



Centro Geriatria Gerontologia UC
Centro Colaborador OMS

Lineamientos para el Replanteamiento de la Política Pública de Salud para las Personas Mayores.

Dr. Pedro Paulo Marín Larraín
Centro de Geriatria y Gerontología UC
Centro Colaborador OMS
Facultad de Medicina





Cerro San Cristóbal – Diciembre 1925

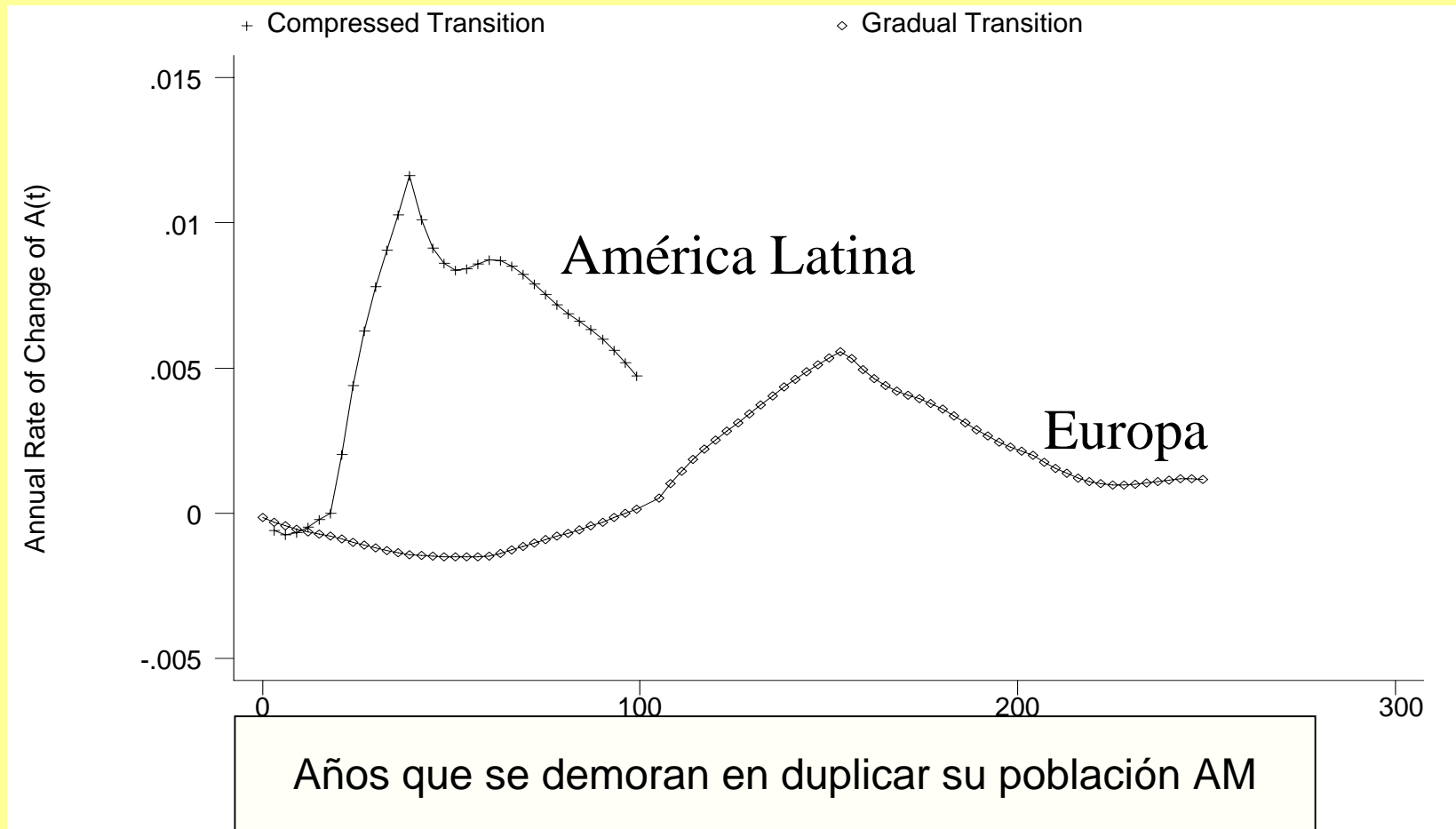
¿Por qué una Política Pública en Salud para las personas mayores?

1. Porque aumentó el contingente y el porcentaje de las personas mayores
2. Por recomendaciones internacionales
3. Salud: son diferentes a los jóvenes
4. Porque hay evidencia de que vale más la pena actuar que sólo observar
(funcionalidad y calidad de vida)

Aumentó el contingente de personas mayores

- Qué ocurre en Latino-América
- Qué ocurre en Chile

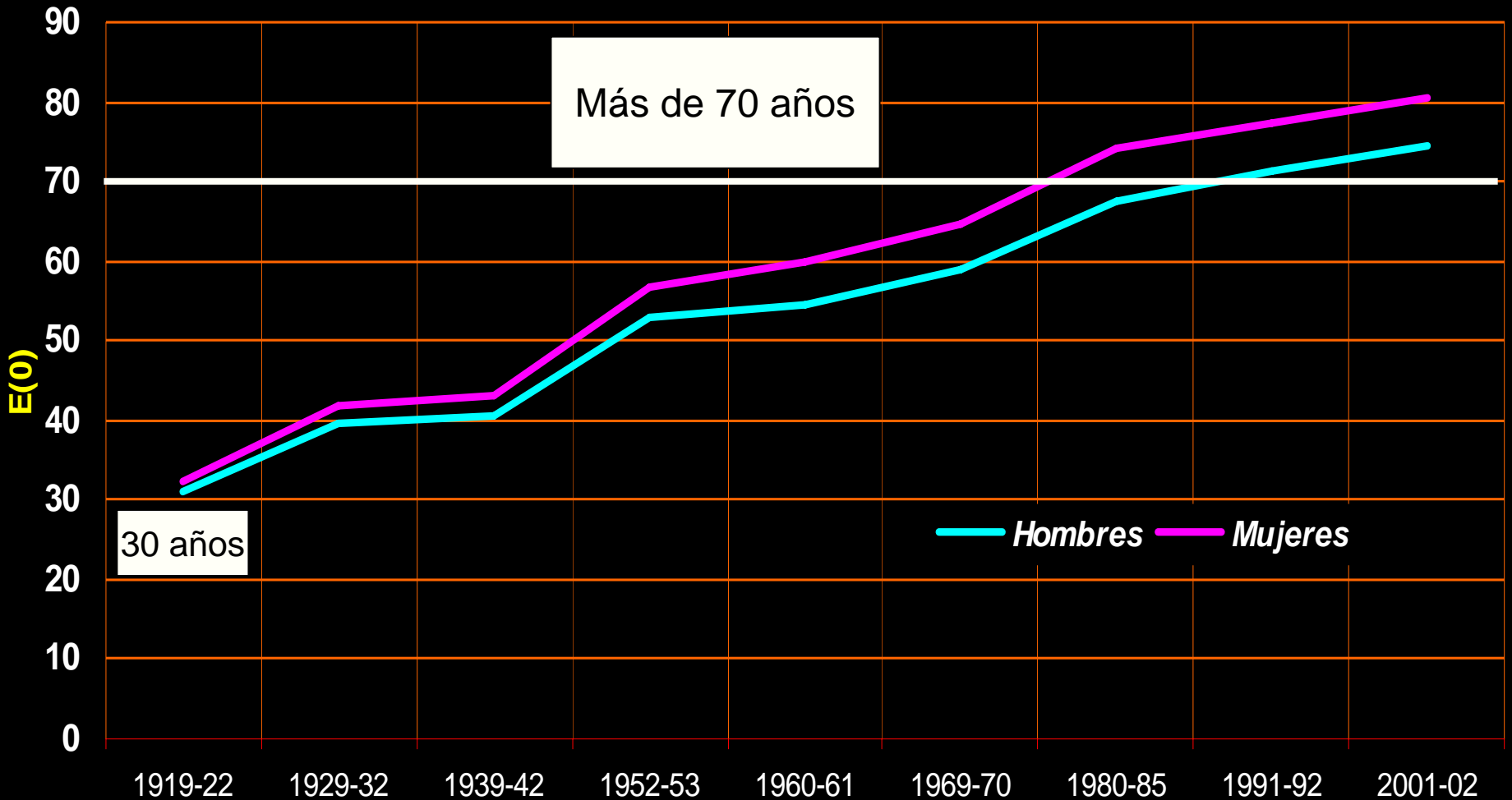
L.A. = más rápido que Europa



¿Qué pasa en Chile?

¿Vivimos mas años?

Chile: esperanza de vida al NACER, 1912 al 2002



Fuente: INE La mortalidad en Chile según tablas de mortalidad por sexo. 1919-2002

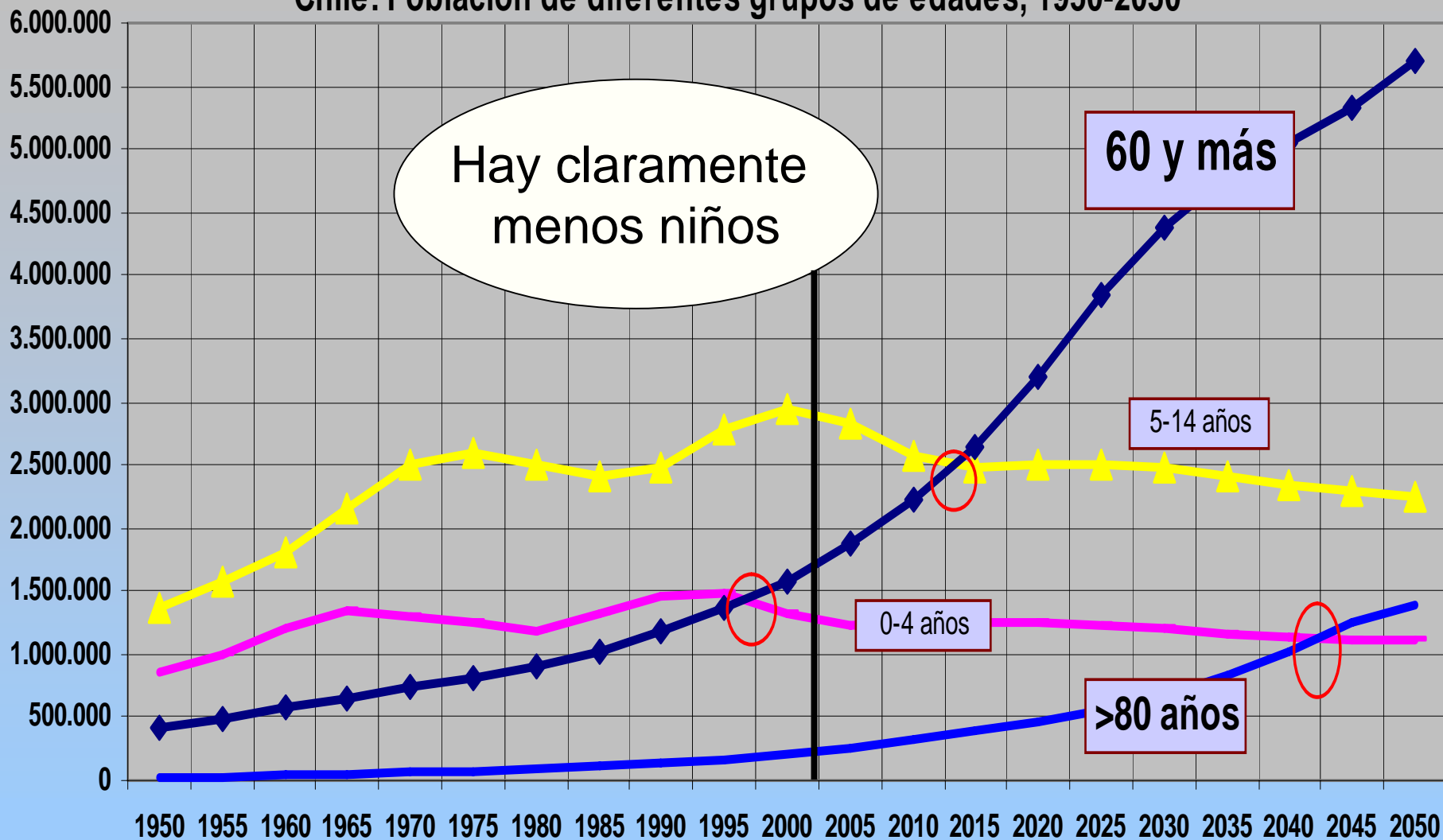
Esperanza de Vida

a los 60 años = 22 años
y a los 80 años = 9 años



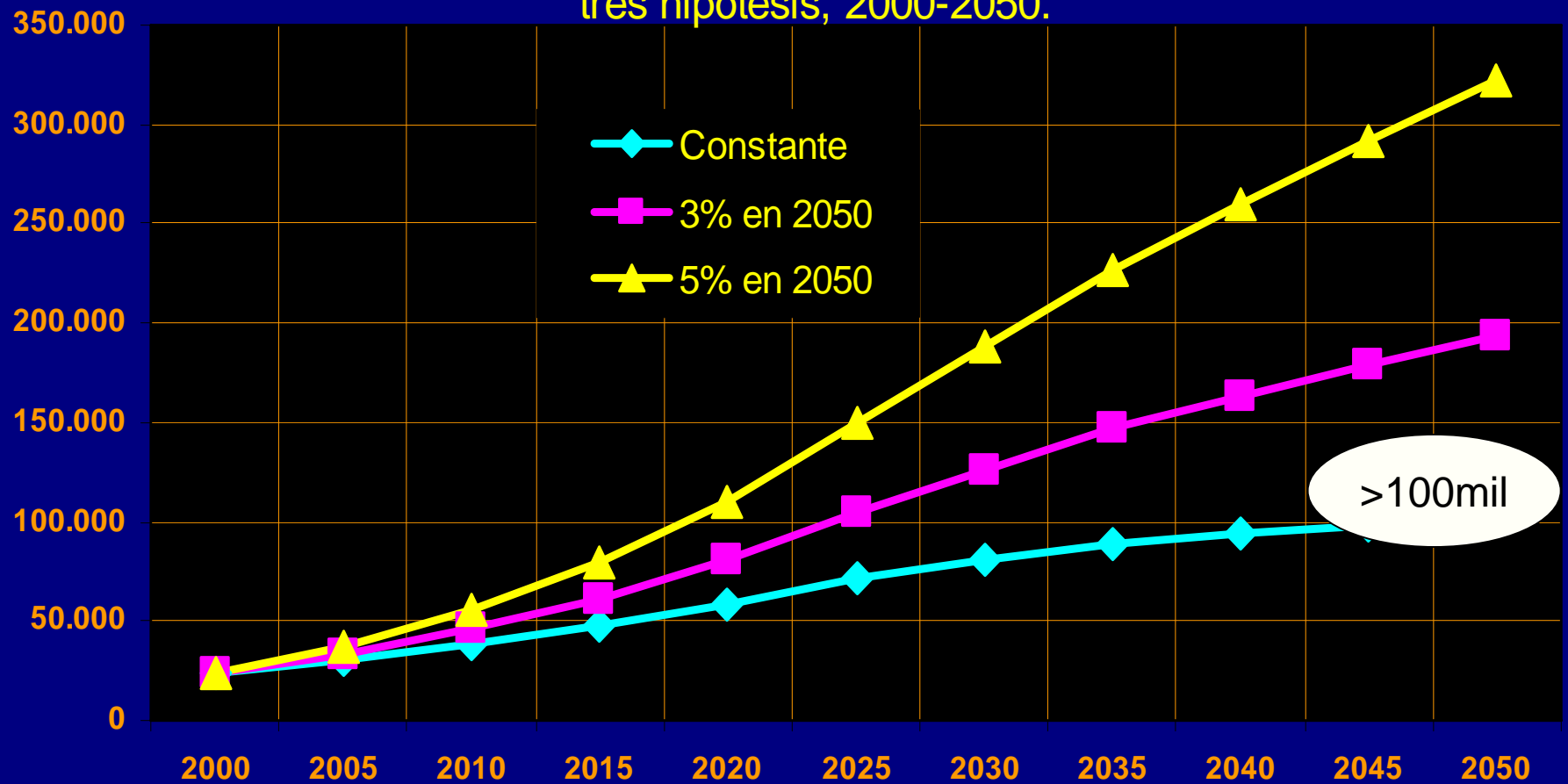
Fuente: INE. La mortalidad Chile según tablas de mortalidad por sexo. 1919-2002

Chile: Poblacion de diferentes grupos de edades, 1950-2050



Fuente: INE-CELADE. Proyecciones de poblacion 1950-2050

CHILE. Número estimado de personas mayores insitucionalizadas con tres hipótesis, 2000-2050.



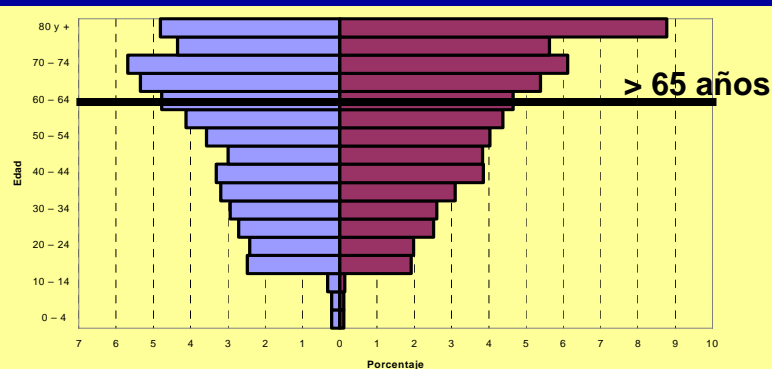
Fuente: PP Marín, JM Guzmán - Rev Médica Chile 2004

Salud de las personas mayores en Chile

¿Son los nuevos
“clientes”?

Altas Hospitalarias en Sector Público

Proyecto Fondef UC



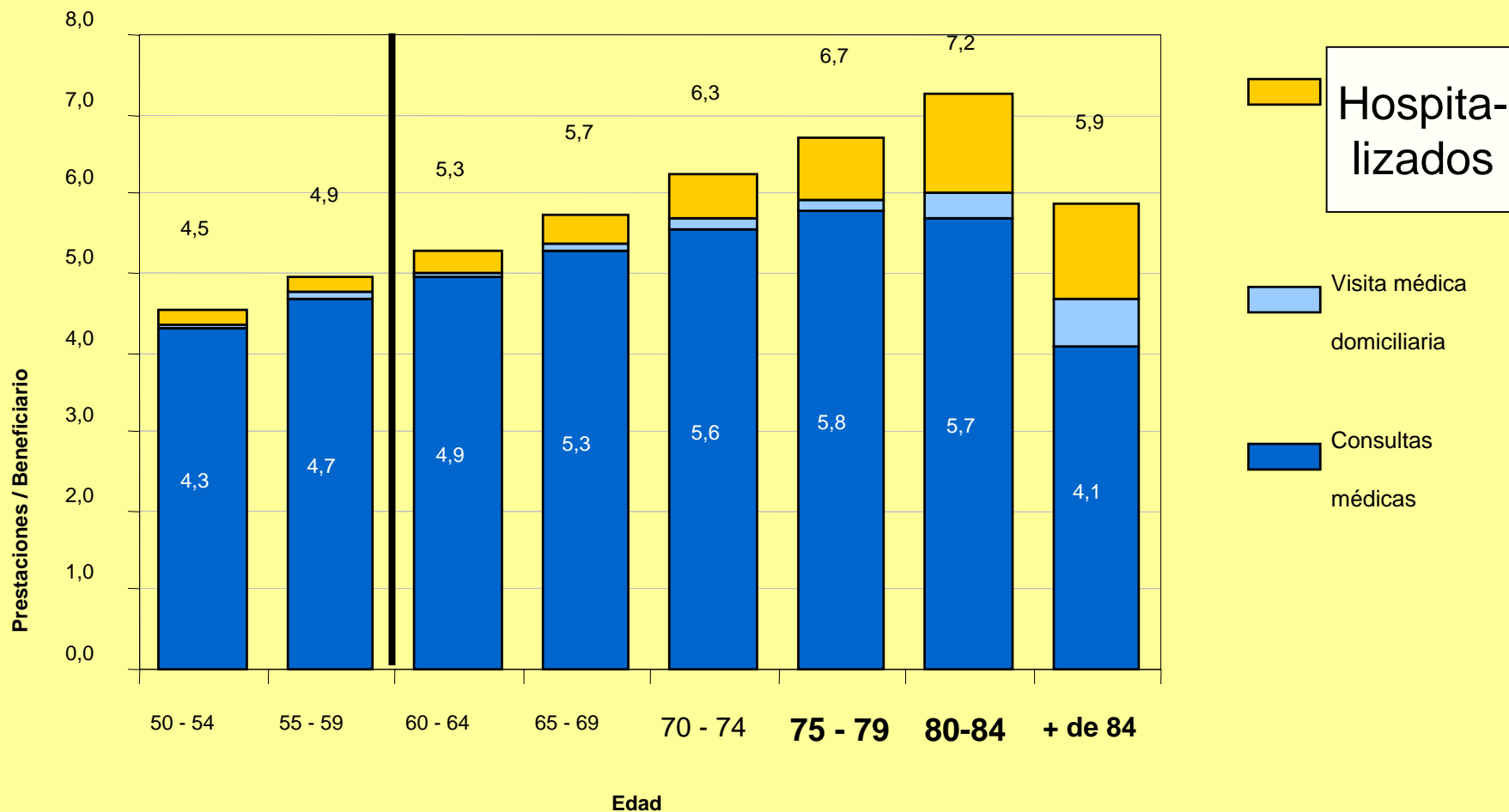
Hospital C

Centro Geriatria
Centro Colab

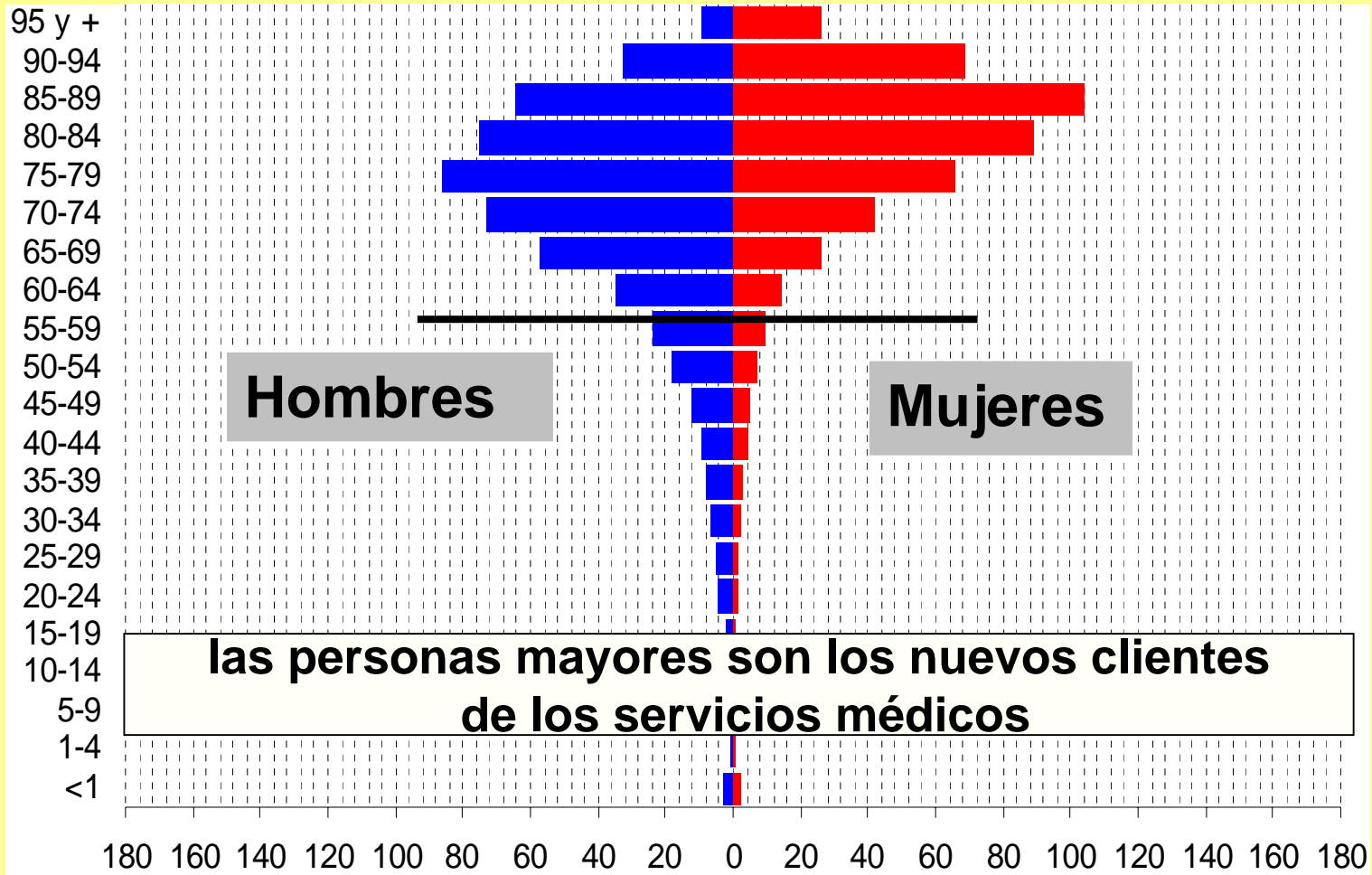
En nuestro país las personas mayores ya son los nuevos usuarios de los Servicios Hospitalarios públicos

Dr. G Bastias - UC

ISAPRES 2003: Tipo de atenciones por edad



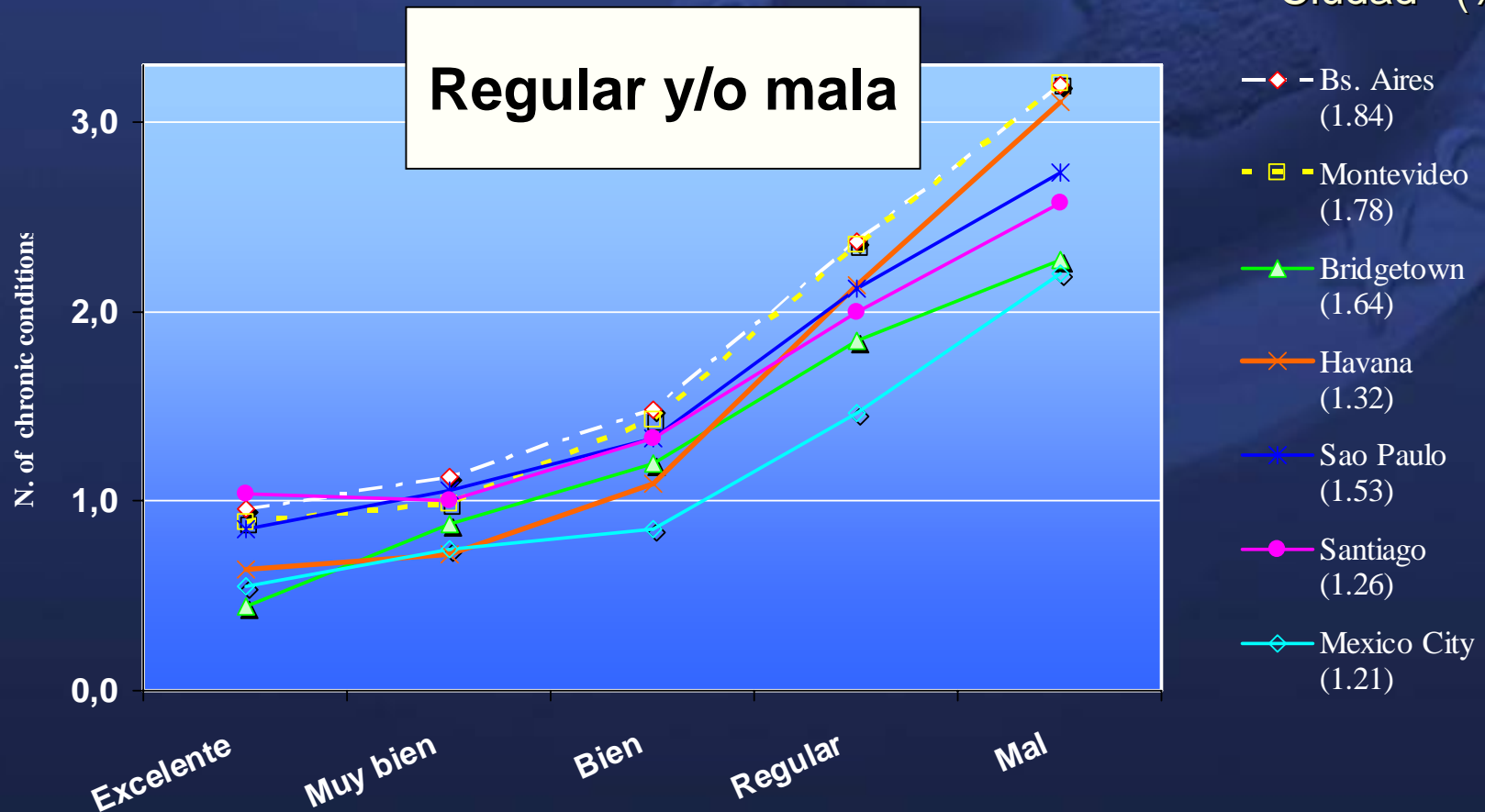
Mortalidad (todas las causas) por sexo y edad por 1.000 fallecidos, 2002



Estudio SABE en 7 ciudades LA

Autopercepción de Salud

Ciudad (%)



fuelle: SABE- 2000 – OPS



Pan American Health Organization 2006

¿Por qué una Política en Salud?

1.- Aumentó el Número

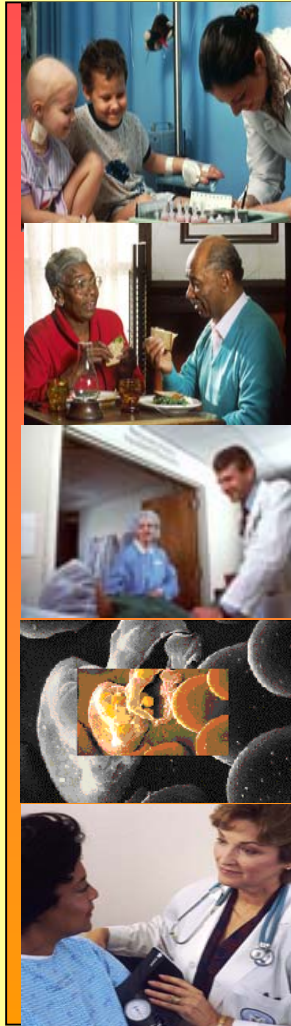
- Son más – en menos tiempo – más envejecidos
- Pero tenemos una ventana de oportunidad para actuar
- Hay un impacto médico-social-familiar = desafío Político

2.- **Porque hay recomendaciones internacionales**

Recomendaciones de los organismos internacionales

- OPS – Organización Panamericana de Salud
- OMS – Organización Mundial de la Salud (1959)
- EU - Unión Europea
- IAGG - Asociación Mundial de Gerontología y Geriatria
- Asamblea Mundial del Envejecimiento 2002

OPS: Longevidad y sus Retos



Desigualdad Social y en Salud

Envejecimiento Poblacional

Condiciones Crónicas

Enfermedades Emergentes y Reemergentes

Discapacidad



Envejecimiento Activo

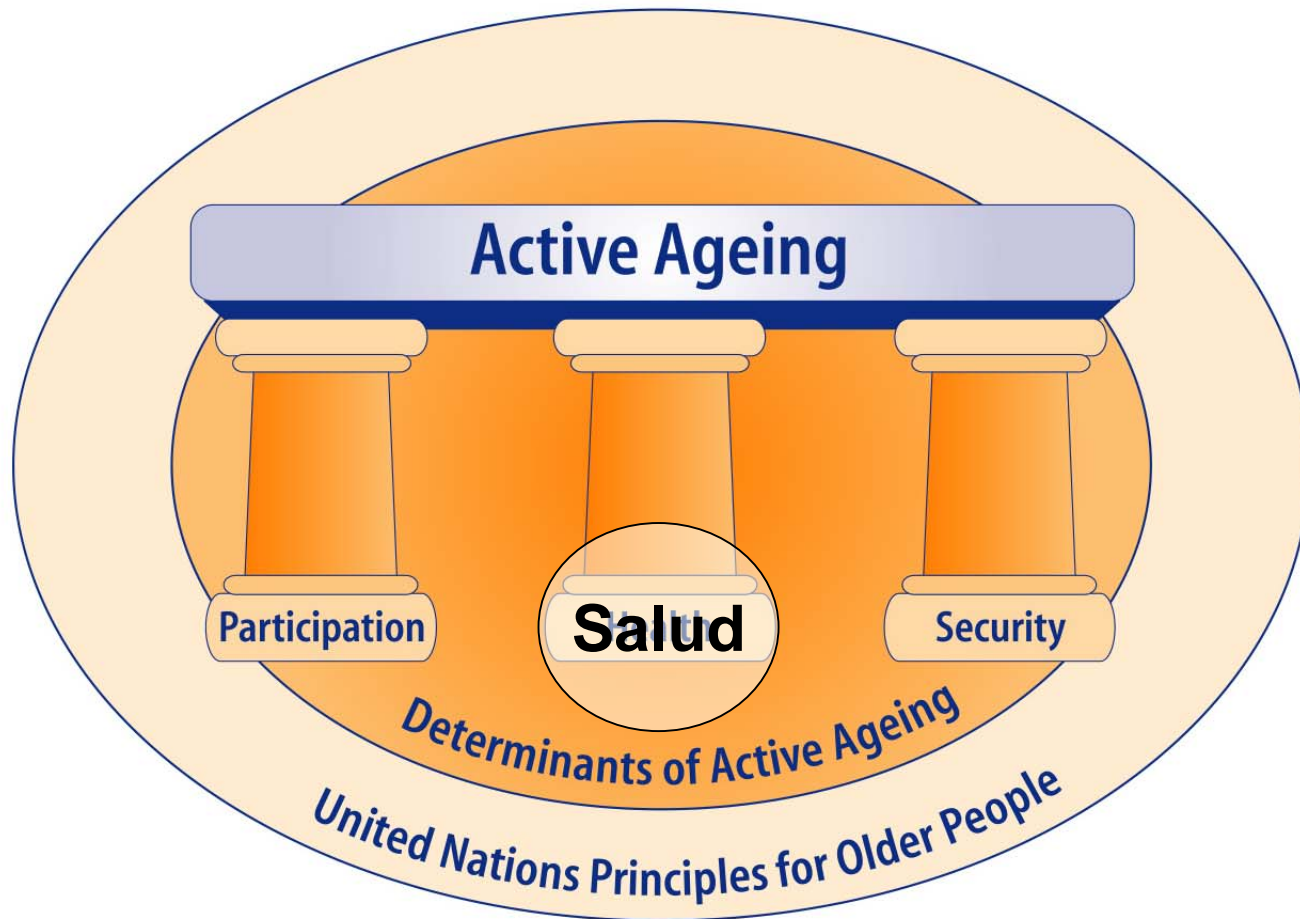


OMS

WHO – Kobe 2002



Los tres pilares del Envejecimiento Activo



Unión Europea

- La Geriatria nace en UK en 1940 (67 años)
 - servicios geriátricos integrales en todos los hospitales con nexos comunitarios fuertes y equipos multiprofesionales
- Actualmente la Geriatria es una especialidad médica reconocida en UE y muchos otros países
 - UEMS están homologando sus especialistas
 - EUGMS especialistas en Geriatria
 - *“aims to develop geriatric medicine in the states of the European Union, to support availability of geriatric services to all European citizens and to promote education, continuing professional development and high quality evidence-based geriatric medicine”*

Asamblea Mundial - IAGG

- Asamblea Mundial del Envejecimiento 1982 Viena y 2002 Madrid
 - Plan de Acción internacional y Estrategia Regional en LA - 2003 CEPAL
- La IAGG- Asociación Mundial de Geriátría y Gerontología - nace en el año 1950
 - <http://www.iagg.com.br/webforms/index.aspx>

¿Por qué una Política en Salud?

1. Números + la ventana de años y una oportunidad para actuar
2. Por las numerosas indicaciones internacionales y lo que está ocurriendo en la Unión Europea, Canadá y otros países

Chile ya tiene una

Política Nacional para el Adulto Mayor y una Política de Salud

Política Nacional para el Adulto Mayor

- de las tres áreas prioritarias:
 - la biológica (médica), psicológica y social
 - definidas como interactuantes y por lo tanto en las acciones y medidas a realizar
- la biológica o médica ha tenido un ritmo de ejecución más lento que las otras dos

**Reevaluación del método
por el cual se concibe,
se organiza
y se ofrece
la atención sanitaria
para las personas mayores**

Atención sanitaria para las personas mayores

- Está claramente demostrado que el modelo clásico de atención médica, útil en población adulta, fracasa cuando se aplica de manera automática a los AM
- Hay experiencias con otros grupos de población con necesidades diferenciales y específicas de asistencia sanitaria.
 - P. Ej. La salud infantil y de manera destacada en aquellos que nacen con bajo peso.

Área de Salud de personas mayores

- Porque son diferentes a los jóvenes
- Porque aumentan más los >75 años – son los “actuales clientes” ambulatorios y hospitalizados
- Porque desarrollan limitaciones – consumen más fármacos – se enferman más
- Porque responden a las intervenciones médicas
- Requieren cuidados prolongados
- Porque responden a la educación y al autocuidado
- **Porque se sabe como actuar con eficiencia**

Redefinición de la Política sanitaria

- Efectividad y costos
- Medios de soporte y aplicación
- Prevención y autocuidado
- Asistencia a largo plazo o prolongado
- Coordinación del servicio e integración
- Función del hospital
- Conexión de la asistencia de enfermos físicos y mentales
- Calidad de la asistencia
- **Formación de recursos humanos en Geriatria**

Redefinición de la Política sanitaria

- Capacitación de recursos humanos
 - Formación de especialistas en Geriatria
- Servicios integrados y continuados
 - Abanico de servicios comunitarios - hospitalarios- institucionalizados
 - Focalizados en la funcionalidad física y mental
- Financiación
- Decisión política

Hoy nadie desarrollaría una Política Salud para niños o mujeres
sin servicios propios para ellos
sin especialistas y equipos de salud capacitados

Recursos Humanos

- uno de los aspectos más relegados ha sido la formación de recursos humanos especializados o sea Geriatras
 - a pesar que estos se encuentran entre los objetivos específicos de la misma PNAM y guardan estrecha relación con las acciones de prevención, atención y prestación de salud para este grupo etario.
 - No es lo mismo los Diplomados u otros
- equipos de atención multiprofesionales

Geriatras = recomendaciones

- Internacional UK, Costa Rica, España y otros
 - Uno por 5mil /> de 60 años
 - Uno por 10mil/ > de 65 años
 - Uno por 4mil/ > de 75 años
 - **Se estiman necesarios 250 Geriatras en Chile**
- CONACEM - 2004 reconoció la especialidad de Geriatria en Chile
 - como una sub-especialidad de la Medicina Interna (3 años MI + 2 años Geriatria)
 - **Hay menos de 20 Geriatras en Chile**

Se sabe como actuar

- España – SEMEG
 - Baztan JJ, Suarez F, Garcia FJ. “Informe sobre las necesidades de unidades geriátricas como parte de los recursos especializados para personas mayores”
 - Rodriguez L, Solano JJ. “Bases de la atención sanitaria al anciano”
- Chile
 - “Los desafíos actuales del adulto mayor: cambiando la visión negativa de la tercera edad” 2005, Facultad de Medicina UC -CIEDES- Colmena Golden Cross
 - PP Marín. (Artículo Especial) Rev. Médica de Chile Marzo 2007;135:392-98

Servicios Geriátricos

- Mantener la salud de los AM y crear los *Servicios de Geriatría para cubrir las necesidades de asistencia médica continuada*, constituye uno de los hechos más importantes de política pública con el que se enfrentan las naciones de todo el mundo.
- Los actuales programas y formas de prestación de servicios médicos deben modernizarse en los conceptos geriátricos para no discriminar a los AM.

Servicios de Geriatría

- Ya fueron testeados (“medicina basada en evidencia”)
- **Deben respetar las siguientes líneas maestras:**
 - servicios integrados y que se desarrollen simultáneamente
 - prevención y promoción masiva para lograr un “envejecimiento saludable” en la mayoría de la población
 - atención de salud ambulatoria
 - atención geriátrica hospitalaria para los casos agudos
 - implementación de unidades de recuperación geriátrica funcional (media estancia) y
 - del desarrollo de atención prolongada en domicilio y en instituciones

¿Qué falta para desarrollar
los Servicios y formar
Geriatras?

Financiación
y
Decisión Política

Financiación

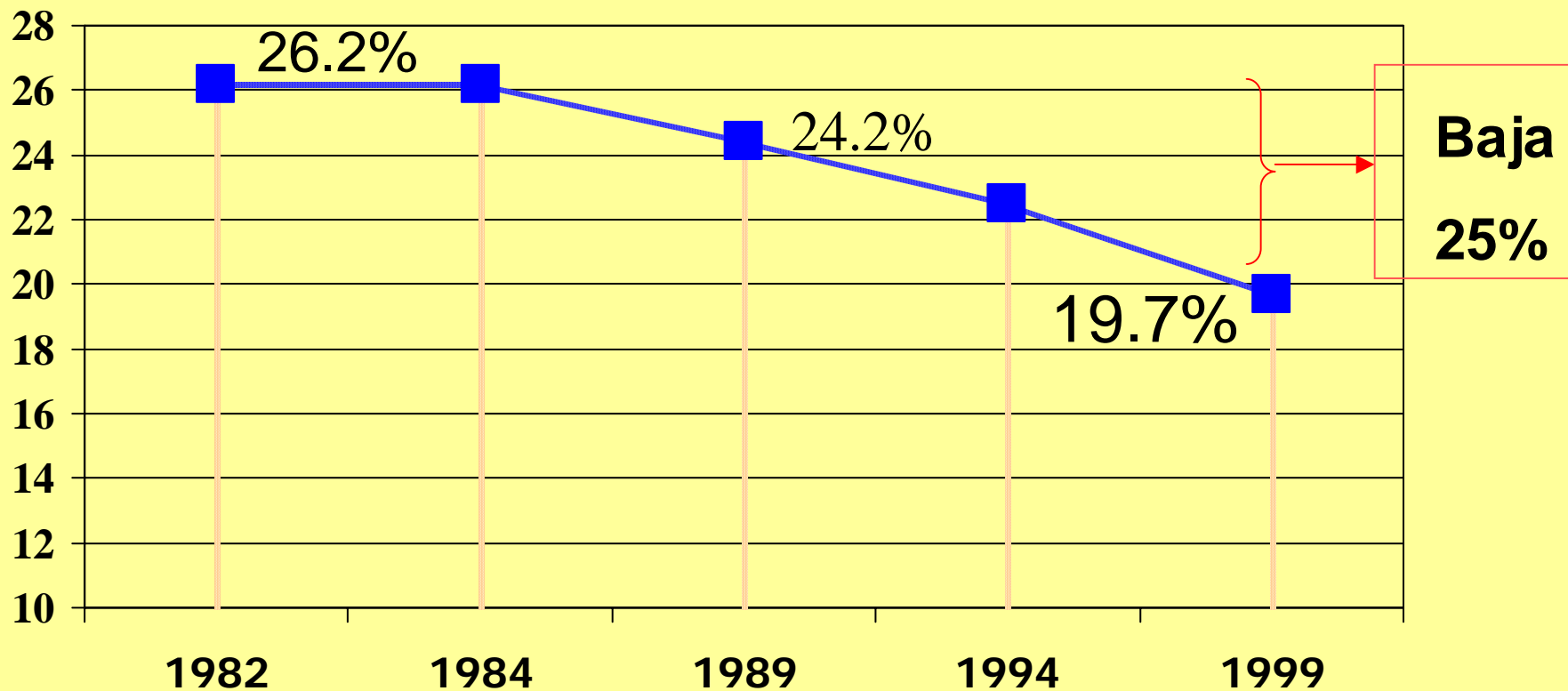
- Los costos deben considerar como inversión y no como gasto
- *El no hacer nada lleva aparejado muchos más costos a medio largo plazo que los que la intervención genera a corto plazo,*
 - Esto se ignora en los modelos económicos al uso.
 - El coste de oportunidad de la no intervención es pues muy elevado.

Financiación

- Los AM son, hoy en día, los nuevos clientes o usuarios de los servicios de salud y ellos concentran la mayor mortalidad y grados de dependencia.
 - Esto es un hecho real, como también que es posible reducir las tasas de discapacidad y por lo tanto los gastos innecesarios.
- En los países más envejecidos se demostró que es más barato intervenir que sólo observar el proceso de envejecimiento ya que se transforma en patológico y discapacitante = más caro.

USA Mayores de 65 años con Discapacidad

1999 National Long-Term care Survey. USA
PNAS, 2001



Resumen

1. Sabemos que se envejece según como se ha vivido
2. Las personas mayores responden a las indicaciones de salud (promoción y prevención),
3. Siempre es posible hacer algo útil por esta población
4. Ellos requieren un abanico de Servicios Geriátricos y médicos Geriatras para atenderlos cuando corresponda.
5. No olvidemos que les debemos mucho a los AM, ya ellos fueron los encargados de lograr el desarrollo actual del país.
6. El peor escenario (costo económico y familiar-social) es solo observar el proceso y no aprovechar la ventana de años que tenemos para actuar.
7. Hoy se sabe como actuar

Conclusiones

**Hoy día sería discriminatorio
negar las atenciones de salud
solo por el hecho de ser “viejo”
o que
se brinden en lugares no apropiados para ellos
sobretudo
si además el personal no está capacitado
y no hay especialistas Geriatras
para atender a los casos más complejos.**

Muchas Gracias



Dr. Pedro Paulo Marín Larraín