su limitación permanente.
- De los 413 114 personas mayores con limitaciones permanentes que requieren de cuidado, 341 626 (82.7%) sus cuidadores vivían en el mismo hogar de la persona mayor, 59 256 (14.3%) no vivía en el hogar de la persona mayor y lo hizo de manera gratuita, 11 638 (2.8%) corresponde a los cuidadores que no vivían en el hogar del adulto mayor y lo hicieron por un pago.

# Principales resultados de la ELCOS 2012

## cuidados transitorios

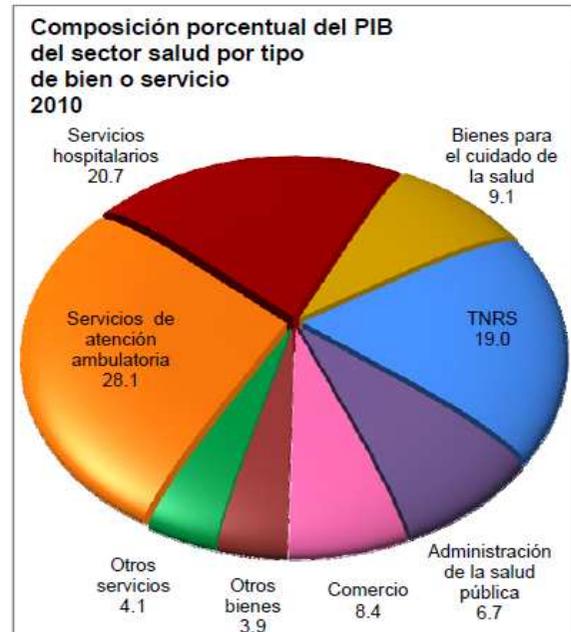
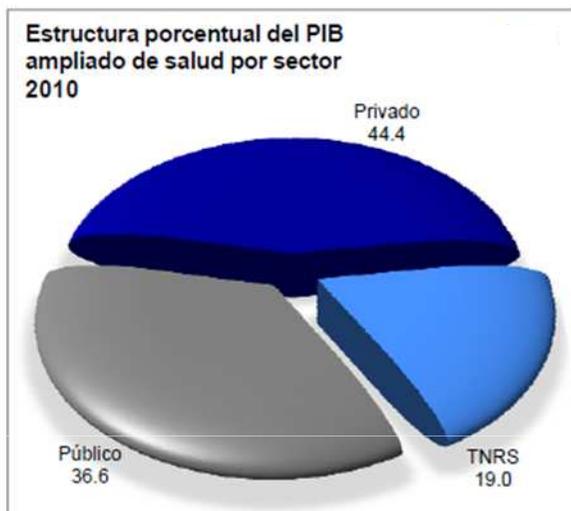
- Excluyendo a las personas con limitaciones permanentes (468 926). La semana anterior a la encuesta 194 229 (4.3%) personas mayores se enfermó o accidentó y por ello requirió de cuidados especiales o ayuda de otra persona. De las cuales 66 609 (14.2%) eran hombres y 127 620 (27.2%) mujeres.
- De los 194 229 personas mayores que se enfermaron o accidentaron y requirieron cuidado, 125 934 (64.8%) el cuidador vivía en el mismo hogar de la persona mayor, 60 841 (31.3%) no vivía en el hogar de la persona mayor y lo hizo de manera gratuita, 3 622 (1.9%) corresponde a los cuidadores que no viven en el hogar del adulto mayor y lo hicieron por un pago.

## **Personas mayores que brindan cuidados en su propio hogar (Si la persona cuida a alguna(s) otra(s) en su hogar)**

- 741 949 (14.8%) AM realizan actividades de cuidado en su propio hogar, 26.7% son hombres y 73.3% mujeres.
- 210 710 (4.2%) AM son cuidadores en su hogar de personas con limitaciones permanentes, 28.4% son hombres y 71.6% mujeres.
- 208 051 (4.1%) AM son cuidadores en su hogar de personas de 0 a 5 años, 19.2% son hombres y 80.8% mujeres.
- 319 091 (6.4%) AM son cuidadores en su hogar de personas de 6 a 14 años de edad, 22.4% son hombres y 77.6% mujeres.
- 137 052 (2.7%) AM son cuidadores en su hogar de personas con enfermedades temporales, 38.5% son hombres y 61.5% mujeres.

# Valor del trabajo no remunerado en salud

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



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

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

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



Alzheimer's Disease  
International



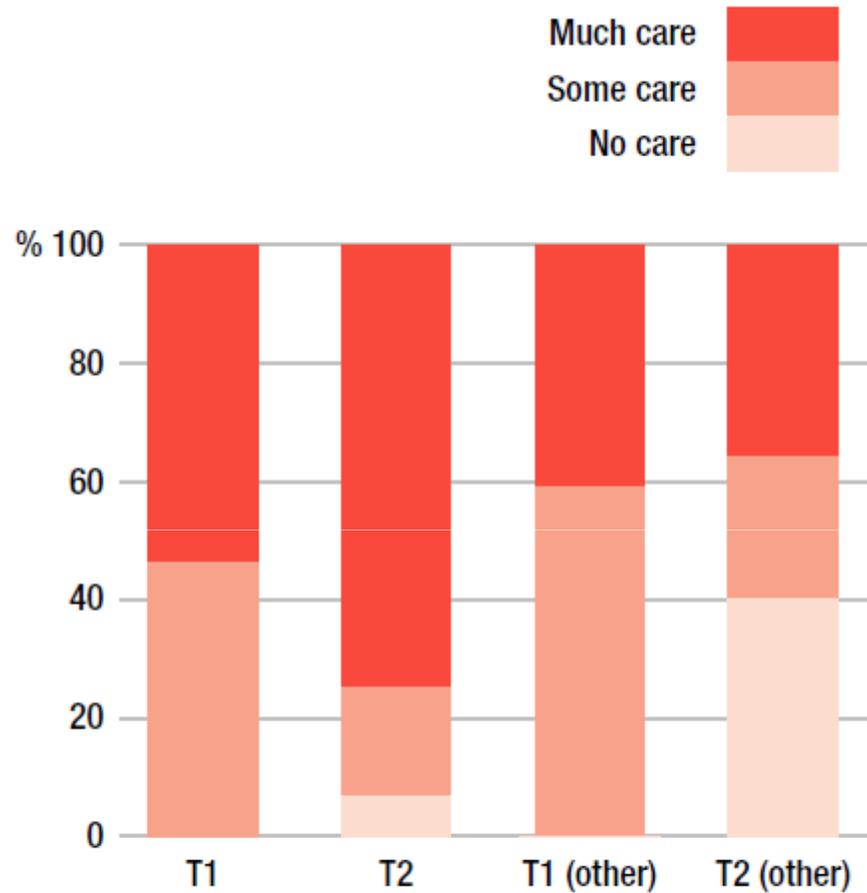
# World Alzheimer Report 2013

## Journey of Caring

AN ANALYSIS OF LONG-TERM CARE FOR DEMENTIA



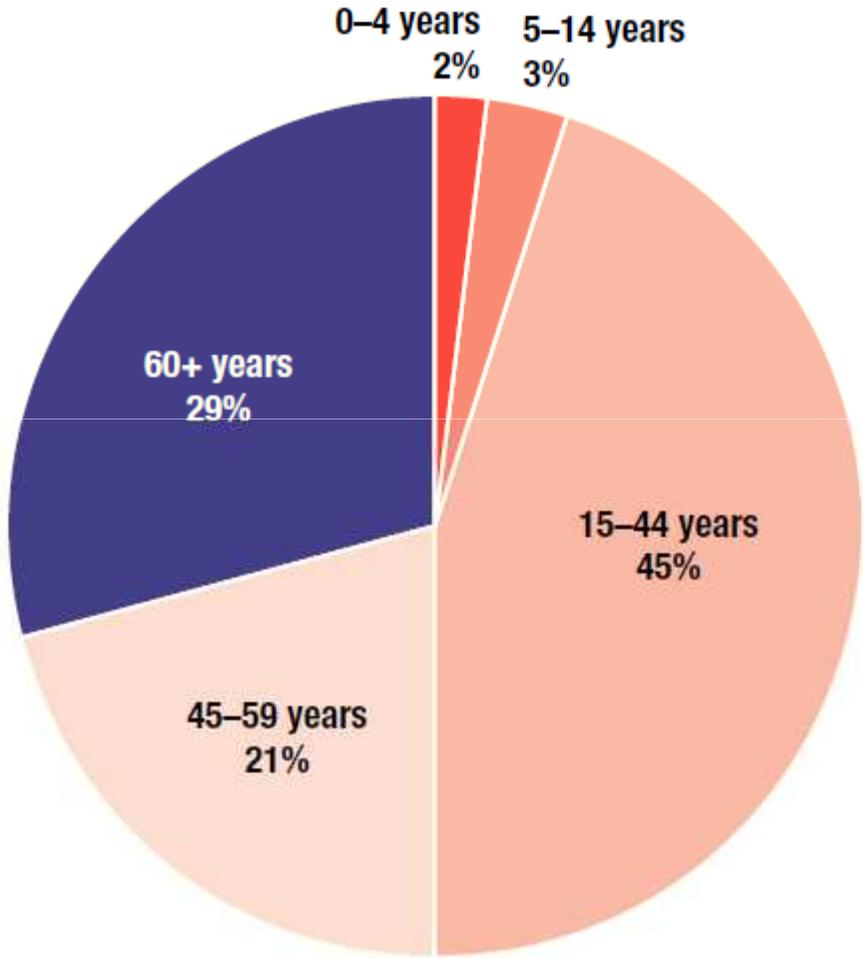
## The course of needs for care



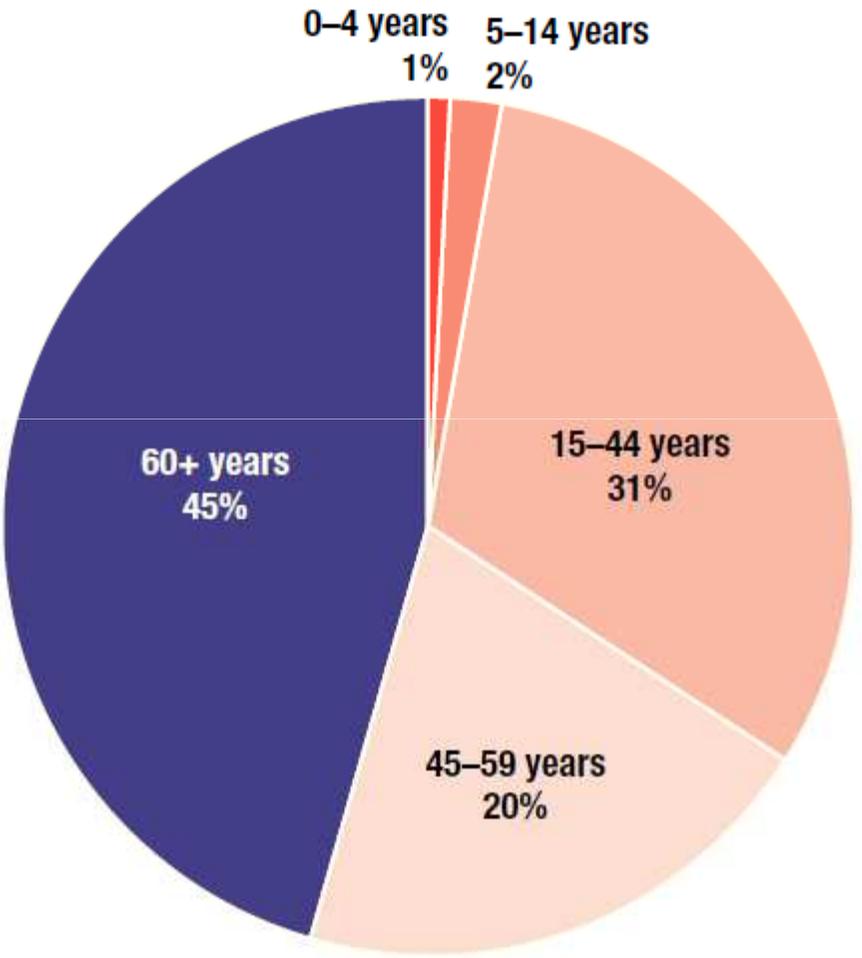
The course of needs for care between baseline (T1) and follow-up assessments (T2), conducted 3-5 years later, among those with dementia (n=254) and other health conditions (n=188).  
10/66 Dementia Research Group population based baseline and follow-up surveys

Projected changes in the global age distribution of dependence <sup>3,4</sup>

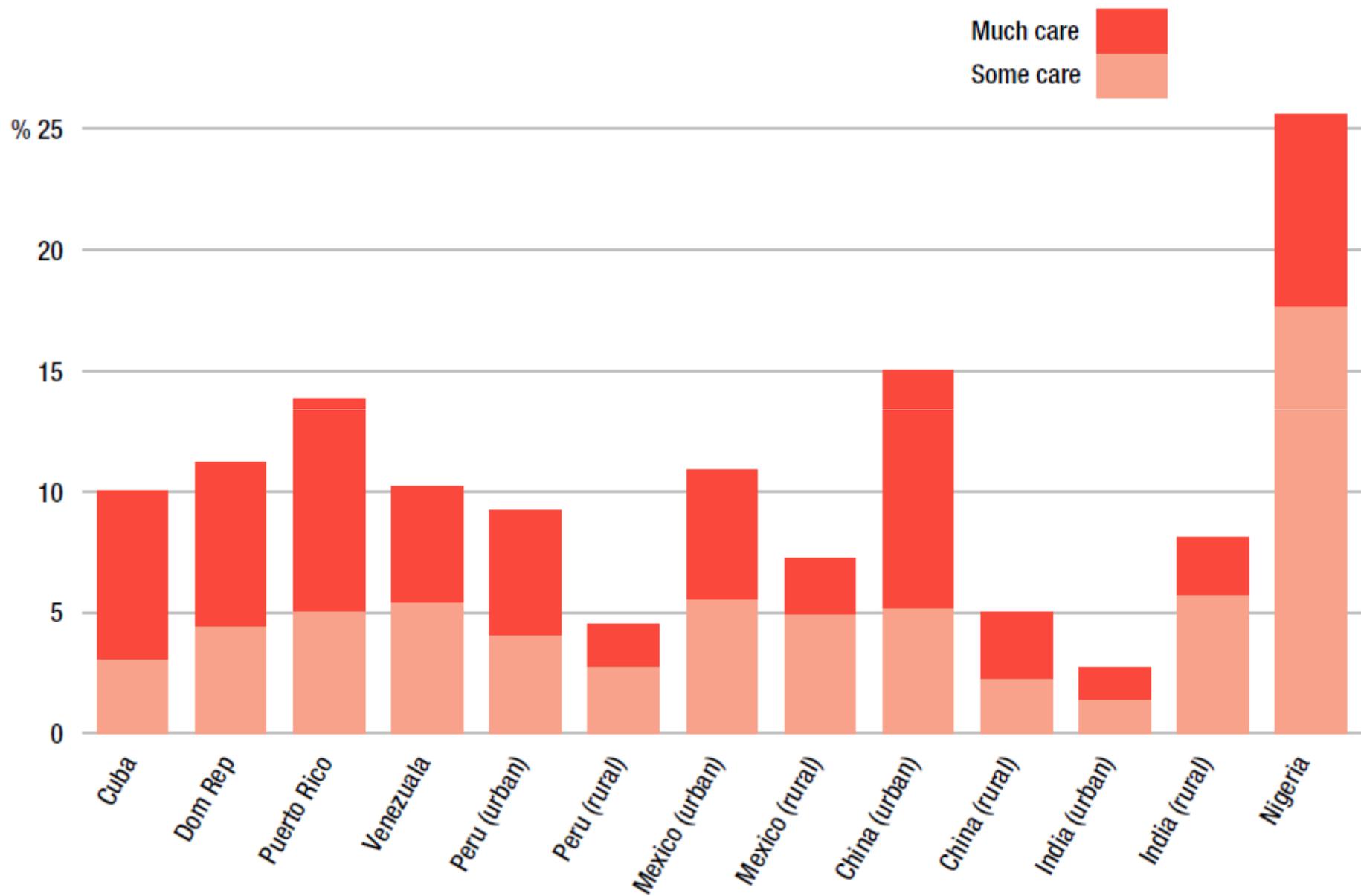
**2010**



**2050**

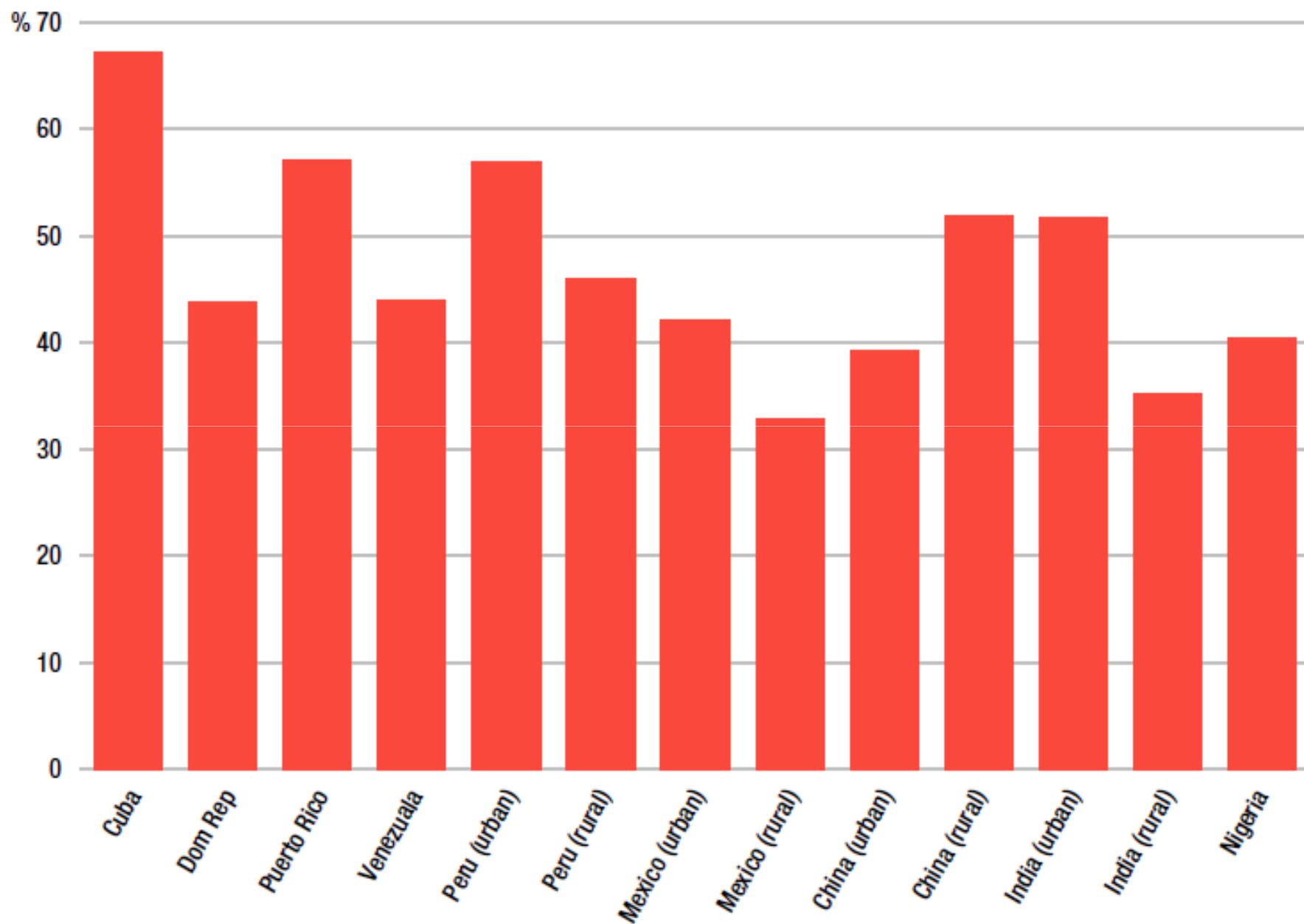


The prevalence of dependence in 10/66 Dementia Research Group population survey catchment sites



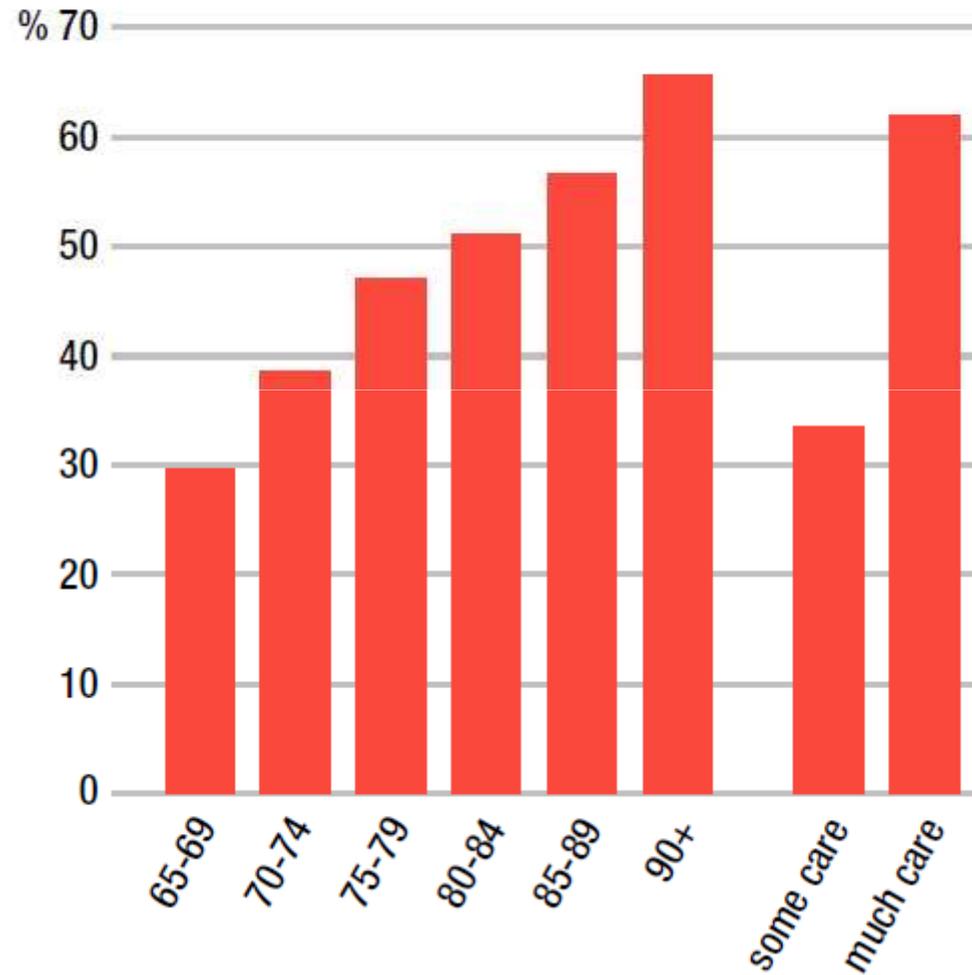
### Proportion of those needing care that have dementia, by country

Data from the 10/66 Dementia Research Group baseline population surveys (people aged 65 years and over)



**Variation in the proportions of those needing care that have dementia, by age and level of care**

10/66 Dementia Research Group baseline surveys



Prevalence ratios<sup>¶</sup> for the independent associations between health conditions (impairments and diagnoses) and a) disability<sup>4</sup> and b) dependence<sup>5</sup>

Health conditions, ranked in order of contribution to dependence	a) Associations with disability		b) Associations with dependence	
	Meta-analysed PR (95% CI)	Median PAFP (range by site)	Meta-analysed PR (95% CI)	Median PAFP (range by site)
<b>Dementia</b>	1.9 (1.8–2.0)	25% (19–44%)	4.5 (4.0–5.1)	34% (23–59%)
<b>Limb paralysis or weakness</b>	1.8 (1.7–1.9)	11% (6–34%)	2.8 (2.4–3.2)	9% (1–46%)
<b>Stroke</b>	1.4 (1.3–1.5)	11% (2–21%)	1.8 (1.6–2.1)	8% (2–17%)
<b>Depression</b>	1.4 (1.3–1.5)	8% (1–23%)	1.7 (1.5–2.0)	8% (0–27%)
<b>Eyesight problems</b>	1.1 (1.1–1.1)	7% (2–18%)	1.2 (1.1–1.3)	6% (0–16%)
<b>Arthritis or rheumatism</b>	1.3 (1.3–1.4)	10% (3–35%)	1.1 (1.0–1.3)	4% (0–6%)
<b>Stomach or intestine problems</b>	1.1 (1.1–1.2)	7% (0–23%)	<i>1.1</i> <i>(1.0–1.3)</i>	<i>2%</i> <i>(0–16%)</i>
<b>Hearing difficulty</b>	1.1 (1.1–1.2)	2% (1–9%)	<i>1.1</i> <i>(0.9–1.2)</i>	<i>1%</i> <i>(0–5%)</i>
<b>Difficulty breathing</b>	1.2 (1.1–1.3)	4% (2–9%)	<i>1.2</i> <i>(1.0–1.4)</i>	<i>1%</i> <i>(0–6%)</i>

<sup>¶</sup>Adjusted for age, sex, education, marital status and other health conditions

Figures in *italics* indicate conditions not statistically associated with dependence that have positive PAFP values

# Existe evidencia y razones muy claras para la acción:

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

## Long-term care policy priorities among OECD governments

Rank	Priority	Proportion (%) of countries reporting this among the top five priorities
1	Ensuring fiscal and financial sustainability	85%
2	Encouraging home care arrangements	67%
3	Enhancing standards of quality of long-term care services	67%
4	Care coordination between health and long-term care	52%
5	Providing universal coverage against long-term care costs	31%
6	Encouraging informal care	28%
7	Providing coverage to people in need only	22%
8	Sharing financing burden across society (including older people)	21%
9	Individual responsibility for financing long-term care	21%
10	Encouraging formal care capacity and training	19%
11	Immigration for legal foreign born caregivers	6%

# Prevención de la dependencia

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

# Se requieren cambios:

- En la legislación y normatividad que rige los programas de salud de los adultos mayores, así como de las instituciones: públicas, privadas, lucrativas y no lucrativas que brindan algún servicio o atienden a adultos mayores
- Previsión de nuevos servicios ahora inexistentes: servicios sociales (personales), apoyo a familiares y cuidadores principales, servicios para pacientes terminales, entre otros.

# Para evitar la dependencia

- Se debe subsidiar a quienes asumen el rol de cuidadores, capacitarlos médica y psicológicamente para afrontar el desafío.
- Se deben desarrollar y generalizar programas comunitarios y de atención domiciliaria dirigidos a este sector de la población. (programa RBC OMS)
- la creación de un sistema de cuidados de largo plazo y ayuda domiciliaria para AM con dependencia severa, son medidas que, a la luz de los datos presentados, cobran particular sentido.
- En el diseño de estas acciones, y en la programación presupuestal, deben ser consideradas las proyecciones del crecimiento de la población de AM.

# Acciones

- Promoción del envejecimiento sano y activo y prevención de la discapacidad.
- Desarrollo de programas dirigidos al apoyo y capacitación de los familiares que cuidan a AM con discapacidad.
- Crear y desarrollar modelos comunitarios de cuidados a largo plazo; y capacitar al personal necesario para su operación.
- Promover la coordinación y participación intersectorial (Salud/Educación/Social).
- Fortalecer la investigación sobre la discapacidad en AM.

# Implementación en un sistema geriátrico integrado

- Más allá del rol tradicional del hospital
  - Optimizar el cuidado agudo del adulto mayor en todas las áreas con un programa de geriatría aguda para pacientes seleccionados
  - Reorientación-flexibilidad
  - Sub agudos y Rehabilitación
  - Investigación- enseñanza-formación
- El desarrollo de una nueva visión de la geriatría basada en el hospital pero abierta a la comunidad
  - Programas geriátricos regionales
  - Equipos de valoración geriátrica comunitaria

# Algunos puntos clave

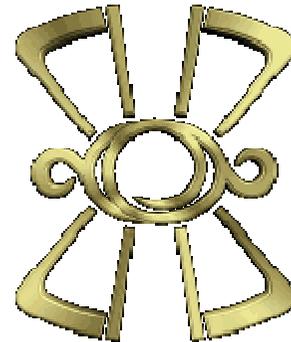
- Es inútil el desarrollo de estándares y metas si no hay una estructura presupuestal o al menos incentivos claros detrás
- Es necesario identificar los incentivos “perversos” que pueden jugar en nuestra contra
- No es bueno desarrollar servicios tipo “Rolls Royce” si sólo una pequeña fracción de la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

# RESUMEN Y CONCLUSIONES

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

# Conclusiones

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



**Gracias.....**