



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

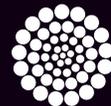
COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

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



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA
REALIDADES Y PREVISIÓN PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS
DOCUMENTO DE POSTURA



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2013-2014

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente

Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero

Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta

Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas
del CL Aniversario de la Fundación
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General

Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

Dr. Emilio García Procel[†]

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

Dr. Germán Fajardo Dolci



150 AÑOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

REALIDADES Y PREVISIÓN PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS

DOCUMENTO DE POSTURA

Editores:

Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo

María del Carmen García Peña

Javier Enrique Jiménez Bolón



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

DERECHOS RESERVADOS © 2014, por:
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



Intersistemas, S.A. de C.V.
Aguilar y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

Envejecimiento y dependencia.

Realidades y previsión para los próximos años, primera edición

Colección: Documentos de Postura

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-483-5



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez

Dirección editorial

Dra.(c) Rocío Cabañas Chávez

Cuidado de la edición

LDG Edgar Romero Escobar

Diseño de portada

LDG Marcela Solís

Diseño y diagramación de interiores

DCG Marco A. M. Nava

Coordinación de proyectos

J. Felipe Cruz Pérez

Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Editores

Dr. Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo

Médico por la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle
Medicina interna por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán
Médico Especialista en Geriátría por la Universidad de Grenoble,
Francia y un Master en gerontología social
Maestría en Biología del Envejecimiento en la Universidad de París VII
Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad de Burdeos
Director General del Instituto Nacional de Geriátría
[6]

Dra. María del Carmen García Peña

Médica Cirujana, UNAM, Especialista en Medicina Familiar
Maestra en Ciencias Médicas, UNAM
Doctora en Salud Pública y Políticas en Salud, Universidad de Londres
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II
Académica Numeraria, Academia Nacional de Medicina
Jefa de la Unidad de Investigación Epidemiológica
y en Servicios de Salud, Área Envejecimiento, IMSS
[3]

Act. Javier Enrique Jiménez Bolón

Actuario por la Universidad Nacional Autónoma de México
Especialidad en Encuestas por Muestreo, Instituto de Estadística de España
Especialidad en Mercadeo Social, Centro para el Desarrollo Social de Chicago
Profesor Investigador Titular C/Consejero Académico/Consejero Colegiado
Miembro del Grupo Interdisciplinario de Estudios
sobre el Envejecimiento, GIESEN
Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
[2]

[Los números entre corchetes refieren los capítulos de los autores, escritos por ellos mismos o en coautoría.]

Colaboradores

Dra. Marcela Agudelo Botero

Administradora en Salud
Maestra en Demografía
Doctora en Estudios de Población
Investigadora en Ciencias Médicas “C” del Instituto Nacional de Geriátría
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (candidata)
[1]

M. en C. Julio César Campuzano Rincón

Médico Cirujano

Maestro en Salud Pública, Doctor en Epidemiología,
Investigador CISP, Instituto Nacional de Salud Pública

[3]

M. en C. Héctor Gómez Dantés

Médico Cirujano, Facultad de Medicina, UNAM

Especialista en Epidemiología, Secretaría de Salud

Maestría en Medicina Comunitaria, por la London School of Hygiene
and Tropical Medicine, Universidad de Londres

Maestría en Ciencias de la Salud, Escuela de Higiene y Salud Pública,
Johns Hopkins University

[3]

VI

Dr. Jesús Alberto López Guzmán

Médico cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara

Especialista en Medicina Interna, UNAM

Especialista en Medicina Geriátrica y Profesor de Geriátrica, UNAM

Socio titular de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna.

Miembro activo del Colegio Nacional de Medicina Geriátrica, A. C.

[6]

Dra. Mariana López Ortega

Doctora en Salud Pública y Políticas de Salud

por la London School of Hygiene and Tropical Medicine

Maestra en Políticas Públicas por la Universidad de Chicago

Licenciada en Relaciones Internacionales por la Universidad Iberoamericana

Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriátrica

Institutos Nacionales de Salud, México

[2]

M. en C. Rafael Lozano

Director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

[3]

Dr. Raúl Hernán Medina Campos

Médico por Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle

Especializado en Medicina Interna y Geriátrica en el Instituto Nacional
de Ciencias Médicas y Nutrición con aval de la UNAM

Certificado por los Consejos Mexicanos de Medicina Interna y Geriátrica

Maestría en Vitalidad y Envejecimiento por la Leyden Academy on Vitality
and Ageing, Universidad de Leyden, Países Bajos

Investigador en Ciencias Médicas "A", Instituto Nacional de Geriátrica

[1, 4]

Dr. Óscar Rosas Carrasco

Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna y Geriátría
Maestría en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, UNAM
Investigador en Ciencias Médicas “C” Instituto Nacional de Geriátría
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I
[3]

Dr. Sergio Sánchez García

Cirujano Dentista y Especialista en Salud Pública Bucal
Maestro y Doctor en Ciencias, Facultad de Odontología, UNAM
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I
Profesor de la Facultad de Odontología, UNAM
Investigador Titular A. Unidad de Investigación en Epidemiología y Servicios
de Salud Área Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS
[3]

Dra. Diana Vanegas Farfano

Especialista en Medicina Interna y Geriátría
Representante del Colegio Nacional de Medicina Geriátrica, A. C.
[5]

VII

Agradecimiento a

Mtra. Norma Angélica Carmona Cisneros
Coordinadora de Proyectos,
Instituto Nacional de Geriátría

CONTENIDO

Presentación.....	XIII
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
Prólogo.....	XV
<i>Leobardo C. Ruiz Pérez</i>	
Introducción.....	XIX
<i>María del Carmen García Peña, Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, Raúl Hernán Medina Campos</i>	
1. Dependencia de las personas adultas mayores	1
<i>Marcela Agudelo Botero Raúl Hernán Medina Campos</i>	

La dependencia es una noción compleja que no debe acotarse de manera exclusiva a la pérdida de funcionalidad, ya que se extiende a otros ámbitos: económico, social, psicológico, entre otros. Tampoco debe equipararse a una consecuencia indefectible de la edad cronológica. El reto mayor es lograr que las personas, además de vivir más años, lo hagan con la mejor calidad posible.

<i>Introducción</i>	1
<i>Definición de dependencia</i>	3
<i>Tipos de dependencia</i>	4
Dependencia funcional.....	5
Dependencia económica.....	9
Dependencia psicológica.....	11
Dependencia social.....	12
<i>Marco conceptual de la dependencia</i>	15
<i>Deterioro funcional, discapacidad y dependencia</i>	15
La dependencia en el ciclo de vida y los determinantes sociales	16
Autonomía, derechos humanos y ética	19
<i>Conclusiones</i>	21

2.	Dependencia y cuidados de largo plazo	29
----	---	----

Mariana López Ortega
Javier Enrique Jiménez Bolón

En este capítulo se ofrece un panorama de los cuidados de largo plazo y su caracterización en México, incluidos los cuidados formales e informales. Se presenta una vista de conjunto de la limitación funcional, sensorial y mental en los adultos mayores en el país, y la dependencia asociada con estas limitaciones. Asimismo, se plantea la necesidad apremiante de diseñar e implementar servicios de cuidados de largo plazo, en especial en lo referente a la atención domiciliaria.

<i>Introducción</i>	29
<i>Definición de cuidados de largo plazo y sus modalidades</i>	29
<i>Modalidades de sistemas de cuidados de largo plazo</i>	32
<i>Relación entre dependencia y cuidados de largo plazo ...</i>	36
<i>Diagnóstico sobre funcionalidad y dependencia en adultos mayores mexicanos.....</i>	38
<i>Situación de los cuidados de largo plazo para adultos mayores en México.....</i>	42
<i>Cuidados informales.....</i>	43
<i>Cuidados formales.....</i>	52
<i>Conclusiones</i>	58

X

3.	Escenarios de la dependencia en México	63
----	--	----

Héctor Gómez Dantés, María del Carmen García Peña, Sergio Sánchez García, Óscar Rosas Carrasco, Julio César Campuzano Rincón, Rafael Lozano

Los adultos mayores hoy emergen y se han hecho visibles como un grupo de presión social y política. El crecimiento de este grupo etario está transformando la estructura de la población económicamente activa y las tasas de dependencia. Demanda, además, la puesta en marcha de políticas y programas sociales que aborden de manera integral las condiciones de bienestar de este segmento de la sociedad, que promuevan ajustes estructurales en las instituciones de salud y en aquellas vinculadas al desarrollo social.

<i>Introducción</i>	63
<i>Transición demográfica y epidemiológica</i>	64
<i>Dependencia funcional y enfermedades crónicas</i>	67
<i>Estrategias enfocadas en la atención de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo</i>	70
<i>Estudio de la dependencia funcional a través de la carga de enfermedad</i>	71
<i>Conclusiones.....</i>	85

4.	Experiencias internacionales en modelos de atención a la dependencia	91
----	--	----

Raúl Hernán Medina Campos

La respuesta a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia suele concretarse en forma de cuidados prolongados. En este capítulo, se presenta una revisión de las formas de abordar la atención a la dependencia desde las estructuras del Estado de: España, Reino Unido y Canadá, con énfasis en los servicios de salud y, en los casos pertinentes, en la contribución de otros sectores, en especial el sector social.

<i>Introducción</i>	91
<i>Modelos de atención a la dependencia: generalidades</i>	92
Estructura, financiamiento y provisión de servicios	92
Evaluación del desempeño	95
<i>España</i>	96
Antecedentes y marco jurídico	96
Estructura y financiamiento	96
Beneficios	97
Elegibilidad	98
Desempeño	99
<i>Reino Unido</i>	99
Antecedentes y marco jurídico	99
Estructura y financiamiento.....	100
Beneficios	101
Elegibilidad.....	101
Desempeño	102
<i>Canadá</i>	102
Antecedentes y marco jurídico	102
Estructura y financiamiento.....	103
Beneficios	104
Elegibilidad.....	104
Desempeño	104
<i>Conclusiones</i>	104
5. Prevención de la dependencia	109
<i>Diana Vanegas Farfano</i>	

La atención al adulto mayor representa un reto especial para el personal de salud y los gobiernos, puesto que deben tenerse consideraciones acerca de la necesidad de atención integral en los ámbitos de salud física, mental, social y económica. Gran parte del trabajo futuro en prevención de la dependencia inicia con el cambio de paradigmas fuertemente arraigados, para visualizar al adulto mayor como un individuo que tiene derechos y es capaz de ser productivo, participativo y autónomo.

<i>Importancia de la prevención de la dependencia</i>	109
Retos para la prevención	110
<i>Estrategias para prevenir la dependencia</i>	113
El contexto jurídico	113
Elementos a considerar para la prevención	115
<i>Dependencia funcional (física y mental)</i>	116
Dependencia económica.....	120
Dependencia psicológica	121
Dependencia social.....	122
Características del sistema ideal para prevenir la dependencia	124
Consideraciones sobre la inversión en recursos	125
Otras acciones para la prevención de la dependencia ...	132
<i>Áreas de oportunidad en investigación</i>	133
<i>Indicadores para seguimiento y evaluación</i>	134
<i>Conclusión</i>	136

6. La ruta para abordar el reto de la dependencia en México	141
---	-----

Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo

Jesús Alberto López Guzmán

Es necesario transformar la concepción de lo que significan el envejecer y la dependencia, para ayudar a la gente que envejece a vivir vidas con calidad. Para tal efecto, en este capítulo se señalan los elementos clave para la construcción de un sistema de salud y de cuidados a largo plazo, preparado para el envejecimiento de la población y para reducir la demanda futura de cuidados. Se plantean los principales retos, desde el desarrollo de un concepto de dependencia, hasta los que atañen a los ámbitos de política pública, salud y desarrollo de servicios.

XII

<i>Lo que sabemos</i>	141
Opinión pública	142
Concepto e implicaciones de la dependencia	144
Escenario demográfico	145
Escenario epidemiológico	145
Discapacidad y dependencia	147
El costo de la dependencia	148
Cuidados institucionales	148
Cuidados en el hogar	149
Experiencias en otros países	150
<i>Lo que necesitamos saber</i>	153
El contexto demográfico y epidemiológico presente y futuro.....	153
La necesidad de cuidados.....	154
El costo de la dependencia	155
Acciones de política pública y recursos presupuestales vigentes.....	155
<i>Los retos que enfrentamos</i>	157
Retos en el ámbito conceptual	157
Retos en el ámbito de la política pública.....	158
Retos en el ámbito de la salud.....	158
Retos en el ámbito del desarrollo de servicios.....	160
<i>Lo que tenemos que hacer</i>	162
Orientación estratégica	163
La prevención de la dependencia	167
El desarrollo de programas y servicios	168
La planificación del modelo de atención para los cuidados	169
El desarrollo de la fuerza laboral necesaria	170
Modificación del entorno para propiciar una cultura del cuidado	171
El financiamiento	171
Una cultura del cuidado integral.....	172

Índice	177
--------------	-----

PRESENTACIÓN

Desde enero de 1912, la Academia Nacional de Medicina ha sido “Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal” por disposición del presidente Francisco I. Madero. A través de más de cien años ha desempeñado este papel en diferentes momentos a solicitud de diversas autoridades. A casi un siglo de haber recibido esta encomienda, la Mesa Directiva en turno, bajo la presidencia del doctor David Kershenobich, tomó la decisión de adoptar una posición proactiva que demostrase el interés de la Academia de contribuir a la solución de importantes problemas de salud pública, sin esperar peticiones expresas para hacerlo. De esta manera, entre 2011 y 2012 se elaboraron y publicaron dos documentos de postura sobre sendos problemas altamente prioritarios, dadas las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población mexicana, uno sobre envejecimiento y el otro sobre obesidad. En ese mismo periodo se inició la realización de otro sobre diabetes mellitus.

A partir del inicio de 2013 y con miras a celebrar el CL Aniversario de la Fundación de la Academia en 2014, la actual Mesa Directiva 2013-2014 decidió establecer un proyecto específico para desempeñar de manera activa y permanente el papel de órgano consultivo. Para ello se creó el Programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud (PRAP) con un importante apoyo del CONACyT, sin precedente. El propósito del PRAP es fomentar el encuentro de científicos, miembros de nuestra Corporación, pero también de otros ámbitos, para desarrollar documentos de postura que deben tener dos características: estar fundamentados en la evidencia científica sobre el tema en cuestión y hacer propuestas concretas de política pública para su solución. Por otra parte, el PRAP tiene dos grandes subprogramas: Problemas de salud y Problemas del sistema de salud. En torno a estos dos grandes ámbitos versan todos los documentos producidos.

Como resultado del trascendente financiamiento del CONACyT, de la entusiasta respuesta de los académicos, de todas las personalidades que aceptaron participar en la elaboración de estos documentos y con objeto de dar el merecido realce a la celebración del sesquicentenario, en el periodo correspondiente a esta Mesa Directiva habrán de ser publicados cerca de 20 Documentos de Postura, un hecho inédito en la historia de la Academia. El que tiene usted en sus manos es un claro testimonio de ello. De esta manera, la Academia Nacional de Medicina no sólo cumple a cabalidad el encargo presidencial de 1912 sino que, además, demuestra una actitud responsablemente proactiva y un alto compromiso con la salud de la nación mexicana.

Enrique Ruelas Barajas

Presidente

PRÓLOGO

El presente libro forma parte de la serie de textos que con motivo del 150 Aniversario de la Academia Nacional de Medicina se han editado para celebrar y honrar 15 décadas del avance de la medicina en México.

En este desarrollo histórico, el proceso de envejecimiento y sus consecuencias han sido motivo de debate y discusión académica y política, y cada vez con mayor frecuencia en años recientes. Hasta hace pocas décadas el envejecimiento era visto como un tema ajeno a la realidad del país, dominado por tasas aceleradas de fecundidad, desnutrición y mortalidad infantil. Sin embargo, en un corto periodo, el panorama se ha transformado de manera radical. México y otros países de Latinoamérica experimentan un acelerado proceso de cambio demográfico que, aunado a la carga de enfermedades crónicas y la dependencia, se constituye en uno de los retos sociales, económicos y de salud más importantes por enfrentar.

Esta es una de las razones por las cuales la Academia Nacional de Medicina de México, en su papel de órgano consultor del gobierno federal, ha considerado que el envejecimiento y sus secuelas son temas que tienen importantes consecuencias en el sistema de salud y, por lo tanto, deben ser juiciosamente analizadas. El objetivo del texto es presentar por primera vez un acercamiento al análisis de una de las consecuencias de envejecer: la dependencia. La dependencia relacionada con envejecimiento se ha estudiado desde fines de los años sesenta del siglo anterior. Sin embargo, y a pesar de la investigación existente, el término aún fluctúa entre un concepto abrumador y negativo, pero también como algo que forma parte del proceso normal de envejecer. Los seis capítulos que integran el libro darán cuenta de esta y otras tantas disyuntivas.

Es relevante mencionar que los editores y el grupo de autores acordaron un proceso de construcción del texto. Una primera y afortunada decisión fue integrar un grupo de expertos, nacionales e internacionales para que discutieran, en el seno de un selecto grupo

de invitados, conceptos, variables determinantes y experiencias de política pública, entre otros. Los días 3 y 4 de diciembre de 2013, ocho investigadores nacionales y siete extranjeros que provenían de España, Reino Unido, Francia, Canadá, Chile y Estados Unidos analizaron cinco ejes temáticos que incluyeron marco conceptual, diagnóstico de dependencia, marco jurídico, financiamiento, cuidados a largo plazo y prevención.

El intercambio de experiencias y la discusión tanto de las oportunidades como de las dificultades del tema dieron lugar a la integración del texto. Agudelo Botero y Medina Campos presentan en el primer capítulo los conceptos e implicaciones de la dependencia. La distinción clara entre pérdida de la funcionalidad, discapacidad y dependencia es fundamental y explican además la naturaleza multidimensional y multiconceptual de la dependencia. Se define con exactitud lo que es la dependencia funcional, en sus dos componentes, física y mental, pero también se analiza la dependencia económica, psicológica y social. Aunque el capítulo señala el peso de cada una de estas dimensiones, enfatiza que el texto se concentrará en la dimensión funcional de la dependencia. Este capítulo analiza además los determinantes de la dependencia, la importancia de promover la autonomía y las implicaciones éticas del término.

En el Capítulo 2, López Ortega y Jiménez Bolón presentan con amplitud los modelos de cuidados a largo plazo, proporcionan una definición sobre estos cuidados y los distintos servicios que los conforman. Hacen una diferencia entre cuidados informales y formales y por medio de un diagnóstico inicial sobre la dependencia funcional, analizan la carga actual y futura que esta dependencia ocasionará para los sistemas sociales y de salud en México.

En el Capítulo 3, Gómez Dantés, García Peña, Sánchez García, Rosas Carrasco, Campuzano Rincón y Lozano Ascencio presentan algunos datos que sustentan el cambio demográfico y epidemiológico del país a expensas del descenso en las tasas de fertilidad, el incremento en la longevidad y la reducción de las tasas de mortalidad, fundamentalmente se centran en el análisis de carga de enfermedad. El extender el momento de la muerte no implica que los años vividos –especialmente en la última etapa de la vida– se vivan en condiciones de absoluta salud. El panorama que se muestra no es alentador, los cambios que se han presentado entre 1990 y 2010 en los patrones de diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y enfermedad vascular cerebral, entre otros, revelan un panorama para el sistema de salud con futuro complejo y dominado por necesidades de salud multicausales e interconectadas. Tendrán especial in-

terés otras enfermedades como caídas, osteoartritis, catarata y por supuesto depresión y demencia, que tienen consecuencias variables y, en algunos casos, catastróficas en el nivel de dependencia.

Medina Campos presenta en el Capítulo 4 una revisión analítica de diversos sistemas de atención a la dependencia en Canadá, Reino Unido y España y reseña el marco jurídico, los beneficios, criterios de elección y el desempeño del sistema. La presentación de estas experiencias internacionales tiene como objetivo derivar lecciones para México. Si bien el contexto cultural, social y económico es diferente, entender cómo otros países enfrentan la dependencia, qué alternativas han aplicado, cuáles han funcionado y cuál ha sido el desempeño y los resultados es, sin duda, material de invaluable apoyo para la definición de políticas públicas en nuestro país.

El libro incluye como último tema el de la prevención, desarrollado por Vanegas Farfano. Dependencia y envejecimiento no son equiparables, por lo que este libro toma la postura de que más allá del establecimiento de sistemas de atención a la dependencia, las estrategias deben centrarse en su prevención y en la preservación de autonomía. Todas las acciones que pueden centrarse en prevenir la dependencia de los adultos mayores contribuirán a la reducción de carga física, emocional, económica, psicológica y social sobre la estructura familiar y social, para lo cual, considerar la inversión en recursos humanos y en infraestructura es indispensable.

Finalmente, Gutiérrez Robledo y López Guzmán presentan en el Capítulo 6 una suma de los retos por venir y la estructura de las estrategias en el campo de lo que existe y lo que falta por hacer.

Es nuestra intención que con estos trabajos estimulemos la discusión seria, sustentada, crítica e innovadora que se requiere para este campo. Este texto seguramente motivará a nuestros lectores a continuar el análisis del concepto de dependencia, que resulta de la mayor importancia para la definición de política pública, y a participar activamente en la respuesta que nuestro país debe dar ante esta emergente necesidad. Todo ello dará al proceso de envejecimiento un sentido más humanitario con los necesarios apoyos médicos, sociales, psicológicos y espirituales que permitan a los adultos mayores una mayor inclusión en la vida comunitaria.

Leobardo C. Ruiz Pérez

Secretario del Consejo de Salubridad General

INTRODUCCIÓN

María del Carmen García Peña
Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo
Raúl Hernán Medina Campos

XIX

En México, una proporción creciente de adultos mayores vive con dependencia, que en mayor o menor grado requiere de asistencia y cuidados cotidianos frecuentemente permanentes. Este incremento en la dependencia obedece, entre otras razones, a que la esperanza de vida saludable no ha aumentado en paralelo a la esperanza de vida al nacer, lo que resulta en el incremento del periodo en que los mexicanos viven con salud deteriorada, con frecuencia representada por la multimorbilidad y fragilidad expresada finalmente por la dependencia funcional.

Los cuidados de largo plazo que requiere la población dependiente han sido históricamente transferidos de manera tácita a las redes de apoyo social, tanto familiares como extrafamiliares, principalmente a las familias de las personas dependientes. Esto impacta en términos económicos al exigir un importante gasto de bolsillo y exponer a las personas dependientes y sus familias a un gasto catastrófico en salud; pero también, en términos de salud, tanto de los dependientes como de los cuidadores; y en términos sociales, al obligar al reacomodo de las redes de apoyo y causar pérdida de oportunidades a los cuidadores, al incrementar las probabilidades de sobrecarga del cuidador, el maltrato al adulto mayor dependiente y la negligencia en la procuración de cuidados. Sin embargo, la capacidad de respuesta de las redes de apoyo es finita y previsiblemente se reducirá en los próximos años conforme se agote el bono demográfico, exigiéndonos así, una respuesta organizada de los servicios de salud y de asistencia social lo más pronto posible.

A pesar de que el fenómeno de la dependencia y el incremento en la prevalencia no es reciente y sus consecuencias son ya palpables en la sociedad, hasta ahora ha sido poco visible, y ha pasado desapercibido en la agenda de política pública de México. Más aún,

hasta fecha reciente no se disponía de información sobre la situación nacional al respecto. Datos recientes indican que el problema es de magnitud considerable y aumentará en el futuro inmediato, llevándonos a la necesidad de emprender acciones de atención y prevención a corto y largo plazos.

El Instituto Nacional de Geriátría ha considerado esta problemática como una prioridad y en los años recientes ha integrado un cuerpo significativo de conocimiento sobre la dependencia en México, que permite hacer un primer acercamiento e identificar las áreas de oportunidad para atender este problema. En un esfuerzo por llevar el foco de atención hacia la dependencia, el Instituto Nacional de Geriátría encontró eco en la Academia Nacional de Medicina y el Instituto Nacional de Salud Pública. En conjunto, estas instituciones han emprendido un camino de colaboración que llevó a la organización de un seminario y la publicación del presente libro sobre dependencia en adultos mayores en México.

La Academia Nacional de Medicina y el Instituto Nacional de Geriátría, con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública, la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área Envejecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Universidad Autónoma Metropolitana y el Colegio Nacional de Medicina Geriátrica, A. C., nombró dicho seminario: “*Dependencia en Adultos Mayores: de la experiencia internacional a la acción en México*”.

El objetivo general del seminario fue enfocar la dependencia como un asunto que requiere atención urgente desde el punto de vista de política pública. Los objetivos específicos fueron: establecer una postura conceptual como grupo de colaboración en materia de dependencia en adultos mayores; reflexionar acerca de experiencias internacionales en la atención a la dependencia, conocer experiencias en cuanto a cómo se mide y cómo se ha abordado el tema en otros países; y describir la magnitud del fenómeno de la dependencia en México.

El seminario se llevó a cabo los días 3 y 4 de diciembre de 2013 en la ciudad de México. Durante las jornadas de trabajo, expertos nacionales e internacionales en materia de dependencia realizaron un intenso intercambio académico alrededor de 5 ejes temáticos, a saber:

1. *Marco conceptual de dependencia*
2. *Estrategias y herramientas para el diagnóstico de dependencia*
3. *Marco jurídico para la atención de la dependencia*
4. *Estructura y financiamiento de la atención a la dependencia*
5. *Cuidados de largo plazo y prevención de la dependencia*

A continuación se muestra una relación de los ponentes del seminario con los temas que presentaron.

<i>Invitado</i>	<i>Semblanza</i>	<i>Presentación</i>
Sara Gloria Aguilar Navarro, MD, MSc	Presidenta del Colegio Nacional de Medicina Geriátrica, A. C.; Médico Adscrito al Servicio de Geriátria, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	El papel del geriatra en los cuidados de largo plazo y la prevención de la dependencia
Christopher Clavero Díaz, MFin	Jefe de la Unidad de Estudios Cuantitativos, Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, Chile	Diseño de un seguro social de protección a la dependencia en Chile
José Luis Fernández, PhD	Director Adjunto de Investigación en Servicios Sociales, London School of Economics, Reino Unido	Evaluación del impacto de la atención a la dependencia
		Interdependencia entre el sector salud y el social en la atención a la dependencia
María del Carmen García Peña, MD, PhD	Jefa de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento, Instituto Mexicano del Seguro Social, México	Dificultades y retos para enfrentar la dependencia en el sistema de salud mexicano
Sanjuana Gómez Mendoza, Lic. Psic.	Catedrática de Psicología, Universidad de Monterrey, México	La creación de un registro de instituciones de cuidados de largo plazo en Nuevo León
Luis Miguel Gutiérrez Robledo, MD, PhD	Director General, Instituto Nacional de Geriátria, México	Introducción a la dependencia en México
Roberto Ham Chande, PhD	Departamento de Estudios de Población, Colegio de la Frontera Norte, México	Desde la demografía hacia la dependencia funcional, económica y social
Javier Enrique Jiménez Bolón, Actuario	Profesor Investigador, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México	Prevención de la dependencia desde la política pública
Mariana López Ortega, PhD	Investigadora, Instituto Nacional de Geriátria, México	Características de la procuración de cuidados en el hogar en México
Gabriel Ricardo Manuel Lee, MD, MBA	Coordinador de Asesores, Secretaría de Salud, México	Responsabilidad en materia de atención a la dependencia en el marco de la Ley General de Salud

XXI

Continúa

Continuación

Verónica Montes de Oca Zavala, PhD
Coordinadora del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez, Universidad Nacional Autónoma de México
La construcción social de la dependencia: un enfoque desde las ciencias sociales

Karine Pérès, PhD
Investigadora, Instituto Francés para la Salud e Investigación Médica; Instituto de Salud Pública y Desarrollo, Universidad de Burdeos Segalen, Francia
Dependencia desde la perspectiva de funcionalidad y salud

Michel Raiche, PhD
Coordinador de Investigación, Centro de Investigación sobre Envejecimiento, Instituto Universitario de Geriátría de Sherbrooke, Canadá
Organización del sistema de cuidados de largo plazo en Quebec

Juan Carlos Ruíz Espíndola, Mtro. en Derecho
Director de Autorización y Registro Profesional, Secretaría de Educación Pública, México
Elementos a considerar para la creación de un marco jurídico para la atención a la dependencia en México

Antoni Salvà Casanovas, PhD
Director del Instituto de Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona, España
Integración del diagnóstico de dependencia

Retos y aprendizajes en el proceso de implementación de cuidados de largo plazo en España

Ana Luisa Sosa Ortiz, PhD
Responsable del Laboratorio de Demencias, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; Grupo de Investigación en Demencias 10/66, México
Salud mental y dependencia en el adulto mayor

Rebeca Wong, PhD
Directora, Centro Colaborador OMS/OPS sobre Envejecimiento y Salud, Universidad de Texas, Rama Médica, Estados Unidos
Trayectorias funcionales en adultos mayores mexicanos

Una vez concluidas las presentaciones y sesiones de discusión académica, se llevó a cabo un simposio en el Auditorio de la Academia Nacional de Medicina, en el que se presentaron algunas reflexiones y conclusiones sobre el seminario. En este simposio, que fue abierto al público, se contó con la distinguida participación de los doctores Karine Pérès, Antoni Salvà y Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Mención especial merece la participación del doctor John Roland Beard, director del Departamento de Envejecimiento y Salud de la Organización Mundial de la Salud, quien grabó un mensaje

dirigido a los participantes del seminario y el simposio, mismo que fue transmitido durante la inauguración del simposio en la Academia Nacional de Medicina.

Así, pues, con los insumos obtenidos a partir del seminario y la sesión efectuada en la Academia, un grupo de trabajo se concentró en procesar, integrar y analizar la información obtenida para redactar el presente texto, que es un primer análisis del tema con el objetivo primario de iniciar las acciones en pro de la disminución y prevención de la dependencia, tanto a nivel de estado como de sociedad en su conjunto, incluyendo grupos académicos y de investigación.

DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Marcela Agudelo Botero
Raúl Hernán Medina Campos

1

Introducción

1

En el presente capítulo, se aborda la dependencia de las personas adultas mayores, poniendo especial atención en los conceptos e implicaciones relacionados.

Apenas hace unas décadas era impensable prever un mundo envejecido. Las grandes decisiones de política pública y de la actuación gubernamental se centraban en las preocupaciones demográficas y epidemiológicas, con la finalidad de contribuir a la reducción de los altos niveles de fecundidad y de la mortalidad infantil, materna y perinatal, además de abatir la desnutrición y las causas infectocontagiosas.¹ Una vez que se alcanzaron bajas tasas de fecundidad y de mortalidad, la mayoría de los países del mundo se vio enfrentada a un progresivo envejecimiento de su población, que es más acelerado en países de ingresos medios.²

Los cambios demográficos que han acontecido a lo largo del tiempo han planteado relaciones intergeneracionales de dependencia que varían según el monto que cada grupo de edad representa sobre el total de la población. Así, a lo largo de la historia, los niños y jóvenes (de 0 a 14 años de edad) y los adultos mayores (de 65 años o más) han sido sujetos dependientes de la población que se encuentra en edades económicamente productivas (de 15 a 64 años de edad).^{1,3} En este sentido, la frontera de la dependencia se extiende a otros terrenos que incluyen las áreas familiares, comunitarias, institucionales, de seguridad económica y de atención a la salud. Visto así, la dependencia de los envejecidos se magnificará, pues hay que tener presente que cada vez será mayor el grupo de los ancianos y menor el de adultos en edad productiva que servirán de soporte para sus necesidades.^{1,3} Esto significa que en 2050 uno de cada

cinco mexicanos será viejo, con las implicaciones políticas, sociales y económicas que esto conlleva. El envejecimiento en sí mismo no representa un problema; el desafío consiste en que en México el envejecimiento de la población se ha iniciado en una fase de desarrollo del país caracterizada por condiciones de enormes rezagos y profundas desigualdades sociales.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), los adultos mayores de 60 años o más de edad del país representaron 6.2% de la población en 1990,⁴ 9.1% en 2010⁵ y, según proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), se estima que para 2050 este porcentaje ascienda a 21.5%,⁶ cifra superior a la de las personas más jóvenes para entonces, es decir aquellas que tendrán entre 0 y 14 años de edad.

2

La dependencia de ancianos y niños se percibe de diferente manera. En primer lugar, la de los adultos mayores se concibe como una carga económica que va en constante crecimiento; en contraste, la de los niños se asume como una inversión a futuro. Además, se delinea una clara diferenciación en el tipo de dependencia y el grupo social que es dependiente.⁷ El fenómeno de la dependencia empieza a cobrar mayor relevancia en los actuales debates sobre el envejecimiento en el país, pues implica pensar y analizar el tema desde una perspectiva multi y transdisciplinaria, donde además se debe identificar con claridad quién es el adulto mayor dependiente, de qué tipo de dependencia se habla, qué características tiene ésta, qué la causa, cuáles son sus efectos, qué actores intervienen en las relaciones de dependencia y cómo se podría contener o diferir.

Esta visión requiere, entre otras cosas, hacer énfasis en revertir la imagen negativa que se tiene del envejecimiento como sinónimo de enfermedad y dependencia,⁸ pues se sabe que en el caso de México, alrededor de 80% de las personas de 60 años y más es independiente, es decir, está libre de cualquier discapacidad,⁹ pero también es un hecho que casi 5% de los adultos mayores sufre de dependencia y 20.7% tiene alguna discapacidad.^{9,10} Estas cifras adquieren dimensiones más desalentadoras al considerar la influencia del nivel socioeconómico en la dependencia, lo que hace que se potencie con mayor intensidad la vulnerabilidad a la que están expuestos determinados grupos de ancianos.^{9,11} Esto sin desconocer el papel determinante de variables alternas como la genética, el sexo, el ámbito geográfico, la pertenencia urbana/rural, la escolaridad –por mencionar algunas– en la dependencia.

El objetivo de este capítulo es describir el concepto de dependencia de las personas adultas mayores, así como los tipos de dependencias que

se identifican, según el área de afectación. Cabe señalar que este ejercicio constituye una primera aproximación a las dimensiones en donde se ha notado que recae el peso de los ancianos dependientes. Por lo tanto, es un marco que no es exhaustivo ni definitivo; al contrario, se plantea a modo de que pueda revisarse y enriquecerse a partir de futuros trabajos que exploren el campo desde muy diversas disciplinas y enfoques. Tampoco se consideran –aunque no se desconocen– las interrelaciones entre los atributos causantes de dependencia, por lo que serán motivo de análisis de publicaciones futuras.

Definición de dependencia

En su acepción más amplia, la dependencia es la “subordinación a un poder mayor” o “la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”.¹² Intrínsecamente presupone la pérdida de la autonomía y relega el cuidado propio, ya sea a personas, instituciones u otros entes. Aunque la condición de dependencia puede darse a lo largo del ciclo de la vida, hay condiciones que hacen más proclives a los adultos mayores, debido a que de manera recurrente la vejez viene acompañada de complicaciones que deterioran la salud y que conllevan con rapidez a la muerte. En esta etapa de la vida los adultos también se enfrentan a la multimorbilidad, la cronicidad de los padecimientos, la fragilidad, la discapacidad –temporal y permanente–, la pérdida de las capacidades funcionales –físicas y psicológicas–, todas ellas vinculadas, en mayor o menor medida, con la disminución de la independencia.

Algunos autores coinciden en argumentar que la dependencia responde a un constructo social que refleja los intereses políticos, económicos y culturales alrededor de los viejos, que va más allá del envejecimiento biológico o cronológico.⁸ La dependencia puede concebirse desde diferentes jerarquías, según el motivo que la genere, y abarca desde el nivel emocional y afectivo, hasta el económico y físico. La presencia de un determinado tipo de dependencia puede desencadenar, a su vez, en otra u otras dependencias, ya que algunas de éstas convergen de manera temporal o permanente, de modo que afectan diversos aspectos de la vida del adulto mayor. Un ejemplo de ello se observa cuando los adultos se ven limitados para acceder a una fuente de ingresos propia, aun cuando cuenten con todas las facultades para hacerlo, lo que deriva en efectos negativos para la salud física y mental, así como la movilidad o el desarrollo de sus actividades diarias.

A la fecha, se carece de un marco único sobre el concepto y las múltiples variables interrelacionadas con la dependencia de los adultos mayores.¹¹ En consecuencia, este concepto se emplea en forma indistinta para designar discapacidad, fragilidad o reducción del potencial para llevar a cabo con desenvolvimiento actividades de la vida diaria –como vestirse, alimentarse, bañarse, caminar, entre otras–. Cada perspectiva considera escalas de medición e índices concretos^{11,13} que plasman preocupaciones puntuales, situadas en un lugar y momento específicos, con actores distintos, lo que a su vez está sujeto a la disponibilidad de información, la homogeneización de los datos y la comparabilidad.¹¹ Quizá este es uno de los grandes retos al estimar índices o indicadores globales de dependencia, lo que ha conllevado a que sólo se conozca de manera parcial, e independiente, las múltiples vertientes analíticas sobre el tema.

4

Por otro lado, una de las definiciones más utilizadas sobre la dependencia es la del Consejo de Europa, que la reconoce como:

[...] un estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado.¹⁴

En sus términos más generales, la postura anterior resulta ser una referencia útil como un punto de partida, susceptible de ajustes, puesto que cada país debe abocarse a fijar los componentes y criterios que delimiten la dependencia. En este esfuerzo, una de las tareas primordiales en México es consensuar una definición¹¹ que dilucide las necesidades y particularidades de sus adultos mayores y de la sociedad en su conjunto. Esto apoyará el diseño de políticas públicas *ad hoc* y el establecimiento de métricas que integren la heterogeneidad que distingue al grupo de personas con 60 años o más de edad.

Tipos de dependencia

Cuando se habla de dependencia, existe una inexorable conexión con la exclusión social y con el quebranto o ausencia de capacidades para desarrollar actividades establecidas bajo esquemas de



Fuente: Elaboración propia.

Figura 1.1. Tipos de dependencia.

“normalidad”.¹⁵ Tanto el envejecimiento como la vejez son comúnmente equiparados con calificativos adversos, relacionados con la pérdida de habilidades físicas y cognitivas, aunque se sabe que estas condiciones están mediadas por factores biológicos que determinan el estado particular de salud, pero que también reciben la influencia del contexto social, económico y cultural en el que los individuos transitan hacia esta etapa de la vida. Se identifica como dependiente a una persona, en tanto trastoca y afecta lógicas que demandan el apoyo y la atención dentro del seno de la familia, la comunidad o las instituciones. Sin duda, llegar al umbral de la vejez y discurrir en él es una meta alcanzable para un numeroso grupo de individuos, que cada vez es más grande. También es posible disfrutar este ciclo en total plenitud, con independencia y buena calidad de vida, lejos de estereotipos que distorsionan los requerimientos de la población longeva, así como de algunas circunstancias que propician dependencias de manera artificial. En este capítulo se distinguen cuatro tipos de dependencia (Figura 1.1), los cuales se describen a continuación.

5

Dependencia funcional

Dependencia física

El centro de discusión de gran parte de los trabajos publicados sobre la dependencia de los adultos mayores gira en torno de la dependencia en salud, como producto de la pérdida funcional de capacidades corporales o sensoriales. De éstas, las más analizadas se relacionan con la incapacidad para efectuar actividades básicas de la vida diaria

(ABVD) –vestirse, acostarse o levantarse, caminar, usar el baño, bañarse, comer–, esenciales para el cuidado personal y la autonomía.¹⁶ Se considera que las limitaciones funcionales son causas y determinantes, en casi todos los casos, de discapacidad y de dependencia.¹⁷ De tal suerte que la discapacidad–dependencia es un binomio con una relación muy estrecha que no debe mitificarse, en tanto que una discapacidad no siempre genera dependencia en salud; e incluso, cuando una discapacidad desemboca en dependencia, ésta puede ser de muy diversos grados, según la severidad, el entorno y el desempeño de las actividades que la persona debe asumir.

El diseño, infraestructura y equipamiento urbanos también pueden convertirse en un obstáculo para el desarrollo de actividades que el individuo podría asumir de manera autónoma. Con el paso de los años, los adultos requieren la adecuación de espacios exteriores (ascensores, rampas, altura de escalones menor a la estándar, transporte público con adaptaciones, semáforos para invidentes, señalizaciones eficaces, bancas para el descanso, etc.) e interiores, como las viviendas (alumbrado, instalaciones eléctricas, pasamanos y suelos antideslizantes, mejoramiento de baños y grifería, entre otros), al igual que una mayor concentración de bienes y servicios que sean de fácil acceso, con el fin de reducir la necesidad de ayuda y propiciar la movilidad independiente.^{18,19}

Dentro de la dependencia por situaciones de salud, se incluyen aquellas que se originan por morbilidad (en especial por enfermedades crónicas),²⁰ impedimentos para la movilidad o alteraciones que restringen la ejecución de labores individuales, económicas, familiares y sociales. En los adultos mayores, la discapacidad y dependencia se intensifica por razones que involucran la pérdida progresiva de la capacidad visual y auditiva, del control de los esfínteres, del balance y del equilibrio. Estos quebrantos pueden minar la independencia de los sujetos envejecidos, aunque también es factible que puedan seguir desarrollando tareas con emancipación.

La dependencia física acarrea implicaciones que permean diferentes niveles: individual, el hogar y la sociedad. En lo individual, la dependencia puede significar pérdida de autoestima, depresión y desinterés por el autocuidado; en el hogar, se han observado modificaciones, por ejemplo, en la reasignación de roles, principalmente para el cuidado de los ancianos, así como adecuaciones del entorno para mejorar la movilidad. En la comunidad, el aumento de la demanda de servicios de salud y servicios asistenciales son los principales resultados que expresan la dependencia de los adultos mayores.²¹

Durante la vejez ocurren cambios fisiológicos que afectan las funciones orgánicas y los mecanismos que articulan dichas funciones, de modo que limitan la capacidad de respuesta del individuo. Es común que entre los ancianos aparezcan cuadros atípicos de enfermedades concretas, diferentes de otros grupos etarios, entre otras razones por la coexistencia de pluripatologías, polifarmacia y fragilidad.²² Esta manifestación inespecífica de signos y síntomas es más prevalente en adultos mayores, en quienes se reconocen síndromes geriátricos, que en ocasiones son más graves y discapacitantes que la misma enfermedad que las origina.^{22,23}

El común denominador de los síndromes geriátricos es la concurrencia de patologías multifactoriales, no habituales, que interactúan de manera paralela entre ellas y que agravan las condiciones de salud y funcionalidad de las personas mayores. Entre los síndromes geriátricos más comunes se encuentran: inmovilidad, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y fecal, anorexia, desnutrición y sarcopenia, demencia y síndrome confusional agudo, infecciones, alteraciones en vista y oído, estreñimiento, depresión, insomnio e inmunodeficiencias.^{19,22} La atención de los síndromes geriátricos requiere de una alta sensibilidad por parte del personal médico para reconocer integralmente, y no por separado, las entidades nosológicas que afectan o podrían afectar la salud de los pacientes.²² El inadecuado diagnóstico de los síndromes geriátricos puede redundar en el recrudecimiento de algunos padecimientos, con la consecuente aceleración de los procesos de fragilidad y dependencia, por lo que es necesaria una identificación precisa y a tiempo de sus agentes causales, con el propósito de formular recomendaciones preventivas y terapéuticas óptimas.

La carga de la enfermedad en las edades avanzadas es el reflejo de un cúmulo de riesgos presentes durante el curso del ciclo vital, entre los que se encuentran los estilos de vida no saludables (en dieta y actividad física) y los síndromes metabólicos, cuyos agentes causales incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes, entre otros. En este tenor, toda intervención que se pretenda desplegar para mitigar la dependencia en la vejez deberá contemplar globalmente todas y cada una de las fases biológicas de los seres humanos, los riesgos para la salud y su impacto en el mediano y el largo plazos en la calidad de vida.²⁴

Dependencia mental

Concomitante con la dependencia física, se encuentra la asociada con el deterioro de las capacidades mentales de la población adul-

ta mayor. Los cambios propios del envejecimiento pueden alterar la función cognoscitiva de los ancianos y conducirlos al deterioro cognitivo leve (DCL) o a la demencia, entre otros. Los trastornos de la salud mental son por naturaleza de carácter crónico, progresivo y lento e incluyen aspectos de índole cognitivo, afectivo, ansioso, psicótico, del sueño, adicciones y abuso de sustancias.²⁵

Las personas con patologías crónicas presentan una probabilidad más elevada de sufrir ansiedad y depresión, lo que repercute en la evolución desfavorable de la enfermedad física y una menor adherencia terapéutica.²⁶ La presencia de ambas comorbilidades (físicas y mentales) acentúa situaciones de discapacidad y dependencia, además de aumentar en hasta 45% el costo de atención sanitaria, el número de visitas al médico y el número de días de hospitalización.²⁶

Se sabe que 20% de los adultos mayores que presenta fractura de cadera tiene algún grado de deterioro cognoscitivo, valor que aumenta si el menoscabo es mayor.²⁷ La dependencia por factores relacionados con el estado mental de los ancianos puede potenciarse y ser más compleja si, además, sufren de alguna limitación física.

Dentro del grupo de enfermedades mentales, la demencia ocupa un lugar destacable entre la población envejecida y, contrario a lo que se cree, este padecimiento no es una condición inherente y normal del envejecimiento. Se distingue por afectar la capacidad mental, la personalidad y la conducta. Se manifiesta con la pérdida de memoria, acompañada de alteraciones en el lenguaje, con dificultad para designar “personas o cosas” y con desorientación en el tiempo y el espacio. Otras expresiones son angustia, ansiedad, depresión, problemas de conducta social, control emocional y de pensamiento, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, abstracción, juicio y razonamiento. Conforme avanza el padecimiento, se presenta una incapacidad para efectuar tareas aprendidas, lo cual repercute en forma paulatina en el desempeño de actividades de la vida diaria. En etapas más avanzadas, hay incapacidad para reconocer objetos, imágenes, rostros, etc.; se acentúan los trastornos del comportamiento, aparecen problemas de deglución, mutismo y dependencia total.²⁸

La demencia presenta un panorama preocupante en materia de servicios sociales y salud, como consecuencia de la dependencia que produce. Además, es común que estos padecimientos se subdiagnostiquen y no se traten, lo que impide estimar las demandas y los costos reales de las discapacidades que producen. El diagnóstico tardío sobre el estado mental de los adultos mayores los expone a una creciente estigmatización, maltrato y abandono²⁹ por parte de

familiares, allegados y otras personas (incluidos los profesionales de salud), y a menudo impide que no reciban los cuidados médicos apropiados, pese a que existen alternativas de atención eficaces.

Dependencia económica

El componente de la dependencia económica es tal vez uno de los que mayor preocupación ha producido en los países que han experimentado el vertiginoso crecimiento de la población envejecida, del cual México no es ajeno. Entre muchas otras razones, porque justo en este punto de la vida las personas pasan a ser laboralmente pasivas –incluso de manera involuntaria– y dejan de percibir recursos monetarios.^{8,11} A esto se aúna el hecho de que a mayor edad, menores opciones de obtener empleo, lo cual influye en la reconfiguración de los papeles dentro del hogar en la provisión económica. En este sentido, los adultos mayores dejan de ser proveedores del hogar y se convierten en dependientes de otros miembros de la familia, sobre todo de los hijos. Los apoyos filiales tienden a desaparecer en la medida en que se establecen nuevas estructuras familiares (de menor tamaño, por el menor número de hijos) y por los efectos de otras condiciones como la urbanización, la precariedad de empleos e ingresos, de manera que la responsabilidad se traslada al Estado, que asume la tarea de la administración y distribución solidaria de los recursos de la sociedad.³⁰

En este contexto, debe considerarse que las personas mayores pudieron haberse desempeñado como trabajadores formales o informales. En el caso del sector formal, los trabajadores quedan amparados por la Ley Federal del Trabajo (LFT), apartados A y B, por la que aquellos que acumulen 30 años o más de servicios son candidatos a una pensión o jubilación. Sin embargo, aunque posean el derecho de tener servicios de salud y un ingreso mensual, dicho beneficio no es suficiente para cubrir sus necesidades básicas. En este caso, la transferencia del Estado de los apoyos económicos en edades avanzadas se hace por medio del sistema de pensiones, el cual se alimenta de contribuciones de trabajadores y empleadores del mercado formal, así como del financiamiento público. Es un derecho adquirido de las personas vinculadas, bajo ciertas características, con la economía regulada, pero con certeza se trata de un privilegio que muy pocos disfrutaban. Sólo un grupo minoritario de la población puede recurrir al ahorro individual como opción para subsistir en la vejez,³⁰ opción que cada vez se reduce más, debido

a los bajos niveles de ingreso y a la inequitativa distribución de la riqueza en la sociedad.^{30,31} Sobre lo anterior, se ha propuesto que las reformas orientadas a estimular la participación de los viejos en las actividades laborales no sólo contribuirían a reforzar los sistemas de seguridad social, sino también generarían impactos positivos para la salud de este grupo poblacional.⁸ Por otra parte, también debe considerarse que existen personas mayores que laboraron toda su vida en el sector informal y que han sobrevivido sin las prestaciones mínimas que marca la LFT y, por consiguiente, no tienen una pensión contributiva.

Con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) estableció que tan sólo 26.45% de adultos mayores de 65 años de edad contaba con una jubilación contributiva. Hay que subrayar que la cobertura de los sistemas de jubilaciones se reduce en forma notoria en poblaciones indígenas, rurales o de los quintiles de ingresos más bajos.³² Estos porcentajes son el reflejo de la existencia de amplios sectores mexicanos que trabajan en mercados laborales informales, sin ninguna prestación social que les permita cotizar en el sistema hasta alcanzar una pensión.

Las cifras también demuestran que la población de 65 y más años de edad sigue estando vinculada con el trabajo, siendo los hombres los que tienen una mayor participación respecto de las mujeres.³² El porcentaje va en descenso en la medida que aumenta la edad y aparecen las enfermedades discapacitantes.³² Alrededor de 40% de los adultos mayores en México labora (en los sectores formal e informal), monto mayor al observado en países industrializados como Estados Unidos, Canadá, Francia y España.³²

Los adultos mayores con discapacidad tienen menor probabilidad de tener trabajos con retribución monetaria. Los hogares con al menos un adulto mayor con alguna alteración funcional gastan 3.9 más en consulta externa y 1.8 veces más en medicamentos que aquellos con adultos mayores sin discapacidad. Principalmente es el núcleo familiar el que asume los sobrecostos de la atención a la salud de los envejecidos.³³ Se ha comprobado que determinado grupo de ancianos sufre de la marginación y pobreza como consecuencia de trabajos precarios que ejercieron durante su vida, en condiciones insuficientes para lograr una pensión que cubra sus necesidades de sobrevivencia mínimas.³⁰ De igual manera, se ha evidenciado que las enfermedades crónicas, la discapacidad y la fragilidad pueden ser causales de dependencias

físicas o mentales que por lo regular conllevan a experimentar dependencia económica.

Dependencia psicológica

Desde hace varias décadas, la explicación unicausal de la dependencia exclusivamente desde una perspectiva unifuncional se ha transformado en un análisis multicausal, contextual e incluso interactivo. La dependencia se explica como un modelo complejo de interacción personal, en todas sus dimensiones, ambientes y niveles. Así, los factores psicológicos y conductuales desempeñan un papel importante en la génesis, visión y mecanismos de enfrentamiento de la dependencia. Desde los años ochenta, se discutía que la dependencia parecía ser producto de condiciones: 1) de las afectaciones físicas y mentales; 2) de una cierta actitud aprendida de desamparo, y 3) de específicas contingencias que refuerzan la sensación de dependencia.³⁴

El equilibrio y las interacciones de estas tres condiciones son complejos, pero las conductas dependientes también deben considerarse dentro del panorama conceptual de la dependencia. Si la dependencia no responde a un declive funcional, físico y/o mental, sino que es el resultado de prejuicios, estereotipos sociales, estigmas, la personalidad o las propias condiciones ambientales, entonces es conductual. En otras palabras, la dependencia conductual sucede cuando una persona solicita o acepta de manera pasiva o activa la ayuda de los demás, aun cuando no lo requiera.³⁴

Es importante considerar el componente conductual en el análisis de la dependencia. Algunos autores, como Baltes,³⁵ refieren que los sujetos envejecidos están inmersos en procesos de permanente adaptación a lo largo de la vida, a través de tres ejes que interactúan entre ellos: la selección, la optimización y la compensación.³⁵ La selectividad se refiere a aspectos de alta prioridad en que los adultos mayores pueden promover o potenciar sus capacidades de desarrollo (con respecto a sus competencias o áreas de funcionamiento), lo cual depende de las condiciones sociales, las motivaciones, las habilidades y las capacidades biológicas individuales. La optimización alude a los hábitos personales que llevan a los adultos a mantener y mejorar la funcionalidad en el mayor número posible de dominios de la vida. Finalmente, la compensación se refiere a mecanismos de adaptación que se activan cuando las habilidades o el funcionamiento se ven mermados o cuando las demandas del contexto aumentan de manera sustancial y no es posible alcanzar el estándar de ejecución requerido.³⁵

El modelo selección–optimización–compensación presupone que en cualquier momento del ciclo vital las personas están aptas para distintas áreas de la vida, en virtud de sus capacidades, habilidades y funcionamiento, así como de los intereses, valores, hábitos, salud y la capacidad de reserva. La experiencia adquirida a lo largo de la vida facilita que las personas mayores conozcan cómo para optimizar, seleccionar y utilizar estrategias que compensen posibles déficits o elevadas demandas ambientales.^{36,37}

Dependencia social

Como ya se planteó, las expectativas sociales acerca de las personas mayores son un factor que tal vez esté relacionado con la producción de la dependencia. En consecuencia, una persona es vieja y dependiente, cuando las demás individuos así lo piensan. Si bien no hay una suficiente discusión sobre el concepto de dependencia social, y mucho menos sobre su definición, en esta publicación se pretende abordar los elementos centrales que deben tenerse presentes en su constructo. En primer término, es necesario preguntar qué da lugar a que una persona mayor entre en una condición de dependencia social. Hasta la década de los años setenta del siglo pasado, los adultos mayores desempeñaban un papel relevante en la estructura familiar y, en consecuencia, en la sociedad misma. Eran reconocidos no sólo por su aporte de tipo económico, sino también por su sabiduría y liderazgo, es decir, la persona mayor no era sólo autoridad, sino que tenía una valoración como guía.

Fue a finales del siglo XX cuando la valoración de la figura del adulto mayor inició su decadencia; en ese entonces, también empezó a configurarse el concepto de dependencia social. ¿A qué se debió esta modificación en la identidad del adulto mayor? Las explicaciones o factores pueden ser de múltiple naturaleza; cabe mencionar como ejemplos: la pérdida o modificaciones en los valores individuales, las transformaciones en las prácticas culturales, las modificaciones que se han experimentado en la definición de la familia y la ruptura del tejido social. Todas estas condiciones, por mencionar algunas, han llevado al adulto mayor a tener una necesidad de demostraciones de afecto, cariño, respeto y, sobre todo, de “tiempo de plática”. Cuando la condición del adulto mayor es de soledad, la dependencia social es de mayor magnitud.

En un reciente estudio se encontró que existen tres indicadores que evidencian la ausencia de apoyo social y emocional de los adultos mayores: 1) no tener con quien hablar, 2) comer sólo la mayor parte del tiempo y 3) no decidir sobre la preparación de los alimentos que consume.⁸ Cualquiera que sea el origen de la dependencia social, ésta puede repercutir en forma negativa en la salud y funcionalidad de las personas, lo que provoca la necesidad de ayuda desde distintos niveles de la sociedad para responder a expectativas de muy diversa índole. Dichos requerimientos se pueden examinar desde dos perspectivas: una de ellas se refiere al apoyo de redes familiares y no familiares (de carácter informal), mientras que la otra tiene que ver directamente con el soporte social (asociado con ayudas formales). Ambos apoyos se distinguen, en general, por ser independientes y de distintas naturalezas. Se ha visto que cualquiera que sea la forma de ayuda recibida, los adultos que cuentan con redes de apoyos presentan mejores niveles de salud (físico y mental), un mayor bienestar emocional, respaldo económico y seguridad nutricional.³⁸

Desde el punto de vista familiar, los apoyos pueden ser económicos, instrumentales y afectivos.³⁹ La corresponsabilidad entre miembros del hogar se trastoca con el tipo de relaciones establecidas, las actitudes, la moral, los modos de vida, los hábitos, las prácticas y la cercanía a las personas adultas. Asimismo, el nivel y la calidad de ayuda están sujetos a la valoración que la familia y la comunidad confieren a las personas envejecidas. Se ha comprobado que el apoyo familiar es indispensable, quizá el elemento más importante, para elevar la autoestima y mejorar la salud de los adultos mayores, siempre que se dé en entornos amigables y favorables, con respeto y solidaridad.

Estas relaciones no son unidireccionales, en el sentido de que las personas mayores también representan una base de ayuda, principalmente para los hijos, a quienes aportan transferencias materiales (financieras y en especie), afectivas (cariño, consejos) y domésticas (cuidado de los niños, preparación de alimentos, limpieza de la casa).³⁹ En el país, las personas adultas mayores siguen ocupando un lugar preponderante en los hogares, tal como se constató en el Censo de Población y Vivienda de 2010, donde 22.2% de los hogares tenía como jefe de hogar una persona de 60 años o más.⁴⁰

El aumento de la esperanza de vida, la caída de la fecundidad, el incremento de la participación laboral femenina y, en menor proporción, la migración se vislumbran como amenazas que impac-

tarán en el sistema de protección familiar, lo que redundará en la disminución de la reserva de personas (en particular, de mujeres) que podrían encargarse de la atención de los adultos mayores.³⁹ A la par, estas transformaciones de carácter demográfico acarrearán una reconfiguración de los arreglos familiares y modifican de manera profunda las redes de apoyo disponibles. Incluso, es posible observar el incremento que han tenido en los últimos años los hogares unipersonales de adultos mayores, que representan 43.1% del total de hogares con esta característica.⁴⁰

Después de la familia, los apoyos se extienden a otros círculos no familiares, como amigos, vecinos y excompañeros de trabajo, quienes contribuyen al cuidado inmediato de los adultos mayores, aunque estas redes pueden variar con el tiempo, dado que en general aparecen en coyunturas específicas (crisis económicas, enfermedades o accidentes).⁴¹ Los amigos y vecinos son muy importantes en grupos de adultos mayores que no se casaron, son divorciados, no tienen hijos, o éstos viven lejos, o son abandonados. Los apoyos que brindan la red de amigos y vecinos son menos cercanos que los ofrecidos en el interior de las familias, pero más personales que los que se dan en el sector institucional (público y privado).⁴¹

De manera paralela, existen otros apoyos para los adultos mayores que provienen de redes comunitarias que se encargan de dirigir acciones concretas bajo esquemas de solidaridad. La aparición o existencia de estas redes responde al fin de atender ciertas demandas colectivas de los ancianos con enfoques muy específicos, y pueden darse por proximidad geográfica, vecindad, intereses y prácticas afines o como respuesta a un problema relacionado con condiciones físicas o psicológicas puntuales. Como último eslabón se encuentran los apoyos formales, proporcionados principalmente por entidades gubernamentales que tienen como fin el cuidado de la salud y la seguridad económica de las personas adultas mayores. Se ha demostrado que los apoyos tanto informales como formales no operan en forma aislada y que lo que pasa en una red repercute en la otra. Por ejemplo, cuando el apoyo institucional se reduce o se elimina, la red familiar o no familiar tiende activarse, o viceversa.⁴²

Las redes de apoyo social son instrumentos de supervivencia de los adultos mayores; son dinámicas, varían con el tiempo y en sus grados de intensidad. Aunque se han tratado aparte, las redes formales e informales están interconectadas y operan en forma complementaria.

Marco conceptual de la dependencia

Deterioro funcional, discapacidad y dependencia

En el campo de estudio del envejecimiento, es frecuente el uso indiscriminado de los conceptos para hacer referencia a distintos aspectos de las condiciones de salud y apoyos que los adultos mayores requieren en ciertas circunstancias. Sin embargo, es claro que, según sea el tipo de análisis, los modelos explicativos responden a dimensiones particulares del objeto de estudio. En el presente apartado, se especifica de manera sucinta la diferencia entre tres conceptos: el deterioro funcional, la discapacidad y la dependencia funcional física.

En primer lugar, el deterioro funcional está relacionado con la capacidad de ejecución de manera autónoma de actividades habituales y necesarias para la vida de las personas. El deterioro funcional abarca las limitaciones para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Dentro de las primeras están: vestirse, acostarse y levantarse, caminar, usar el baño, bañarse y comer; en las segundas, se agrupan actividades como hacer compras o ir al mercado, preparar comida caliente, manejar el dinero, tomar los medicamentos. El estado funcional responde a la capacidad adaptativa de los sujetos a cambios que se dan en la vejez (tanto internos como externos) e indica hasta qué punto las personas pueden desenvolverse en forma independiente en su propio entorno y en la sociedad.⁴³

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.⁴⁴

Las deficiencias son problemas que afectan una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (p. ej., parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (p. ej., actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). Las limitaciones funcionales constituyen el componente principal de los modelos que explican la génesis de la discapacidad,

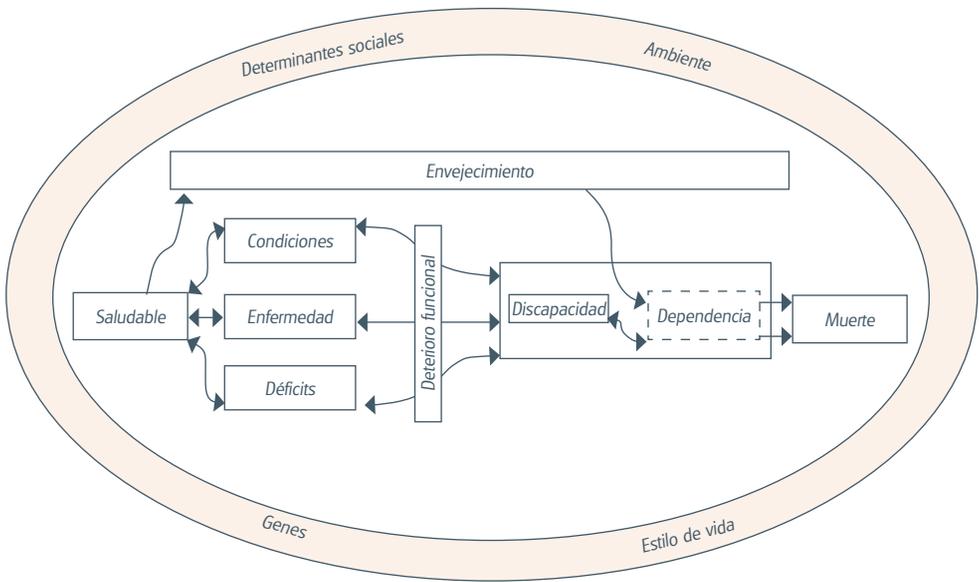
ya que se consideran el estado de transición entre las etapas de deficiencia y de discapacidad.

Finalmente, desde el punto de vista de la funcionalidad física, la dependencia corresponde a la necesidad de ayuda o asistencia de terceras personas, debido a la limitación física o la discapacidad. No obstante, no todas las personas con discapacidad o limitaciones para llevar a cabo actividades de la vida diaria e instrumentales se convierten en dependientes.

La dependencia en el ciclo de vida y los determinantes sociales

A lo largo del curso de su vida, el individuo transita por diferentes estados de salud. Se puede considerar el estado de salud como un espectro cuyos polos son el estado saludable (acorde con la definición de la Organización Mundial de la Salud, como el completo bienestar físico, psicológico y social) y la muerte.⁴⁵ Con excepción de las muertes que ocurren de manera súbita, casi todos los individuos transitan a lo largo del curso de vida por distintas vías que, en la mayoría de los casos, abarcan alguna enfermedad y casi siempre un periodo de dependencia de duración variable que antecede la muerte.⁸

Para cada persona, la trayectoria y el ritmo de transición entre los estados de salud están determinados por factores inherentes al propio individuo y factores ajenos a éste, que en la Figura 1.2 se representan en la periferia, puesto que desempeñan un papel determinante en dichas transiciones. Los factores inherentes al propio individuo incluyen el genoma y el estilo de vida. Su composición genética determina características biológicas como el máximo potencial de desarrollo que puede alcanzar y la gama de respuestas que puede montar ante diversos estímulos. El estilo de vida determina los estímulos a los que el individuo se expone y modula así las interacciones entre el genoma y el ambiente. Por otro lado, existen fuerzas ajenas al individuo que revisten la misma importancia en el estado de salud. Las características propias del ambiente en el que vive el individuo influyen en su salud a través de interacciones genómicas, epigenómicas y conductuales. Finalmente, los determinantes sociales de la salud tienen un papel fundamental en la trayectoria y el ritmo de transición entre los distintos estados, al enmarcar la salud como un fenómeno social influido de manera causal por complejas interacciones sociales a distintos niveles.⁴⁶



Fuente: Elaboración propia.

Figura 1.2. Determinantes de la discapacidad en la vejez.

El contexto socioeconómico, político y cultural determina las condiciones de vida y de trabajo a las que un individuo se expone en el curso de su vida. Las interacciones entre éstos y los factores individuales (tanto los constitucionales o genéticos como los relacionados con el estilo de vida), en el marco de las redes sociales y comunitarias locales, influyen de manera determinante en la salud y, por lo tanto, en las transiciones entre los estados. Además, estos factores modulan, en buena medida, el ritmo y el modo del proceso de envejecimiento.⁴⁷

En el espectro entre la salud y la muerte, probablemente la enfermedad sea el estado más evidente, pero sin duda no es el único. Existen déficits en funciones específicas y condiciones particulares que, si bien no son consideradas como una enfermedad en el sentido estricto de la palabra, sí constituyen un cambio en el estado de salud y representan un detrimento del bienestar. Ejemplos de estos déficits son las disminuciones en la percepción sensorial en cualquiera de sus modalidades, o la desregulación metabólica que ocurre en etapas premórbidas de entidades específicas como la diabetes. Por ejemplo, la elevación de la glucosa en ayuno por arriba de 100 mg/dL no constituye por sí sola una entidad nosológica defini-

da, pero representa una serie de déficits y trastornos metabólicos subyacentes que incrementan el riesgo de diabetes mellitus tipo 2. Por otro lado, un ejemplo de una condición que no se ha clasificado de manera formal como una enfermedad, pero que se ha reconocido bien como un estado potencialmente nocivo es la fragilidad, que resulta de la disminución de las reservas fisiológicas durante el envejecimiento hasta un umbral en el que los estímulos nocivos más pequeños, que en sujetos no frágiles producirían efectos mínimos o intrascendentes, son capaces de generar deterioros catastróficos e incluso la muerte.⁴⁸

Así, tanto las enfermedades como ciertos déficits y condiciones representan vías posibles de deterioro funcional que convergen en la discapacidad. Una proporción de las personas con discapacidad requiere de la asistencia de otras personas para desempeñarse en su vida cotidiana; ese es el contingente de sujetos dependientes. Tanto la discapacidad como la dependencia pueden anteceder a la muerte.⁴⁸

Es importante destacar que las transiciones entre estados de salud no necesariamente son irreversibles. Con excepción de la transición hacia la muerte y (por lo pronto) del proceso de envejecimiento, es posible, por lo menos en teoría, la transición bidireccional entre los demás estados. Así, un individuo puede transitar desde un estado saludable hacia un estado de deterioro funcional con discapacidad transitoria como producto de una fractura. Sin embargo, es posible, para ese individuo, recuperar la funcionalidad una vez que la fractura haya sanado (con o sin una intervención de tipo rehabilitatorio), de modo que sale del estado de discapacidad y regresa al estado saludable, dependiendo de su reserva fisiológica y de las condiciones tanto biológicas como socioeconómicas y ambientales que le rodeen. De la misma manera, en teoría es posible que una persona en situación de dependencia pueda recuperar por lo menos algún grado de funcionalidad e independencia.

Asimismo, puede acontecer que un sujeto transcurra de manera afortunada sin el desarrollo de déficits ni enfermedades específicas. No obstante, aun en este escenario, el proceso de envejecimiento es capaz por sí solo de producir deterioro funcional e, incidentalmente, discapacidad y dependencia.⁴⁸ Se sabe que el envejecimiento se acompaña de cambios deletéreos en la percepción sensorial, la velocidad de los procesos cognitivos y la masa muscular. Todos estos cambios, por sí mismos, no serían suficientes para inducir un estado de dependencia, pero la combinación de varios de ellos podría bastar para disminuir la funcionalidad de la persona.

Autonomía, derechos humanos y ética

A menudo, la población adulta mayor es concebida como una carga desde los distintos ámbitos (sociales, familiares, económicos e institucionales), debido a la idea de que los más viejos carecen de autonomía, lo que los lleva a asumir un papel pasivo ante las decisiones que tienen que ver con el desempeño de sus actividades cotidianas. Conforme avanza la edad de los individuos, los problemas de salud se hacen más complejos, la mayoría de las personas puede seguir velando por su bienestar, aun cuando se manifieste la pérdida de determinadas funciones físicas o mentales. Por otro lado, el libre ejercicio de la autonomía de los ancianos puede verse truncado por imaginarios sociales que asignan roles que reducen o anulan su capacidad de empoderamiento.

Desde esta perspectiva, el enfoque en los derechos humanos se hace indispensable en la formulación de políticas públicas, principalmente porque permite dar visibilidad y, por ende, contrarrestar situaciones de vulnerabilidad a la que están expuestos los adultos mayores, en especial los más marginados, desfavorecidos y socialmente excluidos. Al igual que otros grupos sociales, los más envejecidos por lo regular tienen limitado el pleno goce de sus libertades y facultades, en parte, porque se tiende a encasillar a los ancianos como un conjunto homogéneo, desconociendo así que cada subgrupo (distinguido por sexo, edad, estado, etnia, nivel socioeconómico, etc.) presenta sus matices y necesidades particulares.⁴⁹

En el caso concreto de México, desde el año 2002 se promulgó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (DOF 25-06-2002), cuyo objeto es garantizar el ejercicio de los derechos de este sector de la población, mediante cinco ejes rectores: 1) autonomía y autorrealización; 2) participación; 3) equidad; 4) corresponsabilidad, y 5) atención preferente.⁵⁰ No obstante, la Ley adolece de un programa de acción continuo. Esto ha derivado en que la política pública del país con respecto a los adultos mayores se vea limitada, principalmente, al plano de la asistencia social y sanitaria; al mismo tiempo, la atomización de las funciones de las instituciones del gobierno sobre esta población ha propiciado que algunas tareas se vean duplicadas y que los procesos de gestión e intervención en ocasiones no se concluyan con éxito.

Esta misma situación se ha discutido en la esfera internacional, donde se ha hecho evidente la dispersión normativa para la protec-

ción efectiva de los derechos de las personas mayores. Según Huenchuan y Rodríguez:⁵¹

[...] “las normas internacionales que existen en la actualidad no proveen un conjunto de principios coherentes que puedan guiar la acción normativa y las políticas públicas de los Estados” (p. 10).

Los tratados y convenciones internacionales constituyen puntos de referencia para la adopción e implementación de políticas con enfoque en derechos humanos, pero siguen siendo marcos generales que deben aterrizar a las circunstancias propias de cada nivel local.⁵¹ Un foco de especial interés es la identificación de los espacios, donde los adultos mayores son más propensos a la violación de sus derechos. Por eso, todo objetivo dirigido al logro de un envejecimiento sano, pleno y activo tendría ineludiblemente que apuntar a contrarrestar los efectos de la dependencia y, en contraposición, a fortalecer la individualidad y ciudadanía de los adultos mayores.

Otro punto sustantivo en el abordaje de la dependencia de las personas adultas mayores tiene que ver con el manejo ético del tema. En primera instancia es indispensable despojar de los prejuicios y etiquetas perniciosas que pesan sobre la vejez como fenómeno degenerativo, y cambiar la visión reduccionista que considera la dependencia como una condición que afecta en forma exclusiva a las personas adultas mayores. En esta línea de argumentación se pretende disociar el binomio edad cronológica–dependencia y se propone centrarse en los individuos mayores como sujetos proactivos, con aspiraciones y proyectos de vida, socialmente valiosos. El componente ético de la vejez involucra el reconocimiento de la pluralidad de los adultos mayores, en todas sus dimensiones, y contribuye a velar por su bienestar y dignidad, al margen de sus características sociales, culturales y económicas, y sin importar su estado de salud físico y mental.⁵²

La vulnerabilidad de las personas adultas mayores plantea, desde la ética, un deber moral de los ciudadanos por el respeto a las decisiones de los más envejecidos, en cualquier etapa de su desarrollo, incluidos los últimos momentos de su vida. Implica el acato de su voluntad por encima de intereses de terceros, evitando a toda costa ir en detrimento de su bienestar, principios, valores, creencias, formas de ser y pensar.⁵² Esto comprende la vigilancia estrecha para evitar el abuso en el ámbito de la familia y comunitario, por mal uso, explotación o apropiación de bienes y recursos, sin el consentimiento de los adultos mayores, o mediante el robo de dinero y patrimonios

por parte de personas allegadas, con vínculos consanguíneos o no. A menudo, los adultos suelen ser engañados para acceder a firmar documentos o testamentos anticipados, los cuales son utilizados para despojarlos de sus propiedades o remesas.

En los espacios donde se otorgan servicios de salud, la ética tiene un papel especialmente destacable, por lo que debe promoverse el trato digno y respetuoso de los adultos mayores, atendiendo al máximo sus criterios y contando con su participación activa en todo lo que tenga que ver con la atención y tipos de cuidados deseados. Ante todo, la relación entre el personal de salud y los adultos mayores debe estar permeada por acuerdos de solidaridad, principios éticos y derechos, donde la opinión de los pacientes debe tener prioridad, por encima de lo que los profesionales médicos estimen como lo “mejor” o lo “correcto” para ellos.⁵²

Conclusiones

Hasta la fecha, no existe un consenso único sobre la dependencia en los adultos mayores en México. En este capítulo se desarrolla una primera aproximación a la definición del tema, por lo que se sugiere seguir enriqueciendo el marco conceptual, en la medida en que se disponga de nuevas evidencias y datos al respecto. A su vez, esta información podrá servir de base para la formulación y alineación de políticas públicas que conduzcan a minimizar y controlar los efectos adversos de la dependencia en las personas adultas mayores

Se reconoce que la dependencia es una noción compleja que no debe acotarse de manera exclusiva a la pérdida de funcionalidad (física o mental), ya que, como se mostró a lo largo del documento, ésta se extiende a otros ámbitos, entre ellos el económico, el social y el psicológico. Sin embargo, por la disponibilidad de datos, en este libro sólo se abordará la dependencia desde la perspectiva de la funcionalidad física

La dependencia no es una condición exclusiva de las personas adultas mayores, pues puede aparecer en cualquier momento del ciclo de vida, con diferente intensidad y diversas repercusiones en los individuos. Por lo tanto, en el caso de los adultos mayores la dependencia no debe equipararse a una consecuencia indefectible de la edad cronológica. Los datos señalan que cerca de 80% de los adultos mayores mexicanos con 60 años o más de edad está libre de

discapacidad y puede desempeñar con independencia actividades como caminar, comunicarse, comer, vestirse, usar el baño, poner atención o aprender cosas sencillas, entre otras

La dependencia adquiere una dimensión problemática en la medida en que en un país como México no existen las condiciones adecuadas para atenderla. El proceso de envejecimiento en el país tiene como escenario de fondo condiciones estructurales insuficientes para lograr un envejecimiento saludable y bajo esquemas de seguridad económica. Asimismo, la reconfiguración de las familias, con la inminente disminución de los miembros que la conforman (cónyuge, hijos, nietos), pone en riesgo las redes de apoyo con la que los adultos mayores podrían contar en situaciones de contingencia

Es indispensable prevenir la dependencia y promover la autonomía de las personas adultas mayores, con bases éticas y de derechos humanos. Debe concebirse a los adultos mayores como sujetos con proyectos de vida que cumplen funciones de soporte emocional, instrumental, e incluso económico, dentro de las familias y en la sociedad en general. El reto mayor es lograr que las personas, además de vivir más años, lo hagan con la mejor calidad posible

El tratamiento de la dependencia implica el reconocimiento de la diversidad de trayectorias de vida y formas de envejecer. Esta postura conlleva a romper con esquemas tradicionales que hacen ver a los adultos mayores como un grupo homogéneo, con los mismos problemas, necesidades e intereses. Es un hecho que los requerimientos de este sector etario difieren según sus características sociodemográficas, contextuales, económicas y culturales. En este sentido, la dependencia es una expresión de la interacción de distintos factores, entre ellos individuales, ambientales y sociales

Aun cuando los adultos mayores requieran de cuidados y ayuda de otras personas, es fundamental respetar y darle prioridad a sus decisiones, creencias, valores y pensamientos. No debe permitirse, en ninguna circunstancia, que se vulnere ni maltrate a las personas mayores por el hecho de recibir apoyos o porque su independencia se encuentra reducida. Esta no es una labor aislada que sólo compete a los adultos mayores, ya que en este esfuerzo deben confluír múltiples actores e instancias, como la familia, la comunidad, el gobierno, las organizaciones de base social y otros más

Referencias

1. Ham R. Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. Tijuana: El Colegio de La Frontera Norte; 2003.
2. González C. Los determinantes: Los cambios demográficos. En: Gutiérrez LM, Kershenovich D (coord). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012: p. 81-93.
3. Welti C. Transición demográfica y salud en México. En: Cordera R, Murayama C (coord). Los determinantes sociales de la salud en México. México: Fondo de Cultura Económica/Universidad Nacional Autónoma de México; 2013: p. 63-117.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. XI Censo General de Población y Vivienda. 1990 [citado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv1990/default.aspx>.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda; 2010 [citado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>.
6. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población 2010-2050; 2012 [citado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050.
7. Bond J. Dependencia, exclusión social y vejez en el Reino Unido. En: González AA, Moreno FJ (coord). El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2009: p. 205-31.
8. Rivera JA. Aspectos generales de la dependencia: una visión global. En: Gutiérrez LM, Lara L, Vega S (coord). Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Rectoría Unidad Xochimilco/Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento/Instituto Nacional de Geriátrica; 2013: p. 17-29.
9. Cárdenas CL, González C. Numeralia de los adultos mayores de México; 2012 [citado el 15 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf.
10. Gutiérrez LM. De la dependencia a la autonomía: una reflexión sobre el valor intrínseco de la vejez. En: Gutiérrez LM, Lara L, Vega S (coord). Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Rectoría Unidad Xochimilco/Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento/Instituto Nacional de Geriátrica; 2013: p. 31-42.
11. Jiménez JE. Prevención de las situaciones de dependencia de las personas mayores. Elementos para la construcción de una política pública. En: Gutiérrez LM, Lara L, Vega S (coord). Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento. México: Universidad Autónoma

- Metropolitana-Rectoría Unidad Xochimilco/Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento/Instituto Nacional de Geriatría; 2013: p. 69-96.
12. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22a ed. Madrid: RAE; 2001.
 13. López M. Indicadores de prevalencia de la discapacidad en el escenario nacional e internacional. En: Gutiérrez LM, Lara L, Vega S (coord). Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Rectoría Unidad Xochimilco/Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento/Instituto Nacional de Geriatría; 2013: p. 63-8.
 14. Comité de Ministros de Europa. Del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia [documento en internet]. Madrid: Comité de Ministros de Europa; 1998 [citado el 28 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://sid.usal.es/leyes/discapacidad/10476/3-3-5/recomendacion-n-98-9-del-comite-de-ministros-a-los-estados-miembros-relativa-a-la-dependencia.aspx>.
 15. Gobierno de Chile. Sistema Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de La Dependencia de las Personas Mayores [documento en internet]. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2012 [citado el 12 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.microdatos.cl/docto_publicaciones/Estudio_Dependencia_Personas_Mayores.pdf.
 16. Barrantes M, García EJ, Gutiérrez LM, Miguel A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2007;49:459-66.
 17. Gutiérrez LM, Téllez MM, Manrique B, Acosta I, López M, et al. Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para la vejez plena. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Evidencia para la política pública en salud. [Documento en internet.] Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013 [citado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>.
 18. López J. Repercusiones urbanas del envejecimiento de la población en España. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2010.
 19. Narváez OL. Urbanismo gerontológico: Envejecimiento demográfico y equipamiento urbano en Aguascalientes. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*; 2011;51:16-24.
 20. García C, González C. La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D (coord). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012: p. 205-14.
 21. Mundo de Hoy. Caídas, factor importante relacionado con dependencia funcional en adultos mayores. [Artículo en prensa.] México: Mundo de Hoy; 2011 [citado el 9 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.insp.mx/centros/evaluacion-y-encuestas/prensa/1694-dependencia-funcional-en-adultos-mayores.html>.

22. Luengo C, Maicas L, Navarro J. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007: p. 143-50.
23. Arango VE, Pérez MU, Gutiérrez LM. Enfermedades crónicas y síndromes geriátricos: Impacto en la capacidad funcional. En: Gutiérrez LM, Lezana MA (coord). Serie Cuadernillos de Salud Pública. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. México: Instituto Nacional de Geriatria; 2013:p. 17-20.
24. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud Publica Mex. 2013;55:580-94.
25. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención; 2012 [citado el 22 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf.
26. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A. Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health; 2012 [citado el 24 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/long-term-conditions-mental-health-cost-comorbidities-naylor-feb12.pdf.
27. Pérez MU. Deterioro cognoscitivo. En: Gutiérrez LM, Gutiérrez JH (coord). Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria; 2010: p. 221-8.
28. Ávila FM, López JA. Enfermedad de Alzheimer y otras causas de demencia en México. Este País; 2013 [citado el 24 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://estepais.com/site/?p=48787>.
29. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué se puede hacer para fomentar y proteger los derechos humanos de los enfermos mentales? 2006 [citado el 24 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/43/es/>
30. Ham R, Ramírez B. Seguridad económica en la vejez. En: Gutiérrez LM, Kershonovich D (coord). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012: p. 95-102.
31. Ham R. Envejecimiento demográfico. En: García B, Ordorica M (coord). Los grandes problemas de México. I Población. México: El Colegio de México; 2010: p. 53-78.
32. Secretaría de Desarrollo Social. Diagnóstico del Programa Pensión para Adultos Mayores. 2013 [citado el 12 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico_PAM_2013.pdf.

33. Salinas A, Manrique B, Moreno K, Téllez MM. Envejecimiento y discapacidad. Implicaciones económicas para los hogares en México. En: Gutiérrez LM, Lezana MA (coord). Serie Cuadernillos de Salud Pública. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. México: Instituto Nacional de Geriátrica; 2013: p. 21-3.
34. Baltes MM. The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. *Behavior Therapy*. 1988;19:301-19.
35. Baltes MM. Dependency in old age: gains and losses. *Behavior. Current Directions in Psychological Science*. 1995;4:14-9.
36. Montorio C. Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Intervención Psicosocial*. 2007;16(1):43-54.
37. Montorio C, Fernández M. La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Intervención Psicosocial*. 1997;6(1):53-75.
38. Salinas A, Manrique B, Téllez MM. Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa Oportunidades. En: Peláez E (org). Sociedad y adulto mayor en América Latina. Estudios sobre envejecimiento en la Región. Río de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población; 2008: p. 161-79.
39. Garay S, Montes de Oca V, Mancinas S. ¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D (coord). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012: p. 153-62.
40. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2012. México: INEGI; 2013.
41. Montes de Oca V, Macedo L. Las redes sociales como determinantes de la salud. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D (coord). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012: p. 154-77.
42. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual. *Notas de Población*. 2003;77:35-70.
43. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estudio Nacional de salud y envejecimiento en México; 2013 [citado el 16 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2013/septiembre/comunica14.pdf>
44. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades; 2014 [citado el 16 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
45. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. *Official Records of the World Health Organization*. 1946;2:100.

46. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
47. Bortz WM 2nd. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol Med Sci.* 2002;57A(5):M283-8.
48. Terry DF, Sebastiani P, Andersen SL, Perls TT. Disentangling the roles of disability and morbidity in survival to exceptional age. *Arch Intern Med.* 2008;168(3):277-83.
49. Huenchuan S. El cambio de paradigma: la consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos. En: Montes de Oca V (coord). *Envejecimiento en América Latina y El Caribe.* México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013; p. 561-98.
50. Secretaría de Desarrollo Social. Ley de los Derechos de las personas adultas mayores. DOF 25-06-2002 (25 de junio de 2002).
51. Huenchuan S, Rodríguez L. *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección.* Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010.
52. Bermejo L. *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia.* Asturias: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies; 2009.

DEPENDENCIA Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Mariana López Ortega
Javier Enrique Jiménez Bolón

2

Introducción

29

Los cuidados de largo plazo de personas constituyen una modalidad de atención compleja, multidisciplinaria y, en general, multisectorial. En este capítulo se presenta una introducción a esta modalidad y se proporciona una definición de estos cuidados y de los distintos servicios que los conforman. Se precisa la diferencia entre cuidados de largo plazo formales e informales y se presenta un panorama inicial sobre su situación actual en México. Además, se ofrece un primer diagnóstico de la dependencia funcional en adultos mayores mexicanos, como punto de partida de la posible carga actual y futura que esta dependencia ocasiona sobre los cuidados de largo plazo.

Definición de cuidados de largo plazo y sus modalidades

Los cuidados de largo plazo son aquellas actividades y servicios que se proveen de manera formal/institucional o informal/hogar a las personas de cualquier grupo de edad que, debido a problemas de salud o limitaciones, no pueden cuidarse por sí mismas durante largos periodos.^{1,2} Por su parte, la OCDE, que ha desarrollado un gran número de investigaciones sobre este tema (*long-term care*), define los cuidados de largo plazo como una variedad de servicios requeridos por aquellas personas que presentan un grado reducido o disminuido de capacidad funcional, física o cognitiva, y que son,

en consecuencia, dependientes por un periodo extendido de ayuda o apoyo en las actividades básicas de la vida diaria.^{3,4}

Los cuidados de largo plazo incluyen la atención de personas: con enfermedades crónicas –ya sean transmisibles o no transmisibles–; limitación física o mental; discapacidad asociada con accidentes; limitaciones sensoriales y problemas de salud mental, además de ancianos con pérdida funcional, limitaciones sensoriales o mentales y que son dependientes. Esta atención requiere de cuidados que involucran una gran variedad de servicios que deben diseñarse e implementarse de tal forma que aseguren que las personas mantengan la mejor calidad de vida posible, su dignidad, participación, autorrealización y, en la medida de lo posible, su independencia.^{1,2}

Estos cuidados pueden proveerse en diferentes lugares, y distintos tipos de recursos humanos pueden llevarlos a cabo, dependiendo de las necesidades de las personas y los servicios disponibles. Según sus características específicas, se dividen en cuidados formales o informales; institucionales o basados en el hogar. Los cuidados formales son los que realizan los profesionales y auxiliares de la salud, incluidos médicos, enfermeros, trabajadores sociales, especialistas en rehabilitación, así como auxiliares, quienes efectúan fundamentalmente cuidados personales y de apoyo en la vivienda.

Por otra parte, los cuidados informales los realizan los familiares y otras personas cercanas a la persona que los requiere, como amigos, vecinos, etc. La capacitación y experiencia que distingue a las personas que proveen cuidados formales o informales es una de las diferencias entre ambos. Sin embargo, la principal distinción radica en que los cuidados formales se hacen a cambio de un pago o retribución, es decir, son remunerados, mientras que los cuidados informales se efectúan sin remuneración económica a cambio (Figura 2.1).

Dependiendo de las estrategias específicas, los cuidados formales pueden proveerse en instituciones (clínicas de salud, hospitales, hospitales de día, centros sociales de día) o basarse en programas de visita y atención en el domicilio por parte de profesionales de la salud contratados por dichas instituciones y abarcan servicios tanto médicos como sociales y de cuidado personal. Al ámbito de los cuidados de largo plazo formales, pertenecen también las instituciones de atención permanente, como residencias y asilos.

La definición de cuidados en este tipo de atención es compleja por ser multifactorial y requerir de distintos niveles de intensidad. Por una parte, se encuentran los servicios o cuidados médicos, los cuales son más o menos fáciles de definir, aun cuando se requiera

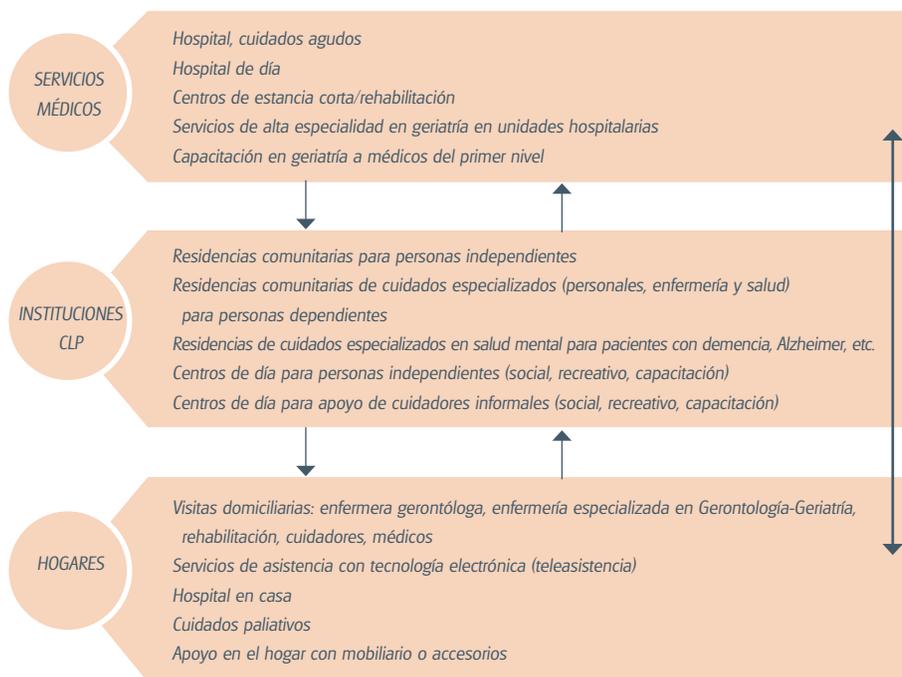


Figura 2.1. Servicios de cuidados de largo plazo.

de cuidados avanzados o especializados. Asimismo, es sencillo definir qué personal especializado se requiere para realizarlos. Los cuidados médicos incluyen la administración de medicamentos, terapia de rehabilitación, servicios de teleasistencia, provisión de equipo de asistencia (aparatos auditivos, sillas de ruedas, bastones, etc.), campañas de promoción de la salud, prevención de la dependencia, entre otras.

Sin embargo, una gran proporción de cuidados de largo plazo se refiere a cuidados no médicos, que implican ayuda para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y que representan una mayor carga, derivada de su intensidad. Entre estos cuidados, destacan: el apoyo para realizar actividades básicas diarias como bañarse, vestirse, arreglo personal, preparar alimentos y dar de comer a la persona; el apoyo para moverse dentro de la casa/institución, acostarla/levantarla, sentarla, etc. Asimismo, la ayuda puede incluir el acompañamiento o supervisión, como realizar las compras u otras actividades domésticas para la persona dependiente, así como otras actividades que permitan la participación social de ésta.

Una modalidad específica de cuidados de largo plazo son los llamados paliativos. Éstos comenzaron a usarse en mayor medida en la década de los sesenta, en respuesta a la necesidad de dar aten-

ción apropiada a pacientes que morían de cáncer. Si bien este tipo de asistencia suele asociarse con personas con cáncer que requieren cuidados terminales sólo por algunos días o semanas, en la actualidad los cuidados paliativos se ofrecen conforme al tipo y nivel de ayuda necesaria, y no sólo según el posible tiempo restante de vida que tenga una persona. Los cuidados paliativos abarcan distintas terapias, desde el manejo del dolor hasta cuidados prolongados para personas con condiciones específicas, como niños con defectos de nacimiento. No obstante, los adultos mayores reciben una proporción importante de cuidados paliativos como terapia de cuidados terminales.

Modalidades de sistemas de cuidados de largo plazo

32

Las modalidades de atención y estrategias formales de cuidados de largo plazo en los países que los proveen son muy diversas y en general derivan del sistema de bienestar (*welfare state*) existente en cada nación. En el desarrollo e implementación de sistemas nacionales de cuidados de largo plazo existen aspectos fundamentales como la forma en que se financian los servicios, la manera en que éstos se proveen y cómo se seleccionan los beneficiarios. Las modalidades de financiamiento y suministro de servicios de cuidados de largo plazo son muy distintas. En los países que cuentan con políticas o programas integrales de cuidados de largo plazo, el financiamiento puede ser público, privado o mixto. A su vez, la provisión de servicios suele presentarse en una amplia gama de modalidades, que también pasan por los sectores público, privado, organizaciones de la sociedad civil y una combinación de éstos.

De manera específica, entre los mecanismos de financiamiento que distintos países han adoptado, figuran: a) fondos provenientes de impuestos generales; b) mecanismos de primas; c) cuotas al usuario o copagos, ya sea voluntarios o designados por el gobierno, y d) combinación de estas tres modalidades. En el financiamiento mediante impuestos generales, el gobierno sufraga los gastos del sistema por medio de los impuestos recabados en los ámbitos federal, municipal y/o local. En Austria, por ejemplo, el sistema de cuidados de largo plazo se financia por impuestos generales; en Japón, 50% de los fondos para cuidados de largo plazo proviene de impuestos, de los cuales, a su vez, 50% procede del ámbito federal, 25% del nivel de prefecturas y 25% del ámbito municipal.¹

Como mecanismo adicional, los seguros privados surgen como una alternativa al financiamiento de cuidados de largo plazo, sobre todo ante las crisis de fondos públicos. Sin embargo, este tipo de seguro no ha tenido eco por parte de los usuarios potenciales y aún no ha sido respaldado en forma extensiva en ningún país como estrategia amplia de financiamiento. Finalmente, en países con escasos recursos, las estrategias de cuidados de largo plazo, incluido su financiamiento, se hacen por medio de cuidados no remunerados o informales. En este sentido, el individuo y sus familiares cercanos son quienes asumen la carga del apoyo y cuidados que se necesitan, la compra de accesorios de apoyo a la funcionalidad y el equipamiento necesario en el hogar, entre otras acciones.

Los mecanismos de financiamiento están ligados a la naturaleza del derecho a estos servicios. Los derechos pueden ser universales o focalizados mediante criterios de selección específicos. Las leyes y programas de cuidados de largo plazo definen criterios para determinar la elegibilidad para gozar de los beneficios y el nivel específico de éstos. Una revisión de programas de cuidados de largo plazo¹ define cuatro temas que los programas deben abordar al definir la elegibilidad: si los programas deben cubrir a personas de todas las edades o deben limitarse a cierta edad/grupo de edad; si los beneficios deben restringirse a personas con limitaciones severas o moderadas con menor riesgo de institucionalización; si el ingreso individual debe considerarse como criterio de selección y si la cantidad de apoyo informal disponible debe incluirse como criterio.

Los principales criterios de selección en leyes y programas de cuidados de largo plazo de distintos países incluyen:

- **Edad:** abierto o cerrado a ciertos grupos de la población. Por ejemplo: de 40 a 64 años para personas con problemas de salud específicos y toda la población de 65 años y más (Japón); 3 años y más en Austria; todas las edades (Alemania y Holanda); mujeres de 60 años y más, y hombres de 65 años y más, en Israel
- **Estado de salud y/o funcionalidad:** pérdida de autonomía y necesidad de apoyo basado en las limitaciones o dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD/AIVD), con duración esperada de por lo menos seis meses; pérdida de autonomía reflejada en la necesidad de ayuda para realizar actividades diarias (donde el nivel de ayuda se define por el número de horas de apoyo necesario por mes/semana/día); vivir solo(a) y tener necesidad de ayuda; disponibilidad de ayuda familiar/en casa

- *Nivel de ingreso:* cantidad de la percepción económica fija o eventual, o si no existe
- *Bienes y capital:* propiedad de la vivienda, otros bienes, inversiones, etcétera

Los programas de cuidados de largo plazo se basan en general en adaptaciones y/o modificaciones de distintas escalas de funcionalidad para identificar los beneficiarios que recibirán dichos apoyos y/o cuidados. Los modelos conceptuales han ido más allá de la pura identificación de limitaciones funcionales al incluir la limitación emocional y cognitiva a los esquemas o modelos teóricos sobre el proceso de discapacidad y dependencia.⁵ Sin embargo, en la práctica, las estrategias formales de atención en cuidados de largo plazo han utilizado como únicos criterios de inclusión la pérdida funcional y la dependencia asociada con ésta, así como las restricciones o vulnerabilidad económica.

Estos criterios de inclusión dependen de un sistema de valoración en el que el programa debe definir los responsables del sistema, así como el cuerpo de profesionales encargados de realizar la valoración a nivel individual y de que ésta se vincule al tipo de servicios y beneficios que serán otorgados. Dependiendo de las leyes y el programa específico, los sistemas de valoración recaen en: consejos o asociaciones nacionales/estatales de valoración, consejos médicos, las agencias aseguradoras o instituciones de seguridad social, entre otras instituciones. Por otra parte, la valoración a nivel individual se lleva a cabo por médicos, personal de enfermería y personal de trabajo social, ya sea en particular o en grupos multidisciplinarios. En algunos programas, existe la figura de administrador de casos, quien se encarga de hacer la valoración y recomendación sobre el apoyo o cuidado que debe asignarse, ligado a las necesidades específicas emanadas de la valoración.

Los beneficios de los programas de cuidados de largo plazo suelen enfocarse en la persona que necesita el apoyo en forma de recursos monetarios, servicios en especie, o una combinación de éstos. Los mecanismos de complementación de recursos pueden ser de dos modalidades, aquellos que se brindan a la persona seleccionada sin restricción alguna, para que lo utilice como crea conveniente en apoyo a su bienestar general, por ejemplo, como complemento de sus ingresos y apoyo a su autonomía, como pago a un cuidador, pago de servicios domésticos o de rehabilitación, compra de aparatos de apoyo, como bastón, entre otros. Por otra parte, están aquellos programas que restringen o definen en qué se pueden utilizar estos

recursos, en general para el pago de servicios de cuidado. La combinación de estos beneficios también es común. Además, la mayoría de los programas establecen un nivel mínimo y uno máximo sobre los beneficios por recibir.

En cuanto a los servicios incluidos en la modalidad de beneficios en especie, los programas en general se basan en paquetes de servicios comunitarios, institucionales o la combinación de éstos. Los servicios comunitarios incluyen apoyo en el domicilio con atención de enfermería general y especializada, rehabilitación, supervisión médica, cuidados personales, tareas domésticas, entre otros servicios.

Reconociendo que gran parte de los cuidados de largo plazo se realiza por los familiares y que no es remunerada, diversos sistemas de cuidados de largo plazo consideran servicios de respiro y apoyo a los cuidadores primarios. Los apoyos al cuidador informal consisten en: centros de día o residencia temporal en instituciones para liberar de carga al cuidador; apoyo monetario al cuidador para contratación y pago de cuidadores, y vales para la contratación de servicios o pago de estancias en residencias temporales. El acceso a las distintas modalidades de apoyo es en general focalizado, con base en criterios de selección específicos. Los principales criterios son el ingreso y los bienes del cuidador, su edad, la carga de los cuidados que realiza y su participación en el mercado laboral.

Finalmente, en cuanto a la provisión de cuidados de largo plazo, ésta puede ser responsabilidad del sector público en su totalidad o del sector privado; o bien, de la familia, en los países que no cuentan con sistemas formales de cuidados de largo plazo. Los sistemas públicos disponen de legislación federal o nacional y, en general, la provisión de servicios queda a cargo de las administraciones locales, ya sean estatal, municipal o provincial. De igual manera, la subcontratación de servicios específicos al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil es común entre los distintos sistemas. En países donde el sistema de cuidados de largo plazo está descentralizado y da a las provincias o administraciones locales la completa responsabilidad e independencia sobre los servicios de cuidados de largo plazo que proveen, existen diferencias significativas entre el tipo, el nivel y la calidad de servicios otorgados entre regiones.

Esta revisión sobre las modalidades existentes en sistemas de cuidados de largo plazo deja en claro que existe una gran variedad de combinaciones de entre las que los estados (países o naciones) pueden elegir en el diseño de estos sistemas, y esto se refleja en la diversidad de los sistemas existentes. De igual manera, el monto de recursos asignados a los cuidados de largo plazo

es muy variado entre países y, en consecuencia, es difícil hacer una valoración de qué tan comprensivo es un sistema, en cuanto a su cobertura y los servicios proporcionados.

Relación entre dependencia y cuidados de largo plazo

36

Como se ha documentado,³ ya sea que cuenten con sistemas formales o no, los cuidados de largo plazo de las personas mayores se enfrentarán a retos importantes en el futuro, derivado de diversos cambios demográficos, sociales y económicos, que ocasionan una creciente carga sobre los cuidados de largo plazo y quienes los proveen. Primero, si bien una gran mayoría de los adultos mayores son independientes y altamente funcionales, el pronunciado envejecimiento poblacional en gran parte del mundo ocasiona un crecimiento acelerado de los más viejos, con 80 años y más, quienes en general requieren de mayor apoyo y cuidados, sobre todo los personales, que forman parte importante de los cuidados por periodos largos. Asimismo, la creciente longevidad de las personas hace posible que requieran de los cuidados de largo plazo por hasta una década o más.

Cuando se analiza la tendencia de la pérdida de funcionalidad en adultos mayores, también resulta claro que son los de más edad los que presentan mayor número de limitaciones y más agudas. A medida que aumenta la edad, incrementa la pérdida de funcionalidad y la dependencia asociada; en consecuencia, también crece la necesidad de apoyos y ayuda. A su vez, la dependencia genera la necesidad de distintos servicios que están designados para compensar la limitada capacidad de desempeñar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En cuanto a los cambios sociales, la reducción en las tasas de fertilidad y el menor tamaño de las familias, los cambios en arreglos domiciliarios en los que conviven hasta tres generaciones bajo el mismo techo y la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral también ejercen presión sobre los cuidados de largo plazo, reduciendo el número de cuidadores potenciales, incluidos tanto jóvenes que trabajen en el mercado formal de cuidados de largo plazo, como integrantes del hogar que estén disponibles para hacerlos. En promedio, en los países de la OCDE, se espera que el tamaño de la

población en edad de trabajar en proporción al total de la población se reduzca aproximadamente 9%, al pasar de 67% en 2010 a 58% en 2050. Se estima que en países miembro como México, Turquía, Australia y Estados Unidos, la reducción sea de alrededor de 6%, mientras que en Corea, Eslovenia, Polonia, la República Checa y otros, alcance 15%.³ Así, ante un creciente número de personas que requerirán de cuidados de largo plazo, se tiene una oferta de cuidadores cada vez más reducida.

Como se infiere del capítulo anterior, no existe en México una definición única para el concepto de dependencia; los elementos aportados consideran cuatro tipos de dependencia: la funcional que incluye la mental, la psicológica, la económica y la social. En este contexto se identificó que, a partir del año 2000 en México, se reconoció la importancia de generar un conocimiento detallado sobre las condiciones de discapacidad relacionada con limitaciones funcionales, sensoriales y cognitivas, así como la importancia de eliminar las barreras que reafirman y agudizan esta discapacidad.

Para avanzar en esa tarea, se creó la Oficina de Representación para la Promoción e Integración para Personas con Discapacidad (ORPIS) en el año 2000, seguido por la creación del Programa Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad 2001-2006 y la publicación de la Ley General para las Personas con Discapacidad en junio de 2005. En la Secretaría de Salud se creó en 2011 el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS) como mecanismo gubernamental de coordinación de todas las acciones que permitan la adopción de medidas relativas a la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas a niveles federal, estatal y local. Además, se publicó la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en junio de 2011. Por último, se generó el Programa de Acción Específico para la Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad 2007-2012, con el objetivo general de prevenir la discapacidad y contribuir a que las personas que ya tienen algún tipo de ésta puedan disfrutar de sus derechos, sin sufrir discriminación alguna, estableciendo políticas públicas, información, campañas de detección, atención médica, habilitación y rehabilitación.

Existen algunos avances en materia de contar con un diagnóstico preciso sobre las condiciones de la limitación funcional y la discapacidad en el país. A partir de 2000, el Censo de Población y Vivienda incluye en una batería de preguntas cuya finalidad es captar

limitaciones moderadas o severas en tres áreas: motriz, sensorial y mental. Específicamente, se busca conocer el tamaño de la población con discapacidad total, limitaciones, moderadas o severas, para realizar distintas actividades o la pérdida de algunos sentidos como la vista y la audición.

Diagnóstico sobre funcionalidad y dependencia en adultos mayores mexicanos

En un estudio con base en datos del Censo 2010, se mostró que 5.1% de la población total reporta tener una dificultad permanente para realizar actividades diarias o tener problemas sensoriales. De este total, 2 078 540 adultos de 60 años y más reportaron tener dificultades derivadas de una limitación funcional o en alguno de los sentidos, lo que equivale aproximadamente a 26% del total de este grupo de la población. Como se observa en el Cuadro 2.1, es entre los más viejos, en el grupo de 80 años y más, en donde se concentran en mayor proporción las limitaciones relacionadas con la cognición y con la ejecución de tareas de su cuidado personal.⁶ Otro aspecto fundamental a notar en el mismo cuadro es el porcentaje de personas de 60 a 84 años que tienen dos y tres limita-

38

Cuadro 2.1. Población total y porcentaje por grupos de edad, según condición de limitación en la actividad y número de limitaciones declaradas.

Grupos de edad	Población total		Con limitación en la actividad (%)		
	Total	%	1 limitación	2 limitaciones	3 limitaciones
Total	112 336 538	4.0	85.5	9.9	2.9
00-14 años	32 515 796	10.1	10.2	7.9	10.7
15-29 años	29 706 560	10.9	11.2	8.3	8.9
30-59 años	38 661 397	33.1	35.1	23.6	16.4
60-84 años	9 352 084	38.6	37.6	46.9	42.9
85 años y más	703 295	7.4	5.9	13.2	21.0
No especificado	1 397 406	0.1	0.1	0.1	0.1

Fuente: Gutiérrez Robledo LM y López Ortega M, 2012.

ciones, ya que son ellas las que en un futuro cercano requerirán de apoyo y cuidados, y es muy probable que los requieran en un nivel de intensidad alto. Estos datos son de consideración, debido a las consecuencias que puede tener esto en las necesidades de atención en salud y de servicios personales.

La información contenida en el Censo 2010 permite también analizar el tipo de limitaciones que presentan los adultos mayores en México. La Figura 2.2 muestra el porcentaje de población de 60 años y más que reporta limitaciones y la prevalencia de éstas, por tipo de limitación. El panel A nos muestra el total de adultos mayores que informaron tener limitaciones, se observa con claridad que a medida que avanza la edad, la prevalencia de limitaciones es mayor y, muy probablemente, también la carga de cuidados asociados con la pérdida de funcionalidad y dependencia provocada por estas limitaciones. Este panel muestra también las dos limitaciones más comunes entre este grupo de la población, la dificultad para caminar o moverse con prevalencias de entre 63.2 y 73.6% y para ver en forma correcta, de entre 31.7 y 28%, aun utilizando lentes. En cuanto al resto de las limitaciones (panel B), cabe destacar que es a partir de los 80 años cuando se incrementa de manera considerable la prevalencia para todo tipo de limitación y/o pérdida sensorial. Asimismo, es importante notar cómo la dificultad para escuchar tiene también una de las más altas prevalencias en este grupo de edad, y en particular a partir de los 75 años. Debido a que gran número de condiciones de pérdida visual y auditiva en los adultos mayores son prevenibles o

tratables, por ejemplo, el caso de pérdida visual como consecuencia de la diabetes o la catarata, es importante que se generen campañas de prevención y atención a estos padecimientos ya que con acciones de relativa sencillez, se podría prevenir o prolongar el momento en que aparecen estas limitaciones, así como la pérdida funcional y la dependencia asociadas.

Una fuente adicional de información que permite conocer más sobre la pérdida de funcionalidad y dependencia en los adultos mayores es la Encuesta Nacional de Sa-

	<i>Sin limitación en la actividad</i>	<i>No especificado</i>
<i>4 o más limitaciones</i>		
77 936	105 646 736	2 162 018
1.7	94.0	1.9
18.0	30.1	14.2
14.70	27.47	9.1
16.8	35.0	11.1
28.3	7.2	2.4
22.0	0.4	0.2
0.1	0.0	62.9

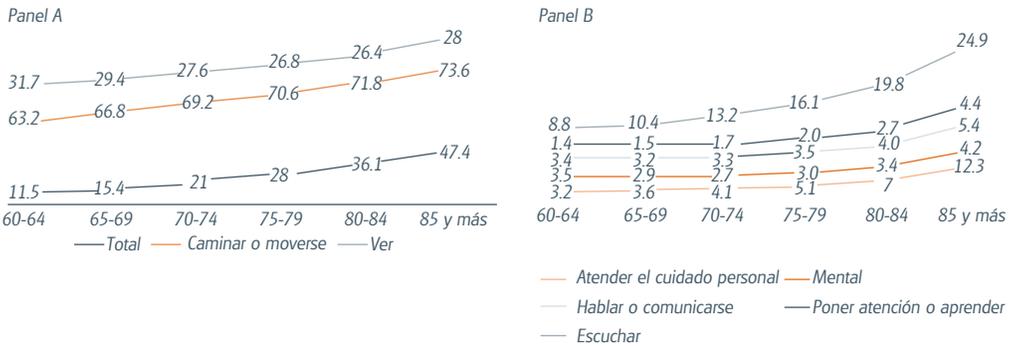


Figura 2.2. Porcentaje de la población con alguna limitación, por grupo de edad y tipo de limitación. Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2010.

lud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Por primera vez, este instrumento incluyó un módulo específico para la valoración de adultos mayores, lo cual permitió un análisis detallado de sus condiciones. Con respecto al tema de este apartado, se indagó sobre la capacidad que tienen las personas mayores para llevar a cabo su vida diaria, mediante preguntas sobre actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como comer, usar el baño, su cuidado personal, su movilidad, entre otras. Además, se indagó sobre la capacidad de realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), específicamente, preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero. Ambas esferas de actividades reflejan el estado de funcionalidad y autonomía o dependencia de las personas.

La ENSANUT 2012 reportó 26.8% de los adultos mayores con alguna limitación para realizar ABVD, es decir, uno de cada cuatro requiere ayuda para llevar a cabo estas actividades. El porcentaje más alto se encontró entre los sujetos de 80 años y más, con 47.6%.⁷ Estos resultados son consistentes con lo revelado en el Censo 2010. En relación con las AIVD, se halló que 24.6% reportó tener dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentales estudiadas. En ambas esferas de actividades, se observó que las prevalencias se incrementan con la edad y que son mayores en las mujeres que en los hombres, con cifras de 29.6 vs. 23.8%, respectivamente, para las ABVD y 28.4 vs. 20.3%, para las AIVD (Figura 2.3).⁸

La ENSANUT 2012 también permitió evaluar la dependencia relacionada con la limitación funcional por dificultad en realizar ABVD y AIVD en aquellos sujetos que debido a sus limitaciones

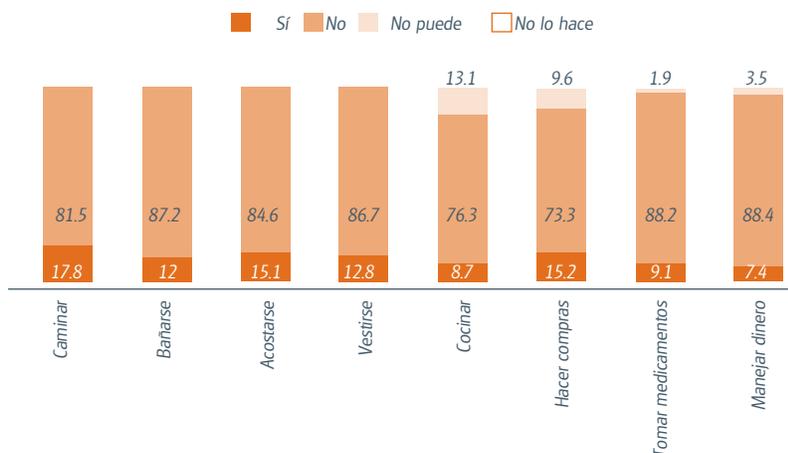


Figura 2.3. Distribución porcentual de los adultos mayores por dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. México, ENSANUT 2012.

requieren de la ayuda de otros para realizar estas actividades. La ENSANUT 2012 mostró que 5% de los adultos mayores presenta una condición de dependencia total para su autocuidado, por lo que requieren de un cuidador permanente en el hogar que los apoye para realizar estas actividades. Los datos del Cuadro 2.2 muestran con claridad cómo a medida que avanza la edad, tanto las limitaciones como la condición de dependencia asociada con éstas se incrementan, y se disparan en el grupo de edad de 80 años y más, tanto para las ABVD como para las AIVD. Es importante notar también cómo la dependencia en el grupo de los más viejos se incrementa en mayor medida que la prevalencia de limitaciones, para las ABVD

Cuadro 2.2. Distribución porcentual de limitación funcional y dependencia en adultos mayores. México, ENSANUT 2012.

Grupos de edad	Funcionalidad			
	ABVD		AIVD	
	Limitación	Dependencia	Limitación	Dependencia
60 a 69	16.0	2.2	13.8	1.0
70 a 79	25.7	5.3	26.5	2.2
80 y más	32.9	14.7	38.1	11.0
Total	21.7	5.1	21.7	3.0

Fuente: Adaptado de Gutiérrez Robledo et al., 2013.

Nota: en el análisis, ABVD se refiere a estas actividades de autocuidado: caminar, vestirse, levantarse de la cama y bañarse; AIVD denota actividades de interacción con el medio: preparar comida, hacer compras, tomar medicamentos y manejar dinero.

y las AIVD. Por ejemplo, mientras que la limitación en ABVD casi se duplica entre el grupo de 60 a 69 años y el de 80 años y más, la dependencia o necesidad de apoyo entre estos grupos es casi siete veces mayor para el grupo de 80 años y más en comparación con el de 60 a 69, con cifras de 14.7 y 2.2%, respectivamente.

Es importante mencionar que aunado a las limitaciones funcionales, el incremento en la prevalencia de deterioro cognitivo es ya una constante que ocasiona demandas específicas de cuidado y apoyo a las personas que lo padecen. Estudios recientes han mostrado prevalencias de demencia de hasta 6.1% en el grupo de 60 años y más y de 28.7% de prevalencia nacional de deterioro cognitivo sin demencia.⁹

Un estudio con base en datos de la ENSANUT 2012 mostró una prevalencia de limitaciones asociadas con cognición de 18.2% en la población de 60 años y más, con prevalencias que incrementan a medida que avanza la edad. Las limitaciones incluidas en el análisis fueron el deterioro cognoscitivo, demencia, dificultades para comprender o problemas de memoria. Para el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 11.9%; para el de 70 a 79 años, de 20.9%, y para el de 80 años y más, de 33.5%.⁷ Al analizar las limitaciones por separado, la prevalencia de demencia observada fue de 7.9% para el grupo de 60 años y más.⁸ Estos resultados fueron consistentes con lo encontrado en el estudio del Grupo de Investigación en Demencia 10/66,¹⁰ en el área metropolitana de la ciudad de México (urbano) y el estado de Morelos (rural), de 7.4 y 7.3% para las áreas urbana y rural, respectivamente.¹¹

Como se verá en una revisión de estudios en el Capítulo 3, la multimorbilidad es un factor relevante en la estimación de la carga de la dependencia en adultos mayores en el país.

Situación de los cuidados de largo plazo para adultos mayores en México

Los servicios sociales y en salud organizados en estrategias de cuidados de largo plazo para los adultos mayores en México son todavía escasos y están divididos entre distintas instituciones que los proveen. La Organización Mundial de la Salud² define los cuidados de largo plazo como aquellas actividades y servicios que se proveen, de manera formal o informal, para las personas que no pueden cuidarse

por sí mismos a largo plazo. Con base en esta definición, podemos afirmar que en México estos servicios se proveen de manera mayoritaria en el hogar, mientras que las opciones de servicios formales, en especial los públicos, aún son escasas. Por otra parte, aun cuando los servicios privados podrían tener un impacto importante en la oferta de servicios para los adultos mayores, permanecen fuera del alcance de la mayoría por las altas cuotas que cobran, mientras que las instituciones no lucrativas que ofrecen servicios gratuitos o a cuotas mínimas de recuperación son muy pocos y no alcanzan a cubrir la posible demanda creciente. Esta situación ha generado que el desarrollo de cuidados de largo plazo en cuanto a instituciones del sector público y organismos de la sociedad civil y privado sea lento.

Los cuidados de largo plazo formales en México pueden catalogarse dentro de la asistencia social, que en el país abarca la asistencia pública y la privada. La primera se proporciona por medio del subsector de asistencia social del sector salud, en tanto que la segunda es patrocinada por los particulares.¹²

Cuidados informales

En países como México, donde hay una marcada carencia de cuidados de largo plazo formales, aunada a los cambios demográficos y sociales mencionados antes, contar con un diagnóstico de los cuidados informales es una necesidad apremiante. Como se ha visto en el apartado anterior, faltan estrategias formales de cuidados de largo plazo en el país. Las instituciones de salud, seguridad social y desarrollo social históricamente han tratado de compensar esta ausencia con estrategias asistencialistas, pero es claro que no están preparadas para enfrentar la demanda futura de cuidados de largo plazo. Esta situación ha ocasionado que sean los cuidadores informales, en su mayoría mujeres, quienes adquieran esta responsabilidad de cuidados y apoyo para el resto de los integrantes del hogar a lo largo del ciclo de vida, de modo que se convierten en cuidadores primarios a cargo de los cuidados a infantes, niños y adolescentes; a la salud en el hogar; a personas con discapacidad o limitaciones permanentes, y personales y a la salud para personas mayores.

Como ya se mencionó, los cuidados informales representan una estrategia fundamental de apoyo para los adultos mayores, pues les ayudan a mejorar y/o mantener su estado de salud, prevenir otras enfermedades o sus secuelas e incluso evitar que caigan en pobreza. Además, se ha visto que las personas mayores que cuentan con apo-

yos informales tienen una mayor participación social. Por otra parte, en especial en países en desarrollo, este sector etario constituye un pilar importante de cuidado a otras generaciones, en particular a los nietos, en función de su estado de salud y sus capacidades funcionales.^{13,14}

Estudios sobre cuidados informales en distintos países han documentado que la mayoría de los cuidadores informales son mujeres, que cuidan o apoyan a parientes cercanos y proveen estos cuidados a la par de otras actividades dentro y fuera del hogar (domésticas y extradomésticas). Datos de la OCDE muestran que si bien hay variaciones significativas entre países en el porcentaje de la población que dedica tiempo a este tipo de cuidados, en promedio casi 10% de los adultos provee cuidados informales, definidos como apoyo a personas con limitaciones funcionales en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o cuidados personales, no remunerados. Los porcentajes varían desde 8.0% en Dinamarca a 16.2% en Italia. Cuando se incluye el apoyo con actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), la cifra se incrementa y alrededor de uno de cada tres adultos de 50 años y más son cuidadores informales.³

Si bien en México no se cuenta, como en otros países, con estudios o encuestas con una periodicidad definida y en el ámbito nacional sobre cuidadores informales, sí se dispone de algunas fuentes de información que permiten un primer acercamiento a las características del apoyo y cuidados hacia los adultos mayores en el país. En este capítulo se ofrecen hallazgos de dos fuentes de información. Primero, se presentan los resultados de un trabajo de investigación propio con base en la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo, ENUT 2009. En segundo lugar, se muestran los resultados de un estudio elaborado por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES),¹⁵ a partir de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, ELCOS 2012.

Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, ENUT 2009

Este apartado presenta algunos resultados de un estudio¹⁶ cuyo objetivo fue describir las condiciones que prevalecen en el país en torno del tiempo dedicado por hombres y mujeres a realizar actividades de apoyo y cuidados a personas de 60 años y más. El estudio realizó un análisis cuantitativo de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, ENUT 2009. Uno de los objetivos principales de esta encuesta es captar el tiempo destinado por las personas de 12 años y más a sus actividades diarias y proporcionar los insumos de información estadística

necesarios para la medición de todas las formas de trabajo de los individuos, incluidos el remunerado y el no remunerado de los hogares.¹⁷

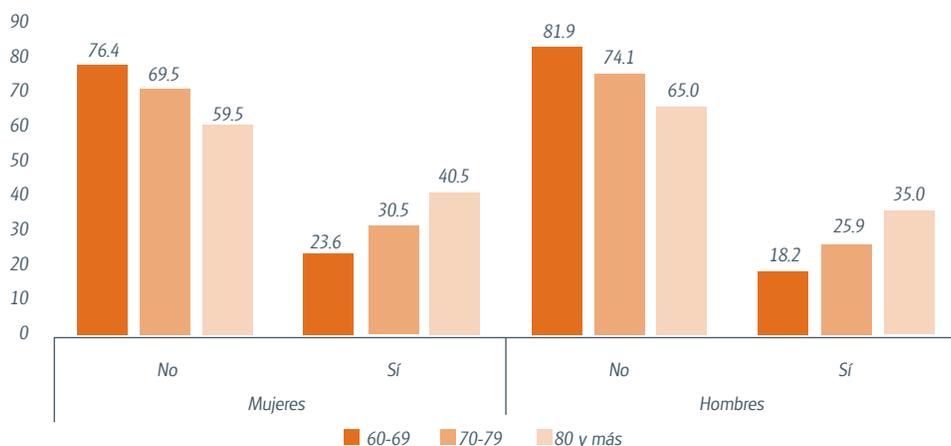
La ENUT 2009 obtiene información de las actividades que realizaron los integrantes del hogar de 12 años y más, así como el tiempo que les destinaron a esas labores en el periodo de referencia. Para este estudio, se utilizaron dos secciones de la encuesta. La primera permite determinar el número de adultos mayores que necesitan apoyo por estar enfermos temporalmente, tener alguna enfermedad crónica que requiere cuidado especial o continuo o tener alguna limitación física o mental por la cual requieren de cuidado especial o continuo, así como el tiempo que dedican miembros del hogar de 12 años y más a realizar diferentes actividades de apoyo y cuidados a estas personas. La segunda sección indaga sobre el apoyo de los miembros del hogar a las personas mayores para llevarlas al médico y/o estar al pendiente de ellos. Se trabajó con variables del hogar para realizar este análisis por sexo y grupo de edad que recibe cuidados.

45

Cuidado y apoyo a integrantes del hogar que necesitan ayuda

En esta sección de la encuesta se indaga si algún integrante del hogar: a) estuvo enfermo durante la semana pasada; b) si tiene alguna enfermedad crónica que requiere de cuidado especial o continuo, y c) si tiene alguna limitación física o mental por la cual requiere de cuidado especial o continuo. Asimismo, se averigua si el resto de los integrantes del hogar brindó ayuda o cuidados a estas personas en seis distintas actividades: darles de comer; darles apoyo en su cuidado personal; brindarles cuidados a la salud; llevarlas/acompañarlas al médico; realizarles terapias especiales y estar al pendiente de ellas. Para cada actividad, a los integrantes del hogar que declararon ayudar a esta(s) persona(s) que necesita(n) apoyo se les preguntó el número de horas y minutos entre semana (lunes a viernes) y fin de semana (sábado y domingo) que dedican a realizarlas.

Dentro del total de hogares entrevistados, se encontró un total de 12 814 897 personas que necesitaron apoyo por una o más de las tres condiciones incluidas. Por grupo de edad, el porcentaje de personas que lo necesitaron en el grupo de 0 a 11 años fue de 9.8%; en el de 12 a 19 años, 8.7%; en el de 20 a 39 años, 8.5%, y en el de 40 a 59 años, 12.3%. Los adultos mayores representan 25.7% del total de personas que requieren apoyo, porcentaje que se incrementa a medida que aumenta la edad. Si bien los porcentajes entre los hombres y las mujeres son similares para casi todos los grupos de edad, las



Fuente: López Ortega, M.¹⁶

46

Figura 2.4. Porcentaje de personas de 60 años y más, por necesidad de apoyo, subgrupo de edad y sexo. México. ENUT 2009.

mujeres adultas mayores presentan porcentajes mayores de necesidad de apoyo que los hombres (Figura 2.4).

El estudio mostró 57 990 463 personas de 12 años y más que reportaron dedicar tiempo al apoyo de otros integrantes del hogar, de los cuales 52.5% son mujeres (64 210 037). Se observó una marcada diferencia en el tiempo total que hombres y mujeres dedicaron a estas actividades, al ser estas últimas quienes dieron mayor tiempo,

Cuadro 2.3. Número de personas y tiempo dedicado a cuidar adultos mayores que necesitan apoyo, por tipo de actividad y sexo de la persona que ayuda. México. ENUT 2009.

	N	Promedio horas/ semana	MUJERES	
			Total de horas	% del tiempo total dedicado a esta actividad
Dar de comer	29 740	2.9	87 703	58.7
Cuidados personales	16 259	5.8	94 162	58
Cuidados a la salud	48 260	3.8	182 457	62.6
Llevar/acompañar al médico	12 694	1.5	18 801	29.6
Dar terapia especial	1 975	21	41 475	97.1
Estar pendiente	53 320	24.1	1 285 810	90.8
TOTAL	162 248		1 710 408	80.5

* Administración de medicamentos, monitoreo, estar al pendiente de sus síntomas.

Fuente: López Ortega, M.¹⁶

con 75.6% del total (138 089 457 horas por semana). Al igual que en el cuidado a la población en general, el cuidado y apoyo a integrantes de 60 años se realiza mayormente por mujeres al proveer 65.9% ($n = 162\ 249$) del total de este tipo de atención y apoyo.

Los resultados del Cuadro 2.3 muestran el total de integrantes del hogar que declararon dedicar tiempo a apoyar a otros miembros de 60 años y más que lo necesitaron. El total de horas reportadas por los integrantes del hogar de 12 años y más que se dedicaron a estas actividades durante el periodo de referencia, la semana anterior a la encuesta, fue 2 125 715. De ese total, 80.5% correspondió a horas dedicadas por mujeres ($n = 1\ 710\ 408$). Se observa una diferencia importante en el tiempo dedicado a cada actividad; estar al pendiente de la persona y realizar cuidados generales a la salud son las dos actividades que demandaron mayor atención. Se encontraron diferencias significativas por sexo, tanto en el total de personas que afirmaron realizar actividades, como en el número de horas reportadas. Con excepción de llevar o acompañar al adulto mayor al médico, la mayor carga de cuidados recayó en las mujeres, pues ellas realizaron entre 60 y 97% del porcentaje total de tiempo dedicado a las distintas actividades. Destaca el dar terapia especial y estar al pendiente de los adultos mayores, labores a las que las mujeres destinan más de 90% del tiempo total dedicado a estas actividades.

Lo anterior es significativo si se toma en consideración el resto de actividades que realiza un gran número de mujeres, como las tareas de trabajo doméstico, así como su creciente participación en actividades productivas fuera del hogar, como la educación formal

N	HOMBRES		
	Promedio horas/ semana	Total de horas	% del tiempo total dedicado a esta actividad
14 233	4.3	61 802	41.3
5 715	12	68 313	42
27 625	3.9	108 954	37.4
16 118	2.8	44 701	70.4
1 064	1.2	1 241	2.9
19 170	6.8	130 296	9.2
83 925		415 307	19.5

y el empleo, lo que significa doble o triple carga de trabajo sobre ellas. No obstante, es interesante notar que, si bien el número de hombres que reportaron dedicar tiempo a estas actividades es significativamente menor al número de mujeres, los que se involucraron en estas actividades les dedicaron un número de horas importante. Destacan en este sentido el dar de comer y realizar cuidados personales para estas personas de 60 años y más que lo requirieron.

Cuidado y apoyo a integrantes del hogar de 60 años y más

Aquí se presentan los resultados del análisis de la sección de la encuesta que indaga acerca del apoyo que los miembros del hogar brindaron a los adultos mayores en dos actividades específicas, llevarlos al médico y/o estar al pendiente de ellos. Se encontró un total de 2 368 818 personas de 12 años y más que dedicaron tiempo a acompañar o recoger a la persona mayor para recibir atención médica, y/o estar al pendiente de ella, mientras el encuestado hacía otra cosa. De este total, la mayoría de las personas que proporcionó este apoyo son mujeres, con 59% del total (1 285 189). El total de tiempo (horas) que mujeres y hombres declararon haber dedicado al cuidado de un adulto mayor, por semana fue de 35 963 095 horas, de las cuales, las mujeres destinaron 75% del total. El promedio de horas dedicadas a estas actividades de apoyo dentro del hogar fue de 17 horas semanales, siendo mayor el promedio entre las mujeres que entre los hombres, con 18.8 horas y 14.2 horas, respectivamente.

Para investigar la forma en que se distribuyeron estas actividades entre distintos grupos etarios entre la muestra, se realizó un análisis utilizando ocho grupos de edad abarcando 10 años cada uno, con excepción del primer grupo, de 12 a 19 años de edad (Cuadro 2.4).

Al comparar individualmente los grupos de edad, se observa una mayor carga de estos apoyos en los grupos de 30 a 39 y de 50 a 59 años de edad, en el caso de llevar o acompañar al adulto mayor al médico; y en los grupos de 30 a 39 y de 40 a 49 años de edad, en el caso de estar al pendiente de ellos. Estos resultados confirman lo encontrado por Montes de Oca,¹³ con respecto a que son las personas de 30 a 59 años en quienes recae la responsabilidad de estos apoyos, así como el efecto de la generación sándwich. Destaca la participación de adolescentes en estar al pendiente de alguna persona mayor en su hogar, así como la importante participación de los mismos adultos mayores en desempeñar estas tareas. Si tomamos los tres últimos grupos de edad en conjunto, tenemos que las personas adultas mayores realizan 23.7% del apoyo

Cuadro 2.4. Número de personas, total y porcentaje del tiempo dedicado a apoyar adultos mayores en el hogar, por grupo de edad de la persona que brinda apoyo

Grupo de edad	Llevar o acompañar al adulto mayor al médico			Estar pendiente del adulto mayor		
	n	Total de horas dedicadas	% del total de tiempo dedicado	n	Total de horas dedicadas	% del total de tiempo dedicado
12-19	21 094	54 876	3.3	248 709	4 506 383	12.8
20-29	56 928	261 825	16	315 843	4 887 096	13.9
30-39	69 710	333 574	20.4	401 676	5 848 061	16.6
40-49	75 106	282 411	17.2	281 434	5 167 035	14.7
50-59	75 193	316 764	19.3	217 371	4 498 204	12.8
60-69	81 512	216 452	13.2	271 885	5 591 217	15.9
70-79	49 092	133 092	8.1	149 865	3 604 694	10.2
80 y más	12 641	39 180	2.4	40 759	1 095 641	3.1
		1 638 172			35 198 331	

Fuente: López Ortega, M.¹⁶

para llevar a otras personas de edad avanzada al médico y 29% del total en cuanto a estar al pendiente de ellas. Mientras que en el primer caso es muy probable que se trate de los nietos de los adultos mayores, en el segundo caso, aunado a la pareja del adulto mayor, en general son sus hijos adultos mayores, nueras y/o yernos quienes también realizan una parte importante de estos cuidados.

Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, ELCOS 2012

Esta encuesta se realizó por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). El objetivo general de la encuesta consistió en generar información estadística sobre las necesidades de cuidado en los hogares y la participación de los integrantes y no integrantes del hogar para determinar si existe una sobrecarga de trabajo en las mujeres, y si ello representa una barrera en su inserción laboral o su inserción en condiciones precarias.¹⁸

La encuesta se realizó en las áreas metropolitanas de las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey y 29 áreas urbanas en el resto del país. Se seleccionó como informante del hogar a una persona de 15 años o más, residente de la vivienda que conociera los datos de los demás integrantes de su hogar. Ya que la finalidad de la encuesta

era indagar sobre las necesidades de cuidado y quien proporcionaba la atención, se definieron como actividades de cuidado de interés aquellas que realizaron los encuestados para satisfacer algunas de las necesidades de otros individuos de su hogar o de otros hogares. El dominio de personas que requirieron cuidado se definió como menores de 15 años, personas con limitaciones permanentes y personas enfermas temporales. Se indagó sobre la necesidad de apoyo en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, preparar alimentos o dar de comer, llevar o acompañar a distintos lugares, administrar medicamentos, hacer compañía, entre otras.

Considerando los tres grupos de personas que necesitaron cuidados, el estudio¹⁵ encontró que 52% de los hogares urbanos mexicanos tenía por lo menos un integrante de estos grupos. De este 52%, en 45.1% se encontraron menores de 15 años, en 7.9% algún integrante que requirió cuidados de manera temporal y en 5.2% personas con algún tipo de limitación física o mental que le impedía valerse por sí misma y que, por lo tanto, requería de cuidados permanentes. Se hallaron hogares con combinación de integrantes de estos tres grupos.

Entre las personas con limitaciones permanentes y que requieren de cuidados continuos (741 000), 52.1% corresponde a mujeres y 47.7% a hombres. Entre las mujeres con limitaciones permanentes, alrededor de 68% son adultas mayores, mientras que entre los hombres con limitaciones permanentes, 41.9% pertenece a este grupo. En cuanto a las personas enfermas temporales (1 200 000), 58.2% corresponde a mujeres. En esta condición, las mujeres adultas mayores también representan un porcentaje mayor que los hombres adultos mayores, con cifras de 18.4 y 13.3%, respectivamente.

La utilidad de esta encuesta radica en permitir por primera vez un acercamiento a la carga de cuidados informales en los hogares y las personas que los proporcionan. El enfoque en la persona que realiza cuidados permitió dar cuenta de que la mayor parte del apoyo a los tres grupos de personas incluidas consiste en labores no remuneradas. De poco más de 11.1 millones de personas que proporcionaron cuidados, entre 81.8 y 90.4% son integrantes del hogar y no reciben remuneración, es decir, no reciben ningún pago a cambio de brindar dicho apoyo. El cuidado remunerado es apenas perceptible en estos hogares y se concentra en niños menores de 6 años y personas con limitaciones permanentes con 2.7 y 2.9% del total, respectivamente.¹⁵

La encuesta también da cuenta de la distribución y carga que representan los cuidados por grupo de edad de la persona que propor-

cional cuidados. En cuanto al cuidado de personas con limitaciones permanentes (52.1% compuesto por mujeres y 47.7% por hombres, como ya se mencionó), los grupos de edad que proporcionaron estos cuidados son el de adultos de 40 a 59 años y de 20 a 39 años. En congruencia con los datos encontrados en el estudio realizado con la ENUT 2009, es importante notar cómo 20% del total de estos cuidados los proporcionan otras personas de edad avanzada, entre quienes se encuentra la pareja, y muy probablemente adultos mayores que cuidan a sus padres, hermanos(as) y amigos, entre otros (Figura 2.5).

Cabe destacar que entre 7 y 10% de los cuidados proporcionados a personas con limitaciones tanto temporales como permanentes estuvo a cargo de menores de 20 años, así como la mayor participación de hombres en este grupo de edad en el cuidado de personas con limitaciones permanentes. Es probable que estas personas sean nietos de los adultos mayores que requieren de apoyo u otros familiares dentro del hogar. Es necesario indagar si el proporcionar cuidados interfiere o no con otras actividades como estudios, actividades recreativas, etcétera.

Los datos de estas encuestas dan cuenta de la magnitud del apoyo y cuidados personales y a la salud que los integrantes del hogar proporcionan a los adultos mayores en el país. Es indispensable en el futuro generar, además, un diagnóstico del impacto de estos

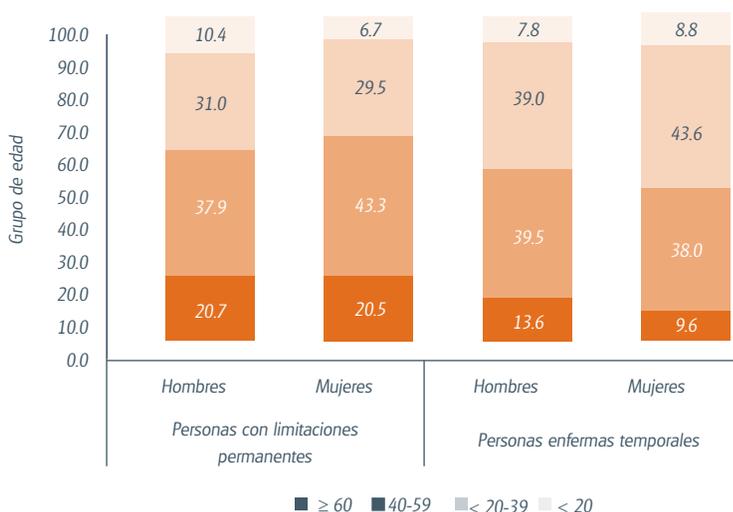


Figura 2.5. Distribución porcentual de las personas de áreas urbanas residentes del hogar que realizaron actividades de cuidado, por edad y sexo del cuidador, según tipo de persona que requirió cuidado.¹⁵

cuidados informales en el cuidador primario y su hogar. Primero, es necesario conocer los costos asociados con estos cuidados, tanto los monetarios o carga financiera por gastos de bolsillo para solventarlos, como los costos de oportunidad en los que se incurre por ser cuidador y dejar de hacer otras actividades como estudiar, trabajar fuera del hogar, divertirse o recrearse, etcétera.

En segundo lugar, es necesario investigar la posible sobrecarga al cuidador y los efectos que tiene tanto en su salud, como en la calidad de atención que puede proporcionar en consecuencia.

Cuidados formales

Como ya se mencionó, los cuidados de largo plazo formales son todavía escasos y se encuentran divididos entre distintas instituciones que los proveen. Dentro de la asistencia pública, destacan el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), donde se concentran las pocas instituciones públicas que proporcionan cuidados de largo plazo. Si bien el INAPAM se enfoca en la atención a las personas de 60 años y más, el DIF cubre a toda la población, centrandose su atención en grupos vulnerables de cualquier edad. Ambas instituciones están descentralizadas y es responsabilidad y decisión de las entidades federativas definir los grupos de atención a quienes dan prioridad, los servicios que ofrecen, así como la modalidad de atención. Si bien se debe reconocer que la descentralización de los servicios públicos ha brindado la oportunidad a los estados de generar servicios respondiendo a sus características y necesidades específicas, no todos tienen el interés o la capacidad técnica y financiera para hacerlo. Otro efecto de la descentralización es la ausencia de indicadores o metas nacionales que permitan realizar una planeación efectiva de los distintos programas de asistencia social.¹⁹

Sector público y seguridad social

El INAPAM cuenta con seis albergues de alojamiento permanente: cuatro en el Distrito Federal, uno en Guanajuato y otro en Oaxaca; y con seis residencias de día en el Distrito Federal y una en Zacatecas, las cuales ofrecen alojamiento temporal, alimentos y actividades físicas, socioculturales, de educación para la salud, paseos, talleres

de lectura, terapia ocupacional, entre otros servicios, dependiendo de la modalidad de atención de cada residencia de día.²⁰ En materia de atención temporal, el INAPAM además cuenta con Centros de Atención Integral (CAI), centros culturales y clubes de día. Los CAI brindan servicios de atención médica de primer nivel, apoyan los servicios de salud en la detección, el control y el seguimiento de las enfermedades comunes en las personas adultas mayores. Los servicios los brindan equipos multidisciplinarios, dependiendo de la modalidad incluida en cada uno de los tres Centros de Atención Integral (CAI) del INAPAM, en la ciudad de México. Por su parte, los centros culturales y los clubes INAPAM tienen como objetivo promover y mantener la participación de las personas adultas mayores y mantener su funcionalidad y capacidad física, mediante el fomento de su participación en distintas actividades culturales, recreativas y de capacitación, propiciando la organización, participación y su permanencia en la comunidad.²⁰

En cuanto a residencias temporales o permanentes en los estados, no existe información a nivel nacional concentrada en el INAPAM o en algún otro sitio sobre la existencia de servicios a nivel estatal, ni la modalidad de atención en los casos en que existan. Por lo tanto, para saber en los ámbitos estatal y municipal, si los institutos estatales de las personas mayores brindan estos servicios y su modalidad, se requiere un trabajo de investigación específico.

El sistema DIF cuenta con algunos escasos asilos o residencias de estancia permanente cuyo objetivo es contribuir al cuidado y atención de hombres y mujeres adultos y adultos mayores que se encuentran en situación de abandono, discapacidad física, con problemas de salud mental o indigencia. En el Distrito Federal, el DIF nacional cuenta sólo con dos asilos para cuidados de largo plazo, la Casa Hogar “Vicente García Torres” y la Casa Hogar “Arturo Mundet”, ahora llamados Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Vicente García Torres” y “Arturo Mundet”, respectivamente, así como la Casa Hogar para Ancianos “Olga Tamayo”, en Morelos, y la Casa Hogar para Ancianos “Los Tamayo”, en Oaxaca. El propósito establecido para estas instalaciones es proporcionar una atención integral a los adultos mayores sujetos de asistencia social en los centros gerontológicos del DIF.

En cuanto a servicios formales de atención domiciliaria, está el programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este programa inició en 1990 y su objetivo es proporcionar atención médica a través de procedimien-

tos básicos en el domicilio, con la participación activa del paciente y sus familiares, integrándolos al autocuidado de su salud.²¹ El programa incluye pacientes del IMSS con pérdida de autonomía permanente o temporal por distintas causas, pérdida sensorial que limite la funcionalidad, demencia en etapas avanzadas, casos posoperatorios de cirugía mayor, entre otros. El programa se apoya en el cuidador primario y/o red de apoyo familiar con quien se realizan sesiones educativas y de capacitación para apoyar la recuperación del paciente.²²

A la fecha, se encontraron dos estudios relacionadas con el programa ADEC del IMSS. Por una parte, un análisis de costos del programa encontró que el costo total tanto para el IMSS como para los pacientes, o sus familiares, que se atendieron en el domicilio fue significativamente menor que el de los pacientes con complicaciones atendidos en el hospital.²¹ El segundo estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto del programa ADEC, en comparación con la atención habitual de ancianos con dependencia funcional derechohabientes del IMSS.²²

Sector no gubernamental

Tal como sucede con la atención a otros grupos de población o grupos vulnerables, es indispensable mencionar la atención que se brinda a los adultos mayores en materia de cuidados de largo plazo desde las organizaciones de la sociedad civil, principalmente a través de las instituciones de asistencia privada.

Uno de los grandes retos del país en materia de cuidados de largo plazo es la inexistencia de un registro nacional que integre la totalidad de instituciones, ya sea de estadía temporal o permanente, que dan atención a los individuos de edad avanzada. Para ello, es necesaria la recopilación de información de distintas fuentes y la verificación individual de los datos contenidos en éstas.

El Centro Mexicano para la Filantropía, por ejemplo, se ha dado a la tarea de realizar un esfuerzo de dimensionar el sector no lucrativo en la atención a la sociedad en México, con la construcción de un compendio de organizaciones de la sociedad civil.¹² Se incluye a las organizaciones de la sociedad civil de carácter formal, privado, no lucrativo, autónomo y voluntario que brindan servicios a la población en general. Entre las instituciones de asistencia privada figuran: orfanatorios, asilos, casas hogar para niños de la calle, centros de readaptación para jóvenes víctimas de la drogadicción, centros de rehabilitación de AA e instituciones que atienden pacientes con enfermedades específicas. Una búsqueda en el

Directorio de Instituciones Filantrópicas del CEMEFI en el campo de asistencia social y subcampo de asilo/casa de reposo arroja 369 resultados. De éstos, 219 pueden identificarse con claridad con la modalidad de cuidados de largo plazo permanentes por ser asilos, albergues, casas de descanso, reposo o retiro, casas hogar, residencias, etc. En el resto de las organizaciones de este rubro no queda clara la modalidad de atención o si su naturaleza es administrativa, pues se citan patronatos, fundaciones, asociaciones, entre otros.

Por su parte, el DIF nacional ha elaborado un Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social con la finalidad de concentrar la información de las instituciones públicas y privadas de asistencia social del país, su ubicación geográfica, objeto social y datos de contacto, con el fin de darles publicidad. Esta información se recopila por medio de las inscripciones que se tramitan a través de los Sistemas Estatales DIF y las Juntas de Asistencia Privada de distintas instituciones. El directorio más actualizado a agosto de 2013 incluye 26 instituciones de cuidados de largo plazo para adultos mayores (60 años y más), que reportan como tipo de servicio: casa hogar, albergue, prevención y atención al desamparo o abandono, promoción del sano desarrollo físico, mental y social de las personas, así como prevención, rehabilitación, terapia y habilitación de discapacidad. Se encontraron organizaciones listadas en ambos directorios, lo que deja claro la falta de un esfuerzo único de concentración de información.

Si bien estos esfuerzos de integrar información son importantes, es claro que no contienen la totalidad de la oferta pública o privada de este tipo de servicios. Esto complica el trabajo de seguimiento, verificación o evaluación de éstos. Por su parte, los potenciales usuarios de estos centros y sus familiares se ven obligados a investigar en distintas instancias para identificar un lugar adecuado a sus necesidades.

Por último, es importante notar que se han realizado pocos estudios acerca de las condiciones de salud, bienestar y derechos humanos de los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados de largo plazo, y de evaluación de las instituciones en cuanto a si cuentan con los servicios adecuados, infraestructura, recursos financieros y humanos, medidas de seguridad y protección civil, etc.²³ Infortunadamente, no obstante los esfuerzos realizados por las instituciones, los resultados de los estudios no fueron positivos en varios rubros. Por ejemplo, se identificaron situaciones como no tomar en consideración la opinión de las personas beneficiarias para definir sus actividades; ausencia de mecanismos para atender a los adultos mayores que habían sido y/o eran víctimas de violen-

cia; falta de prevención/identificación de casos de violencia por parte de familiares, otras personas beneficiarias o el personal; no se fomenta la participación social de los adultos mayores; ausencia de mecanismos de protección civil o condiciones inadecuadas, entre otras. En los distintos rubros evaluados, una constante fue la ausencia de diagnósticos e información estadística que permitieran identificar las necesidades de atención de las personas adultas mayores, su estado de salud y bienestar, así como contar con insumos que mejoraran el servicio asistencial.²³

Por otra parte, un estudio sobre las instituciones de cuidados de largo plazo en el Distrito Federal con base en instrumentos de evaluación geriátrica y de valoración de los programas o modalidades de atención mostró que en las instituciones de cuidados de largo plazo, son las instituciones privadas las que reportan los puntajes más bajos. Es claro, por lo tanto, que se requiere de una instancia que lleve un seguimiento y evaluación de la calidad de la atención proporcionada en estas instituciones y su impacto en la salud y bienestar de las personas que ahí residen.²⁴

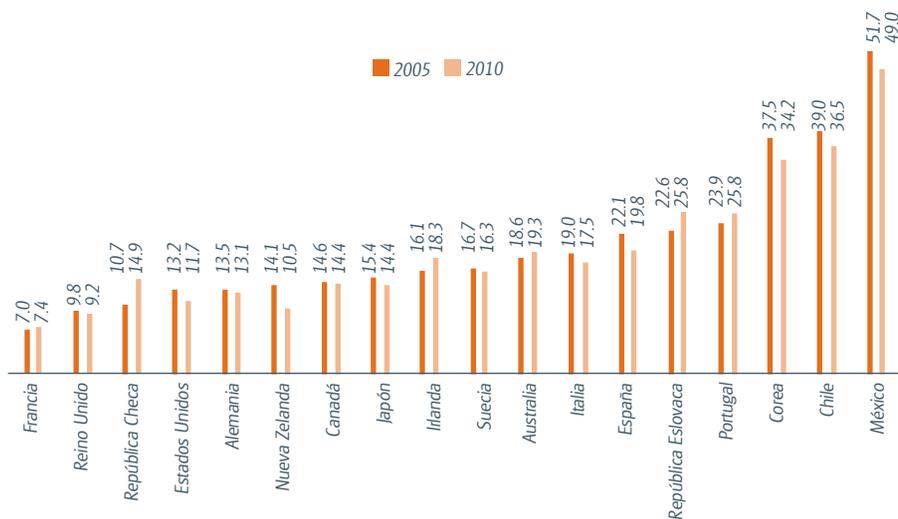
Uno de los pocos estudios que se conocen en el ámbito estatal para generar un diagnóstico sobre instituciones de cuidados de largo plazo a nivel estatal es el realizado en el estado de Nuevo León por parte de la Universidad de Monterrey.²⁵ El objetivo del estudio fue construir un instrumento de diagnóstico para describir la situación que se vive en los establecimientos que brindan atención a los adultos mayores en el estado, que permita tener un conocimiento completo de tales instituciones. En relación con los residentes, se administró un cuestionario de 34 reactivos que indagaban sobre las condiciones de salud y bienestar de estas personas. En lo referente a las instituciones, se investigó sobre su capacidad, razón social, gestión del servicio, modalidad de servicio, proceso y requisitos de admisión, estructura organizacional, así como los espacios, accesibilidad y condiciones de seguridad. Se identificaron también necesidades de capacitación del personal que labora en las instituciones.

Al revisar estos datos, es claro que un aspecto sobre el cual es indispensable investigar se refiere al financiamiento de los cuidados de largo plazo formales que ahora existen. Al no tener un censo de dichas instituciones, poco se conoce de ellas, fuera de algunos datos de localización y administrativos, como su figura legal. En su mayoría, los cuidados de largo plazo formales que en la actualidad se proveen en el país se hacen por parte del sector privado, sobre todo por medio de organizaciones de la sociedad civil. De este modo, puede

afirmarse que por medio de este sector se financia la mayoría de los cuidados formales, aun cuando se desconoce qué proporción se hace por trabajo de voluntariado, donaciones económicas o en especie, o incluso a través de fondos públicos para aquellas instituciones que solicitan recursos al Patronato de la Beneficencia Pública de la Secretaría de Salud.

Aunado al ejercicio que se presenta en este libro de síntesis y análisis de todos los programas públicos dirigidos a los adultos mayores, es necesario generar un diagnóstico de los fondos asignados y ejercidos en cada uno de ellos para que, en conjunto con un costeo de los cuidados informales, se tenga una idea clara de los agentes que financian este sector y los montos asignados. Lo anterior reviste particular importancia, ya que pareciera que replica el mismo patrón de financiamiento del sector salud, en donde aun con las reformas que se han llevado a cabo en la última década, el gasto del bolsillo sigue representando al menos alrededor de 50% del gasto total en salud (Figura 2.6).

Por otra parte, es importante considerar que si bien el gasto en salud se ha aumentado, México sigue siendo no sólo uno de los países que menos invierte en este rubro, sino que también es muestra de los menores porcentajes de crecimiento (Figura 2.7). Es claro, entonces, que es necesario conocer los costos de los cuidados de largo plazo, tanto formales como informales, para a partir de ahí



Fuente: OCDE Health Data: Health expenditure and financing: OCDE Health Statistics (database).

Figura 2.6. Gasto de bolsillo como porcentaje del total del gasto para países seleccionados de la OCDE. 2005 y 2010.



Fuente: OCDE Health Data: Health expenditure and financing: OCDE Health Statistics (database).

Figura 2.7. Gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto para países seleccionados de la OCDE. 2005 y 2010.

desarrollar estrategias de atención que consideren el gasto actual en salud y los agentes que los financian.

En paralelo, es indispensable consolidar el desarrollo del marco legal y los mecanismos de implementación y evaluación de las instituciones de cuidados de largo plazo. Esto permitirá también conocer la situación de los pocos programas de atención formal, como ADEC, y de las instituciones públicas pertenecientes a instancias como el DIF y el INAPAM, en el ámbito nacional, incluido su financiamiento.

Conclusiones

Este capítulo ofrece un panorama de los cuidados de largo plazo y su caracterización en México, incluidos los cuidados formales e informales. En un intento por caracterizar mejor la carga de los cuidados en México, se presenta un panorama sobre la limitación funcional, sensorial y mental en los adultos mayores en el país, y la dependencia asociada con estas limitaciones. Se hizo evidente también cómo el envejecimiento de la población y los cambios so-

ciales en que el país está inmerso en la actualidad presentan un reto adicional a los cuidados de largo plazo y, en particular, a los cuidados informales ante la disminución de cuidadores reales y/o potenciales en el futuro cercano. Ante esta situación, es indispensable que los sistemas de salud y seguridad reconozcan el trabajo que delegan y relegan a las familias, y se generen políticas públicas que reemplacen o, por lo menos, disminuyan este trabajo.

En el análisis sobre los cuidados informales de los adultos mayores en México, se reconfirma cómo el apoyo y cuidado en distintas actividades en gran medida se convierte en la responsabilidad de otros miembros del hogar, y dentro de éstos, de las mujeres. Esto en adición a otras responsabilidades, como tareas domésticas, trabajo fuera del hogar, actividades recreativas, etc. Es importante notar de los estudios dos fenómenos que ya se han visto en otros países con niveles de envejecimiento más avanzado. Primero, la alta concentración de cuidados en el grupo de 40 a 59 años de edad, pues muy probablemente, además de brindar cuidados a adultos mayores, se encuentren todavía criando y/o manteniendo a sus propios hijos adolescentes o adultos jóvenes. En segundo lugar, la creciente participación de adultos mayores cuidando a adultos mayores. En este caso, se podría asumir que son cuidados que se realizan entre parejas y de forma creciente de adultos mayores cuyos padres aún sobreviven o cuidan de hermanos(as), amigos(as), o personas cercanas de su generación.

Algunos estudios han mostrado cómo distintos valores socio-culturales proveen la base del proceso de cuidados en un número importante de familias, en donde el cuidado de las personas enfermas, adultos mayores, etc., se considera responsabilidad familiar. En gran medida, la percepción sobre el impacto y las dificultades que se enfrentan al ser cuidador en general está inmersa en valores de solidaridad y retribución que evitan que la provisión de estos cuidados se vea como una carga.²⁶ Sin embargo, es claro que la creciente proporción de adultos en edades extremas y el porcentaje de adultos que han acumulado varias enfermedades crónicas con posibles consecuencias implican una mayor demanda de cuidados y más complicada, lo que hace que la carga sea cada vez menos soportable y con consecuencias en la salud física y emocional del cuidador primario. Esta última debido a posibles situaciones de maltrato y abuso de la persona dependiente, a causa de que quien proporciona la atención puede llegar a sentirse rebasado.

En este sentido, existe una necesidad apremiante de diseñar e implementar servicios comunitarios de atención en cuidados de largo

plazo, en especial, en lo referente a la atención domiciliaria. Asimismo, es necesario contar con la legislación y normatividad necesarias para tener un registro obligatorio de instituciones de cuidados de largo plazo, un sistema de normas mínimas básicas y un sistema de seguimiento y evaluación de éstas, que permita establecer y mantener estándares de calidad en la atención y el bienestar de los adultos mayores.

Referencias

1. Brodsky J, Habib J, Mizrahi I. Long-term care laws in five developed countries. A Review. WHO/NHM/CCL/00.2 2000.
2. WHO. Home-based long-term care: report of a WHO study group. World Health Organization, technical report series. Geneva: World Health Organization; 2000;898.
3. OECD. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris; 2011.
4. OECD. Conceptual framework and definition of long-term care. Paris; 2007.
5. Puga González MD, Abellán García A. El proceso de la discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: Fundación Pfizer; 2004:12-30.
6. Gutiérrez Robledo LM, López Ortega M. El Sistema de Salud en México y los caminos hacia la universalización: Impacto del proceso de envejecimiento En: Ramírez B, Ham R (coord). Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México. México: UNAM-COLEF. UNAM, El Colef ISBN/ISSN: 978-607-479-069-6, 2012: pp. 295-312.
7. Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, López-Ortega M, Salinas-Rodríguez A, et al. Discapacidad y Dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena. ENSANUT 2012. Documentos analíticos; 2013. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/documentos_analiticos.php#.UyeqCvmwK9I
8. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
9. Mejia-Arango S, Gutierrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population. Data From the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health*. 2011;23(7):1050-74.
10. <http://www.alz.co.uk/1066/>
11. Llibre-Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008;372:464-74. *Lancet*. 2008;372:464-74. Published Online July 28, 2008. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61002-8.
12. Valdés Olmedo JC. Organizaciones de la Sociedad Civil. Cemefi, FUNSALUD, Secretaría de Salud; 2006.

13. Montes de Oca Zavala V. Diferencias de Género en el Sistema de Apoyo a la Población Envejecida en México. *Papeles de Población*. 1999;019:149-72.
14. Robles-Silva L. The caregiving trajectory among poor and chronically ill people. *Quality Health Research*. 2008;18:358-68.
15. INMUJERES. El trabajo de cuidados. ¿Responsabilidad compartida? Instituto Nacional de las Mujeres. México: Boletín estadístico; 2013.
16. López-Ortega M. Apoyo y cuidados de largo plazo en el hogar para adultos mayores en México. Documento no publicado.
17. INEGI. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009: ENUT: metodología y tabulados básicos. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México; 2012.
18. INMUJERES. Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social; 2012. ELCOS 2012. Marco conceptual y Diseño de la Encuesta; 2013.
19. ITESM-DIF. Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Evaluación de consistencia y resultados, 2007. Entrega final Resumen Ejecutivo de la Evaluación del Programa Desayunos Escolares. ITESM-DIF; 2008.
20. INAPAM. Modalidades de Atención Gerontológica. México: Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores. Disponible en: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf)
21. Suriano de la Rosa B. Análisis de costos del programa de atención domiciliaria en el paciente crónico (ADEC). *Rev Enferm IMSS*. 2003;11(2):71-6.
22. Espinel-Bermúdez MC, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, Viveros-Pérez A, García-Peña C. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Publica Mex*. 2011;53:17-25.
23. CDHDF. Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal-2007. 1a ed. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. 2008.
24. Gutiérrez-Robledo LM, Reyes-Ortega G, Rocabado-Quevedo F, López-Franchini J. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. *Salud Publica Mex*. 1996;38:487-500.
25. Gómez-Mendoza S. Resultados del Estudio Exploratorio de los Establecimientos de Atención a los Adultos Mayores en el Estado de Nuevo León. Ponencia presentada en el seminario dependencia en adultos mayores: de la experiencia internacional a la acción en México. México, D.F.; 3 y 4 de diciembre de 2013.
26. Lopez-Ortega M, Matarazzo C, Nigenda G. Household care for the elderly and the ill in Mexico: an analysis from a gender perspective. En: Reichenbach L (ed). *Exploring the gender dimensions of the global health workforce*. Massachusetts: Global Equity Initiative, Harvard University; 2007:59-90.

Otras bases de datos consultadas

OECD Health Data. Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (database); 2013. doi: 10.1787/hlthxp-total-table-2013-2-en

OECD Health Data. Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (database). <http://dx.doi.org/10.1787/00pexphtl-table-2013-2-en>

ESCENARIOS DE LA DEPENDENCIA EN MÉXICO

*Héctor Gómez Dantés, María del Carmen García Peña,
Sergio Sánchez García, Óscar Rosas Carrasco,
Julio César Campuzano Rincón, Rafael Lozano*

3

Introducción

63

El rápido desarrollo que tuvo México durante el siglo pasado modificó las condiciones de vida y organización social de todos los sectores y grupos poblacionales. Entre muchos otros cambios, podemos destacar que el país pasó de ser eminentemente rural a congregarse en núcleos urbanos de tamaños diversos; la actividad económica dejó de ser agrícola para industrializarse; la población en general se apartó del analfabetismo, y hoy en día las mujeres tienen mejores oportunidades de educación y trabajo. En el terreno de la salud, el país también cambió, puesto que las causas de muerte son distintas y la esperanza de vida se ha incrementado de manera sustancial. Si bien todos estos cambios dan cuenta de los avances que hemos tenido como sociedad, también debemos destacar que la respuesta organizada a varios de estos cambios no ha sido oportuna ni suficiente y, en algunos casos, ha sido incipiente, tardía o inexistente. Si hablamos de estrategias de atención a ciertos grupos poblacionales como los niños, el país y sus instituciones de salud han sido pioneros en muchos de los programas de prevención, atención y control reflejados en los bajos indicadores de mortalidad infantil. Sin embargo, si nos referimos al reto de atención a la población adulta mayor, encontramos que los esquemas de protección social y las estrategias y programas de atención a la salud de adultos mayores no están estructurados ni diseñados para enfrentar la magnitud y complejidad del reto.

El crecimiento de este grupo poblacional está transformando la estructura de la población económicamente activa y las tasas de dependencia; los programas sociales atienden la urgencia de algunas

necesidades específicas, y las instituciones en su conjunto deben hacer ajustes para incorporar las variadas demandas de este grupo de población. Las instituciones de salud están sufriendo ya las consecuencias de ese rápido proceso de envejecimiento.

Uno de los retos más importantes lo representa la presión que la creciente población de adultos mayores ejercerá sobre los sistemas de seguridad social, asistencia médica y los servicios personalizados para el cuidado de las personas mayores. Al igual que sucedió con la niñez y las mujeres, el interés creciente por abordar el tema de los ancianos se da como una reacción a su aparición como grupo vulnerable y potencialmente influyente. Durante muchos años, los adultos mayores figuraron como un grupo social homogéneo minoritario y marginado, con escasas necesidades de salud que de manera paulatina se retiraban del entorno productivo y laboral del país; de ahí que no fuera reconocido por las políticas públicas y creciera con muy escasa representación social. La relevancia que hoy tienen se debe a: su número creciente; su dispersión geográfica; las demandas de mejores condiciones laborales y de protección social; su perfil de salud y la compleja demanda de servicios médicos y de asistencia. En otras palabras, hoy emergen y se han hecho visibles como un grupo de presión social y política.

El proceso de envejecimiento se adelanta –en muchos aspectos– a los cambios estructurales e institucionales necesarios para atender integralmente sus necesidades de salud y bienestar. El denominador común a los programas de atención para la población adulta mayor es que se generan a partir de iniciativas individuales de las instituciones responsables de la atención médica de esta población y carecen de un marco rector y una política gubernamental integral que defina las estrategias básicas para la atención de las amplias necesidades de este sector poblacional. El envejecimiento demanda la puesta en marcha de políticas y programas sociales que aborden de manera integral las condiciones de bienestar de este grupo, que promuevan ajustes estructurales en las instituciones de salud y en aquellas vinculadas al desarrollo social, pues no están diseñadas ni preparadas para hacerle frente a las diversas necesidades de atención de este grupo poblacional.

Transición demográfica y epidemiológica

El envejecimiento de la población es un proceso influenciado por las políticas de salud pública instrumentadas durante el siglo xx, si-

nónimo de logros en el terreno social, económico, tecnológico y de la salud pública y, sin duda, marco temporal de la transformación demográfica más importante desde la década de los setenta.

Para el año 2050, el número de personas de 60 años o más en todo el mundo alcanzará los 2 mil millones.¹ Al igual que otras naciones en el mundo, la población mexicana está envejeciendo, aunque este cambio demográfico en México está sucediendo a un ritmo más vertiginoso que en muchos otros países.² Si la población de adultos mayores mexicanos creció 1.4% en los últimos 50 años (1950-2000), en los próximos 50 años (2000-2050) crecerá 17.7%. En términos absolutos, esto significa que en el año 2050, habrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños. Este envejecimiento de la población trae consigo consecuencias a diferentes niveles y estructuras, pero es probable que sus implicaciones en los servicios de salud y sociales sean las más importantes.³

En México, las razones del cambio demográfico son las mismas que para el resto del mundo: el descenso en las tasas de fecundidad, el decremento en las tasas de mortalidad y la longevidad.⁴ El decremento de la fecundidad ha sido el principal determinante de la reducción del crecimiento demográfico durante las últimas cuatro décadas y se explica, en gran medida, por la implementación de una política de población,⁵ cuyo objetivo central fue la disminución del crecimiento demográfico, precisamente, poniendo a disposición de las mujeres los medios para tener el número de hijos que deseaban y garantizando el acceso a métodos anticonceptivos eficientes. La tendencia a la baja en la fecundidad observada al final del siglo xx muestra que la tasa global de fecundidad en México se redujo en 17% (de 1999 a 2009, respectivamente), es decir, hubo una reducción de 2.9 a 2.4 hijos en promedio por mujer.⁶ El Informe de la situación de salud de las Américas de 2012 coloca a México con una tasa cruda de 18.5 nacimientos por mil, cifra más alta que el promedio de la región (17.5). La tasa total de fecundidad es de 2.2, es decir, está a menos de un recién nacido por arriba del nivel del reemplazo y es una cifra superior a la de Brasil (1.8), Cuba (1.5) o Chile (1.8), pero igual al promedio regional (2.2).^{7,8}

El otro elemento que acompaña a la transición demográfica es el descenso en la mortalidad, sobre todo la disminución tan marcada de las tasas de mortalidad infantil. Esto ha permitido que la población crezca a ritmos diferentes. Por ejemplo, el sector demográfico de más de 65 años de edad crece a una tasa de alrededor de 2% por año, mientras que la población general lo hace a un ritmo anual de 1.3%.

Los mexicanos de más de 85 años constituyen el grupo poblacional de más rápido crecimiento, pues se incrementa a un ritmo de 3 a 5% por año. Esto significa que no sólo hay más adultos mayores, sino que las mismas personas se harán cada vez más viejas.⁹ La esperanza de vida, en la actualidad es de 76.4 años para población en general y ofrece 22 años más de vida para el grupo demográfico de 60 años o más. No obstante, cuando hablamos de la esperanza de vida “saludable” para la población en general, ésta se reduce a 65.8 años, lo que significa que en los siguientes 10.6 años –que se aspiran a vivir para alcanzar la esperanza de vida general– hay una carga de enfermedad y dependencia de magnitud variable pero compleja en su composición.¹⁰

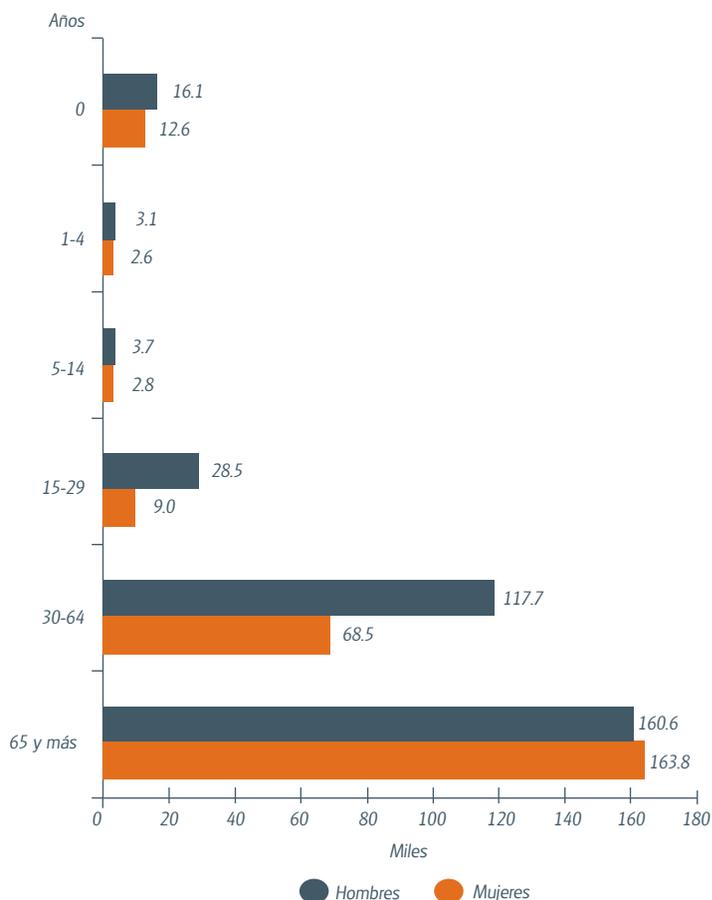
La suma de estos tres factores –el descenso en las tasas de fecundidad, el decremento en las tasas de mortalidad y la longevidad– ha producido cambios drásticos en la dinámica demográfica de la población mexicana, entre los que destaca la desaparición casi inmediata de los beneficios del bono demográfico, considerando que es el fenómeno en el que el número de población trabajadora es mayor a la población dependiente (niños y adultos mayores). Esto significa que la carga de los adultos mayores y los niños se agrava con los años, sin importar las condiciones de salud de una población que envejece y enferma de múltiples causas.

En cuanto a los cambios epidemiológicos, las transformaciones en la magnitud y la naturaleza de las causas de muerte son evidentes; la muerte se presenta a edades más avanzadas y por causas de índole fundamentalmente crónica (Figura 3.1).¹¹

Las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales dejaron de ser las causas de defunción más importantes, para dar paso a las enfermedades no transmisibles, sin embargo, este panorama puede tener diferencias según los niveles de pobreza e índice de rezago.

El cambio en el perfil epidemiológico de la población en general da cuenta de la sustitución de unas causas de muerte (transmisibles) por otras (no transmisibles), cuando la transición epidemiológica en la población adulta muestra un perfil combinado de enfermedades que provocan la muerte (letales), asociadas con una gama muy variada de enfermedades y trastornos no letales que acompañan al adulto y al adulto mayor durante gran parte de su vida.

De aquí se desprende el interés por conocer el perfil de pérdidas y daños a la salud del adulto mayor, pero cuyo desenlace no sea la muerte, sino las condiciones que lo llevan a vivir sus últimos años de vida con limitaciones físicas, mentales y emocionales y que, en una proporción variable, lo conducen a la dependencia y la demanda



Fuente: INEGI. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad. Consulta interactiva de datos.

Figura 3.1. Defunciones registradas en la población por grupos de edad y sexo, 2010.

de cuidados que terminan siendo excesivos, costosos y muchas veces especializados.

Dependencia funcional y enfermedades crónicas

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. El envejecimiento no es una condición *per se* que se asocia con enfermedad y dependencia, pero sí

es un hecho en el que el efecto acumulativo de múltiples exposiciones y las condiciones psicológicas, físicas y sociales, a menudo desfavorables, incrementan el riesgo de enfermar en los ancianos.

Los adultos mayores afrontan de manera cotidiana situaciones de riesgo que amenazan su integridad y pueden alterar las funciones y estructuras de su cuerpo; cuando esto ocurre, enfrentan su entorno de modo distinto y con frecuencia los factores ambientales y personales pueden obligar a limitar las actividades que realizan cotidianamente. Por lo que, el funcionamiento y la discapacidad de un individuo, deben verse como el resultado de la interacción entre su condición de salud y su ambiente. Aunque diferentes factores geográficos, sociales y económicos contribuyen a que un adulto mayor presente dependencia funcional, las enfermedades crónicas son uno de los principales factores que impactan en dicha funcionalidad e incluso pueden ser causa directa de dependencia, como se ha demostrado en estudios previos de diferentes poblaciones.¹²⁻¹⁴

La dependencia funcional en los adultos mayores en países de altos ingresos varía de 15 a 17% , mientras que en los de medianos y bajos ingresos va de 3 a 16%.¹⁴

La prevalencia de dependencia funcional en los adultos mayores en México¹² se ha reportado de 11.3% (IC 95%, 9.2-13.5) en área urbana y 8.2% (IC 95%, 6.4-9.9) en área rural (Cuadro 3.1).

La dependencia funcional es un tema importante, pero descuidado en la salud pública, por las consecuencias significativas para la persona dependiente, sus cuidadores y la sociedad en general. La comprensión de los determinantes de la dependencia es un requisito previo esencial para la formulación de políticas de prevención y atención a largo plazo y la planificación.

En México, las principales enfermedades crónicas asociadas con una dependencia funcional en las actividades básicas son la depresión,

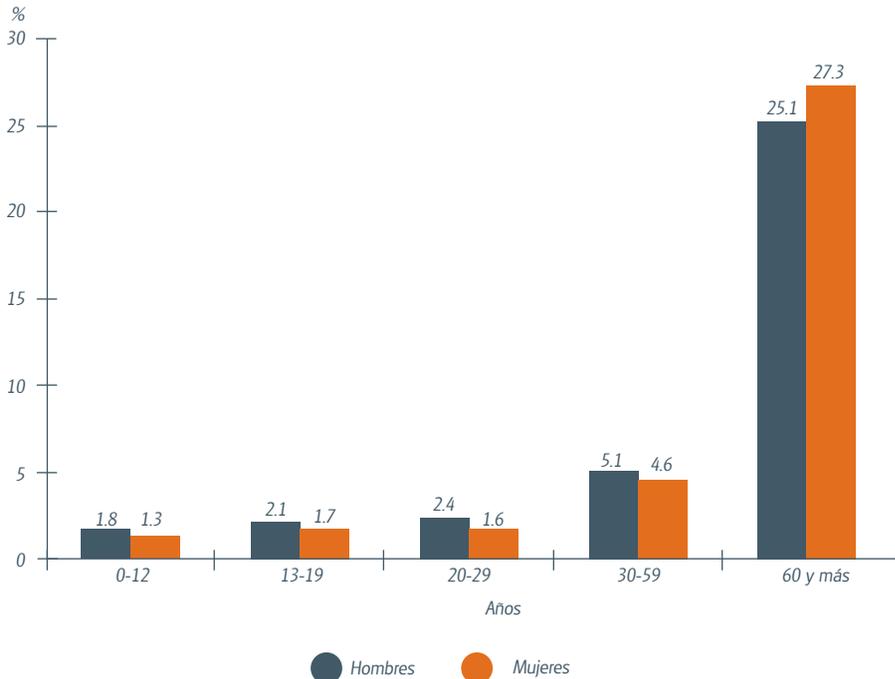
Cuadro 3.1. Prevalencia de dependencia en adultos mayores, por grupo de edad y sexo, en México

Población		65-69	70-74	75-79	80 y más
Urbana México	Masculino	3.5% (1.4-5.5)	5.6% (2.2-9.1)	11.3% (5.7-16.9)	17.2% (9.2-25.2)
	Femenino	3.7% (1.0-6.5)	7.1% (3.6-10.6)	14.3% (8.2-20.4)	27.9% (20.6-35.4)
Rural México	Masculino	5% (0-10.6)	8.5% (3.4-13.5)	7.6% (1.7-13.5)	17.5% (9.1-25.9)
	Femenino	6.1% (2.7-9.4)	6.7% (2.7-10.7)	8.2% (3.5-12.8)	14.7% (8.4-21.1)

Fuente: Sousa et al. *BMC Geriatrics*, 2010; 10:53

la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad vascular cerebral, la artrosis y el deterioro cognoscitivo. La hipertensión arterial, la depresión y el deterioro cognoscitivo se relacionaron con la dependencia en las actividades instrumentales.¹⁵⁻¹⁷ Los principales padecimientos en la población adulta mayor que se reportaron en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 fueron: hipertensión (40%), diabetes (24.3%), hipercolesterolemia (20.4%), enfermedad del corazón (9.2%), embolia o infarto cerebral (3.7%) y cáncer (3.9%). Los indicadores de salud mental se relacionaron con la presencia de síntomas depresivos (17.6%), deterioro cognitivo (7.3%) y demencia (7.9%). Para el estado funcional, se reportó dificultad para realizar actividades básicas en 26.9% y para actividades instrumentales, de 24.6%.¹¹

La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y su evolución clínica constituyen un desafío particular para la población de adultos mayores en México, pues comprometen la funcionalidad, generan discapacidad de severidad variable, conducen con el tiempo a la dependencia y representan, además, un incremento significativo en el costo de la atención a la salud y un gasto de bolsillo muy importante por los cuidados diversos que demandan.¹⁸



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Base de datos de la muestra.

Figura 3.2. Porcentaje de discapacidad por grupo de edad y sexo. Censo de Población y Vivienda 2010.

Las enfermedades crónicas se caracterizan sobre todo por su contribución a los años vividos con discapacidad^{19,20} o con dificultades y limitaciones para realizar actividades como caminar, moverse, subir o bajar escaleras; ver, aun usando lentes; hablar, comunicarse o conversar; oír, aun utilizando un aparato auditivo; atender su cuidado personal (vestirse, bañarse o comer); poner atención o aprender cosas sencillas o bien tener alguna limitación mental.²¹ En 2010, el número de personas que tuvieron alguna limitación física o mental fue de 5.7 millones, lo que representa 5.1% de la población total. No obstante, la frecuencia con la que se presentan las limitaciones físicas o mentales se incrementa con la edad: la población menor de 30 años con esta condición representó 5.3% del total de la población, mientras que la proporción de adultos mayores de 60 fue de 26.3%⁴ (Figura 3.2).

70

Estrategias enfocadas en la atención de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo

Desde hace décadas, las principales estrategias de atención a los diversos grupos poblacionales —vulnerables o no— se han enfocado en incrementar en forma gradual la cobertura de los servicios de salud a la población. En alguna época estos servicios tuvieron una orientación meramente asistencial, luego evolucionaron hacia la atención médica curativa y de manera más reciente han ido cambiando su política de atención médica especializada hacia una estrategia de prevención, diagnóstico oportuno y modificación de las conductas de riesgo.

Si bien las estrategias institucionales están enfocadas en la prevención, el diagnóstico oportuno y la atención efectiva de un conjunto limitado de enfermedades relevantes para cada grupo de edad, se conceptualizan como un paquete de acciones (restringidas en número); una serie de intervenciones de prevención, diagnóstico y atención (desvinculadas del riesgo y sus determinantes), fragmentadas en grupos de edad específicos (no articuladas al ciclo de vida ni de género) y descontextualizadas a las necesidades de los usuarios (asentadas en los servicios de salud).

El cambio en la política es evidente y estratégico, pero la dimensión de los retos obliga a diseñar estrategias que consideren la complejidad y diversidad del perfil de salud de cada grupo de edad. En el caso concreto de los adultos mayores, es indispensable

ble fomentar y prevenir los riesgos y daños desde mucho antes de que se presenten o detectan. Es necesario entender que los problemas de salud no son únicos ni específicos por lo que la perspectiva que debe prevalecer es la de *multimorbilidad*. Es evidente que hay muchos problemas de salud que sin ser letales condicionan la demanda continua de servicios de salud, con altos costos directos e indirectos asociados con su atención. También existen diversos problemas de salud que no forman parte de las prioridades institucionales en atención preventiva y curativa y que saturan con sigilo los servicios de salud, sin que éstos respondan en forma adecuada, así como también otros problemas de salud para los cuales no hay infraestructura, recursos humanos ni estrategias claras de prevención y atención, como sucede con los problemas de salud mental.

En el caso concreto de los problemas de salud asociados con la dependencia en los adultos mayores, el sistema cuenta con capacidad diagnóstica para identificar su magnitud. A pesar de haber limitaciones en el nivel de efectividad técnico-médica del sistema, existen recursos destinados para atender y aliviar las causas clínicas y los motivos de enfermedad. Sin embargo, las respuestas del sistema de salud para atender, acompañar y resolver la dependencia como consecuencia de la enfermedad crónica son muy limitadas.

71

Estudio de la dependencia funcional a través de la carga de enfermedad

Descripción del estudio

Desde la publicación del *Informe del Desarrollo Mundial 1993: Invirtiendo en Salud del Banco Mundial*, se hablaba ya de manera específica de la “carga global de la enfermedad” y de los AVISA como una medida que resumía las pérdidas en salud por enfermedad, muerte prematura y discapacidad como secuela funcional de diferentes enfermedades. El estudio de la *Carga de Enfermedad en México 1990-2010* ofrece la oportunidad de analizar las pérdidas de salud a través del indicador compuesto AVISA, que integra años de vida perdidos por una muerte prematura (APMP) y los años de vida asociados con discapacidad (AVD), que resumen los daños por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad, por una o varias enfermedades a la vez.²² Dicho indicador concede

un peso equivalente a las enfermedades letales y a aquellas que no conducen a la muerte pero que afectan las capacidades de los individuos de manera insidiosa permanente y que, además, ejercen presiones diversas sobre los servicios de salud por la magnitud de la demanda y los costos que se derivan de una atención continua y, en la mayoría de las veces, especializada.²³⁻²⁶ Resulta importante para identificar y analizar los daños no letales que se presentan en todas las edades, pero que son en particular importantes en la población adulta mayor, ya que identifica las causas que inciden de manera directa y combinada en las condiciones de salud de las personas, sin que necesariamente las lleve a la muerte. Es decir, incorpora el elemento de discapacidad asociada con estar enfermo y destaca la presencia –muchas veces velada– de múltiples condiciones de salud que afectan el desempeño adecuado de las personas y que, en una proporción variable, las pueden llevar a la dependencia.

El presente reporte parte del análisis secundario de la base del estudio de la *Carga de Enfermedad en México 1990-2010*, que utilizó el marco conceptual y metodológico surgido del Instituto de la Métrica y Evaluación en Salud (IHME por sus siglas en inglés) de la Universidad de Washington, publicado en *Lancet* en 2012,²⁷ y que en el caso de México se sustentó en el análisis de las siguientes fuentes de información: correcciones de Población (CONAPO) con base en el censo de 2010, la base de los registros de mortalidad (INEGI 1990-2010), los registros de Morbilidad, Egresos hospitalarios, consulta externa y urgencias disponibles desde 1990 al 2010. Además, se utilizaron las encuestas nacionales de salud disponibles, con excepción de la Encuesta Nacional de Salud 2012.

Los resultados toman en cuenta los nuevos desarrollos metodológicos en cuanto a las nuevas tablas de vida; la esperanza de vida (86 años para ambos sexos); la valoración de la discapacidad, considerando la comorbilidad asociada; la nivelación del peso de las muertes en diferentes grupos de edad, la recodificación de códigos basura, la estimación del subregistro y mala clasificación de las muertes, así como la disponibilidad de nuevas evidencias sobre la prevalencia de diferentes enfermedades, su severidad, secuelas y discapacidad que ocasionan.

El estudio global armonizó la información existente de 1990 a 2010 para 187 países agrupados en 21 regiones, 291 enfermedades y lesiones, 1 160 secuelas para ambos sexos y 20 grupos de edad; además, calculó la mortalidad atribuible a 67 factores de riesgo.^{28,29} Los detalles sobre cómo se mejoró la calidad de los datos para fines de comparabilidad y modelaje ya se presentaron previamente.³⁰ Si bien

este estudio usa diferentes indicadores para reportar los resultados de pérdidas de salud relacionadas con causas específicas de enfermedad y lesiones: los años perdidos por muerte prematura (APMP), los años vividos con discapacidad (AVD) y la suma de ambos, que son los años de vida saludable perdidos (AVISA), en este trabajo sólo abordamos el análisis desde la perspectiva de los AVISA.

Análisis de carga de enfermedad en población anciana, 1990-2010

Los acelerados cambios demográficos han promovido giros muy importantes en el perfil epidemiológico de la población mexicana. Primero, se ha extendido la esperanza de vida y eso quiere decir que la población ya no muere tan joven ni por las mismas causas. El extender el momento de la muerte, sin embargo, no implica que los años vividos –sobre todo en la última etapa de la vida– sean en condiciones de absoluta salud. De hecho, es todo lo contrario, pues ese último periodo se acompaña con frecuencia de múltiples trastornos (morbididades asociadas) y pérdidas de la salud que merman la independencia y la capacidad de interactuar con el entorno.

73

Los estilos de vida propios de las sociedades urbanizadas que envejecen a ritmos acelerados generan un espectro de enfermedades muy diferentes de los problemas que moldeaban el perfil de salud de hace sólo un par de décadas. El análisis de los cambios en la relevancia y magnitud de las principales causas de AVISA en población mayor de 60 años, de 1990 a 2010, nos muestra un espectro de enfermedades no transmisibles muy complejo que se combina con problemas de salud mental, lesiones y daños a la salud provocados por estilos de vida poco saludables como la falta de actividad física, condiciones derivadas de una dieta desbalanceada, mala nutrición, el consumo de tabaco y alcohol, que terminan por expresarse en daños concretos a la salud y causas específicas de muerte.³¹ De hecho, los efectos de la exposición a dichos factores de riesgo, en general, se expresan o se hacen más manifiestos a edades mayores, de ahí que el espectro de daños en la población de 60 años y más se componga de un conjunto muy diverso de malestares y enfermedades. Por ejemplo, 80% de las defunciones asociadas con un mal control de la presión arterial –y, por lo mismo, muertes evitables y prematuras– sucede en la población mayor de 60 años, al igual que 79% de las defunciones asociadas con el consumo exagerado de sal, el colesterol

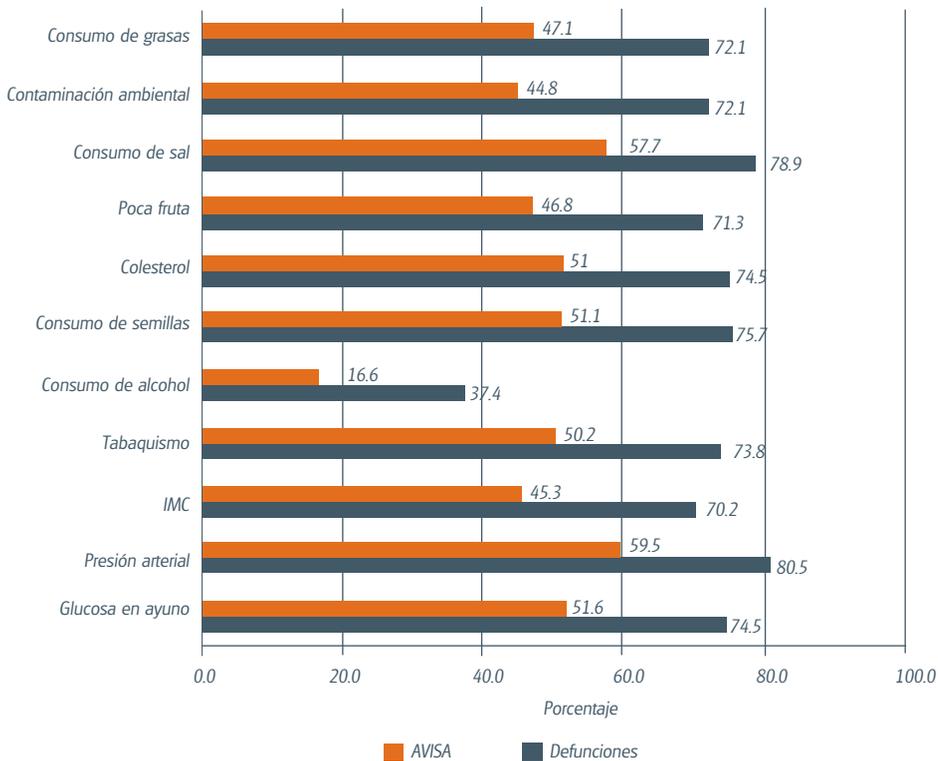


Figura 3.3. Porcentaje de defunciones y AVISA por factor de riesgo correspondiente a los adultos de 60 años y más, México 2010.

(74%), la ingesta de grasas (72%) o el uso de tabaco (72%). Por otro lado, 74% de las defunciones vinculadas a una glucosa en ayuno elevada suceden en este grupo de edad al igual que las asociadas con el índice de masa corporal (IMC) elevado. Por otro lado, cerca de 50% de los AVISA perdidos en la población de 60 años y más se asocia con estos mismos factores de riesgo, con excepción del consumo de alcohol, que no influye tanto en el perfil de salud de este grupo de edad (Figura 3.3).

Uno de los hallazgos más importantes es que la influencia de estos factores de riesgo es cada vez más manifiesta en el perfil de salud tanto de hombres como de mujeres adultos mayores. Por ejemplo, en las mujeres de 50 a 69 años, la influencia del IMC sobre los AVISA perdidos se ha incrementado 132%, seguido por la glucosa en ayuno elevada (99%), el colesterol (93%) mientras que en el grupo de mujeres de 70 años y más, estos mismos factores de riesgo incrementaron su peso en la car-

Cuadro 3.2. Principales factores de riesgo determinantes de los AVISA perdidos en mujeres adultas mayores de 50 años, México, porcentaje de cambio de 1990 a 2010.

Orden	Mujeres 50 a 69 años	Núm. AVISA perdidos	% de cambio (1990 a 2010)	Orden	Mujeres 70 años y más	Núm. AVISA perdidos	% de cambio (1990 a 2010)
1	IMC	710 406	132	1	Glucosa en ayuno elevada	372 321	144
2	Glucosa en ayuno elevada	636 519	99	2	Dieta	352 115	97
3	Dieta	456 587	65	3	IMC	326 102	220
4	Presión arterial	329 449	69	4	Presión arterial	289 736	86
5	Actividad física	228 360	nd	5	Actividad física	144 683	nd
6	Consumo de tabaco	137 345	20	6	Colesterol	89 309	143
7	Uso de alcohol	113 244	67	7	Consumo de tabaco	82 284	46
8	Colesterol	112 509	93	8	Contaminación ambiental	53 681	76
9	Contaminación ambiental	69 052	44	9	Exposición doméstica a combustibles sólidos	47 469	12
10	Exposición doméstica a combustibles sólidos	55 911	-8	10	Uso de alcohol	41 553	112

75

Fuente: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram>

ga de AVISA perdidos en porcentajes mucho mayores: glucosa elevada (144%), IMC (220%) y colesterol (143%) (Cuadro 3.2).

En el caso de los hombres de 50 a 69 años, el peso que tienen los diferentes factores de riesgo difiere de lo referido en las mujeres, ya que, por ejemplo, entre 1990 y 2010 el IMC incrementó su contribución a la carga de AVISA perdidos en 174%, la glucosa elevada en 138% y la presión arterial en 114%. En el grupo de 70 años y más este efecto también fue mayor en el caso de la glucosa elevada (182%), el IMC (251%) y la dieta (110%) (Cuadro 3.3).

La influencia de los factores de riesgo en el perfil de salud de la población adulta mayor no es banal, ya que contribuye a la carga de padecimientos que pueden provocar mayor discapacidad y/o dependencia. Por ejemplo, la falta de inactividad física, el sobrepeso y la obesidad (IMC), la influencia de la glucosa elevada y la presión

Cuadro 3.3. Principales factores de riesgo determinantes de los AVISA perdidos en hombres mayores de 50 años, México, porcentaje de cambio de 1990 a 2010.

Orden	Hombres 50 a 69 años	Núm. AVISA perdidos	% de cambio (1990 a 2010)	Orden	Hombres 70 años y más	Núm. AVISA perdidos	% de cambio (1990 a 2010)
1	Glucosa en ayuno elevada	698 339	138	1	Dieta	381 295	110
2	Dieta	687 414	89	2	Presión arterial	295 426	124
3	IMC	673 922	174	3	Glucosa en ayuno elevada	294 770	182
4	Uso de alcohol	509 274	58	4	IMC	250 168	251
5	Presión arterial	482 829	114	5	Consumo de tabaco	202 006	63
6	Consumo de tabaco	365 238	35	6	Actividad física	128 778	nd
7	Actividad física	256 801	nd	7	Uso de alcohol	109 579	90
8	Colesterol	159 170	98	8	Colesterol	64 756	125
9	Contaminación ambiental	119 250	66	9	Contaminación ambiental	60 673	85
10	Riesgos ocupacionales	84 519	27	10	Exposición doméstica a combustibles sólidos	40 919	16

Fuente: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram>

arterial elevada son todos factores determinantes en la aparición de múltiples padecimientos que contribuyen a la dependencia en este grupo de edad. Se observa que en los últimos 20 años varios de estos factores de riesgo muestran una influencia cada vez mayor en el perfil de salud de esta población y, por ende, el pronóstico de discapacidad y dependencia parece indicar que va en ascenso.

De ahí que en las principales enfermedades que afectan a la población mayor de 60 años también observamos que más de 50% de los AVISA perdidos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (62%), enfermedades isquémicas del corazón (59%), eventos vasculares cerebrales (58%) y tumores de pulmón y tráquea (53%) ocurren en este grupo de edad. En menor proporción pero con igual relevancia se encuentran la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica (45%). Este perfil tiene una expresión muy particular y afecta en magnitudes diferentes a los grupos de edad más jóvenes (60 a 69 años)

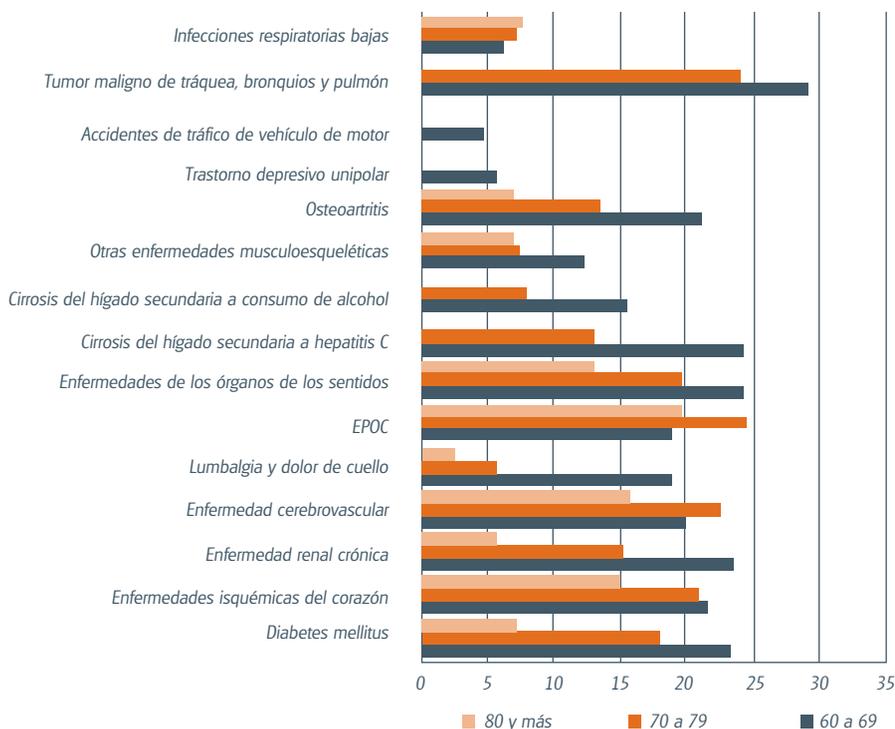


Figura 3.4. Principales enfermedades que afectan a los adultos de 60 años y más con respecto al total de AVISA en la población.

que a los mayores (80 años y más), sin embargo, en ellos se concentra una gran proporción de la carga de enfermedad (Figura 3.4).

Lo que es más destacable de esta información es que sólo cuatro tipos de enfermedades (diabetes mellitus, isquémica del corazón, renal crónica y vasculares cerebrales) sean responsables de 46% de las defunciones y 37% del total de AVISA perdidos en este grupo de edad (Figura 3.5).

Es interesante señalar que las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus aparecen como las dos primeras condiciones en los cinco periodos analizados (1990, 1995, 2000, 2005 y 2010). Además, la enfermedad renal crónica destaca de manera importante, ya que en 1990 apareció en el octavo sitio y en 2010 pasó a ocupar el tercer lugar. Las infecciones respiratorias bajas que se situaban en el sexto lugar en 1990 redujeron ligeramente su importancia para ocupar el octavo lugar en los últimos periodos. Los problemas osteoarticulares de diferente origen (lumbalgia, osteoartritis y otras enfermedades) se mantienen como causas importantes

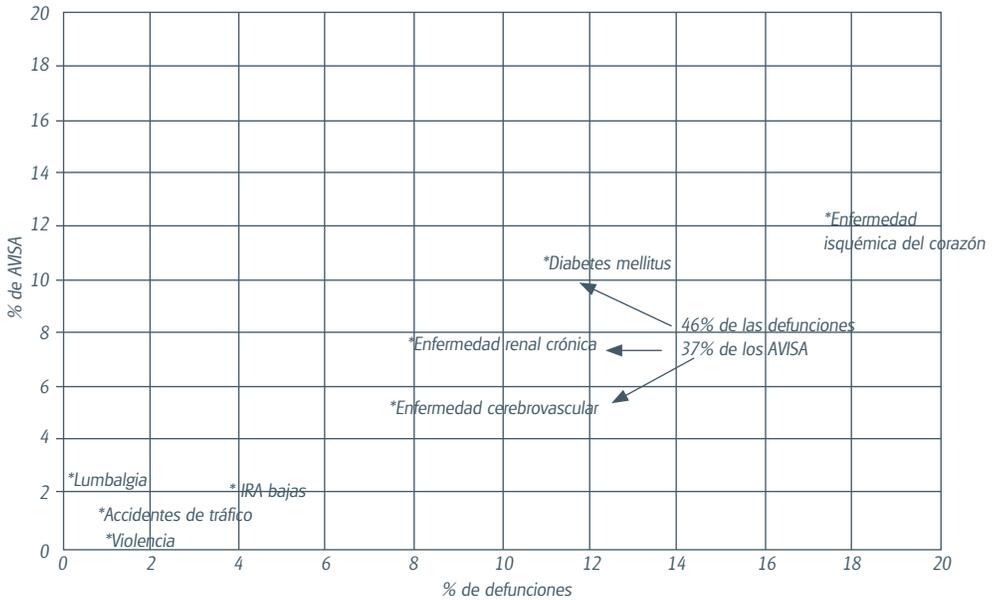


Figura 3.5. Principales causas de enfermedad y lesiones en función de las defunciones y los AVISA perdidos en población de 60 años y más. México, 2010.

de AVISA en todos los años analizados y no modifican de manera significativa su posición.

Las enfermedades vascular cerebral, pulmonar obstructiva crónica, de los órganos y los sentidos —motivos evidentes de dependencia funcional— se mantienen todas dentro de los primeros cinco lugares. Resulta de enorme relevancia también la emergencia de la cirrosis de hígado secundaria a consumo de alcohol.

El perfil de principales causas difiere poco en el tipo de éstas, pero sí se modifica en cuanto a la magnitud de cambio entre los hombres y las mujeres adultos mayores de 50 años. Lo que pronostica esa tendencia de cambio es su potencial influencia en la aparición o incremento de la dependencia en los grupos de mayor edad. Por ejemplo, de 1990 a 2010, la contribución de AVISA perdidos por diabetes mellitus en las mujeres de 50 a 69 años se incrementó 57% y aumentó en 117% (se duplicó) en las mujeres de 70 años y más. En ambos grupos, los AVISA perdidos por la insuficiencia renal crónica (en parte determinada por la diabetes mellitus) se incrementó 4 y 3.5 veces, respectivamente (Cuadro 3.4). Este efecto también es observable, aunque en magnitudes menores en el caso de la EPOC, la enfermedad vascular cerebral, la osteoartritis y la depresión mayor. Para el caso de las mujeres mayores de 70 años se incorporan causas de dependencia importantes

Cuadro 3.4. Principales causas de AVISA en mujeres mayores de 50 años de edad y porcentaje de cambio, de 1990 a 2010.

Orden	Mujeres 50 a 69 años	Núm. AVISA perdidos	% de cambio (1990 a 2010)	Orden	Mujeres 70 años y más	Núm. AVISA perdidos	% de cambio (1990 a 2010)
1	Diabetes mellitus	370 601	57	1	Enfermedad isquémica del corazón	243 889	103
2	Enfermedad renal crónica	274 788	408	2	Diabetes mellitus	226 613	117
3	Enfermedad isquémica del corazón	199 594	62	3	Enfermedad cerebrovascular	135 947	71
4	Cirrosis	116 515	70	4	Enfermedad renal crónica	125 838	351
5	Enfermedad cerebrovascular	111 654	38	5	EPOC	94 052	98
6	Otras musculoesqueléticas	104 006	102	6	Enfermedad de Alzheimer	54 488	160
7	Osteoartritis	102 110	87	7	IRA bajas	53 478	33
8	Lumbalgia	91 699	82	8	Cirrosis	45 709	145
9	Depresión mayor	77 305	50	9	Enfermedades hipertensivas	44 974	88
10	Cáncer de mama	71 015	142	10	Otras musculoesqueléticas	43 449	137
11	EPOC	64 894	56	11	Osteoartritis	43 216	113
12	Cáncer cervical	64 586	9	12	Lumbalgia	39 216	109
13	Dolor de cuello	63 173	85	13	Sordera	31 801	88
14	IRA bajas	37 899	26	14	Caídas accidentales	27 677	106
15	Accidentes de tránsito	34 423	67	15	Depresión mayor	21 438	65

Fuente: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram>

como la enfermedad de Alzheimer, la sordera y las caídas accidentales que pueden derivar en fracturas de cadera e inmovilidad prolongada.

El mismo efecto se observa en el caso de los hombres aunque el perfil de causas es un poco diferente si tomamos en cuenta la cirrosis, los trastor-

Cuadro 3.5. Principales causas de AVISA en hombres mayores de 50 años de edad y porcentaje de cambio de 1990 a 2010.

Orden	Hombres 50 a 69 años	Núm. AVISA perdidos	% de cambio (1990 a 2010)	Orden	Hombres 70 años y más	Núm. AVISA perdidos	% de cambio (1990 a 2010)
1	Enfermedad isquémica del corazón	388 038	88	1	Enfermedad isquémica del corazón	271 819	113
2	Diabetes mellitus	385 754	94	2	Diabetes mellitus	181 893	149
3	Cirrosis	336 226	72	3	Enfermedad renal crónica	128 354	396
4	Enfermedad renal crónica	301 100	553	4	Enfermedad cerebrovascular	123 355	75
8o 5	Enfermedad cerebrovascular	135 640	58	5	EPOC	113 899	88
6	Accidentes de tráfico	105 937	75	6	Cirrosis	75 322	123
7	Lumbalgia	102 677	90	7	IRA bajas	59 251	44
8	Homicidios	84 609	30	8	Cáncer de próstata	52 811	168
9	EPOC	84 161	55	9	Cáncer de pulmón	35 639	74
10	Trastornos por consumo de alcohol	79 231	26	10	Lumbalgia	36 222	114
11	Osteoartritis	60 046	97	11	Enfermedad de Alzheimer	31 100	164
12	IRA bajas	59 930	36	12	Sordera	30 709	92
13	Caídas accidentales	58 600	93	13	Enfermedades hipertensivas	30 376	99
14	Cáncer de pulmón	57 354	24	14	Caídas accidentales	30 038	104
15	Otras musculo-esqueléticas	50 040	113	15	Accidentes de tráfico	24 442	78

Fuente: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram>

nos por consumo de alcohol, los accidentes de tráfico y los tumores malignos de próstata y pulmón (Cuadro 3.5).

Aunque el perfil y la tendencia de cambio en la pérdida de AVISA por causas sean muy similares entre hombres y mujeres, debemos señalar que hay padecimientos o enfermedades que mues-

tran ciertas diferencias tanto en la tendencia como en su presentación por sexo. Por ejemplo, en el caso de la artritis reumatoide, la incidencia es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad y aunque la tendencia no muestra grandes cambios en las mujeres de 1990 a 2010, sí hay señales de decremento en lo que atañe a los hombres. En el caso de la osteoartritis, las diferencias por sexo no son tan marcadas, y tampoco existen cambios en la tendencia durante el periodo, aunque la tasa de AVISA por 100 000 es mucho mayor que en la artritis reumatoide. Por otro lado, la catarata muestra un descenso importante en la tasa de AVISA, el cual es más marcado en los grupos de mayor edad, señal de que los programas de cirugía de catarata existentes están teniendo un impacto importante en la población blanco (Figura 3.6).

Hay otras enfermedades que muestran un patrón interesante que merece atención especial dada su relevancia y prevalencia. Las enfermedades hipertensivas y vasculares cerebrales muestran un patrón similar de ascenso a medida que avanza la edad, también se observa que las tasas de ambas enfermedades muestran un descenso de 1990 al 2010 tanto en hombres como en mujeres aunque dicho descenso no es muy marcado. Si bien estos datos pueden ser alentadores, es necesario destacar que la tasa de enfermedad vascular cerebral (EVC) es de tres a cuatro veces más alta que la de la enfermedad hipertensiva en todos los grupos de edad, y que las EVC tienen un sustrato muy ligado al curso o control que tiene la enfermedad hipertensiva, particularmente en las edades avanzadas (Figura 3.7).

La asociación de diabetes mellitus con la insuficiencia renal crónica también demuestra que el riesgo de dependencia por estas

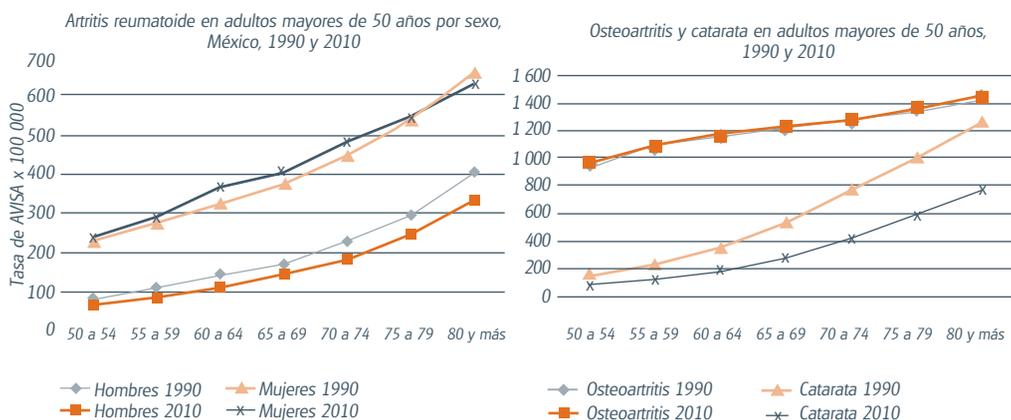
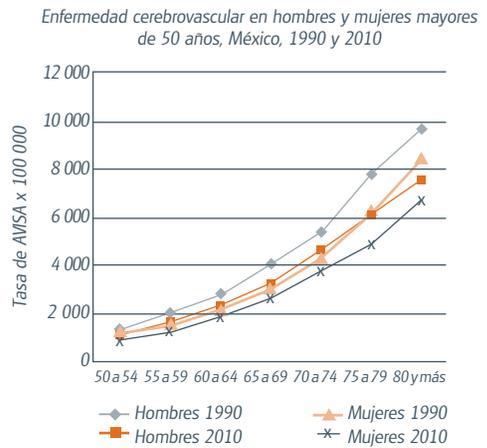
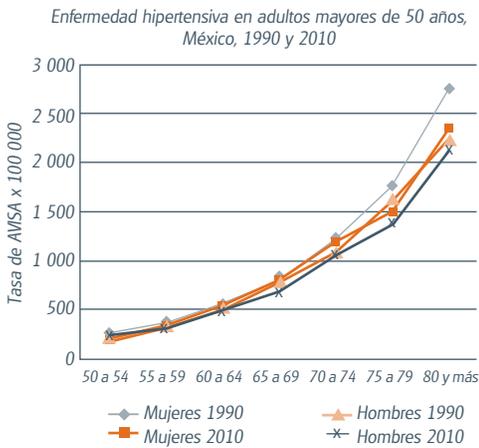


Figura 3.6. Tendencias de la artritis reumatoide, la osteoartritis y la catarata por sexo, México, 1990 y 2010.



82 Figura 3.7. Tendencia de las enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares en hombres y mujeres mayores de 50 años, México, 1990 y 2010.

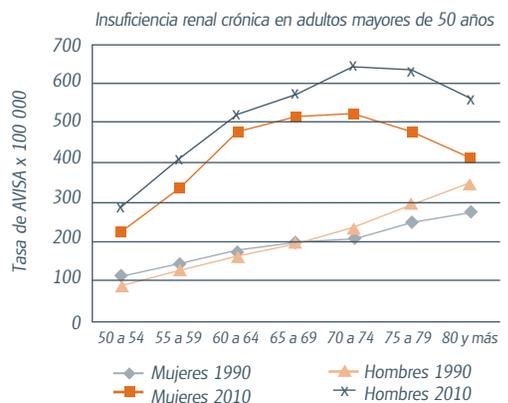
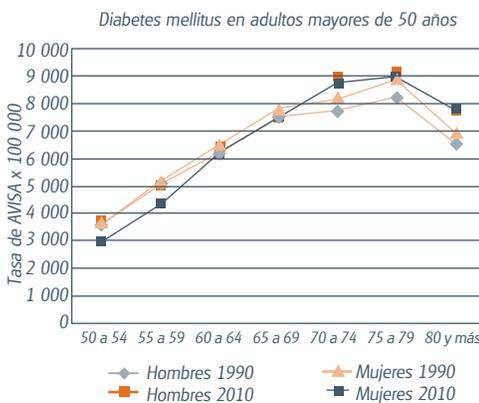


Figura 3.8. Tendencia de la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica por sexo, México, 1990 y 2010.

enfermedades es muy alto en ciertos grupos de edad y que se incrementa en la medida en que la falla en el control de la glucemia y las complicaciones de la diabetes tienden a impactar en la funcionalidad renal. Un evento a destacar es que la diabetes mellitus muestra una tendencia ascendente hasta los 70 años y que las diferencias entre hombres y mujeres no son tan importantes. En contraste, la insuficiencia renal crónica –parcialmente ocasionada como complicación de la diabetes mellitus– sí muestra incrementos sustantivos en todas las edades, y las diferencias entre los hombres y las mujeres son más marcadas a partir de los 70 años de edad (Figura 3.8).

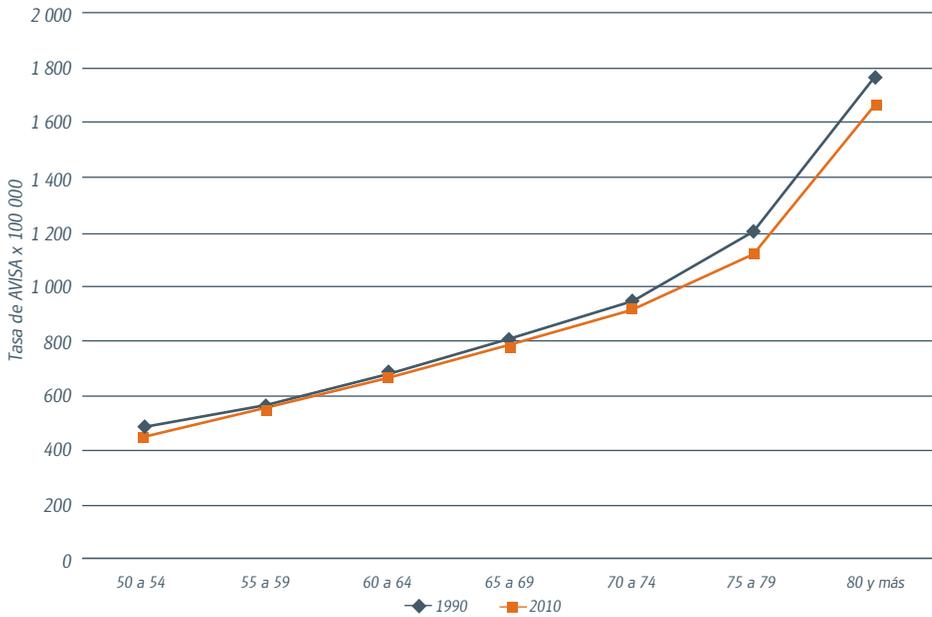


Figura 3.9. Tendencia de las caídas accidentales en adultos mayores de 50 años, México, 1990 y 2010.

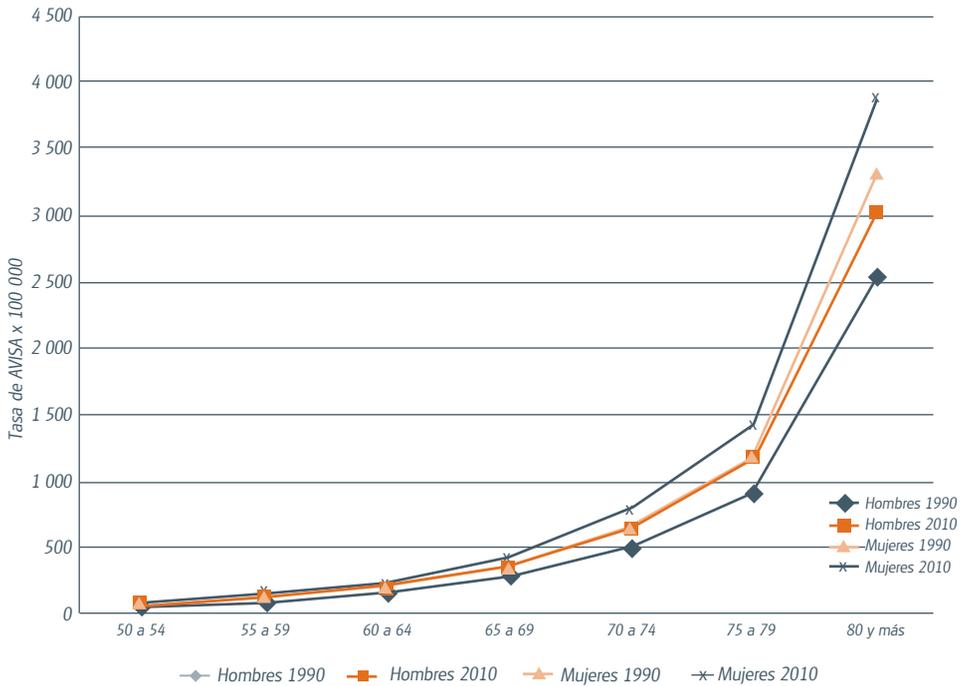


Figura 3.10. Tendencia de la enfermedad de Alzheimer en mayores de 50 años por sexo, México, 1990 y 2010.

Un problema de salud muy frecuente en los adultos mayores asociado con su fragilidad ósea es el de las caídas accidentales que derivan en fracturas de difícil recuperación y de inmovilidad prolongada. Como podemos observar, la tasa de AVISA perdidos por esta causa es muy importante en todos los grupos de edad, muy similar entre los sexos y no muestra cambios sustanciales de 1990 a 2010 (Figura 3.9).

Por otro lado, nos enfrentamos con un problema creciente, de difícil diagnóstico médico y cuya atención y cuidado carece de estructuras y programas dentro de los servicios de salud. El caso de la enfermedad de Alzheimer surge como prototipo de las enfermedades que generan dependencia y demandan cuidados exhaustivos para los prestadores de servicios de salud y los familiares. En este caso la tendencia es hacia el aumento tanto en hombres como mujeres, y su incidencia en los adultos mayores de 70 años es cada vez mayor (Figura 3.10).

En resumen, podemos puntualizar lo siguiente:

- *De las defunciones asociadas con un mal control de la presión arterial, 80% sucede en la población mayor de 60 años, al igual que 79% de las defunciones vinculadas al consumo exagerado de sal, 74% de las relacionadas con el colesterol, 72% de las asociadas con el consumo de grasas y 72% de las relacionadas con el consumo de tabaco*
- *Asimismo, 74% de las defunciones vinculadas con una glucosa en ayuno elevada sucede en el grupo de adultos mayores, al igual que las asociadas con el índice de masa corporal elevado (IMC). Por otro lado, cerca de 50% de los AVISA perdidos en la población de 60 años y más se asocia con estos mismos factores de riesgo, con excepción del consumo de alcohol, que no influye tanto en el perfil de salud de este grupo de edad*
- *Más de 50% de los AVISA perdidos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (62%), enfermedades isquémicas del corazón (59%), enfermedad vascular cerebral (58%) y tumores de pulmón y tráquea (53%) ocurre en este grupo de edad*
- *Sólo cuatro tipos de enfermedades (diabetes mellitus, isquémica del corazón, renal crónica y vascular cerebral) son responsables de 46% de las defunciones y 37% del total de AVISA perdidos en este grupo de edad*
- *Al comparar cinco periodos (1990, 1995, 2000, 2005 y 2010), las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus aparecen como las dos primeras condiciones en los cinco periodos analizados. La enfermedad renal crónica es particularmente relevante, ya que en 1990 apareció en el octavo sitio y en 2010 ocupó el tercer lugar*

- *Las enfermedades hipertensivas y vasculares cerebrales muestran un patrón similar de ascenso a medida que avanza la edad, las tasas de ambas enfermedades muestran un descenso de 1990 a 2010 para ambos sexos, aunque no es muy marcado. Sin embargo, la tasa de enfermedad vascular cerebral es tres a cuatro veces más alta que la de la enfermedad hipertensiva en todos los grupos de edad*
- *La diabetes mellitus muestra una tendencia ascendente hasta los 70 años con mínimas diferencias por género. En contraste, la insuficiencia renal crónica –parcialmente ocasionada como complicación de la diabetes mellitus– sí muestra incrementos sustantivos en todas las edades y las diferencias entre los hombres y las mujeres son más marcadas a partir de los 70 años de edad*
- *La tasa de AVISA perdidos por caídas es muy importante en todos los grupos de edad, muy similar entre los sexos y no muestra cambios sustanciales de 1990 a 2010*
- *La enfermedad de Alzheimer surge como prototipo de las enfermedades que generan dependencia y demandan cuidados exhaustivos para los prestadores de servicios de salud y los familiares. En este caso, la tendencia es hacia el aumento tanto en hombres como en mujeres, y su incidencia en los adultos mayores de 70 años es cada vez mayor*

Conclusiones

El escenario que aquí se describe nos muestra un panorama de salud muy preocupante para la sociedad mexicana en general; representa un desafío singular para los servicios de salud en todos sus niveles de atención, y aparece como un detonante para la seguridad económica y el bienestar de las familias mexicanas. Sin lugar a dudas, todas las familias han contado, cuentan y contarán con un adulto mayor dentro de sus casas y cuyo nivel de demanda de atención y cuidados especiales tiende a incrementarse y a complicarse en la medida en que avance la edad.

El panorama no es alentador pues las instituciones encargadas de velar por la salud y la seguridad social no han incorporado esquemas de atención para este grupo poblacional y, si lo han hecho, lo han realizado en forma tardía e insuficiente. De este análisis se desprende que los servicios de salud cuentan con programas muy limitados para la detección oportuna y atención médica adecuada de la compleja problemática que enfrentan los adultos mayores. La

cobertura es insuficiente y los planes de expansión son inexistentes –si no es que ya se encuentran rebasados– para satisfacer y contener la demanda de servicios de cuidado continuo, atención especializada, cuidados a largo plazo y otras modalidades de atención que van más allá de los servicios de atención médica.

En conclusión, el envejecimiento de la población ya no es un fenómeno demográfico por estudiar, sino que se ha convertido en un problema social que rebasa las fronteras institucionales de salud y se inserta en la seguridad económica de las familias mexicanas.

Los servicios de salud hoy en día se enfrentan a una demanda creciente y continua de servicios médicos preventivos y curativos tanto de primer nivel como especializados. La naturaleza de malestares, daños y enfermedades que presenta cada adulto mayor se ha convertido en un espectro muy complejo de necesidades de atención que derivan en consultas continuas y costos elevados por su frecuencia (la mayoría de las veces) y severidad (complejidad de la atención).

El perfil aquí descrito muestra que existen enfermedades para las cuales hay programas estructurados desde hace décadas para contener sus particularidades clínicas y sus complicaciones. Tal es el caso de la diabetes mellitus, la hipertensión y los tumores malignos. El impacto de dichos programas a la luz de los datos presentados es cuestionable. También reconocemos que los servicios de salud atienden –desde siempre– problemas tan disímiles como las lumbalgias, las fracturas, las caídas accidentales, los infartos, los problemas de las articulaciones, de la piel y de los órganos de los sentidos, sin mayor reflexión de su magnitud o severidad. Por otro lado, identificamos problemas de salud que surcan los servicios de primer nivel como de alta especialidad y se mantienen invisibles a la mayoría de los prestadores de servicios de salud. Tal es el caso de los problemas de salud mental, como la depresión, los trastornos de ansiedad y algunos otros problemas de naturaleza psiquiátrica.

Si bien se han implementado algunos programas con enfoque preventivo, son limitados en la oferta de intervenciones que ofrecen, ya sea de detección oportuna y atención integrada, y de cobertura restringida a los usuarios de servicios. Lo cierto es que los programas dirigidos a los adultos mayores adolecen de una visión estratégica dentro de los servicios de salud pues, no consideran cambios estructurales indispensables para atender la demanda de servicios y la complejidad de las necesidades de salud; no se cuenta con el personal calificado para responder a ese perfil ni la sociedad está preparada para atender y apoyar a una población que requiere cuidados especiales en la casa, servicios específicos en las instituciones

de salud, mecanismos de protección social y financiamiento para garantizar su bienestar.

El problema de dependencia que se avecina con el perfil de salud descrito es apenas tangible, pues no contamos con instrumentos que midan de manera correcta la severidad de la morbilidad ya diagnosticada, que identifiquen la comorbilidad asociada con los principales problemas de salud o que pronostiquen su evolución y desenlace.

Referencias

1. United Nations: World Population Prospects: The 2006 Revision, Highlights, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York, N.Y.; 2007.
2. World Bank. Policy Research Report. Averting the old age crisis policies to project the old and promote growth. Washington DC: Oxford University Press; 1994.
3. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de Población 2000-2050. México City: CONAPO; 2002.
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Mujeres y hombres en México 2011/Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI; 2012.
5. Ley General de Población. Diario Oficial de la Federación; México. 1974 Enero 7;4(CCCXXII):1-10.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2012/Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2013.
7. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: Basic Indicators. Washington; 2012.
8. Cotlear D (ed). Population aging. Is Latin America ready? Washington DC: The World Bank; 2011.
9. World Health Organization (WHO). World Health Report; 2001. Statistical Annex. [Acceso 4 de febrero de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/annex/en/>
10. Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. [Consultado el 3 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>
11. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pub Mex. 2013;55(supl 2):S323-31.
12. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people

- in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatr.* 2010;10:53.
13. Yoshida D, Ninomiya T, Doi Y, Hata J, Fukuhara M, Ikeda F, et al. Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: the Hisayama Study. *J Epidemiol.* 2012;22(3):222-9.
 14. Wolff JL, Boult C, Boyd C, Anderson G. Newly reported chronic conditions and onset of functional dependency. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:851-5.
 15. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Chronic diseases and functional limitation in older adults: a comparative study in seven cities of Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pub.* 2005;17:353-61.
 16. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Functional dependence and chronic disease in older Mexicans. *Salud Pub Mex.* 2007;49(suppl 4):S459-66.
 17. Dorantes-Mendoza G, Avila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factors associated with functional dependence in older adults: a secondary analysis of the National Study on Health and Aging, Mexico, 2001. *Rev Panam Salud Pub.* 2007;22:1-11.
 18. González-González C, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, García-Peña C. Health care utilization in the elderly Mexican population: expenditures and determinants. *BMC Public Health.* 2011;11:192.
 19. Murray CJL, Lopez AD: *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge: Harvard University Press; 1996.
 20. Alzheimer's Disease International: *World Alzheimer's Report.* London; 2009.
 21. Censo de Población y Vivienda. Síntesis metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010/Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2011.
 22. Murray CJL, Lopez, AD (ed). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge: Harvard University Press. *Global Burden of Disease and Injury Series;* 1996;1.
 23. Murray CJ, Lopez AD. Global and regional cause of death patterns in 1990. *Bull World Health Organ.* 1994;72(3):447-80.
 24. Murray C, Lopez AD. Quantifying disability: data, methods and results. *Bull World Health Organ.* 1994;72:481-94.
 25. Murray C, Lopez AD, Jamison D. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull World Health Organ.* 1994;72:495-509.
 26. Salomon JA, Murray CJL. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review.* 2002;28(2):205-28.

27. The Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2010;380(9859): 2053-2260. Dec 15, 2012-jan 2013.
28. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet*. 2012;380(9859):2063-6.
29. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. *Lancet*. 2012;380:2055-8.
30. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2095-128.
31. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JL, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pub Mex*. 2013;55:580-94.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Raúl Hernán Medina Campos

4

Introducción

91

Este capítulo presenta una revisión de las formas de abordar la atención a la dependencia desde las estructuras del Estado en países seleccionados, con énfasis en los servicios de salud y, en los casos pertinentes, en la contribución de otros sectores, especialmente el sector social.

La respuesta a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia suele concretarse en forma de cuidados prolongados. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados a largo plazo son el sistema de actividades realizadas por cuidadores informales y/o profesionales para asegurar que una persona en situación de dependencia mantenga los más altos niveles posibles de calidad de vida, sin perder de vista sus preferencias individuales, promoviendo al mismo tiempo la independencia, la autonomía, la participación, la satisfacción personal y la dignidad humana. Los cuidados a largo plazo comprenden una amplia gama de actividades y servicios, entre los que se cuentan los encaminados a mantener la participación activa en la vida social, comunitaria y familiar; las adaptaciones al hogar y el uso de dispositivos para compensar la función disminuida; la evaluación social y del estado de salud, con la consecuente formulación de planes de cuidado y seguimiento; los programas de reducción de riesgo para abatir la discapacidad o prevenir el deterioro; el cuidado en residencias o instituciones; la satisfacción de necesidades espirituales, emocionales y psicológicas; los cuidados paliativos y el apoyo durante el duelo; el apoyo a la familia, los amigos y otros cuidadores primarios, y los servicios de apoyo provistos por profesionales culturalmente sensibles.¹

La gran diversidad de actividades y servicios comprendidos en los cuidados a largo plazo representa un reto cuando se pretende estudiar el sistema de este tipo de cuidados de un país, y dificulta la compara-

ción entre países. La falta de un lenguaje común y las variaciones en la traducción de términos añaden complejidad a esta tarea. Por ejemplo, en los países de habla inglesa por lo común se utiliza de manera genérica el término *long-term care* para referirse a las actividades y servicios dirigidos a las personas en situación de dependencia, mientras que los términos *dependence* o *dependency* pueden o no aparecer. Si bien la traducción literal de *long-term care* al español es cuidados a largo plazo, en el contexto de los servicios de salud el término de “cuidados” con frecuencia se sustituye por el de “atención”. Por otro lado, las personas en situación de dependencia pueden requerir de servicios de índole distinta a la de los cuidados personales y de salud, por ejemplo, el apoyo económico en forma de subsidios o transferencias monetarias o la protección contra riesgos sociales como el maltrato, la violencia y las adicciones.² De este modo, en el presente capítulo se utiliza de preferencia la expresión “modelo de atención a la dependencia” para referirse al conjunto de actividades y servicios dirigidos a la personas en situación de dependencia, que incluye necesaria pero no exclusivamente los cuidados a largo plazo.

Un problema adicional que se encuentra al estudiar los modelos de atención a la dependencia en el ámbito internacional es que las fuentes de información disponibles no permiten abordar el tema más que con relativa superficialidad. Los intentos realizados en este sentido por diversos organismos internacionales como la Unión Europea³ y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico⁴ adolecen del mismo problema: la información de los distintos países es demasiado heterogénea como para hacer comparaciones válidas, o bien, en algunas ocasiones, es inexistente. Ante esta situación, este capítulo no debe ser interpretado como una descripción detallada de los distintos modelos de cuidados de larga duración vigentes a nivel internacional. En cambio, pretende hacer una aproximación panorámica del abordaje internacional de la provisión y el financiamiento de los modelos de atención a la dependencia.

Modelos de atención a la dependencia: generalidades

Estructura, financiamiento y provisión de servicios

La atención a las personas en situación de dependencia puede recaer en la sociedad (primordialmente, la familia), el Estado y/o en

el sector privado (que incluye proveedores con y sin fines de lucro). El predominio de uno o más de estos actores depende en esencia del modelo macroeconómico y de las políticas públicas del Estado relativas a los servicios sociales y de salud. En concreto, la atención a la dependencia se sustenta, desde el punto de vista económico, en el financiamiento y la provisión de los servicios, y, en el aspecto de política pública, en la organización de los servicios y la regulación de los proveedores.⁵

La forma primaria y elemental de atención a la dependencia son los cuidados en el seno de la familia, denominados cuidados informales.⁵ Como se expuso en el Capítulo 2, la responsabilidad de los cuidados informales en el hogar suele asignarse a las mujeres y financiarse con recursos económicos propios, pero no son remunerados por definición. No obstante, como también ya se analizó, este modelo de atención tradicional implica costos no sólo económicos sino también de carácter social (no monetario), en términos de abandono de actividades y pérdida de oportunidades por parte de los cuidadores y las cuidadoras.⁶

Los cuidados informales continúan siendo en la actualidad la forma más prevalente de atención a las personas en situación de dependencia a nivel mundial. No obstante, además de la familia, también el Estado y el sector privado están involucrados en la provisión de servicios en prácticamente todos los países del mundo, aunque el papel que desempeña cada uno de los actores y las interacciones entre ellos son distintos en cada país, conforme a su nivel de desarrollo socioeconómico y al contexto político, histórico y cultural.⁷

El papel del Estado en la atención de la dependencia se define por el tipo de políticas públicas que se privilegien, lo que, a su vez, determina el enfoque del estado en términos de cobertura de los servicios: universalista o asistencialista. En el enfoque de cobertura universalista la atención se proporciona a todo el que la necesite de acuerdo con un nivel definido de dependencia, de manera independiente de los recursos económicos y sociales (familiares) de que disponga. En el enfoque asistencialista, la provisión de la atención no está condicionada sólo por el nivel de dependencia sino que además se circunscribe a los individuos que no puedan solventarla mediante sus propios recursos económicos o familiares.⁵ Independientemente de que el enfoque del Estado sea universalista o asistencialista, la provisión de servicios públicos de cualquier índole implica costos que deben ser cubiertos a través de un esquema de financiamiento. Cuando el Estado asume esta tarea de manera completa o parcial,

se le denomina financiamiento solidario, y puede sustentarse mediante sistemas contributivos o con cargo a los impuestos generales. Además, a los usuarios se les puede requerir un copago en el momento de la utilización de los servicios.⁸

La provisión de servicios públicos puede correr a cargo de agentes públicos o privados, a los que el Estado paga las tarifas estimadas apropiadas según el caso. Además, en algunos casos, el Estado contempla la posibilidad de hacer efectiva su responsabilidad en la provisión de servicios mediante transferencias monetarias a las familias que proveen cuidados informales.⁵ Estas transferencias se realizan a manera de compensación por los cuidados proporcionados.

En la planeación del financiamiento de los servicios para la atención a la dependencia, el Estado debe considerar determinantes demográficos y no demográficos. Entre los determinantes demográficos se encuentran la proporción de personas adultas mayores en situación de dependencia, el tamaño de la población en situación de dependencia en otras etapas de la vida, la esperanza de vida al nacimiento y el gasto en salud. Entre los determinantes no demográficos se encuentra el ingreso (medido principalmente por el producto interno bruto), el precio de los cuidados a largo plazo, la demanda de los financiados con el erario público y la disponibilidad potencial y real de cuidados informales en la población.⁴

Los modelos de atención a la dependencia deben, además, operar en la concurrencia de los distintos niveles de gobierno (central, regional y local o, en el caso de México, federal, estatal y municipal) y en la intersección de múltiples sectores.⁵ La incapacidad para coordinar los distintos niveles de gobierno y los diferentes sectores involucrados resulta en ineficiencia, duplicidades u omisiones, altos costos y pobres resultados en la provisión de los servicios.

El trabajo conjunto entre diversos sectores se denomina intersectorial, y puede ocurrir en distintos niveles de proximidad, desde la colaboración, pasando por la coordinación, hasta la integración total. En el ámbito de la atención a la dependencia, los sectores que revisten mayor importancia son el de servicios de salud y el de servicios sociales.⁹ Una de las ventajas del trabajo intersectorial es el fenómeno de sustitución: el aumento en el uso de servicios sociales disminuye el uso de servicios de salud. Al contrario, en el trabajo intersectorial surge el riesgo del “predominio del socio mayor”; esto es, el sector más fuerte prevalece y opaca al otro en la provisión de servicios y en la obtención de financiamiento para ello.¹⁰

Alternativa o complementariamente a la provisión de servicios públicos por parte del Estado o por proveedores privados contratados por éste, los individuos pueden optar entre obtener dichos servicios del sector privado mediante pago directo de bolsillo o mediante la adquisición de seguros privados. Los seguros de dependencia difieren en cuanto al grado de cobertura proporcionada, el tipo de servicios cubiertos y la intensidad de dichos servicios. En el mercado de los cuidados a largo plazo privados, el Estado desempeña el papel de regulador, al establecer normas de operación para los proveedores. En ocasiones, el Estado ofrece incentivos fiscales como deducciones para los individuos que compran servicios privados o seguros de dependencia.⁵⁻¹¹

En suma, el panorama de atención a la dependencia en un país depende de la interacción entre diversos actores que pueden participar en diferentes grados de responsabilidad. Por un lado, el Estado determina qué servicios públicos se proveen, a quiénes van destinados, quién los provee y cómo se financian. En segundo lugar, el sector privado puede ofrecer también servicios de atención a la dependencia, sobre todo cuidados a largo plazo. Por último, los cuidados informales provistos por la sociedad, en especial la familia, tienen un papel determinante en la planeación y operación del modelo de atención a la dependencia.

Evaluación del desempeño

En todo modelo de atención, es necesario contar con mecanismos que permitan evaluar el desempeño del sistema y sus procesos. En el caso específico de la atención a las personas en situación de dependencia, es necesario verificar el impacto de los servicios provistos en la calidad de vida, así como en los niveles de independencia, autonomía, participación, satisfacción personal y dignidad humana. La evaluación permite, además, identificar formas de mejorar los servicios y determinar su efectividad en relación con el costo.

La evaluación de la atención a la dependencia es compleja por múltiples razones. En primer lugar, las personas en situación de dependencia exhiben una heterogeneidad importante. Si bien este libro se enfoca en la población adulta mayor, es necesario considerar que la dependencia puede ocurrir a cualquier edad, y un modelo de atención a ésta debe concebirse y operarse con esta consideración. En segundo lugar, la medición de resultados es complicada, puesto que requiere

indicadores multidimensionales como la calidad de vida, el control sobre la vida diaria, la contención del riesgo y la necesidad de cuidados. En tercer lugar, si bien la atención se dirige hacia la persona en situación de dependencia, el modelo también debe contemplar el bienestar del cuidador informal que, en ocasiones, entra en conflicto con el de la persona que recibe la atención. Por último, es necesario incluir un análisis de costo-efectividad, lo cual añade complejidad a la evaluación de un modelo de atención a la dependencia, debido a que la pregunta central plantea un delicado equilibrio entre los efectos y los costos; esto es, cómo obtener los mejores resultados en salud mediante la utilización óptima de los recursos disponibles.¹²

La evaluación del desempeño de un modelo de atención a la dependencia es, pues, una tarea compleja. Algunas aproximaciones optan por evaluar aspectos generales. Por ejemplo, el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud de la OMS produce y actualiza de manera regular una serie de reportes sobre los sistemas de salud de países seleccionados de la Unión Europea y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Esta serie, conocida como *Health Systems in Transition*, hace un retrato del desempeño de los sistemas a través de la accesibilidad, la idoneidad y la calidad de los servicios proporcionados.¹³

España

Antecedentes y marco jurídico

Los servicios de cuidados a largo plazo en España fueron regulados en 2006 bajo la *Ley 39/2006 de Promoción a la Autonomía Personal y Asistencia para Personas en Situación de Dependencia*, conocida por lo común como ley de dependencia. La promulgación de esta ley condujo a la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que en la actualidad continúa en proceso de implementación gradual.¹⁴

Estructura y financiamiento

Los servicios para la atención a las personas en situación de dependencia son provistos por la red de centros y servicios sociales del SAAD, el cual engloba todas las instituciones públicas que dependen

de las municipalidades, comunidades autónomas, centros nacionales de referencia para causas específicas de discapacidad y centros privados acreditados por el Estado. Se favorece la participación de organizaciones no gubernamentales y otras sin fines de lucro, debido a que una proporción no despreciable de ellas son proveedores clave y con frecuencia tienen tradición histórica en el sector. En todas las comunidades autónomas, los proveedores de servicios privados están obligados a acreditarse ante la autoridad regional.¹⁵

Dado que la provisión de servicios sociales es una responsabilidad de las comunidades autónomas, la ley de dependencia española sólo abarca un nivel mínimo de protección financiado por el gobierno central. La ley también estipula un segundo nivel de protección contra la dependencia, pero su financiamiento se establece mediante acuerdos de colaboración bilaterales entre el gobierno central y el regional. Además, las comunidades autónomas y las municipalidades están facultadas para complementar la canasta de servicios conforme a sus posibilidades.

El financiamiento para el sistema de salud español procede de impuestos generales, que representan 94.07% de los recursos; el resto proviene de esquemas contributivos y mixtos. Para la provisión de servicios, existe un sistema de copago cuyo monto está determinado por el tipo de servicio proporcionado y la capacidad de pago del beneficiario. Hasta que se implemente a plenitud la red de servicios del SAAD, los solicitantes que no tengan acceso a los servicios bajo el sistema de asignación prioritaria reciben una compensación económica para financiar los servicios por fuera de la red.

Beneficios

La ley de dependencia española estipula una serie de beneficios prioritarios que deben estar disponibles en la red pública de servicios sociales en cada comunidad autónoma, o a través de contactos con servicios públicos o privados debidamente acreditados con la autoridad.¹⁴

Los beneficios incluidos en la canasta son:

- *Promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia*
- *Teleasistencia*
- *Asistencia en el hogar*
 - Cuidados del hogar
 - Cuidados personales
 - Centro de día para adultos mayores y menores de 65 años, así como también centros de cuidados especializados, tanto diurnos como nocturnos

- *Servicios residenciales*
 - Residencia para personas adultas mayores dependientes
 - Residencia para personas dependientes, adaptada al tipo de discapacidad

La canasta de beneficios también incluye asistencia financiera, basada en el grado de dependencia y el estado económico del beneficiario. Estos beneficios financieros existen en tres modalidades y están principalmente vinculados con servicios de apoyo provistos fuera de la red del SAAD:

- *Apoyo financiero para el pago de servicios contratados fuera de la red, cuando no existe un proveedor público. La suma proporcionada depende del acuerdo establecido entre la administración nacional y el gobierno regional*
- *Apoyo financiero para la provisión de cuidados dentro de la familia. En esta modalidad el beneficio se otorga al cuidador primario de una persona adulta mayor dependiente, cuando ésta se encuentra viviendo en su hogar. Además del apoyo financiero, se proporciona entrenamiento para el cuidado, información y cuidados de respiro*
- *Apoyo financiero para el pago de asistencia personal por parte de un proveedor profesional que proporciona sus servicios por un número determinado de horas por día*

Además, el sistema contempla la existencia de subsidios para dispositivos de asistencia y modificaciones en el hogar para facilitar la movilidad.^{15,16}

En todo caso, tanto el monto de la transferencia monetaria como el tipo de servicios y la intensidad de los mismos se determinan en función de un baremo (instrumento de valoración) que categoriza a la persona en uno de tres grados de severidad de dependencia.¹⁵

Elegibilidad

La elegibilidad para recibir los beneficios considerados en la ley de dependencia española está ligada a la ciudadanía y sujeta a la disponibilidad de medios y a una evaluación de la severidad de la dependencia. La prioridad en el acceso a los servicios está determinada mediante una evaluación del grado de dependencia y la disponibilidad de recursos financieros del usuario que solicita el servicio.

La categorización de severidad de la dependencia se realiza mediante un instrumento de evaluación, o *baremo*. Originalmente,

el baremo fue diseñado para categorizar a los solicitantes en tres grados de dependencia, cada uno con dos niveles de intensidad de requerimientos de cuidados. Sin embargo, después esos niveles se suprimieron para simplificar la categorización, por lo que en la actualidad se conservan sólo los tres grados de dependencia.¹⁵

Desempeño

Si bien todos los ciudadanos españoles tienen derecho a recibir los beneficios estipulados en la ley de dependencia, la accesibilidad es variable entre regiones. Debido a limitaciones en la disponibilidad de recursos, el número de solicitudes recibidas no siempre corresponde con el número de evaluaciones que realiza, y esta desproporción es variable entre comunidades autónomas. De manera similar, los tiempos transcurridos entre la solicitud, la evaluación y la asignación de beneficios son variables entre regiones.¹⁵

99

Reino Unido

Antecedentes y marco jurídico

Tradicionalmente, en el Reino Unido los servicios de salud son responsabilidad del Departamento de Salud (a través de los Servicios Nacionales de Salud [SNS]), mientras que los servicios sociales son responsabilidad de las autoridades locales. Sin embargo, desde 1997 se han realizado reformas destinadas a integrar los servicios de salud y servicios sociales. Diversas disposiciones han establecido los mecanismos de cooperación entre los SNS y las autoridades locales, incluidos la combinación de recursos, la planeación estratégica conjunta, la facultad para delegar funciones y recursos entre uno y otro, y la posibilidad de actuar como proveedor único de servicios sociales y de salud en conjunto.

Los cuidados a largo plazo en el Reino Unido están incluidos dentro de los servicios sociales, y están dirigidos a adultos mayores, individuos con discapacidades físicas y con discapacidades del aprendizaje. La atención para personas con problemas de salud mental, cuidados de transición y rehabilitación se organiza aparte.

Los servicios sociales son responsabilidad estatutaria de 150 Consejos con Responsabilidad de Servicios Sociales para Adultos (*Councils*

with Adult Social Services Responsibilities, o CASSR). En los años recientes, el enfoque de los cuidados a largo plazo ha virado de la atención institucional a la atención en la comunidad, y la provisión de servicios ha pasado del sector público al privado y al voluntario.

Estructura y financiamiento

Los servicios institucionales existen en la forma de residencias de vivienda asistida y asilos. Todos los asilos y la mayoría de las residencias de vivienda asistida son operados por el sector privado; el Estado opera sólo una parte de estas últimas. Con base en la evaluación de su capacidad de pago, a una minoría de los residentes se les requiere del pago completo por los servicios, mientras que la mayoría recibe un apoyo económico de parte de la autoridad local.

Los servicios sociales comunitarios han aumentado de manera considerable en los últimos años. La organización y el financiamiento de estos servicios son responsabilidad de las autoridades locales.

A diferencia de los servicios de salud, que en Reino Unido son proporcionados de manera gratuita, una parte importante de los servicios sociales deben ser pagados por los propios usuarios, dependiendo de su capacidad de pago. Ésta se determina mediante la valuación de los ingresos, bienes y propiedades del individuo, incluida su vivienda, en algunos casos. Los usuarios de cuidados institucionales deben pagar según esta valuación. En cambio, el cobro a los usuarios de cuidados comunitarios queda a discreción de la autoridad local.

En promedio, los usuarios costean 43% de los servicios, mientras que el Estado financia el resto mediante recursos públicos procedentes de impuestos generales. El incremento en los costos de los servicios sociales y de salud ha llevado al Estado a buscar nuevas alternativas de financiamiento. En el caso de los cuidados a largo plazo, se han explorado tres estrategias de financiamiento:

- **Esquema de corresponsabilidad:** *el costo de los cuidados a largo plazo se divide entre el individuo y el Estado*
- **Esquema de aseguramiento voluntario:** *permite a los individuos contratar un seguro de protección contra el riesgo de requerir cuidados de alto costo*
- **Esquema de aseguramiento exhaustivo obligatorio:** *requiere que todos los individuos por arriba de la edad de retiro y con suficiente solvencia económica paguen un seguro, a cambio del cual reciben cuidados sin costo en caso de requerirlos*

Beneficios

La atención a las personas en situación de dependencia en Reino Unido comprende cuidados institucionales, cuidados comunitarios y apoyos financieros.^{16,17}

Los servicios institucionales son:

- *Residencias de vivienda asistida*
- *Asilos*

La diferencia entre ambas modalidades radica en esencia en el grado de dependencia de los usuarios, de modo que los residentes de asilos requieren cuidados más intensivos, tanto personales como de salud.

La gama de servicios en la comunidad ha aumentado en forma considerable en los últimos años e incluye:

- *Cuidados diurnos en hospitales o en centros de día*
- *Provisión de alimentos a domicilio*
- *Asistencia en el cuidado del hogar*
- *Cuidados de respiro*
- *Servicios de enfermería y quiropea en el hogar*
- *Adaptaciones del hogar*
- *Algunos dispositivos de asistencia*

101

De manera alternativa, existe un esquema de pagos directos en el que la autoridad local evalúa las necesidades de cuidados de una persona en situación de dependencia y le asigna una suma de dinero que estima como razonablemente suficiente para contratar los servicios que cubran dichas necesidades. En este esquema no existe límite inferior ni superior para el monto del pago directo ni para la intensidad de cuidados que se pretenden cubrir.

Por último, el esquema de presupuestos personales funciona de manera similar al de pagos directos, con la diferencia de que el usuario no recibe dinero en efectivo, sino que decide cómo y quién ha de cubrir sus necesidades de cuidado, mientras que la autoridad local sigue siendo la encargada de comisionar los servicios.^{17,18}

Elegibilidad

Debido a que las autoridades locales tienen la responsabilidad de organizar y financiar los servicios sociales, los criterios de elegibili-

dad son determinados localmente y varían de una región del país a otra. En un esfuerzo por reducir esta variación, el Departamento de Salud emitió en 2003 cuatro criterios de umbral para la elegibilidad para recibir servicios:¹⁷

1. *Nivel crítico: para los casos en los que la vida corre peligro, o en los que el individuo sufre o está en riesgo de abuso o negligencia*
2. *Nivel sustancial: para individuos incapaces de llevar a cabo la mayor parte de su cuidado personal*
3. *Nivel moderado: para individuos incapaces de realizar algunas actividades de su cuidado personal*
4. *Nivel bajo: para individuos incapaces de efectuar una o dos actividades de cuidado personal*

La autoridad local está obligada a identificar los individuos que cumplan con alguno de estos criterios. Cuando se identifica un individuo susceptible de recibir cuidados o servicios específicos, es deber de la autoridad local proveerlos o comisionarlos. Si el individuo requiere de servicios comunitarios, se le debe ofrecer en primer término el esquema de pago directo.¹⁸

Desempeño

La Comisión de Calidad de los Cuidados (*Care Quality Commission, CQC*) es el órgano encargado de la regulación e inspección de todos los proveedores de servicios sociales en Reino Unido. Las inspecciones a los proveedores evalúan el desempeño en la provisión de cuidados, seguridad, manejo de quejas, y gestión y administración de servicios. Con base en dicha evaluación, se le asigna al proveedor una calificación en un rango entre pobre y excelente, según el cumplimiento con los estándares mínimos nacionales establecidos por el Departamento de Salud para cada tipo de servicio.¹⁷

Canadá

Antecedentes y marco jurídico

La administración y provisión de servicios de salud en Canadá está altamente descentralizada y corre a cargo de las Autoridades Regionales de Salud (*Regional Health Authorities, RHA*). En consecuen-

cia, existe considerable variación entre una región y otra. El caso de la provincia de Quebec es particularmente interesante por diversos motivos que se exponen más adelante. En la descripción que se presenta a continuación de la atención a la dependencia en Canadá, se harán las distinciones pertinentes cuando se hable del modelo de Quebec en particular y cuando se hable del país en general.¹⁹

Estructura y financiamiento

En la atención a personas en situación de dependencia en Canadá coexisten el Estado y los proveedores privados, a menudo como socios en la provisión de servicios. En general, el Estado cubre los cuidados a largo plazo, pero el usuario debe absorber los gastos específicamente relacionados con alojamiento y alimentación, a menos que la evaluación de su capacidad de pago determine que no puede cubrirlos.

El financiamiento de los servicios de salud canadienses procede principalmente de impuestos recaudados en los ámbitos provincial, territorial y federal, que constituyen alrededor de 70% del gasto total en salud. Cerca de 15% procede de gasto directo de bolsillo, 12% es pagado por seguros privados y 3% procede de fondos de aseguramiento social, donaciones y otras fuentes.¹⁹

En el caso particular de Quebec, los servicios de salud y sociales se encuentran integrados en su totalidad bajo el Ministerio de Salud y de Servicios Sociales. El sistema se guía por los principios de universalidad, equidad y administración pública y se financia con impuestos sobre ingresos y bienes. Los servicios se organizan mediante redes integradas con delimitación geográfica subregional. Este modelo de redes integradas de servicios es producto del estudio denominado Programa de Investigación para Integrar Servicios para la Manutención de la Autonomía (*Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy*, PRISMA).

Las redes integradas de servicios giran en torno a un Centro de Salud y Servicios Sociales vinculado con Centros Juveniles, Centros de Readaptación y, en la mayoría de los casos, a Centros Hospitalarios. El acceso a los servicios integrados ocurre a través de una ventanilla única, y la navegación por los servicios se efectúa mediante la gestión de casos. A cada usuario se le evalúa y se le formula un plan individualizado de servicios.²⁰

Beneficios

Los cuidados a largo plazo que ofrece el sistema canadiense en general consideran servicios comunitarios y cuidados institucionales. Los primeros incluyen cuidados a domicilio, aunque los componentes específicos de éstos varían entre provincias. Los cuidados institucionales consisten en residencias de vivienda asistida y asilos.¹⁹

Elegibilidad

En Quebec se ha implementado un sistema de clasificación de usuarios, según su nivel de dependencia. En el ámbito poblacional, se aplica un instrumento de tamizaje denominado PRISMA-7 para identificar sujetos con discapacidades de moderadas a severas. Los sujetos con esta clasificación son evaluados mediante el Sistema de Medición de la Autonomía Funcional (*Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle*, o SMAF), cuyo resultado permite clasificar al usuario en uno de cinco perfiles con 14 subtipos en total, según su nivel de dependencia. Esta clasificación, a su vez, permite definir el tipo de servicios que el usuario requiere y elaborar un plan individualizado.²⁰

Desempeño

El modelo PRISMA implementado en Quebec ha demostrado disminuir en forma significativa la prevalencia y la incidencia de deterioro funcional, reducir a la mitad la proporción de necesidades no cubiertas en los usuarios de cuidados a largo plazo, incrementar la satisfacción y el empoderamiento de los usuarios y reducir las visitas a urgencias, sin incrementar los costos. Ha logrado disminuir también las hospitalizaciones, aunque no de manera estadísticamente significativa. No obstante, no ha mostrado tener efecto alguno en la incidencia de institucionalización, la utilización de servicios de consulta ambulatoria ni la utilización de cuidados a domicilio.²¹

Conclusiones

Sin pretender hacer una revisión exhaustiva, en este capítulo se han presentado tres modelos distintos de atención a la dependencia en

países cuyo proceso de envejecimiento se encuentra en una etapa más avanzada que la de México. A pesar de las evidentes diferencias históricas, culturales, económicas y de desarrollo entre México y los países cuyos modelos aquí se han descrito, es posible identificar elementos de aprendizaje a partir de la experiencia internacional que permitan avanzar hacia la construcción de la respuesta organizada a las personas en situación de dependencia en nuestro país.

Detrás de la respuesta organizada para la atención de las personas adultas mayores en situación de dependencia debe subyacer el reconocimiento de la promoción de la autonomía como un derecho ciudadano inherente a la persona y no sólo como un beneficio de la asistencia social. Sólo así puede concebirse un sistema de atención a la dependencia que responda de manera adecuada a las necesidades de la población en esta situación y no se limite tan sólo al otorgamiento de subsidios o a la provisión de medidas paliativas para las personas más vulnerables.

Los tres modelos revisados se centran en la dependencia funcional tanto para la identificación de personas elegibles como para la provisión de servicios. En efecto, la dependencia funcional ha dominado el panorama de las discusiones en torno a la dependencia. En parte, esto puede explicarse por la fuerte tendencia histórica a la *medicalización* de los fenómenos relacionados con la salud. Por otro lado, también es cierto que la dependencia funcional es más fácil de medir objetivamente mediante la evaluación del desempeño en las actividades de la vida diaria, en comparación con otras formas de dependencia, cuya medición es más compleja. No obstante, es necesario adoptar la visión de la dependencia como un fenómeno multifacético que también se expresa en las dimensiones psicológica, económica y social. La salud debe considerarse dentro de un marco más amplio e incluyente centrado en el bienestar global de los individuos y las comunidades, del cual la autonomía es también un componente esencial.

La atención a la dependencia debe incluir los cuidados a largo plazo, pero no limitarse a ellos. Además de la provisión de servicios de cuidados personales y atención a la salud, deben procurarse aspectos como la seguridad financiera, la participación social y la protección a los cuidadores informales. La seguridad financiera puede garantizarse mediante un sistema de pensiones de retiro, de vejez o de dependencia, financiadas a través de mecanismos preferentemente contributivos pero sin descartar los esquemas no contributivos o mixtos. La participación social a lo largo del curso de vida hasta la vejez sería la expresión última de la preservación de la

autonomía, y como tal debería ser uno de los motores principales de la atención a la dependencia. A modo de favorecer la participación social, es necesario promover la vinculación y la solidaridad intergeneracionales, así como los ambientes amigables. La protección a los cuidadores puede garantizarse a través de estímulos económicos, privilegios fiscales, permisos laborales y mediante la provisión de servicios de cuidados de respiro.

El diseño, la implementación y la operación de un modelo de atención a la dependencia deben girar alrededor de tres ejes clave: la respuesta adecuada a las necesidades de las personas en riesgo o en situación de dependencia, la sustentabilidad financiera en el largo plazo y la evaluación continua. La organización de servicios de calidad mediante el uso óptimo y eficiente de los recursos disponibles resulta indispensable en un contexto donde diversas prioridades compiten por recursos financieros limitados.

Referencias

1. Bettio F, Verashchagina A. Long-term care for the elderly. Provisions and Providers in 33 European Countries. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
2. Boyle S. United Kingdom (England): Health System Review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies; 2011;13(1).
3. Casado-Marín D, López I, Casasnovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación La Caixa; 2001.
4. De la Maisonneuve C, Oliveira J. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. Paris: OECD; 2013.
5. European Social Network. Services for older people in Europe: facts and services about long term care in Europe. European Social Network; 2008.
6. Fernández JL. Conferencia presentada en el seminario “Dependencia en Adultos Mayores: de la Experiencia Internacional a la Acción en México”. Interdependencia entre el sector salud y el social en la atención a la dependencia. México; 3 de diciembre de 2014.
7. Fernández JL. Conferencia presentada en el seminario: “Dependencia en Adultos Mayores: de la Experiencia Internacional a la Acción en México”. Evaluación del impacto de la atención a la dependencia. México, 3 de diciembre de 2014.
8. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: health system review. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Syst Transit. 2010;12(4).

9. Howse K. Long-term care policy: the difficulties of taking a global view. *Ageing Horizons*. 2007;6:1-11.
10. Knapp M, Fernández JL, Kendal J, Beecham J, Northey S, Richardson Ann. *Developing Social Care: The Current Position. Executive Summary*. London: Social Care Institute for Excellence; 2005.
11. Ley 39/2006 de Promoción a la Autonomía Personal y Asistencia para Personas en Situación de Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/normativa/texto_ley/index.htm (accessed 28 de febrero de 2014).
12. Lustig TA, Olson S, Rapporteurs; Forum on Aging, Disability, and Independence; Board on Health Sciences Policy; Division on Behavioral and Social Sciences and Education; Institute of Medicine; National Research Council. *Financing long-term care services and supports for individuals with disabilities and older adults*. Washington, DC: The National Academies Press; 2013.
13. Marchildon GP. Health systems in transition. Canada: European Observatory on Health Systems and Policies. 2005;8(3).
14. Raïche M. Conferencia presentada en el seminario: “Dependencia en Adultos Mayores: de la Experiencia Internacional a la Acción en México”. Organization of long-term care in Québec (Canada). México; 4 de diciembre de 2013.
15. Rechel B, Thomson S, van Ginneken E. *Health Systems in Transition. Template for Authors*. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
16. Sojo A. *De la evanescencia a la mira: El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina*. Santiago: Naciones Unidas; 2011.
17. Stewart MJ, Georgiou A, Westbrook JI. Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *Int J Integrated Care*. 2013;13:1-14.
18. Tarricone R, Tsouros AD. *The solid facts: home care in Europe*. Italy: World Health Organization; 2008.
19. World Health Organization. *Key policy issues in long-term care*. Geneva; 2003.
20. World Health Organization; Milbank Memorial Fund. *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing*. Geneva; 2000.
21. World Health Organization; The Institute for Alternative Futures. *A Long-Term Care Futures Tool-Kit*. Geneva; 2002.

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Diana Vanegas Farfano

5

Importancia de la prevención de la dependencia

109

Es un hecho que la incidencia de la dependencia es proporcional a la edad; puesto que en nuestro país el grupo poblacional mayor a 65 años es el de mayor velocidad de crecimiento, se vuelve imperativo anticipar las necesidades especiales de atención de este grupo etario.¹ A pesar de la importancia reconocida que tienen los procesos biológicos propios del envejecimiento, así como las condiciones mórbidas sobre la aparición y mantenimiento dentro del estado de dependencia, existe también una serie de determinantes socioeconómicos e incluso culturales que se abordarán en este capítulo.

Al igual que sucede con una gran variedad de temas en Geriátrica, el hablar de población adulta mayor abarca a sujetos dentro de un amplio espectro de salud, que va desde el paciente ambulatorio autosuficiente, hasta el que tiene limitaciones (discapacidad) o dependencia establecida. En este mismo sentido, van cambiando las prevalencias de condiciones como fragilidad, discapacidad y, por supuesto, dependencia, siendo mayores en el paciente institucionalizado que en el paciente que aún vive en comunidad. Las oportunidades y márgenes de éxito son distintas, según la población de la que se hable. Desde el contexto de salud pública, este capítulo se refiere al paciente en comunidad (no institucionalizado).

Especial mención merece el concepto de dependencia social. Es sumamente complicado calcular el costo de la dependencia social, a diferencia de los otros tipos de dependencia. La dependencia social se entiende como el sufrimiento que ocasiona a la persona dependiente el verse disminuida en su autonomía, es decir, resulta de la relación de subordinación que tiene hacia su(s) cuidador(es) y, en cierta medida, hacia toda la sociedad. Se debe en parte al deterioro en la autopercepción que tiene el mismo adulto mayor sobre su valor como miem-

bro de la sociedad, y podría equipararse al costo emocional derivado de ser dependiente. Desde un punto de vista médico, sería posible (al menos en parte) cuantificar o traducir ese sufrimiento en escalas bien conocidas y confiables en ancianos mediante las que se detecta ansiedad (cuestionario de Hamilton), depresión (cuestionario de Yesavage en sus diferentes versiones), ansiedad-depresión (escala de Goldberg),² calidad de vida e incluso bienestar moral mediante la escala de satisfacción Filadelfia. Merece mención particular el cuestionario de COOP/WONCA, el cual pretende cuantificar la calidad de vida relacionada con la salud. Este cuestionario cuantifica nueve aspectos de dicha calidad mediante escala tipo Likert, cada posible respuesta se identifica con ilustraciones. El cuestionario es de fácil aplicación a diversas poblaciones, incluyendo pacientes geriátricos, con alta fiabilidad, incluso cuando se aplica por vía telefónica.³

Sin importar cuál(es) herramienta(s) se empleen para su medición, se propone que la dependencia social se cuantifique en forma independiente de la sobrecarga a la que pueda estar sometido el cuidador, al tratarse de fenómenos distintos relacionados con el contexto social e interpretación personal de ambas condiciones. Se acepta que en la misma medida que exista sobrecarga al cuidador, la interacción social cuidador-dependiente se deteriora en distintos grados (incluso llega a manifestarse como maltrato); los determinantes y precipitantes de esta conversión escapan del objetivo de este capítulo. Al hablar de este tipo de dependencia, no puede dejar de mencionarse el papel que las determinantes conductuales y de personalidad del mismo individuo desempeñan como factores protectores o bien, como agravantes.

Es indispensable comprender que el estado de dependencia presenta fluctuaciones a lo largo de la vida, como ha sido esquematizado por Jiménez Bolón,⁴ y los periodos de mayor dependencia se encuentran en los extremos de la vida. Es así que su misma medición debe considerarse un punto aislado dentro de un continuo, y contemplar que en un momento dado puede presentarse ninguno, uno o más de un tipo de dependencia. El abordaje preventivo, entonces, es distinto en el mismo individuo, según el momento en que sea evaluado y el punto de vista del tipo de dependencia que se aborde.

Retos para la prevención

La responsabilidad y capacidad para promover la autonomía es del todo competencia del personal de salud afín a la Gerontología y

Geriatría y, de esta manera, postergar la dependencia en todos sus aspectos, a la vez que se optimizan los recursos sociales, familiares, económicos y de salud. La meta de prevenir la dependencia se asemeja al concepto de acercarnos a un envejecimiento saludable, en el cual el adulto mayor mantenga condiciones óptimas de salud física y función cognitiva, retrasando la aparición de enfermedades crónicas y, de ese modo, la dependencia.⁵

La dependencia se presenta desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. En 1980, Fries⁶ estableció un término entonces polémico, pero que en la actualidad es aceptado con amplitud: el “envejecimiento sano” o compresión de la morbilidad. El concepto se basa en que las enfermedades crónicas, y en especial sus complicaciones respectivas, como la discapacidad y la dependencia, pueden postergarse estableciendo cambios saludables en el estilo de vida. Otra premisa clave en esta teoría es que el momento de la muerte (función de la longevidad) es relativamente fijo por especie, de manera que en los seres humanos no es posible modificar esta variable, a pesar de que se han hecho grandes avances desde inicios de 1900.⁶ Se busca incrementar la edad en la cual aparecen las enfermedades y hospitalizaciones, volviéndose más rectangular la curva de morbilidad, lo cual se acerca al modelo ideal donde la enfermedad y dependencia se presentan casi en la antesala de la muerte.

A pesar de que en teoría sí es posible la muerte a edad avanzada, consecuencia únicamente del acúmulo de déficits fisiológicos que dificultan mantener la homeostasis, sin necesidad de una enfermedad precipitante de la muerte, en la práctica ésta suele ser precedida por enfermedad y un periodo de duración variable en el cual la incidencia de dependencia es mayor. Este concepto fue redefinido en 2011,⁷ al ampliarse para incluir que existen múltiples posibles trayectorias e, incluso, que el deterioro de la funcionalidad no tiene que seguir una tendencia lineal de declive, sino que, en presencia de tratamientos e intervenciones, es posible revertir el deterioro al menos en forma parcial. Lo anterior se esquematiza en la Figura 5.1. El reto en nuestro país es considerable, puesto que se tiene una expectativa de vida con enfermedad y discapacidad de casi 10 años previos a la muerte, a expensas principalmente de dependencia funcional, la cual se vuelve más disruptiva cuando coexiste con deterioro cognitivo.⁸

Al enfrentarnos en la actualidad con más enfermedades crónicas que agudas, las cuales en la mayoría de los casos aparecen en el adulto joven (es decir, el anciano ya ha cursado varios años con

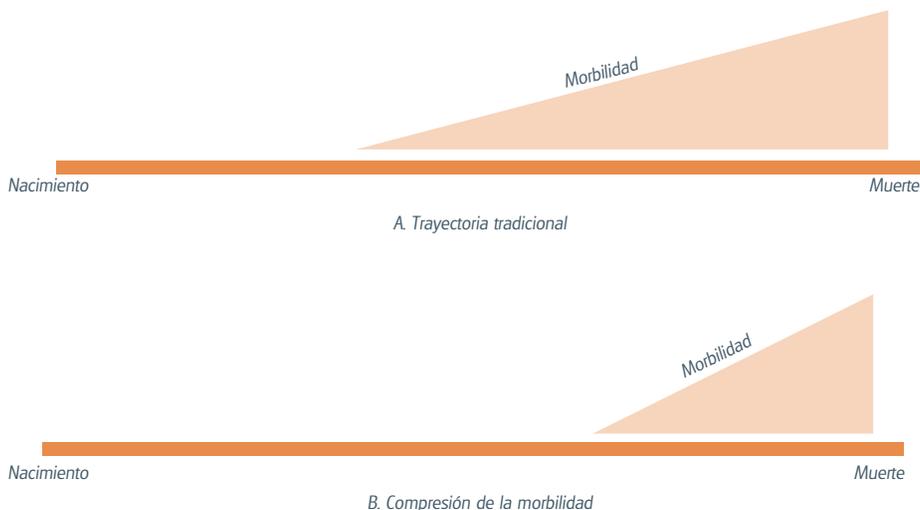


Figura 5.1. Diagrama de compresión de la morbilidad de acuerdo con Fries et al. (modificado). En el diagrama A, se muestra la trayectoria tradicional, en la cual la morbilidad lleva un curso prolongado y progresivo hasta llegar a un máximo en el que ocurre la muerte. En el diagrama B, se ejemplifica la compresión o rectangularización de la morbilidad, donde ésta aparece poco antes de la muerte. Fuente: Elaboración propia.

morbilidad), es esencial dirigir los esfuerzos de salud pública a un adecuado control de estas enfermedades en forma integral. Lo anterior implica no sólo manejo farmacológico y hábitos saludables como ejercicio y alimentación, sino incluir en la ecuación los factores psicosociales que influyen en el desarrollo y progresión de las enfermedades crónicas. De esta forma, se alcanzaría el ideal señalado por Fries⁶ acerca de la “plasticidad” del envejecimiento, aceptando que vejez no es igual a enfermedad, y conceptualizado como envejecimiento activo, cuyo ideal es el envejecimiento sin morbilidad, o envejecimiento exitoso.⁹ El objetivo de la prevención de la dependencia será, entonces, postergar su aparición el mayor tiempo posible, puesto que no es factible impedir su aparición (a menos que la trayectoria sea modificada desde la salud hasta la muerte mediante enfermedades de curso catastrófico), de manera que nos acerquemos lo más posible a la forma ideal rectangular en la curva de morbilidad.⁶

Según la propuesta presentada por el doctor Yasuhiko Saito en el Foro Global sobre Innovación para Poblaciones en Envejecimiento,¹⁰ existen varios puntos en la transición de estados de salud, en los cuales es posible incidir para prevenir dependencia. El avance a lo largo del continuo depende de la presencia de condiciones adversas que, de

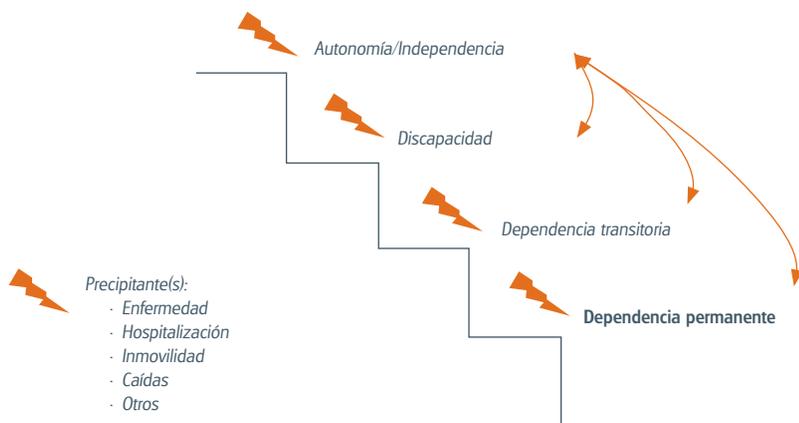


Figura 5.2. Transición entre estados de dependencia. Esta transición se conceptualiza semejante a una escalera en la cual existe bidireccionalidad; no obstante es posible pasar de un peldaño/estado a otro sin transitar necesariamente por el inmediato anterior. En este diagrama no se incluye la muerte, ya que puede aparecer en cualquiera de los escalones. Fuente: Elaboración propia.

113

no ser resueltas y estar en presencia de factores de riesgo, desembocan en pérdida funcional cada vez mayor. Para efectos de este capítulo, se conceptualiza la dependencia como un estado dinámico (Figura 5.2) semejante a los peldaños de una escalera (por su bidireccionalidad), con la diferencia de que cabe la posibilidad de pasar de un estado a otro sin necesariamente pasar por el inmediato anterior, así como también es posible pasar de la independencia a la muerte, como se ha mencionado antes. Este concepto explica cómo las herramientas y acciones para la prevención de la dependencia (en sus diferentes subtipos) puede integrarse en cualquiera de los escalones, excepto en dependencia permanente (refiriéndonos al subtipo de dependencia física), ya que existe una ventana de oportunidad entre cada uno de los estados que permite una bidireccionalidad de los desenlaces.

Estrategias para prevenir la dependencia

El contexto jurídico

De acuerdo con la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* promulgada en México en 2002 y modificada en 2012, todos los adultos mayores mexicanos tienen derecho a la autonomía, equi-

dad y atención preferente, por lo cual las medidas encaminadas a la prevención (y atención) de la dependencia deberán estar al alcance de todos los individuos que conforman este grupo, sin distinción de género, situación económica, etnia, religión u otras circunstancias.¹¹

El marco legal inicial ya existe en diversas leyes que tienen en común estar dirigidas a la población mayor de 60 años. Cada una de las políticas y programas públicos que surjan de esta iniciativa deberán estar adaptados a la realidad local.

Con el objetivo de crear el sustento legal para la atención a la dependencia en México, el primer paso consiste en conceptualizar el término dependencia en adultos mayores, debiendo ser distinguida de la innata de los infantes o niños, ya que constituyen entidades muy diferentes. En el Capítulo 1 del presente texto ya se presentó la definición y la caracterización de los distintos subtipos de dependencia.

Entre los componentes que debe incluir la definición, para efectos legales, se enfatiza la necesidad de atención por un tercero como resultado de la discapacidad asociada con la limitación en las capacidades físicas y psíquicas. Recomendamos que se adopte una sola definición que incluya tanto el aspecto de salud como el jurídico.

Al diseñar una política o un programa para prevenir la dependencia de las personas mayores se deberán incluir medidas para obtener acceso universal a los servicios de salud, seguridad económica mediante el otorgamiento de una pensión u oportunidades de empleo (de ser posible), seguro de desempleo y protección legal. Para este último objetivo, se ha propuesto la creación de una Procuraduría de la Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores que represente sus derechos jurídicos como una entidad especializada. A grandes rasgos, se enfatiza en la incorporación de la prevención (estilo de vida y alimentación saludables); crear los espacios que permitan realizar actividad física con seguridad; contar con personal de salud capacitado; generar investigación científica y tecnológica; fortalecer la atención primaria para tener un sistema con mayor capacidad resolutoria y, de este modo, evitar la redundancia en la atención. Es indispensable que las acciones a tomar sean coordinadas en forma eficiente.

En el ámbito individual y con respecto a la dependencia económica, las oportunidades de empleo podrían ser más factibles mediante incentivos a organismos públicos y privados que favorezcan la creación de empleos adaptados al adulto mayor sano y/o con distintos grados de discapacidad y/o dependencia. Se propone que estos apoyos sean independientes del Programa Sectorial de Desa-

rrollo Social, que se encuentra vigente desde el 1o. de enero de 2014 y establece a nivel nacional la existencia de una pensión económica a todos los adultos mayores de 65 años que no perciban una pensión o jubilación.¹² Este programa también contempla otros tipos de apoyo, como son descuentos en múltiples productos y servicios (incluidos atención a la salud mediante descuentos en medicamentos y servicios de salud). Otro de los aspectos que se ha tratado de apoyar mediante programas sectoriales es la mejora en el transporte, en especial para incrementar la seguridad de las adultas mayores (pero incluyendo a ambos géneros), con y sin discapacidad. Sin embargo, debe destacarse que el derecho al trabajo sin distinción de edad ya se encuentra amparado en la Ley Federal del Trabajo, y se pretende más bien facilitar el ejercicio de ese derecho.

Una vez establecido el marco jurídico, la responsabilidad de llevar a la práctica estos proyectos recaerá en el gobierno federal. En nuestro país, es competencia del Ejecutivo Federal realizar las propuestas de dichas reformas para tener una respuesta expedita.

Reconociendo que existen ya instituciones encargadas de brindar atención a adultos mayores en mayor condición de vulnerabilidad, como son quienes ya cuentan con dependencia o tienen múltiples discapacidades, se propone que sean reguladas por un único organismo, como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. Esta recomendación se basa en la adscripción del organismo como rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores.

Elementos a considerar para la prevención

La dependencia es resultado de la interacción de diversos factores, no sólo de tipo biológico, como la edad y la morbilidad (aguda o crónica), y en todo momento recibe la influencia de determinantes de tipo social, psicológico, económico y cultural, sin olvidar los matices que la personalidad del anciano coloca sobre la presencia de ventajas y oportunidades, por ejemplo, la resistencia a adoptar un papel secundario que la sociedad pudiera otorgarle.¹³

Ya se dieron los primeros pasos en la atención al problema de dependencia en nuestro país, al darse a conocer en 2012 los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, que sienta las bases de la magnitud de esta problemática.¹⁴ Dado que uno de los objetivos de las políticas nacionales sobre personas adultas mayores es “propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental a fin de que puedan ejercer a plenitud sus capacidades en el seno de

su familia y la sociedad”,¹¹ la creación de programas y espacios para prevenir la dependencia ya cuenta con vigencia en todo el país.

Las políticas de salud pública actuales en nuestro país abordan el tema de la discapacidad desde el punto de vista de diagnóstico y promoción de la salud, es decir, los tipos de dependencia que han recibido la mayor atención son la dependencia funcional y mental.⁹ En este enfoque existen aún deficiencias con respecto a la detección y, sobre todo, saneamiento de otros tipos de dependencia, como son social, económica y mental, que deben formar parte de un programa integral dirigido al anciano. En México, nueve de los 14 programas sectoriales correspondientes al periodo 2013-2018 mencionan ya la necesidad de establecer medidas encaminadas a alcanzar la igualdad de los adultos mayores, para lograr el bienestar económico y social y favorecer el acceso a los servicios de salud. Al tratarse de un grupo vulnerable que, a su vez, agrupa a otros individuos vulnerables (p. ej., mujeres ancianas pertenecientes a etnias minoritarias en el ámbito rural), es indispensable que los programas estén dirigidos a salvaguardar la equidad en todo momento.

Dependencia funcional (física y mental)

Reconociendo que la dependencia puede ser resultado de la misma práctica de la atención a la salud, parte de la solución, además de generar las normas para la atención a quienes ya tienen dependencia, será invertir en la rehabilitación (entre otros puntos susceptibles de intervención), como se muestra en el Cuadro 5.1. Las principales causas de dependencia funcional adquirida en nuestro país son las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, es decir, deterioro cognoscitivo, incluidas demencia, enfermedades osteomusculares, depresión, enfermedad vascular cerebral (EVC), diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cardiopatías (en especial, insuficiencia cardíaca), sobrepeso y obesidad, sin olvidar el papel fundamental que adquiere en el adulto mayor la osteoporosis, en particular con fracturas de cadera.¹⁴ Cabe destacar que la presencia de síndromes geriátricos, sobre todo el síndrome de fragilidad, contribuye a lograr dicho desenlace.⁹

En México contamos con grandes oportunidades ya que, como se mencionó anteriormente, según cifras de 2013, 25% de los adultos mayores están en situación de riesgo (quienes ya tienen discapacidad y en quienes se busca prevenir el desarrollo de dependencia).

Cuadro 5.1. Transición en estados de salud e intervenciones respectivas para prevenir dependencia*

1. Desarrollo de enfermedades:
 - a. Campañas de vacunación
 - b. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes
 - c. Campañas de salud en general
 - d. Seguro Popular
 - e. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
 - f. Consumo de ácido fólico preconcepcional y en el embarazo
2. Pérdida funcional:
 - a. Control de enfermedades crónicas
 - Diabetes mellitus
 - Obesidad/sobrepeso
 - Hipertensión arterial sistémica
 - Enfermedad vascular cerebral
 - Demencia
 - Depresión
 - Osteoporosis
3. Discapacidad
 - a. Programas de rehabilitación

* Las enfermedades crónicas que se señalan representan la mayor carga en México como causas de dependencia.

117

Dentro de este grupo, existe un subgrupo conformado por 20% de quienes tienen discapacidad que ya requieren ayuda de terceros,⁹ es decir, que ya están en situación de dependencia. Lograr impactar en estas personas permitirá reducir en forma significativa la carga asistencial sobre los sistemas de salud, a la vez que se disminuyen los costos (directos e indirectos) de la dependencia.

Otra condición que merece especial atención son las caídas (en especial las que requieren hospitalización), ya que con frecuencia conllevan a dependencia, ya sea leve (en 33% de los casos) o grave (en 44%).¹⁵ Es por ello que su prevención constituye otra área de oportunidad que no debe pasar desapercibida en la estrategia nacional de prevención de dependencia. Dentro de los subgrupos que se han estudiado, las consecuencias de las caídas se ubican como la principal causa de incremento en la discapacidad, en el caso de los pacientes que ya tienen algún grado de ésta, y como la principal causa de muerte en los pacientes dependientes, según el mismo estudio.¹⁵

Existen condiciones que en forma invariable, en el curso de la misma enfermedad, progresarán a dependencia, como son la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson, por mencionar

sólo dos. Sin embargo, existen otras con diversos grados de potencial rehabilitatorio, como las fracturas de caderas, en las cuales una intervención temprana e integral es capaz de revertir o, al menos, limitar la discapacidad y dependencia. Es labor tanto del médico como de todo el equipo geriátrico determinar el potencial del paciente, con el objeto de establecer intervenciones individualizadas y con objetivos reales.

El síndrome de fragilidad

La *fragilidad* es un concepto clínico emergente por medio del cual se intenta separar el envejecimiento satisfactorio del patológico.¹⁶ Los componentes del síndrome geriátrico de fragilidad ayudan a predecir quiénes desarrollarán dependencia en seguimientos de 1 hasta 10 años, según un metaanálisis realizado en 2011 en mayores de 65 años que viven en comunidad.¹⁶ En nuestro país existe una amplia ventana de oportunidad, ya que 20% de la población adulta mayor tiene fragilidad, es decir, se encuentra en una condición de riesgo, pero en quienes intervenciones multimodales oportunas pueden retrasar o incluso evitar el desarrollo de discapacidad y dependencia.⁹ Estas características colocan la fragilidad como un punto clave dentro de las prioridades al prevenir la dependencia, ya que tanto fragilidad como discapacidad son entidades muy relacionadas, mas no intercambiables.¹⁶

En la composición de cualquier programa de prevención de la dependencia, la detección del sujeto frágil o prefrágil debe ser una prioridad, mediante la aplicación de instrumentos adecuados a la sociedad en la que se pretende incorporar el programa.¹⁶ Las variables que integran el síndrome de fragilidad (pérdida de peso, velocidad de la marcha, fuerza de prensión, actividad física, equilibrio y fuerza en extremidades inferiores) son componentes habituales de la evaluación geriátrica integral. De todos éstos, los que se relacionan con mayor fuerza con el desarrollo de dependencia son velocidad de la marcha lenta y baja actividad física, incluso independientemente de la presencia o ausencia del síndrome de fragilidad. Vale la pena señalar que dicho síndrome representa un continuo dinámico según el mayor o menor deterioro (proporcional al número de criterios que se cumplan, dependiendo de la definición empleada), y se acepta que se trata de una condición potencialmente reversible.

No obstante, debido a la carencia de un consenso en la definición de los componentes de la fragilidad y la variabilidad en las

mediciones, no es posible aún establecer conclusiones más firmes sobre el peso individual de cada uno de los indicadores sobre la aparición de dependencia. Está claro que un conjunto preestablecido de mediciones biológicas pudiera ser insuficiente para identificar un problema cuyas raíces se encuentran incluso dentro de la misma autopercepción del sujeto afectado, involucrando así factores sociales y culturales. Sin embargo, se debe reconocer que al menos dos datos de la historia clínica permiten realizar un tamizaje dirigido: la edad mayor a 70 años y el haber sufrido pérdida de peso mayor a 5% del peso corporal.¹⁷ Estas recomendaciones se basan en la prevalencia de 5 a 10% en ancianos que cumplen con estos criterios, cuyo tamizaje se estima en tan sólo 15 segundos. Se propone que la detección inicie con los médicos de primer contacto, al menos en forma anual, lo cual es factible de ser incorporado a la atención básica del adulto mayor y constituye uno de los pilares para la detección oportuna de la discapacidad y dependencia a escala nacional. Véase más información sobre fragilidad, incluida la herramienta de tamizaje FRAIL, en el documento original de Morley *et al.*

La fragilidad física en teoría puede prevenirse o tratarse mediante la implementación de políticas que incluyan fomentar la actividad física, asegurar una dieta rica en calorías y proteínas, limitar la polifarmacia y prevenir y tratar la deficiencia de vitamina D.¹⁸ En este último renglón, se plantea la posibilidad de emplear suplementos dirigidos al adulto mayor, tal como se hace con el ácido fólico en las mujeres en edad reproductiva, con el afán no sólo de prevenir la fragilidad, sino también de buscar obtener los efectos no clásicos de la vitamina D, es decir, aquellos que rebasan la simple prevención y tratamiento de osteoporosis y osteopenia.

Como ya se mencionó en la Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud,⁹ las demencias y dependencia mental se han convertido en una prioridad de salud pública. Los pilares en los que se apoya la prevención de la dependencia mental, producto de las demencias, son el control de factores de riesgo cardiovascular, el empleo de fármacos (con un efecto modesto hasta ahora) y la rehabilitación cognitiva. Especial atención merece el diagnóstico oportuno de estas condiciones a partir de herramientas tanto clínicas como paraclínicas, ya que el subdiagnóstico es frecuente y conlleva retrasos en el tratamiento, además de colocar al adulto mayor en posición de vulnerabilidad de recibir maltrato por parte de la familia y la sociedad.

No debe dejarse de lado el importante papel que tienen los trastornos del ánimo (depresión, ansiedad y combinaciones de ambas),

puesto que en ocasiones preceden o, con mayor frecuencia, se sobrepone a enfermedades orgánicas crónicas en el adulto mayor. A diferencia de la demencia, los trastornos del ánimo constituyen una oportunidad única, ya que tienen mayores tasas de remisión y, a pesar de la gran morbilidad que pueden conllevar, son reversibles.

Dependencia económica

En el caso de la dependencia económica, que se refiere a no contar en forma regular con un ingreso que permita suplir de manera adecuada las necesidades básicas, es indispensable que la oferta de trabajo para el adulto mayor sea adecuada a sus capacidades físicas, de manera que no represente un riesgo adicional de crear otros tipos de dependencia. Los datos actuales de la dependencia económica son estimaciones expresadas como “índice de dependencia de adultos mayores”;⁴ se refieren a la relación entre las personas de 60 años y más con población en edad de trabajar (15 a 59 años). Dicho índice mostró crecimiento de 4.7% entre 2008 y 2010, pero se estima que su incremento siga un orden de 15 a 20% por lustro en la medida que continúa el fenómeno del envejecimiento en México (cálculo derivado de la información provista por Jiménez Bolón, 2013). Se prevé que a futuro la dependencia económica podría reducirse por el Sistema de Ahorro por el Retiro, que ya se aplica con los trabajadores adultos no ancianos. Asimismo, promover la educación de los adultos mayores mediante el Programa Escuela Siempre Abierta a la Comunidad de la Secretaría de Educación Pública, que permitirá impactar en los grupos vulnerables (entre ellos, las personas adultas mayores) para abrir nuevas oportunidades laborales con menores requerimientos físicos.

Brindar acceso a fuentes de trabajo (adaptados al grado de discapacidad) será fundamental para que el adulto mayor con limitaciones sea capaz de proveer/aportar para el cuidado de su salud, y de esta forma prevenir el desarrollo de complicaciones que, al no ser atendidas en forma oportuna por la misma discapacidad o morbilidad, desembocan en otros tipos de dependencia. Existen programas sectoriales con vinculación, al menos en forma indirecta, con las necesidades propias del adulto mayor. Por ejemplo el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social integra en una de sus líneas de acción impulsar la participación laboral de adultos mayores, mujeres y discapacitados.

De acuerdo con el documento *Personas Mayores, Dependencia y Servicio Sociales en los Países Iberoamericanos*,¹⁹ se considera

implícito que la principal fuente de ingresos del adulto mayor deben ser los programas de seguridad social y, siguiendo dicha línea, estos programas deberán ser capaces de absorber la mayor parte del costo de atención a la salud derivado de la dependencia. Según cálculos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con esta medida en el caso particular de México, se lograría reducir la pobreza de 30 a 12%.¹⁹

Dependencia psicológica

El origen de la dependencia psicológica, al ser resultado de una condición mental adquirida de desamparo, es complejo, pues involucra aspectos no sólo de carácter cultural y social, sino también de interacción del individuo con su medio. Se trata de un problema facilitado por la misma asignación de roles al anciano, que tienden a marginarlo o bien a que se autolimite en respuesta a estos prejuicios. Es fundamental infundirle la mentalidad de que el envejecimiento tiene no sólo tintes negativos, y fomentar la idea de que es posible efectuar acciones en beneficio personal y social.²⁰ Especial mención merecen los ancianos en situación de viudez, soltería, sin hijos o cualquier otra condición que favorezca el aislamiento mediante la ausencia o escasez de vínculos sociales, que tiende a ser más frecuente entre los varones.¹⁷

Si bien existen múltiples círculos de los cuales puede valerse el adulto mayor para prevenir y superar la dependencia psicológica, estudios gerontológicos han ubicado en orden de importancia al cónyuge, los hijos, los parientes y, por último, los amigos.¹⁷ Entonces, a partir de esta información, en la prevención de este tipo de dependencia habrá de poner énfasis en la conservación y fortalecimiento de los vínculos familiares, sin olvidar el papel que los amigos pueden tener para prolongar estados de independencia, mediante la motivación, el desahogo de estrés y el fomento de estados de ánimo positivos.¹⁷

Por el contrario, se ha demostrado que el tener un proyecto personal de vida independiente de la edad o de determinantes externos permite extender la vida con calidad. Las herramientas para obtener este proyecto comienzan con la práctica cotidiana de ejercicio (físico y mental), alimentación saludable, mantenimiento de redes de apoyo social (intra y extrafamiliares).¹³

La creación de espacios sociales y laborales incluyentes y la educación a la población de todas las edades será vital para que la vejez en el presente y en el futuro gane un tinte más proactivo en todos

los aspectos de la sociedad, invitando así al individuo adulto mayor a sentirse integrado a la sociedad sin limitaciones de edad. Como se mencionó en el Capítulo 1, parte de la adaptación que ocurre a lo largo de toda la vida es redefinir un sentido de utilidad y permanencia dentro de la familia y la sociedad. La ausencia de éstas conlleva a un estado de dependencia psicológica, que se busca prevenir.

Dependencia social

En estrecha relación con las determinantes socioculturales ya mencionadas, está el hecho de conceptualizar al adulto como dependiente tan sólo por su edad, lo que se agudiza por la presión adicional que se ejerce en los individuos que salen del estereotipo, en una sociedad global centrada en la juventud.

122

Los contrapesos para estas situaciones adversas pueden provenir del núcleo familiar o extrafamiliar. En el aspecto familiar, la prevención deberá dar a los parientes del adulto mayor las facilidades para continuar formando parte de una estrecha red de apoyo y promover la cohesión familiar. Acerca de las relaciones extrafamiliares como amistad, vecindad, excompañeros de trabajo, entre otros, la creación de espacios donde el adulto mayor pueda convivir con su entorno y retomar la sensación de permanencia será vital. En la práctica, se ha visto la generación de estos grupos alrededor de instituciones en forma espontánea, por lo que el enfoque del plan de prevención de dependencia social será favorecer la existencia de estos grupos en espacios públicos e instituciones establecidas, así como promoverlos, donde se compartan intereses comunes y se facilite la identificación del grupo.

Dentro de estos círculos cabe la posibilidad de empoderar al miembro del mismo grupo social de manera que brinde beneficios colaterales, por ejemplo mediante entrenamiento laboral y orientación que permita al anciano ser emprendedor, y así redundar en beneficios económicos.²⁰ Por estudios previos en nuestro país,¹⁷ sabemos que los grupos de tinte político tienden a atraer más a varones, mientras que aquellos en los cuales se promueve el trabajo comunitario tienden a lograr mayor inclusión de mujeres. Este trabajo deberá comenzar en las etapas previas a la jubilación, cuando tradicionalmente sobreviene la ruptura del adulto mayor con su rutina y entorno sociolaboral.

Con el reciente cambio conformacional de la familia mexicana, que se caracteriza por menor número de miembros (y, por lo tanto, de posibles proveedores), producto de la reducción en las tasas de fecundidad y la transición de la mujer de la familia al ambiente labo-

ral, se prevé que la estructura familiar que daba soporte al anciano se vuelva posiblemente más precaria.¹⁷

Las redes de apoyo social constituyen un sistema de intercambio de apoyos a nivel personal, comunitario e institucional¹⁷ que complementa la seguridad social y puede variar con el tiempo.²¹ Cuando el adulto mayor cuenta con dichas redes, éstas le permiten prevenir la dependencia y reconocerlo como miembro de un sistema productivo y útil, es decir, le ayudan a mantener su identidad social a la vez que le brindan apoyo emocional, entre otros tipos de ayuda, que incluso aportan beneficios a la salud. Es así que la promoción de estas redes sociales constituye una barrera multidimensional contra el desarrollo de la dependencia social. En México, se observa un interesante fenómeno: el apoyo que el adulto mayor recibe de su red social es proporcional a su grado de dependencia.²¹

De acuerdo con Montes de Oca y Macedo de la Concha,¹⁷ la reciprocidad que se alcance durante la pertenencia a la red social, en especial en la medida en que el adulto mayor aporte y logre sentirse útil, tiene un impacto más positivo que el simple hecho de formar parte de ella para recibir ayuda. Es por ello que las redes sociales que se promuevan deben estar pensadas en esta relación bidireccional para dar un espacio al adulto mayor que le permita continuar siendo un jugador fundamental en la estructura de la misma red. Esta promoción incluye no sólo brindar espacios para la convivencia del anciano con la sociedad, sino también advertir acerca de los peligros que conlleva el aislamiento social, incluido el incremento en la mortalidad,¹⁸ así como la desprotección de tipo económico y el acceso a servicios de salud.²¹

Otra arista que no debe olvidarse en la atención de la dependencia social es el ya mencionado sufrimiento que condiciona el conocerse dependiente de alguien más, para lo cual se prevé la inclusión del especialista en Medicina Psicológica dentro del equipo multidisciplinario. Dentro de la escala de prioridades, para que el adulto mayor pueda y se interese en participar en cualquier tipo de grupo comunitario, es indispensable tener cubiertos los requerimientos económicos y de salud básicos que le permitan dedicar tiempo a estas actividades.¹⁷

La educación de la población anciana (y joven) tiene un papel preponderante al modular la forma en que se aborda el proceso de envejecimiento desde el punto de vista de los determinantes sociales, ya que si se logra cambiar el paradigma hacia un envejecimiento incluyente y proactivo (por mencionar algunas de las características del llamado “envejecimiento exitoso”), en vez del modelo tradicional de envejecimiento excluyente y pasivo (con connotaciones negativas),²⁰ el mismo adulto mayor será capaz de adoptar actitudes que le permi-

tan resistir el papel de dependiente que la sociedad le adjudica.¹³ Lo anterior brindaría herramientas para tratar la dependencia social al mismo tiempo que la psicológica mediante el reconocimiento de la potencialidad propia del ser humano en todas sus etapas, con lo que se incrementará la oferta de oportunidades para el pleno desarrollo de dicho potencial.²⁰ El objetivo no sólo es evitar la enfermedad, pues al existir diversos tipos de dependencia como ya se afirmó, mantener vínculos saludables con la comunidad, tener una actividad laboral, tener hábitos de alimentación sanos y practicar ejercicio constituyen el verdadero fin de prevenir la dependencia en forma integral. Así se obtendrá una verdadera comprensión de la morbilidad y dependencia en todas sus manifestaciones, y se les llevará lo más posible al final del periodo vital, a la vez que se optimiza la calidad de vida.

Características del sistema ideal para prevenir la dependencia

Previamente se han descrito las características del sistema ideal para prevenir la dependencia, detalladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la reunión de La Haya, en 2013.¹ La definición completa señala que:

Un sistema ideal es universal, costeable, igualitario, eficiente, financieramente sostenible y centrado en la persona y la familia. El sistema ideal promueve la inclusión y participación social, empodera a los individuos y familias, y es valorado por la sociedad. Asegura una mejor calidad de vida y bienestar para todos. Los sistemas integrales brindan atención continua e integral a la salud y aspectos sociales que incluyen promoción de la salud, prevención y detección temprana de enfermedad, dispositivos de asistencia, así como rehabilitación y cuidados paliativos. [Todo esto ocurre con] estrategias para vigilar la calidad.

Este sistema también será maleable en el sentido de que las medidas de calidad evalúen el desempeño, asegurando de esta forma que se cumplan sin cesar los objetivos antes mencionados. Su objetivo final será fomentar el envejecimiento activo y que los sistemas sanitarios se orienten no sólo a promover la salud, sino a prevenir la enfermedad, asegurar el acceso equitativo a la atención a la salud e incorporar la perspectiva de cuidados a largo plazo. Es en esta búsqueda del envejecimiento activo en la cual convergen los determinantes sociales, económicos, conductuales, personales, los servicios de salud y el entorno físico.²² El envejecimiento saludable comprende el proceso por el cual

el adulto mayor adopta, adecua o fortalece estilos de vida que maximicen el bienestar, la salud y la calidad de vida mediante estrategias de autocuidado y haciendo uso de las redes de apoyo social. De acuerdo con Mendoza Núñez y Martínez Maldonado,²¹ los componentes de este estilo de vida favorable son una alimentación adecuada, ejercicio físico periódico, higiene personal apropiadas, sueño reparador, recreación y una alta autoestima. Todo lo anterior representa una prioridad para lograr la prevención de la dependencia, a la vez que se enfatiza el papel del anciano como un participante activo en la misma conservación o promoción de su salud integral. Por otro lado, el envejecimiento activo ha sido definido por la OMS como un:

*proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.*²⁰

125

Cabe destacar que desde este punto de vista, el envejecimiento activo comprende el saneamiento de todos los aspectos de la dependencia y discapacidad, como un ideal de salud, productividad e independencia en cuyo seno se encuentra la misma actitud de prevención.²⁰

Como ya se menciona en la declaración establecida por la OMS, el modelo para la prevención de dependencia deberá ser único en el sentido de que se adapta a las necesidades, infraestructura, recursos, así como a la identidad cultural de la población blanco.¹ En nuestro país, esto implica transferir la atención al paciente con dependencia de la familia (en especial, de los miembros femeninos) al Estado. La participación de la familia seguirá siendo central para cubrir las necesidades del anciano dependiente, ya que es de interés nacional que la persona adulta mayor permanezca integrada en su familia.¹¹ La forma de conciliar esto sería mediante la atención diurna o temporal del adulto mayor en los sistemas de salud encargados de la prevención y rehabilitación, ambos con base comunitaria, lo cual se acerca a los modelos de atención médico-social que ofrecen una gama de opciones de atención más amplia (hospitales de día, unidades de rehabilitación y centros de día).²³

Consideraciones sobre la inversión en recursos

Recursos humanos: equipo multidisciplinario

Con el objetivo de volver más eficiente la distribución de la atención, el primer paso será la evaluación del anciano por un equipo integral de salud especializado en adultos mayores, quienes ten-

drán la labor de establecer el estado mental, funcional, económico y social en un tiempo cero o basal. Será tarea del equipo detectar a los individuos con mayor riesgo de desarrollar dependencia, como son personas con fragilidad, discapacidad y multimorbilidad grave (más de cinco enfermedades concomitantes, ya que la posibilidad de detectar discapacidad en estos pacientes es casi 80%).⁹

Se propone un equipo multidisciplinario encargado de identificar (y rehabilitar) al paciente en riesgo o en situación de dependencia, como se esquematiza en la Figura 5.3. El equipo será dirigido por el especialista en Geriátrica, quien representa el aspecto médico indispensable para el caso de la dependencia funcional y mental. Con respecto a la dependencia funcional, el enfoque propuesto será hacia la detección oportuna y tratamiento integral de las principales enfermedades que la condicionan, sin olvidar la importancia de la detección temprana, tratamiento y contención de los déficits sensoriales.²³ En este rubro tiene especial importancia el manejo del dolor o Algología, ya que en muchos casos éste acompaña a los trastornos osteomusculares y son causales de discapacidad.⁹

Cabe mencionar que, al menos en parte, muchas de las enfermedades metabólicas que desembocan en discapacidad y dependencia se derivan de la obesidad, por lo que deberá enfatizarse en una nutrición adecuada que reduzca el sobrepeso y/o obesidad, pero que a la vez evite o minimice la sarcopenia, la cual en su última expresión propicia la fragilidad y dependencia. Aquí desempeña un papel fundamental el equipo nutricional. La importancia del peso corporal no puede dejar de mencionarse ya que siete de cada diez adultos mayores padecen sobrepeso u obesidad,⁴ las cuales condicionan una cascada de alteraciones metabólicas y a nivel endocrino y vascular endotelial, principalmente, que culminan en las principales enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dependencia (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica y enfermedad vascular cerebral, entre otras).

En el enfoque integral que se propone para la prevención de la dependencia, se considera la inclusión del especialista en cuidados paliativos, ya que cabe la posibilidad de que la evolución del paciente tome este curso, en cuyo caso continúa siendo candidato a recibir atención por parte del equipo multidisciplinario, pero desde el punto de vista paliativista. Esta última inclusión pretende dar a la prevención un enfoque de atención continuada, en el cual no se abandona al individuo cerca del umbral de la muerte, sino que se le atiende con un paradigma distinto.

Aspecto médico	Aspecto funcional	Aspecto psicosocial	Aspecto nutricional
Geriatría	Rehabilitación	Psicogeriatría	Nutriología
Enfermería	Fonatría	Trabajo social	Odontogeriatría
Algología	Fisioterapia		
Cuidados paliativos	Terapia ocupacional		

Figura 5.3. Equipo multidisciplinario encargado de detectar y prevenir la dependencia. (Elaboración propia.)

El eje del equipo multidisciplinario, el médico geriatra o especialista en atención a adultos mayores, aún es un recurso humano muy escaso. Se estima una media nacional de 0.38 geriatras por cada 10 mil mexicanos mayores de 60 años, la mayoría concentrados en centros urbanos, una situación que aún dista de la recomendación de la American Geriatrics Society de un geriatra por cada 10 mil habitantes de 75 años o más.²⁴ Si bien en los últimos años se ha puesto gran énfasis en la formación de recursos humanos con la capacidad para atender a este grupo etario, no sólo médicos sino también personal paramédico (Enfermería, Rehabilitación, Nutrición y Odontología), la conciencia poblacional sobre en quién recae la atención de los adultos mayores todavía ubica a los ancianos como “adultos grandes”, de modo que son tratados por el médico general o el internista, así como por profesionales en las demás ramas mencionadas.

Conviene señalar que en el ámbito de la rehabilitación es necesario contar con programas dirigidos a la rehabilitación física individualizada, considerando el origen mismo de la dependencia, es decir, si es producto de una enfermedad o condición aguda o de una crónica.²⁵ El énfasis en dichas sesiones será recuperar en forma inicial la independencia para actividades básicas de la vida diaria. Parte de la tarea del médico geriatra que dirige el equipo será realizar una evaluación periódica con escalas sensibles (p. ej., la escala de Barthel),²⁶ de manera que se pueda evaluar en forma objetiva el avance del paciente. Dicha escala consta de 10 actividades con puntaje en incrementos de 5 puntos, con puntuación en el rango de cero a 100 (cifras mayores reflejan menor dependencia). Se ha propuesto que un cambio en 20 puntos es clínicamente significativo.²⁷ Las actividades que evalúa atañen a la capacidad real del paciente para llevar a cabo: alimentación, baño, aseo, vestido, continencia fecal, continencia urinaria, uso del sanitario, transferencias cama-sillón, movilidad y uso de escaleras.

Se menciona esta escala ya que es de gran utilidad clínica, alta confiabilidad interobservador y facilidad de uso. Además, ha sido comparada con otras tres escalas en pacientes con discapacidad tras

EVC, y se ha determinado que es la más sensible y específica al cambio, incluso en intervenciones a corto plazo (19 + 8 días en servicio de rehabilitación). Se calcula que cambios significativos en dichas escalas reducen casi 50% el tiempo promedio que el cuidador dedica a la atención física del paciente²⁷ e impactan en la dependencia social.

Uno de los mejores escenarios para identificar al paciente susceptible de rehabilitación y manejo en agudo es el hospital, puesto que las hospitalizaciones se relacionan con un gran riesgo de desarrollar dependencia permanente a 10 años (hasta 168 veces más riesgo), seguidas por la restricción en la actividad física.²⁸ En el mismo estudio, si bien la mayoría de las hospitalizaciones fue por causas cardiacas (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y arritmias, principalmente) e infecciones, los pacientes que fueron hospitalizados como resultado de una caída tuvieron la mayor probabilidad de desarrollar discapacidad, seguida de deterioro cognitivo de reciente inicio. Este riesgo incrementado obedece no sólo al proceso mórbido en sí, sino también a los riesgos que el proceso de hospitalización representa para el anciano. Entre éstos figuran inmovilidad, polifarmacia, riesgo de caídas y *delirium*. Todos los desenlaces anteriores tienden a ser peores en personas con fragilidad, del género femenino y a mayor edad, con rangos que van de 3.3 a 16.6%.²⁸

Los esfuerzos irán dirigidos a la identificación de condiciones potencialmente “reversibles” mediante la intervención coordinada y multidisciplinaria. El periodo susceptible de intervención con resultados óptimos es específico por enfermedad (p. ej., los mejores resultados en rehabilitación por fractura de cadera se obtienen dentro de las primeras 24 horas tras el evento, mientras que la ventana es de 6 meses para EVC). Lo anterior se modifica conforme a las condiciones propias del individuo y su ambiente, que conforman el “potencial rehabilitatorio,” como son tener los recursos económicos para acudir a recibir atención y llevar el tratamiento, la capacidad (física y mental) de realizar los ejercicios e incluso contar con apoyo social para apegarse a la terapéutica prescrita. Este último factor es de vital importancia en el paciente dependiente, y es vital remarcar que la edad de ninguna manera constituye un parámetro único o con la validez suficiente para establecer dicho potencial.

Para unificar el trabajo es recomendable que el equipo multidisciplinario se reúna con periodicidad fija para revisar los expedientes y revalorar los avances u obstáculos encontrados en el proceso. También es importante recalcar que el objetivo final de los programas

de rehabilitación es reducir la discapacidad y dependencia, y según la condición a tratar será posible (o no) curarla, entendiendo que la dependencia constituye una entidad dinámica.

En nuestro contexto cultural, la práctica de este modelo se prevé anidada en el núcleo familiar. El papel del cuidador adquiere entonces especial importancia dado que, a pesar de que el paciente pasará momentos recibiendo las intervenciones mencionadas, es tarea final del cuidador la aplicación y apoyo constantes al paciente. Se ha propuesto proporcionar subsidios (directos o indirectos) al cuidador, así como capacitación básica médica y psicológica.¹⁴

Recursos materiales

Para lograr una adecuada atención al problema de la dependencia en México, es necesario priorizar la asignación de recursos, contar con mayores estudios que permitan un conocimiento profundo de la situación de salud, establecer un enfoque integral en el cual participen instituciones (públicas y privadas), comunidad y personal de salud. En este último sentido, se plantea la necesidad de incluir recursos tanto federales como estatales y municipales.

Puesto que se ha reconocido que la mayor parte de la población (de todas las edades) se atiende en centros de primer nivel, éstos deberán fortalecerse como se ha promovido ya por el Consejo Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Conacro).⁹ Debe subrayarse que parte del reto en la creación de un programa de prevención de dependencia es la integración de un sistema de salud que se encuentra fragmentado y cuya coordinación (incluso entre sectores público y privado) debe mejorar.²³ Los centros donde se brinde atención al adulto mayor deberán estar adaptados a las necesidades específicas del adulto mayor, incluida la adecuación de los espacios de consulta externa, urgencias, cuidados crónicos y atención a domicilio.²³

Puesto que la realización de actividad física es un determinante relacionado con una menor dependencia económica,²⁹ parte de la solución consiste en la creación de espacios seguros y adaptados arquitectónicamente al anciano con distintos grados de discapacidad, de preferencia bajo supervisión de un profesional en fisioterapia. Esto invita a la generación de estándares a nivel nacional aplicables a todos los centros donde se brinde atención al adulto mayor, con el fin de eliminar una de las potenciales barreras que impide su asistencia física a dichos centros.

Dentro del rubro de fisioterapia, se prevé la necesidad de adquirir recursos materiales especializados (material ortésico y/o prótesis) adecuado a cada sujeto, quien posteriormente habrá de necesitar terapia ocupacional con el objetivo de aprender a manejarlo y, de esta forma, recuperar independencia funcional. Para prevenir y mejorar la funcionalidad restante, se ha demostrado que la práctica de ejercicio aeróbico tiene efecto benéfico significativo al retrasar la discapacidad y mortalidad en mayores de 50 años,³⁰ en parte mediado por el efecto que tiene en los determinantes del síndrome de fragilidad. Esta intervención también impacta en la discapacidad causada por osteoartritis, así como en las caídas.

En Geriátría se ha investigado sobre el empleo de la telemedicina como una herramienta que permita acceder a población vulnerable, como pacientes en ámbitos rurales o localidades apartados y poco comunicados, que permitan el acceso a atención especializada en un campo donde los especialistas son escasos. Para el paciente con dependencia, en quien los costos directos e indirectos de traslado son mayores, deben explorarse estrategias encaminadas a atender un mayor volumen de pacientes, incluso en lugares remotos, a bajo costo.³¹ En el caso de la consulta externa, se requiere que el geriatra o especialista sea contactado directamente por el personal de salud encargado de la atención del paciente. Esta modernización del cuidado también ha recibido calificaciones positivas en cuanto a satisfacción del usuario final (paciente y cuidadores).³¹

Las plataformas tecnológicas estudiadas en el ámbito de la telemedicina en Geriátría en Reino Unido³¹ comprenden videoconferencias (con utilidad demostrada para diagnóstico y seguimiento de problemas neuropsiquiátricos), así como transferencia de información, ya sea mediante llamadas telefónicas o correo electrónico para reportar mediciones relacionadas con la salud (p. ej., glucemia o signos vitales). Es deseable agregar en este aspecto, puntajes de diversas escalas que permitan evaluar al paciente desde múltiples puntos de vista y que sean sensibles al cambio, como las que se enumeraron con anterioridad.

En México, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018³² propone el fortalecimiento de modelos de atención médica a distancia, para asegurar el acceso a la salud, lo cual es consistente con la propuesta hecha. Se calcula que los retrasos en la atención consecuencia de escasa accesibilidad a los servicios de salud o incluso ausencia de atención ocurren hasta en 27% de los adultos mayores.⁹ Existe un grupo especial de pacientes, el de mayor discapacidad, que deberá recibir atención domiciliar por parte de algunos miembros seleccionados del equipo.

En la actualidad, existen múltiples barreras que impiden la instauración de un sistema integral de atención universal a la dependencia en los adultos mayores, entre las que se encuentran la dispersión de la población (p. ej., quienes viven en comunidades rurales), barreras culturales, económicas y falta de acceso a los servicios de salud. Al menos tres cuartas partes de la población mayor de 60 años se concentran en el ámbito urbano,³³ por lo que los programas realizados en dichos centros serán posiblemente los que mayor reditúen en cuanto al volumen de población beneficiada. Es competencia de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) “fomentar la participación de los sectores social y privado en la promoción, seguimiento y financiamiento de los programas de atención a los adultos mayores”.¹¹

Debe señalarse que el espacio físico donde se lleven a cabo estas acciones tendrá que contar con la infraestructura que permita el acceso al mismo usuario, es decir, deberá contar con las instalaciones, mobiliario, equipo y personal adecuados para la atención al anciano con alguna discapacidad. Es responsabilidad del Estado proveer los medios para el transporte y adecuación arquitectónica que cumplan con dichos señalamientos. Los centros de atención de segundo y tercer niveles, públicos y privados, al estar equipados con personal especializado en Geriátrica y Gerontología, constituyen el espacio inicial donde puede insertarse el modelo de prevención de dependencia.¹¹ Para mayor información con respecto a la atención al adulto mayor, se remite al lector a la Norma Oficial Mexicana sobre Asistencia Social, Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.³⁴

Como mencionan Fries *et al.*,³ la comprensión de la morbilidad tiene al menos cuatro componentes, que incluyen las medidas de prevención primaria (prevenir factores de riesgo, como la obesidad o tabaquismo), secundaria (disminuir la prevalencia de factores de riesgo, como bajar de peso y dejar de fumar) y terciaria (limitar la morbilidad causada por condiciones ya existentes, como brindar rehabilitación cardiopulmonar a pacientes posinfarto). El cuarto componente se ha llamado *prevención primordial* y se refiere a la aplicación de todas las anteriores, pero en especial la prevención primaria, a “preancianos”, es decir, a niños, adolescentes y adultos jóvenes. Como mencionan Gutiérrez Robledo y Caro López, “nunca es demasiado pronto ni demasiado tarde para promover la salud y cambios en el estilo de vida”.⁸

Del mismo texto se desprenden las siguientes líneas estratégicas que tienen relación con el apartado de prevención de dependencia:⁸

- *Adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos del envejecimiento poblacional*
- *Formar recursos humanos con especialización en las áreas de Geriátría y Gerontología*
- *Establecer la vinculación adecuada entre los servicios de salud médicos y sociales*

Otras acciones para la prevención de la dependencia

Para la prevención de la dependencia, se deberá educar a la población acerca de detección y atención temprana a condiciones mórbidas que conllevan la mayor tasa de discapacidad, además de fomentarse la participación social, actividad física y estilos de vida saludables. Como se ha expresado, los principales factores de riesgo (sobrepeso u obesidad, tabaquismo y malnutrición) con su correspondiente detección y corrección temprana, conforman en gran parte el camino hacia una mejor vejez, con menos enfermedad, discapacidad y dependencia. Esta mayor educación deberá alcanzar las aulas del personal de salud en formación, tanto médico como paramédico, de manera que exista la conciencia sobre la necesidad de mantener y/o recuperar la autonomía del adulto mayor.

Las particularidades sobre el manejo de la multimorbilidad, presentaciones atípicas de las enfermedades, cambios fisiológicos por el envejecimiento y su efecto en la farmacología, así como la necesidad de manejo multidisciplinario deberán impregnar al personal de salud desde su formación, con el objetivo de prepararlo para el reto que representa la atención al anciano. Es recomendable que las instituciones educativas cuenten con módulos al respecto, impartidos por especialistas en la materia.²⁴

Para el personal de salud con formación especializada en el adulto mayor, es deseable la existencia de foros de discusión y ponencia de propuestas, con grupos de evaluación que permitan traducir estos esfuerzos a la práctica clínica y creación de políticas nacionales.

La creación de guías de práctica clínica adaptadas a la realidad de la población anciana es un paso importante para la sensibilización de los médicos de primer contacto. Dichas guías deberán incluir los síndromes geriátricos, así como información acerca de la medicina preventiva por realizar, según el grupo etario y expectativa de vida de cada paciente, es decir, en forma individualizada.⁹ En el mismo tenor de la educación, se propone crear espacios para capacitación a cuidadores informales, con el fin de hacer que sus

esfuerzos sean eficientes y, a la vez, reducir la frustración, mediante la creación concomitante de “grupos de ayuda para cuidadores”.

Como se establece en el proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021, un factor crucial para mejorar las condiciones de las personas con discapacidad es asegurarles un mejor acceso a los servicios de salud.³⁵

Áreas de oportunidad en investigación

- *Obtener estadísticas sobre la situación de discapacidad y dependencia en las entidades federativas, que permitan adecuar los programas a la realidad individual*
- *Proyecciones económicas sobre el impacto de las medidas (en forma global o individual) para justificar una mayor recaudación de recursos a los programas que demuestren mayor éxito en la prevención de la dependencia. Estas proyecciones podrían tener distintos matices, por ejemplo, el diferente impacto de una misma medida sobre individuos en distintas edades o con enfermedades diversas*
- *Efectos de la actividad física específica sobre la dependencia económica*
 - *Para mantenerse económicamente activo, el adulto mayor requiere tener la capacidad física para desplazarse a su sitio de trabajo y conservar habilidades de transporte, finanzas y, por supuesto, las propias de la actividad laboral. Se propone evaluar los programas de fisioterapia (según tipos específicos de actividad física) que promuevan la conservación y desarrollo de diferentes capacidades*
- *Efecto de las acciones de prevención de dependencia sobre el saneamiento de la dependencia social*
- *Evolución de la cohorte incluida en los programas de prevención de la dependencia, como un parteaguas en la atención especializada para el grupo de adultos mayores en condición de vulnerabilidad y su efecto en diversas esferas*
- *Continuar la investigación poblacional, sobre todo en los grupos de mayor edad (80 años y más) de los que se tiene menos información, para conocer sus particularidades en los aspectos social, económico y de salud*
- *Redefinir en forma constante las enfermedades o condiciones que con mayor frecuencia culminan en discapacidad o dependencia, con el objetivo de volver dinámico los programas de prevención, y redirigir recursos hacia las condiciones con mayor impacto poblacional*

- *Ya que el sobrepeso y la obesidad son determinantes en la aparición del síndrome metabólico y sus complicaciones, es vital definir puntos de corte para ambas condiciones en el anciano mexicano. Esto incluye investigación acerca de los mejores métodos de medición (circunferencia de pierna, medición de pliegues, punto de corte de índice de masa corporal ajustado para cambios en composición corporal, por citar algunos) que reflejen el punto de inflexión en el cual se incrementa la morbimortalidad y también la discapacidad y dependencia*
- *Estimular la mejora continua mediante la promoción de convocatorias en el ámbito nacional, dirigidas a los profesionales involucrados, o bien, al mismo personal que labore en los centros de atención y prevención de dependencia*
- *Definir las encuestas nacionales que deberían ser incorporadas como fuentes oficiales de información para la posible implementación de una política o programa nacional para la prevención de dependencia, que incluya la información suficiente para obtener periódicamente un panorama real del envejecimiento en México, así como definir la periodicidad para la recolección de datos*
- *Los resultados de las investigaciones antes propuestas deberán reportarse en forma tal que permitan la comparación con los indicadores presentados en otros países para, de este modo, obtener conocimiento que permita ubicar a México en el panorama mundial*

Indicadores para seguimiento y evaluación

Ya se ha mencionado que se utilizarán escalas establecidas *a priori* para medir el impacto de las intervenciones sobre los diferentes tipos de discapacidad. Estas mediciones serán realizadas en forma periódica y permanente por un organismo o dependencia que se responsabilice de la concentración de información local, regional, estatal y nacional. Esto permitirá conocer el desempeño de cada centro en forma individual e instalar un modelo de mejora de la calidad. Se deberá considerar la eventual incorporación de otros indicadores dirigidos a los ámbitos de prevención de dependencia en sus distintos contextos (atención aguda o crónica).

Se propone que la evaluación sea realizada dentro de cada módulo (médico, funcional, psicosocial y emocional) en forma separada, puesto que es imposible aplicar una misma escala de evaluación estandarizada. Se sugiere que el INAPAM sea el órgano encargado

de recabar y calificar la información, así como compartir el conocimiento adquirido con las dependencias nacionales con interés en el adulto mayor. Esto permitirá conocer la efectividad tanto de las intervenciones individuales como de los módulos dentro del programa para la prevención, y detectar áreas de oportunidad. Por supuesto, una vez recabados los datos anteriores, podrán realizarse cálculos sobre indicadores de resultados que se mencionan a continuación.

Deberá implementarse un sistema de vigilancia de calidad y retroalimentación periódica para identificar en forma temprana aquellas limitaciones (de tipo estructural, cultural o económico) que impidan una correcta implementación de los programas tal como se han concebido. Es deseable que toda la información anterior se encuentre al alcance del público para así asegurar la transparencia en el acceso a la información.

Es recomendable que el usuario final de dichos programas (adulto mayor, familiares, cuidadores, entre otros) sea parte del proceso de evaluación y mejora continua. En este sentido, podrían realizarse consultas al paciente y sus cuidadores, debidamente registrados, para obtener su retroalimentación como usuarios.

En una panorámica más amplia, se requiere tener indicadores de desempeño. En esta primera aproximación al tema de prevención de la dependencia mediante un programa nacional, se propone emplear varios posibles indicadores. Éstos permitirán conocer a fondo el funcionamiento y las áreas de oportunidad para mejora, al igual que sucede con los indicadores de procesos. Los factores críticos de éxito son cobertura universal, eficiencia en las intervenciones y calidad en la atención.

Los indicadores de desempeño que se proponen son:

- *Indicadores económicos*
 - Proyecciones de ahorro monetario derivado de la rehabilitación, tratamiento, prevención de complicaciones de salud y costos indirectos (no monetario)
 - Análisis de costo-efectividad por intervención, que justifiquen modificaciones en el esquema inicial de presupuesto
 - Costo promedio por intervención desglosado
- *Indicadores de cobertura*
 - Cobertura porcentual que alcanza el programa, considerando la población objetivo
 - Número de participantes en cada uno de los subprogramas (p. ej., social, económico, funcional, mental de acuerdo con la correspondiente dependencia) para ajustar los recursos a las necesidades cambiantes de la población

- *Indicadores de eficiencia*
 - Número de pacientes atendidos por unidad conforme al tamaño de la población blanco
 - Disminución en los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que bien podrían ser un marcador indirecto de la compresión de la morbilidad
 - Incremento en los años de vida ajustados por calidad (AVAC)
- *Indicadores de calidad*
 - Satisfacción del usuario (paciente y cuidadores)

La fuente primaria de información para el cálculo de ambos tipos de indicadores (de procesos y de desempeño) serán los registros y expedientes de cada una de las clínicas o centros participantes. Cabe mencionar que los indicadores AVAD y AVAC tienen limitaciones en lo que respecta a la evaluación de intervenciones de salud pública con objetivo preventivo.^{34,36} No obstante, ambos cumplen con la meta de ser medidas ampliamente aceptadas para obtener estimaciones de costo-efectividad y que permiten la comparación entre planes y programas de salud.³⁶

Conclusión

Las acciones que se inicien para prevenir la dependencia de los adultos mayores contribuirán a la reducción de la carga física, emocional, económica y social que recae en la estructura familiar y social. Tanto la salud como la discapacidad y dependencia son estados dinámicos a lo largo de la vida, en algunos casos prevenibles (al derivar la mayoría de enfermedades crónico-degenerativas) mediante la aplicación de políticas de salud que promuevan la sana alimentación y el ejercicio, con control de factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas.

Se calcula que entre 40 y 70% de las enfermedades es prevenible al menos en forma parcial, mediante la modificación de estilos de vida, control de factores de riesgo y prevención primaria y secundaria.¹⁶ No debe olvidarse el papel de los determinantes sociales, económicos y de la misma personalidad del adulto mayor como factores que determinan en mayor o menor medida la respuesta ante los estresores propios del envejecimiento y el enorme bagaje socio-cultural que conlleva.

La atención al adulto mayor representa un reto especial para el personal de salud y gobiernos, puesto que deben tenerse consideraciones acerca de la necesidad de atención integral en los ámbitos de salud física, mental, social y económica. La instauración de una política o un programa nacional para prevención de la dependencia no estaría completa sin un programa continuo de evaluación (tanto interna como externa), con el fin de mejorar la calidad. Gran parte del trabajo futuro en prevención de la dependencia inicia con el cambio de paradigmas fuertemente arraigados, para asumir otros que permitan visualizar al adulto mayor como un individuo que tiene derechos y es capaz de ser productivo, participativo y autónomo. Es momento de abandonar la errónea idea de que vejez equivale a enfermedad; no debe perderse de vista que la dependencia constituye un continuo que inicia en el nacimiento y que, con intervenciones bien dirigidas, es posible recuperar en mayor o menor medida la autonomía del individuo, al mismo tiempo que se conserva la calidad de vida.

Referencias

1. World Health Organization. Building Systems to Address Functional Decline and Dependence in Ageing Populations: An Agenda for Action. The Hague, Netherlands. 2013 Apr;25-26:1-14.
2. Montón C, Pérez-Echeverría MI, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*. 1993;12(6):345-9.
3. López-Alonso SR, Martínez-Sánchez CM, Romero-Cañadillas AB, Ángel-Rueda M. Validez y confiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. *Index Enferm*. 2005;14(51). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000300005&script=sci_arttext.
4. Jiménez-Bolón JE. Prevención de las situaciones de dependencia de las personas mayores: Elementos para la construcción de una política pública. En: Cepeda-Dovala JL, Hinojosa-Carranza MA (ed). *Derechos Humanos de las Personas de la Tercera Edad*. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Xochimilco; 2013: p. 69-93.
5. Kuh D, Karunanathan S, Bergman H, Cooper R. A life-course approach to healthy aging: Maintaining physical capability. *Proc Nutr Soc*. 2014;1-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24456831>
6. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980;303(3):130-5.

7. Fries JF, Bruce B, Chakravarty E. Compression of morbidity 1980-2011: A focused review of paradigms and progress. *J Aging Res.* 2011;v2011;261702. Published online 2011 August 23. Doi: 10.4061/2011/261702. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163136/>
8. Gutiérrez-Robledo LM, Caro-López E. Recomendaciones para la acción: Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud. En: Gutiérrez, LM (coord). *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción*, Academia Nacional de Medicina, UNAM, Instituto de Geriátria; 2012: pp. 321.
9. Gutiérrez-Robledo LM, Lezana-Fernández MA (ed). *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. 1ª ed.* México, DF: Instituto Nacional de Geriátria; 2013.
10. Saito Y. Burden of disease of ageing populations in high-income countries. In: *World Health Organization 2013: Global Forum on Innovation for Ageing Populations.* Kobe, Japan; 2013, Dec. 10-2.
11. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Act of 2012; Pub. Diario Oficial de la Federación DOF, No. 1-20 (Apr 4, 2012). Última reforma publicada Diario Oficial de la Federación DOF (Jun 25, 2002).
12. Reglas de Operación del Programa de Pensión para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2014. Act of 2013; Pub. Diario Oficial de la Federación DOF, Segunda Sección: Secretaría de Desarrollo Social (Dec 29, 2013).
13. Eusko Jaurlaritz. Gobierno Vasco. *Envejecer con éxito: Prevenir la dependencia 2009.* Disponible en <http://www.fundacionede.org/ca/archivos/investigacionsocial/16-Envejecer-con-exito-prevenir-Dependencia.pdf>
14. Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, López-Ortega M, Salinas-Rodríguez A, et al. Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: Un curso sano para una vejez plena. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012* [homepage on the Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>
15. Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community dwelling elderly people using physical frailty indicators: A systematic review. *BMC Geriatr.* 2011;11(33):11-33.
16. Gómez-Pavón J. *Primera conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención de la dependencia en personas mayores.* Madrid (España): Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
17. Montes de Oca V, Macedo de la Concha L. Las redes sociales como determinantes de la salud. En: Gutiérrez LM (coord). *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción.* Academia Nacional de Medicina, UNAM, Instituto de Geriátria, 2012: pp. 163-78.
18. Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE. Change in disability after hospitalizations or restricted activity in older persons. *JAMA.* 2010; 304(17):1919-28.

19. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. El Proyecto: Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en países Iberoamericanos; 2006.
20. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML. Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Gutiérrez LM (coord). Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción, Academia Nacional de Medicina, UNAM, Instituto de Geriátria; 2012: pp. 261-6.
21. Garay-Villegas S, Montes de Oca V, Mancinas-Espinoza S. ¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor. En: Gutiérrez LM (coord). Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción. Academia Nacional de Medicina, UNAM, Instituto de Geriátria; 2012: pp. 153-60.
22. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7.
23. Ávila-Fermat FMG, Caro-López E, Negrete-Redondo MI, Montaña-Álvarez M. La enseñanza de la geriatría en México. Instituto de Geriátria. Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/13.pdf
24. Fernández-Llera G, Martín-López C, Rodríguez-García J, Echevarría C. Programas de rehabilitación en centros de mayores: situación actual y propuesta de actuación. *Rehabilitación.* 2012;46(1):49-54.
25. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J.* 1965;14:56-61.
26. Drimerick AW, Edwards DF, Diringer MN. Sensitivity to changes in disability after stroke: A comparison of four scales useful in clinical trials. *J Rehab Res Development.* 2003;40(1):1-8.
27. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pub Mex.* 2007;49(4):459-66.
28. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med.* 2006;166(4):418-23.
29. Wang BW, Ramey DR, Schettler JD, Hubert HB, Fries JF. Postponed development of disability in elderly runners: A 13-year longitudinal study. *Arch Intern Med.* 2002;162(20):2285-94.
30. Brignell M, Wootton R, Gray L. The application of telemedicine to geriatric medicine. *Age & Ageing.* 2007;36(4):369-74.
31. Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (2014). Diario Oficial, Tercera Sección, Jueves 12 de Diciembre 2013.
32. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Diario Oficial de la Federación; 13 de septiembre de 2012.

33. Shama-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pub Mex.* 2008;50(5):383-9.
34. Salomon JA. Nuevos pesos de la discapacidad para la carga mundial de morbilidad. *Boletín Organización Mundial de la Salud;* 2010;88:879.
35. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad. Consejo Ejecutivo 134^a Reunión. 03 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
36. Alvis N, Valenzuela MT. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Rev Med Chile.* 2010;138(supl):83-7.

LA RUTA PARA ABORDAR EL RETO DE LA DEPENDENCIA EN MÉXICO

*Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo,
Jesús Alberto López Guzmán*

6

Lo que sabemos

141

La población mexicana está envejeciendo a un ritmo sin precedentes. La proporción de personas mayores de 60 años se duplicará en menos de 20 años.¹ Este proceso tiene profundas e inmediatas implicaciones para los sistemas de asistencia social y de salud.

¿Qué tan bien preparados estamos para este cambio demográfico? Infortunadamente, los sistemas de seguridad social y de protección social en salud vigentes en México están en una posición desventajosa para enfrentar el reto de una demanda creciente de atención y una carga significativa de dependencia. El reporte: Envejecimiento y Salud, una propuesta para un Plan de Acción,² demuestra la dimensión y las tendencias futuras de estos cambios que se vienen acentuando en los últimos años. Las insuficiencias presentes no harán sino profundizarse, a menos que ocurran cambios sin precedente en la organización de nuestros sistemas de atención a la salud y de asistencia social.

La información disponible en la actualidad³ es inquietante por la magnitud de las necesidades. En particular, preocupa el monto de la carga económica, que se hace ya visible en las cuentas nacionales de salud, y sobre todo en el rubro correspondiente al trabajo no remunerado en salud que creció 17%, de 2008 a 2011.⁴

Las personas mayores y sus cuidadores que necesitan ayuda y no la están recibiendo constituyen un grupo vulnerable en elevado riesgo de gasto catastrófico y deterioro de la calidad de vida.⁵ Esta población se encuentra ya bajo una presión considerable que no podrá tolerarse por mucho tiempo. Una de sus consecuencias es la creciente tasa de abuso y maltrato de las personas ancianas dependientes.⁶

La situación de México no es excepcional. Aun en países posindustriales, como Estados Unidos, se habla del “precipicio de los cuidados”; John Schall, director ejecutivo de Caregiver Action Network,

declaró recientemente al *The Washington Post* cómo los familiares proveen la mayor parte de los cuidados de adultos mayores discapacitados y dependientes que permanecen en casa, a razón de 4 de cada 10 ancianos dependientes; la cifra correspondiente en México es de 9 de cada 10.

México envejece antes de enriquecerse, y la demografía amenaza con convertirse en una vulnerabilidad más, que se suma a las insuficiencias en el crecimiento económico por el que atravesamos. De acuerdo con los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento y la Encuesta Nacional de Salud en su última edición, amén de los que se desprenden de la información disponible sobre carga de la enfermedad, nuestro país tiene más de 2 millones de personas mayores que reportan un estado de salud pobre,³ más de 30% con dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, 40% con síntomas de depresión y 50% en condiciones por debajo de la línea de pobreza.⁷ La situación tradicional según la cual los mayores seguían viviendo en familia con sus hijos y nietos más que en soledad o en residencias asistidas tiende a cambiar siguiendo los patrones observados en Europa y Norteamérica, pero en un entorno de marcadas insuficiencias y pobre calidad en la provisión de servicios de cuidado a largo plazo, tanto residencial como domiciliario.

Opinión pública

Estas transformaciones se dan en un momento en el cual se deteriora la percepción social de lo que significa envejecer. Un reporte reciente⁸ da cuenta de una baja valoración de las personas de la tercera edad en México. Del total de los encuestados mexicanos, 68% opina que a las personas mayores no se les respeta hoy en día. Se les considera “amigables”, pero no “competentes”. Esa imagen demerita a las personas mayores en sus actividades profesionales o laborales. A pesar de estas valoraciones negativas, 86% de los entrevistados está en desacuerdo en que las personas mayores sean consideradas una carga para la sociedad y el estudio indica que los mayores de 65 años, a pesar de ser menospreciados, son quienes manifiestan los niveles más altos de satisfacción con la vida.

Al comparar la percepción en México con lo que ocurre en otros países, si 87% de los japoneses piensa que la dependencia en la vejez es un problema mayúsculo, en México, sólo 30% así lo considera.⁹ El pesimismo es mayor con respecto a la probabilidad de alcanzar un

buen nivel de vida al llegar a la vejez; sólo 11% de los mexicanos se muestra muy confiado y 30% algo confiado (41% en total), proporción que, sin embargo, es mayor que en Rusia. La visión en México sobre de quién es la responsabilidad del bienestar económico en la vejez (familia, estado o cada persona) es equilibrada. Se considera que ha de distribuirse de modo equitativo entre la familia y el Estado y recaer sólo en pequeña proporción (11%) en los individuos. En contraste, en España se espera un rol sustituto del Estado, y al otro extremo, los norteamericanos y sudcoreanos dan la responsabilidad al individuo.

Más allá de la opinión pública, la actitud práctica también cuenta y fue motivo de exploración de otra encuesta,¹⁰ de la que resultó claro cómo el ser previsoros no es una virtud que nos caracterice. En México, cuatro de cada 10 personas de entre 18 y 50 años de edad simplemente nunca se han puesto a pensar en cómo será su vida cuando lleguen a viejos, y otras cuatro dicen que lo han pensado, pero sólo alguna vez. Alrededor de 54% de las personas no cuenta con ningún tipo de previsión económica para la vejez ni fondo de ahorros ni de pensiones, de ellos más de la mitad no ha pensado de qué va a vivir al envejecer, el resto confía en que contará con el apoyo de algún familiar cercano o más adelante se preocupará por ahorrar. Es probable que exista una actitud de negación frente a la percepción de una realidad adversa. Si al envejecer no deviniésemos en sujetos dependientes, la vejez no sería un tema relevante. En nuestro país, ya es visible la preocupación social por este nuevo gran reto: la dependencia al envejecer.

El rostro de la vejez está cambiando y no sólo la percepción social al respecto. Por un lado, el umbral simbólico que separa al adulto del anciano se desplaza con los avances en salud. Por el otro, al aumentar su edad y número, la carga de los adultos mayores dependientes se torna cada vez más significativa, y nuestra sociedad no reconoce aún la callada labor de millones de personas que en sus hogares se hacen cargo de la situación. Si queremos que México se beneficie del potencial capital social que representan las personas mayores, debemos cambiar paradigmas y buscar que quienes envejecen sean más apreciados y mantengan la autonomía el mayor tiempo posible. Además, en ese cambio de paradigma, necesitamos construir una “cultura del cuidado” que coloque a las personas, tanto beneficiarias como proveedoras del cuidado, en el centro de la atención y promueva el diálogo y la solidaridad intergeneracional.¹¹

Concepto e implicaciones de la dependencia

Es claro que no existe un consenso sobre la definición de la dependencia en los adultos mayores ni en México ni en el ámbito internacional. En este texto hemos desarrollado una primera aproximación a esta definición, que habrá de enriquecerse con nuevas evidencias y datos al respecto. Ello servirá de base para informar la formulación y alineación de nuevas políticas públicas que conduzcan a minimizar y controlar los efectos adversos de la dependencia en las personas adultas mayores.

El concepto de dependencia del que partimos tiene su origen en la definición propuesta por el Consejo de Europa:

[...] un estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

El criterio de edad por sí mismo, no tiene características definitorias.

En esta publicación reconocemos que la dependencia se manifiesta en, al menos, cuatro facetas relacionadas entre sí: la dependencia funcional que, a su vez, se divide en física y mental; la psicológica, la económica y la social. Para cada una de estas dimensiones proponemos elementos sobre sus causas y efectos, de tal forma que dichos planteamientos sirvan de referencia para la construcción de un consenso sobre la definición de la dependencia que en México deberá ser el referente para la construcción de la política pública y el marco de referencia para la actuación gubernamental y de los sectores privado y social, incluida la Academia.

Sabemos que la dependencia es una noción compleja que no debe acotarse exclusivamente a la pérdida de funcionalidad (física o mental), ya que como se ha demostrado, ésta se extiende a otros ámbitos, entre ellos el económico, el social y el psicológico. Sin embargo, por la disponibilidad de datos, en este libro hemos optado por concentrarnos en la dependencia desde la perspectiva de la funcionalidad física.

Aun cuando los adultos mayores requieran de cuidados y ayuda de otras personas, es fundamental respetar y darle prioridad a sus decisiones, creencias, valores y pensamientos. No debe permitirse, en ninguna circunstancia, que las personas mayores sean vulneradas y maltratadas por el hecho de recibir apoyos o ver reducida su independencia. Esta no es una labor aislada que sólo compete a los adultos mayores, ya que en este esfuerzo deben confluír múltiples

actores e instancias, como la familia, la comunidad, el gobierno, las organizaciones de base social y otros más.

Si queremos abordar con eficacia el reto, es indispensable desarrollar intervenciones para prevenir, o al menos diferir la aparición de la dependencia y para promover la autonomía de las personas adultas mayores, con sólidas bases éticas y de derechos humanos.

Escenario demográfico

La población mayor de 60 años se duplicará en los próximos 20 años. El incremento en la proporción de mayores de 80 años ocurrirá aún más rápido y pasará de 1 a 5% para el año 2050. La presión sobre el sistema de cuidados a largo plazo dependerá del estado de salud de estas personas conforme envejezcan, y la posibilidad de recibir apoyo económico dependerá de la relación entre los adultos en edad productiva y los ancianos. En México el bono demográfico puede aún beneficiarnos. Las proyecciones¹² para la esperanza de vida al nacer muestran un incremento sostenido que alcanzará los 80 años al nacimiento en 2040, cercana a la de Japón en la actualidad. La esperanza de vida a los 65 años es de 17.3 años, cercana al promedio de la OCDE que es de 17.6. Ha aumentado 4 años para las mujeres y 2.5 para los hombres desde 1960. Ello no significa necesariamente que los últimos años de la vida se vivan con buena salud, pues hay un rezago de 10 años entre la esperanza de vida y la esperanza de vida en salud.

145

Escenario epidemiológico

En los últimos 25 años, hemos vivido en paralelo la compresión de la mortalidad hacia las edades más avanzadas y la expansión de la morbilidad, al experimentar nuestra población un incremento significativo en la esperanza de vida, al cual no le ha seguido en igual proporción un incremento de la esperanza de vida en salud. En ese mismo lapso, el perfil de la morbilidad se ha transformado, pues mientras que en 1990 45% de la carga de la enfermedad (CE) ocurría en menores de 15 años, para 2010, 45% se concentraba después de los 45 años. En 1990, 15% de la CE era en adultos mayores y 20 años después es de 25%. La proporción de la CE es mayor en hombres entre los adultos jóvenes, pero en los adultos mayores es mayor en mujeres. Además, el punto más relevante para el tema que nos ocupa, es que 30% de la carga de la enfermedad en adultos mayores en la

actualidad se debe a años vividos con discapacidad (AVD). El efecto del envejecimiento ha sido determinante para la transformación del perfil de morbilidad, con una mayor incidencia de afecciones crónicas no transmisibles y lesiones accidentales. Al respecto, en este reporte se identifican los puntos clave.

En cuanto a factores de riesgo:

- *Del grupo de defunciones asociadas con un mal control de la presión arterial, 80% sucede en la población mayor de 60 años*
- *De todas las defunciones, 79% están asociadas con el consumo exagerado de sal, 74% con colesterol, 72% con el consumo de grasas y 72% con el de tabaco*
- *También en este grupo de edad, sucede 74% de las defunciones vinculadas con una glucosa en ayuno elevada; al igual que las asociadas con el índice de masa corporal elevado (IMC)*
- *De los años de vida saludables (AVISA) perdidos en la población de 60 años y más, 50% se asocia con estos mismos factores de riesgo, con excepción del consumo de alcohol, que no influye tanto en el perfil de salud de este grupo de edad*

En lo que se refiere a afecciones específicas:

- *Respecto a las principales enfermedades que afectan a la población mayor de 60 años observamos que más de 50% de los AVISA perdidos por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (62%), enfermedad isquémica del corazón (59%), vascular cerebral (58%), y los tumores del pulmón y de tráquea (53%) ocurren en este grupo de edad*
- *Tan sólo cuatro enfermedades: diabetes mellitus (DM), la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad renal crónica y los eventos vasculares cerebrales (EVC) son responsables de 46% de las defunciones y 37% del total de AVISA perdidos en este grupo de edad*

Al comparar las tendencias observadas en cinco periodos quinquenales entre 1990 y 2010, observamos que:

- *Las enfermedades isquémicas del corazón y la DM aparecen como las dos primeras condiciones en los cinco periodos analizados*
- *La enfermedad renal crónica es particularmente relevante, ya que en 1990 apareció en el octavo sitio y en 2010 ocupa el tercer lugar*
- *La enfermedad hipertensiva y los EVC muestran un patrón de ascenso a medida que avanza la edad, pero las tasas de ambas muestran un descenso de 1990 a 2010 para ambos sexos, si bien no muy marcado*
- *La diabetes mellitus muestra una tendencia ascendente hasta los 70 años con mínimas diferencias por género*

- *En contraste, la insuficiencia renal crónica, en buena medida resultante de la diabetes descontrolada, presenta incrementos de carácter sustantivo en todas las edades. Cabe señalar que las diferencias entre los hombres y las mujeres son más marcadas a partir de los 70 años de edad*

En cuanto a las lesiones:

- *La tasa de AVISA perdidos por caídas es muy importante en todos los grupos de edad avanzada, muy similar entre sexos y no muestra cambios sustanciales de 1990 a 2010. Alrededor de 30% de los adultos mayores cae cada año*

En cuanto a las afecciones demenciales:

- *La enfermedad de Alzheimer es el prototipo de las enfermedades que generan dependencia y demandan cuidados exhaustivos de parte de los prestadores de servicios de salud y los familiares. En este caso, la tendencia es clara hacia el aumento, tanto en varones como en mujeres, y su incidencia en las persona adultas mayores de 70 años es cada vez mayor. La cifra reportada en la ENSANUT 2012 de 7.9% se encuentra claramente por encima del promedio de 6.5% reportado para países miembros de la OCDE¹³*

147

Las tendencias observadas y el peso relativo de las principales afecciones descritas dejan bien en claro dónde están las prioridades en las acciones de prevención y promoción de la salud para prevenir o diferir la discapacidad y la dependencia funcional: obesidad y sobrepeso, diabetes, aterosclerosis, enfermedad renal crónica, enfermedad de Alzheimer y otras demencias y lesiones accidentales.

Discapacidad y dependencia

La discapacidad es un problema de salud pública entre los adultos mayores mexicanos; afecta a casi la mitad de ellos (47.8%), lo cual representa más de 5.1 millones de personas. Esta cifra es semejante a la de 46% que reportó la OMS para los mayores en países de bajos ingresos.¹⁴ Las mujeres, los más viejos, los más pobres y aquellos con menor escolaridad son los más afectados. Al menos uno de cada cuatro personas adultas mayores requiere de ayuda para las actividades del diario vivir. Al menos 5% de los adultos mayores, más de 500 mil personas, presenta una condición de dependencia total y requiere de un cuidador permanente en el hogar.¹⁵

El costo de la dependencia

Una aproximación al costo global de la dependencia es la estimación del trabajo no remunerado en salud (TNRS) que en el PIB del sector salud representa en 2011 23.9% con un crecimiento porcentual de 17% con respecto a 2008.⁴ Además, sabemos que los hogares con al menos una persona mayor con discapacidad tienen un gasto de bolsillo tres veces superior a aquellos con adultos mayores autónomos. Hasta 40% de estos hogares incurre en gastos catastróficos cuando el adulto mayor está discapacitado.⁵

Estado actual de los servicios y los cuidados

148

La dependencia lleva implícita en su definición la necesidad de cuidados. Este es su principal efecto y el elemento principal que determina su costo económico y social. Los cuidados en el caso mexicano son provistos casi en su totalidad en el seno familiar. El cuidado en el ámbito institucional en nuestro país está orientado fundamentalmente al auxilio a los desamparados y a cubrir las necesidades de lo que se ha dado en llamar “asistencia social”, más que a solventar las que surgen de la dependencia funcional.

Las implicaciones de la dependencia se dan, pues, en al menos dos ámbitos principales: los cuidados en el ámbito domiciliario por parte de la familia u otros miembros del entorno inmediato y, en mucho menor proporción, en las instituciones de cuidados a largo plazo.

En México, los servicios médico-sociales para este propósito son muy escasos. Por ello, la carga del cuidado la soportan de manera fundamental cuidadores informales en el seno de la familia, en su mayoría mujeres.

Cuidados institucionales

Hay graves insuficiencias en la información disponible. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ha elaborado un Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social con la finalidad de concentrar la información de las instituciones públicas y privadas de asistencia social del país, su ubicación geográfica, objeto social y datos de contacto. La última actualización corresponde al mes de agosto de 2013. Allí aparece un total de 478 instituciones, de las cuales apenas 47 manifiestan que los adultos mayores se encuentran entre su población objetivo. Es evidente

que el directorio adolece de una significativa falta de información, pues tan sólo la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal tiene registrado un mayor número de instituciones.

Si bien hay esfuerzos para integrar la información, es claro que no contienen la totalidad de la oferta pública o privada de este tipo de servicios. Esto hace difícil el trabajo de su seguimiento, verificación o evaluación. Si poco sabemos de su existencia, menos aún se sabe de la calidad de los servicios que ofrecen. En 1996¹⁶ se publicó el primer reporte al respecto; el más reciente fue publicado en 2007,¹⁷ por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. En él se describe cómo ni las instituciones del INAPAM ni las privadas no afiliadas a la Junta de Asistencia Privada del DF (JAPDF) fueron evaluadas como recomendables. Sólo las instituciones del DIF Nacional y de la JAPDF fueron reconocidas como dignas de recomendación.

149

Cuidados en el hogar

En 52% de nuestros hogares, hay al menos una persona que requiere cuidados y 58% de las mujeres de 14 a 70 años otorga estos cuidados, participe o no en actividades económicas. En promedio, en los hogares se invierten al mes 889 pesos en pago a personas trabajadoras domésticas y 735 pesos en cuidadoras de personas o enfermeras(os). Además, 10% de los hogares tiene personas que requieren de cuidados permanentes, y éstas en su mayoría son adultos mayores, según los resultados preliminares de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS-2012).¹⁸ La Encuesta Nacional sobre Uso de Tiempo, ENUT 2009, informa en el mismo sentido, pues de las horas dedicadas al cuidado, 80.5% estuvo a cargo de mujeres, con excepción de llevar o acompañar al adulto mayor al médico. En las mujeres recae la mayor carga de cuidados, al asumir hasta 97% del porcentaje total de tiempo dedicado a estas actividades. Otras encuestas recientemente disponibles, que contienen información sobre cuidados, discapacidad y dependencia, en particular ENSANUT y ELCOS 2012, necesitan analizarse con cuidado para alimentar la reflexión a este respecto.

Experiencias en otros países

En el seminario que da origen a esta publicación, *Dependencia en adultos mayores: de la experiencia internacional a la acción en*

México, se presentaron modelos de atención en otros países. A continuación se exponen con brevedad los rasgos esenciales de las políticas española, británica y francocanadiense para abordar este reto.

España

La promulgación de la ley de dependencia es reciente (2006) y hoy continúa en proceso de implementación. Los servicios son provistos por un sistema público que favorece la participación de organizaciones no gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro y privadas acreditadas por el Estado. Sus beneficios incluyen un apoyo financiero que se determina fundamentalmente mediante la aplicación de una herramienta de valoración (*baremo*) y puede categorizar la severidad de la dependencia de cada persona; el apoyo puede incluir, además de compensaciones para quienes viven con la persona dependiente, el pago de un proveedor profesional personal, subsidios para dispositivos de asistencia y modificaciones en el hogar que faciliten la movilidad. El área geográfica donde se encuentra cada usuario (en quien se centra la atención) y las características de éste tienen un impacto específico, ya que se contemplan los recursos existentes y su disponibilidad, por lo cual la accesibilidad es variable entre regiones y entre individuos. La priorización se realiza no sólo mediante los resultados del baremo, sino también en función de la disponibilidad de recursos financieros de cada usuario que solicita el servicio.

Reino Unido

En este país existe un gran sentido de cooperación entre el departamento de salud y las autoridades locales, que son las responsables de otorgar los servicios sociales, con enfoque comunitario. Los servicios de salud son gratuitos y los sociales son pagados por los usuarios en función de su capacidad de pago, la cual se analiza, de manera más notoria para aquellos usuarios de cuidados institucionales (asilos) que para quienes reciben cuidados comunitarios. Los recursos públicos proceden de los impuestos generales, mientras que los del usuario pueden proceder también de compañías aseguradoras que protegen en caso de requerir cuidados de alto costo. También existe el esquema de pago directo del Estado al usuario de manera monetaria, o en servicios que puede elegir este último. Existe un órgano que regula e inspecciona a todos los proveedores de servicios sociales, para eva-

luar el desempeño en la provisión de cuidados con base en estándares nacionales establecidos por el departamento de salud.

Canadá

Existe una gran variabilidad de atención a la dependencia en las provincias del país, y es en Quebec donde existe una muestra muy particular de integración de servicios para adultos mayores dependientes, reconocido en el ámbito internacional y con más de 30 años de operación. En este modelo de atención para el mantenimiento de la autonomía –llamado PRISMA– el acceso de los usuarios a los servicios integrados ocurre a través de una ventanilla única, en donde se cumplen criterios de inclusión (cierta necesidad de ayuda real y potencial de permanecer en su domicilio) y se tiene un directorio de servicios a ofertar para su divulgación a población abierta; sucesivamente se aplica un instrumento de valoración muy puntual, para establecer con precisión el grado de dependencia de cada usuario, establecer un plan de servicios individualizado y estimar costos de operación; en ningún momento se fragmenta la atención para la persona usuaria, es decir, tiene seguimiento continuo, desde el propio domicilio, lo cual se fortalece mediante recursos tecnológicos y la figura de un gestor de casos quien prácticamente va de la mano con el usuario, sirve de enlace entre el equipo multidisciplinario en primer nivel de atención con servicios de salud más especializados de mayor nivel y con los diversos servicios sociales de cuidados institucionales incluidas residencias de vivienda asistida y asilos, que podría requerir cada caso, y hasta el mismo domicilio de la persona dependiente.

151

A partir de la experiencia internacional, es claro que:

- *Los cuidados informales continúan siendo en la actualidad la forma más prevalente de atención a las personas en situación de dependencia a nivel mundial. No obstante, además de la familia también el Estado y el sector privado están involucrados en la provisión de servicios en casi todos los países del mundo, aunque el papel que desempeña cada uno de los actores y las interacciones entre ellos son distintas para cada país, según su nivel de desarrollo socioeconómico y el contexto político, histórico y cultural*
- *El Estado debe considerar determinantes demográficos y no demográficos para la planeación del financiamiento de los servicios para la atención a la dependencia*

- *La participación de los gobiernos federal, estatal y municipal, así como la coordinación de distintos sectores –de los cuales el de salud y el social revisten mayor importancia– es fundamental para la operación de los modelos de atención a la dependencia de manera eficiente*
- *El financiamiento solidario puede sustentarse mediante sistemas contributivos o con cargo a los impuestos generales, al margen de que a los usuarios se les puede requerir un copago en el momento de la utilización de servicios*
- *El estado puede tener la facultad de pagar tanto a prestadores de servicios privados, como a cuidadores informales, a manera de compensación, además de proporcionarles entrenamiento para su autocuidado, información y cuidados de respiro*
- *El diseño, la implementación y la operación de un modelo de atención a la dependencia deben girar alrededor de la respuesta adecuada a las necesidades de las personas en situación de dependencia, de la sustentabilidad financiera en el largo plazo y de la evaluación continua*
- *La evaluación del desempeño del sistema de atención para las personas con dependencia debiera evaluar el impacto que genera en la calidad de vida, en los niveles de dependencia, autonomía, participación, satisfacción personal, dignidad humana, percepción por la calidad de los servicios recibidos y áreas de oportunidad de mejora*
- *La evaluación óptima debiera contemplar muy diferentes aspectos, desde el análisis de costo–efectividad, accesibilidad e idoneidad, pasando por la heterogeneidad de las personas con dependencia y la multidimensión de los indicadores que se requieren, hasta el bienestar del cuidador informal, por lo cual, esta tarea se torna compleja*
- *En suma, el panorama de atención a la dependencia en un país depende de la interacción entre diversos actores que pueden participar en diferentes grados de responsabilidad. Por un lado, el Estado determina qué servicios públicos se proveen, a quiénes van destinados, quién los provee y cómo se financian. Por otra parte, el sector privado puede ofrecer también servicios de atención a la dependencia, sobre todo cuidados a largo plazo. Por último, los cuidados informales provistos por la sociedad, en especial la familia, desempeñan un papel determinante en la planeación y operación del modelo de atención a la dependencia*

Lo que necesitamos saber

Las necesidades en cuanto a información que habrá de generarse o analizarse en el corto y mediano plazos son muy vastas. A conti-

nuación, analizamos los vacíos de información y establecemos las recomendaciones correspondientes.

El contexto demográfico y epidemiológico presente y futuro

Más allá de la síntesis de la información demográfica y epidemiológica ya presentada y disponible a nivel nacional, es necesario efectuar un análisis detallado por cohortes, a nivel de regiones y estados y por estrato económico, categorizando además por sexo, grupos de edad de 65 a 80 y mayores de 80 años, y entre derechohabientes de la seguridad social y beneficiarios de la protección social en salud. Esto es posible a partir de los datos de las encuestas ENASEM 2001, 2003 y 2012, ENADIS 2010 y ENSANUT 2012. Un análisis complementario de las olas sucesivas de ENASEM permitirá observar cómo se dan en México las transiciones hacia la dependencia y cuáles son las trayectorias de los distintos estados de salud, y en particular de la fragilidad, que ahí convergen, para tener mayor precisión en la estimación de la necesidad de cuidados y propuestas de acción preventiva mejor fundamentadas.

A partir de las variables demográficas que ya conocemos, y conociendo el comportamiento de la mortalidad, como es el caso, es necesario construir proyecciones de la dependencia en distintos escenarios de comportamiento de la morbilidad, y así aproximarnos a la estimación de la carga de la enfermedad relacionada y su posible comportamiento futuro.

Deben considerarse tres escenarios: el primero donde las tendencias epidemiológicas hubieran de mantenerse (*ceteris paribus*); otro con la expectativa de la compresión de la morbilidad (el efecto de retardar el envejecimiento), y un tercero, más previsible, de expansión de la morbilidad. También hay que tener en consideración distintos escenarios de proyección de la esperanza de vida en función del comportamiento de la morbilidad en sucesivas generaciones. Para ello, hay que construir microsimulaciones que pueden desarrollarse a partir de las evaluaciones sucesivas de la ENASEM y estimaciones de costos, siguiendo el ejemplo efectuado por investigadores de RAND con el *Health and Retirement Survey*.¹⁹ También podría usarse la misma metodología empleada por el grupo de trabajo de la OCDE para producir el reporte sobre Tendencias en la discapacidad en Europa, pues contamos ya con fuentes de información en México que son equiparables a las empleadas en él.²⁰

La necesidad de cuidados

Cuidados formales

Se desconoce el perfil demográfico, social, de salud y funcional de los actuales beneficiarios de la atención a largo plazo a nivel institucional. Los estudios sociales y epidemiológicos dirigidos a los adultos mayores en México han excluido sistemáticamente esta población. Se ignora incluso el número de las instituciones con esta orientación que existen en el país.

Cuidados informales

Conocemos el número de las personas dependientes que permanecen en sus domicilios y podríamos describir con precisión la naturaleza de la discapacidad, sus orígenes y consecuencias, así como la necesidad de cuidados que determina. Los análisis efectuados a este respecto son aún preliminares y constituyen una primera aproximación. No se ha explotado suficientemente las fuentes de información disponibles en encuestas transversales y longitudinales como la Encuesta Nacional sobre Percepción de la Discapacidad, la ENSANUT 2012 y la ENASEM. El análisis secundario de la información disponible en tales encuestas permitiría, además de la mejor caracterización de la discapacidad y la dependencia, la descripción de su distribución espacial y la observación de las tendencias a través del tiempo.

Los proveedores de los cuidados

Por medio de las encuestas ELCOS 2012 y sobre el uso del tiempo de 2009, es posible caracterizar mejor a lo(a)s proveedor(a)s del cuidado en el ámbito del domicilio y sus necesidades. También es necesario identificar con claridad el número, perfil profesional, competencias y necesidades de las personas que prestan cuidados formales en el domicilio y en las instituciones.

El costo de la dependencia

Es necesario hacer una estimación precisa del costo que representan los cuidados tanto formales como informales. En la actualidad, no tenemos más información a ese respecto que la aproximación que se deriva de la estimación del valor del trabajo no remunerado en salud

y los cálculos de gasto de bolsillo y gasto catastrófico derivados de la ENADIS 2010.⁵ En promedio, el volumen del gasto en cuidados a largo plazo en países de la OCDE equivale al gasto en atención médica (en México, el trabajo no remunerado en salud tiene casi el mismo valor que el global de la atención hospitalaria). A partir de tales constataciones, es clara la necesidad de introducir el tema de la dependencia y los cuidados en las proyecciones del gasto en salud, considerando al menos los gastos ligados a la dependencia en sí misma y diferenciando los vinculados al albergue y los asociados con la salud. Además, es necesario plantear proyecciones sobre hipótesis macroeconómicas y de indexación de diferentes posibles prestaciones.

Acciones de política pública y recursos presupuestales vigentes

155

La escasa información disponible en la actualidad muestra un débil compromiso programático ante el tema de la “prevención y atención de la dependencia de adultos mayores” durante la presente Administración Pública Federal. Esto se explica en razón de que la mayor parte del contenido explícito en la política pública mexicana tiene un diseño a corto plazo, y que el interés identificado en forma indirecta se relaciona con la atención de la dependencia del adulto, en relación con los servicios sociales, económicos y culturales. En general, no hay vinculación alguna ni acciones específicas previstas para la prevención de la dependencia de las personas mayores. Las acciones identificadas para la atención de la dependencia no anticipan la magnitud del tiempo de su ejecución ni consideran el tamaño, volumen y estructura de población potencial y objetivo que representan las personas mayores, junto con sus necesidades, en términos de sus derechos humanos.

Es necesario hacer el inventario detallado de las acciones de protección y asistencia social en curso, así como de los programas de acción específica vigentes y de los correspondientes programas presupuestales. Debe identificarse la cobertura, redundancia, sobreposición, suficiencia y alcances de los mismos para identificar los recursos ya en juego, y poder contrastarlos con las necesidades aún no contempladas. Esta información será útil al encontrar la coyuntura política y programática para que pueda construirse y hacerse explícita la planeación de la política pública relacionada con la prevención y atención de la dependencia de las personas mayores,

en la presente administración federal: el vacío programático ya está identificado; la oportunidad está ahí.²¹

En breve, lo que necesitamos saber en el corto y mediano plazos se describe a continuación:

1. *Conocer el estado actual de la discapacidad y la dependencia funcional, incluidos sus determinantes, su distribución espacial en el territorio nacional, sus tendencias y proyecciones*
2. *Estimar el costo de la discapacidad en términos de gasto de bolsillo y gasto catastrófico y específicamente el costo de la dependencia. Ello podría hacerse incorporando nuevas variables en la ENASEM 2015*
3. *Efectuar una estimación precisa del costo de la atención a las personas en situación de dependencia funcional, tanto en el ámbito institucional como desde la perspectiva de los cuidados en el domicilio*
4. *Efectuar un censo de instituciones de cuidados a largo plazo y establecer un registro obligatorio*
5. *Cuantificar y caracterizar a la población que reside en instituciones de cuidados a largo plazo*
6. *Caracterizar a los trabajadores que prestan servicios en las instituciones de cuidados a largo plazo y en los domicilios*
7. *Caracterizar a los cuidadores informales y estimar la repercusión de la carga del cuidado sobre su calidad de vida*
8. *Con base en las estimaciones presentadas en este libro sobre dependencia funcional y carga de la enfermedad en adultos mayores mexicanos, realizar proyecciones para la planeación de estrategias ad hoc*
9. *Estimar con precisión la carga que representa la dependencia funcional y la carga de la enfermedad*
10. *Estimar los recursos financieros, humanos y de infraestructura necesarios para operar el sistema, en su totalidad y en etapas conforme a las necesidades más apremiantes*
11. *Dentro del Sistema Nacional de Información en Salud, ha de considerarse la creación de un sistema de información de cuidados a largo plazo que recopile de manera sistemática, como mínimo, la información necesaria para poder reportar los indicadores por lo regular publicados por la OCDE,²² en relación con el tema de envejecimiento, salud y cuidados a largo plazo:*
 - o *Tendencias demográficas hacia 2050 incluyendo la fracción de la población mayor de 65 y de 80 años, esperanza de vida y esperanza de vida en salud*
 - o *Esperanza de vida y esperanza de vida en salud, años de vida saludable restantes a los 65 años*
 - o *Salud autorreportada y discapacidad a los 65 años y por fraccio-*

nes decenales; población mayor de 65 años reportando buena salud y con limitaciones en las actividades de la vida diaria

- *Prevalencia de demencias*
 - *Población beneficiaria de cuidados a largo plazo*
 - *Situación de los cuidadores informales*
 - *Trabajadores en cuidados prolongados*
 - *Camas de cuidados a largo plazo*
 - *Gasto en cuidados a largo plazo*
12. *Definir los indicadores de interés nacional en el tema del envejecimiento, para ello sería deseable crear en el seno del INEGI, un Comité de información especializada en envejecimiento*

Los retos que enfrentamos

157

Nuestro mensaje central en esta publicación es que necesitamos transformar nuestra concepción de lo que significan el envejecer y la dependencia, para ayudar a la gente que envejece, a vivir vidas con calidad. Para ello señalamos los elementos clave para la construcción de un sistema de salud y de cuidados a largo plazo, preparado para el envejecimiento de la población y para reducir la demanda futura de cuidados.

Los principales retos que se derivan de los capítulos precedentes y del análisis de las presentaciones efectuadas en el seminario ya mencionado son los siguientes:

Retos en el ámbito conceptual

- *Avanzar en el desarrollo de un concepto de dependencia de las personas adultas mayores que se ajuste a las especificidades contextuales, culturales, económicas y sociales de México, lo cual deberá trabajarse desde diversas vertientes disciplinarias y metodológicas. En este sentido, la definición de dependencia deberá considerar aspectos relacionados con la funcionalidad de los individuos, como también otros ámbitos de competencia como el económico, el psicológico y el social. En la medida en que se delimite el fenómeno será posible establecer indicadores que permitan identificar y caracterizar la población adulta mayor dependiente y las posibles estrategias para mitigar o controlar los efectos negativos derivados de esta condición*

Retos en el ámbito de la política pública

- a) *Incluir la perspectiva de los derechos humanos como un eje transversal de las políticas públicas dirigidas a las personas adultas mayores con discapacidad que determine algún grado de dependencia, a fin de garantizar la autonomía y el empoderamiento de este grupo poblacional en todas las instancias de su vida*
- b) *Lograr que se reconozca dentro del sistema de salud el papel fundamental de los cuidadores primarios informales en los cuidados de los enfermos y personas dependientes en el hogar y, en particular, del cuidado a los adultos mayores, para gradualmente ir aliviando la carga actual de estos cuidados*
- c) *A partir de este reconocimiento, generar estrategias de atención integral que por un lado contribuyan a prevenir la dependencia y, por otro, a propiciar el apoyo a las personas ya dependientes y sus cuidadores primarios. Tiene que existir una congruencia entre ambas*
- d) *Revisar y armonizar las leyes y normas sobre cuidados a largo plazo para adultos mayores, a fin de definir un solo estándar de calidad en la atención y una sola instancia encargada de dar seguimiento, evaluar y sancionar a las instituciones tanto públicas como privadas, cuando fuera el caso.*

158

Retos en el ámbito de la salud

- *La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y su control clínico pobre constituyen un desafío particular para la población de adultos mayores en México, pues ambos factores comprometen la funcionalidad, generan discapacidad de severidad variable, conducen con el tiempo a la dependencia y representan, además, un incremento significativo en el costo de la atención a la salud, al mismo tiempo que un gasto de bolsillo muy importante por los cuidados diversos que demandan. Constituyen uno de los retos más importantes por la presión que ejercen ya sobre el sistema de salud y por la necesidad de cuidados que generan. A este respecto es necesario:*
 - *Reconocer que el sobrepeso y la obesidad son determinantes clave de la carga de la enfermedad observada y, en consecuencia, debe avanzarse en la atención integral de esta problemática que hoy constituye el problema de salud pública número uno en México*
 - *Frenar la tendencia ascendente de las enfermedades crónicas tales como diabetes, insuficiencia renal, EVC, demencias y osteoporosis;*

pues la carga de enfermedad concomitante representa el mayor reto presente y futuro para el sistema de salud pero también para la sociedad en su conjunto

- *En cuanto a la esfera de la salud mental, su atención adolece de un mayor rezago que el resto de necesidades. Las intervenciones para modificar estilos de vida serán insuficientes, si no incorporan el manejo de la depresión y la ansiedad, que son condicionantes probados de bajo cumplimiento terapéutico*
- *La demencia y, en específico, la enfermedad de Alzheimer constituyen una causa de dependencia muy importante, por lo que es prioritario el diseño de esquemas de atención*
- *La integración de estrategias que fomenten el autocuidado de la salud y la responsabilidad individual es muy importante. Es preciso identificar y analizar, para comprender mejor, los determinantes de la dependencia funcional, como prerequisite esencial para la formulación de políticas de prevención y para la correcta planificación de las intervenciones*
- *Es obligado diseñar estrategias de atención a la salud que contemplen la complejidad y diversidad del perfil de salud de cada grupo de edad. Es indispensable fomentar y prevenir los riesgos y daños desde mucho antes de que se presenten o detecten*
- *Es necesario reconocer que los problemas de salud a nivel individual no son únicos ni específicos, por lo que la perspectiva que debe prevalecer es la de multimorbilidad. Es evidente que hay muchos problemas de salud que sin ser letales contribuyen a la demanda continua de servicios de salud, con altos costos directos e indirectos asociados con su atención. Se requiere que las instituciones de salud incorporen una perspectiva integral, y no solamente programática, en la atención de las enfermedades crónicas y de los problemas de salud emergentes*
- *Uno de los retos más importantes para el sistema de salud y de asistencia social, es la falta de infraestructura y el número limitado de recursos humanos preparados para la atención de los adultos mayores. Incorporar estrategias que vayan más allá del desarrollo de los servicios hospitalarios y médicos, y que propicien la permanencia en el propio domicilio en condiciones dignas y seguras, tales como la atención domiciliaria y alternativas a la hospitalización de base comunitaria. Para ello, es necesario además fortalecer la atención primaria, capacitando a los médicos generales y familiares y aumentando la capacidad resolutoria de las unidades de primer contacto*

- o *Los hábitos de vida saludables son clave para prevenir la dependencia. El acceso a los servicios de salud y la rehabilitación son fundamentales para prevenir y combatir la dependencia. La incorporación de los cuidadores a la red de prevención de la dependencia es un reto*

Retos en el ámbito del desarrollo de servicios

- a) *La gran diversidad de actividades y servicios comprendidos en los cuidados prolongados representa un reto cuando se pretende estudiar el sistema de cuidados a largo plazo de nuestro país, y dificulta la comparación entre países. La información es heterogénea y escasa. Es necesario estandarizar la información sobre envejecimiento que es pertinente de recolectar en la población abierta, y sistematizar su recolección y procesamiento para medir objetivamente indicadores y obtener resultados que sean comparables con otros países*
- b) *Los cuidados a largo plazo son un ámbito de convergencia entre el Estado, la sociedad y los proveedores particulares (con y sin fines de lucro). El balance entre ellos es variable según el modelo macroeconómico y las políticas públicas nacionales. Si bien no existe una fórmula ideal, como mínimo se requeriría de una fuerte función rectora y/o reguladora del Estado, un compromiso por la calidad de parte de los proveedores de servicios, y una actitud de corresponsabilidad por parte de la sociedad*
- c) *El principal reto para el desarrollo de un sistema de cuidados a largo plazo es la sustentabilidad financiera*
- d) *No es menos importante el diseño de mecanismos de evaluación del desempeño que retroalimenten de manera efectiva el sistema y permitan su modificación para la mejora continua*
- e) *Generar programas de mejora de la calidad, para que las instituciones ya existentes puedan entrar en un proceso de mejora continua, a fin de que cumplan con la normatividad única y los estándares de calidad que se establezcan en la atención*
- f) *También habrá que incentivar y fortalecer mediante mecanismos específicos de financiamiento la investigación enfocada en las necesidades de cuidados, los esquemas de intervención costo-efectivos, las formas de medir y discriminar la presencia o ausencia de dependencia y el nivel de salud, entre otros. Es necesario, además, investigar acerca de los esquemas de cuidado informal y las alternativas formales de cuidado, que incluyan el análisis de mecanismos sustentables de financiación*

En breve, la incidencia creciente de afecciones crónicas, como diabetes, insuficiencia renal, osteoporosis, demencia, evento vascular cerebral y la carga de enfermedad concomitante, en particular en términos de AVISA perdidos, representa el mayor reto presente y futuro no sólo para el sistema de salud, sino también para la sociedad en su conjunto.

Es urgente y necesario avanzar en la comprensión y el análisis de los determinantes de la dependencia como prerrequisito para la formulación de políticas de prevención y atención a largo plazo y para la correcta planificación. Los hábitos de vida saludables parecen ser clave para prevenir la dependencia.²³ El desarrollo de estrategias que fomenten el autocuidado de la salud y la autorresponsabilidad es urgente. Es indispensable fomentar la prevención de los riesgos y daños a la salud con una perspectiva de curso de vida, desde mucho antes de que se detecten. El acceso universal a los servicios de salud y a la rehabilitación es fundamental para prevenir y combatir la dependencia. Conviene aclarar que es necesaria la incorporación de los cuidadores a la red de prevención de la dependencia.

Uno de los retos más importantes para el sistema lo constituye la falta de infraestructura y el muy limitado número de recursos humanos preparados para el cuidado a largo plazo de los adultos mayores. Será necesario incorporar una oferta de servicios, que vaya más allá de los servicios hospitalarios y que incluya atención domiciliaria y alternativas a la hospitalización. Es prioritario fortalecer la atención primaria mediante la capacitación de los médicos generales y familiares. Es obligado diseñar estrategias de atención a la salud que contemplen la complejidad y diversidad del perfil de salud de cada cohorte de mexicanos.

Un avance muy significativo sería el lograr que se reconozca dentro del sistema de salud el papel fundamental de los cuidadores primarios informales en la atención de los enfermos y personas dependientes en el hogar, en particular, de los adultos mayores. A partir de este reconocimiento, será necesario generar estrategias de atención integral que por un lado contribuyan a prevenir la dependencia y por otro, al desarrollo de modalidades innovadoras de apoyo para las personas dependientes y sus cuidadores primarios. Tiene que haber congruencia entre ambas.

Los cuidados a largo plazo son un ámbito de corresponsabilidad tripartita entre el Estado, la sociedad y el sector privado (con y sin fines de lucro). Es necesaria una fuerte función reguladora del

Estado, un compromiso por la calidad por parte de los proveedores de servicios y una actitud de corresponsabilidad por parte de la sociedad en su conjunto con un fuerte elemento de responsabilidad individual. Ello comprenderá necesariamente el diseño de mecanismos de evaluación del desempeño que retroalimenten al sistema y permitan su mejora continua.

Si bien el principal reto para el desarrollo de un sistema de cuidados a largo plazo es la sustentabilidad financiera, también lo es la inclusión de la perspectiva de los derechos humanos como un eje transversal de las políticas públicas dirigidas a las personas adultas mayores con algún grado de dependencia, a fin de garantizar la autonomía y el empoderamiento de este grupo poblacional en todas las instancias de su vida.

162

Lo que tenemos que hacer

El aforismo de Bernard Isaacs: “Si diseñas servicios para satisfacer las necesidades del viejo, incluyes al joven; si las diseñas para el joven, excluyes al viejo” se refiere a los mismos principios que subyacen al concepto de diseño universal. Éste consiste en diseñar productos y espacios que pueden ser utilizados por la más amplia gama de personas posible. El diseño universal evolucionó desde el diseño accesible, un proceso de diseño que responde a las necesidades de las personas con discapacidad. El diseño universal va más lejos al reconocer que existe un amplio espectro de capacidades humanas. Todos, incluso la persona más sana, pasamos a través de la infancia, periodos de enfermedad temporal, lesiones y vejez. Diseñando para esta diversidad humana, es posible crear objetos, espacios y conceptos que serán más fáciles de utilizar para todos. Desde nuestra perspectiva, al desarrollar un plan de acción de esta naturaleza, es preciso mantener esta idea clave en mente pues, en el mundo de hoy, es previsible que todos atravesemos, al menos fugazmente, por una condición de dependencia a menos que antes dejemos de existir por accidente.

Orientación estratégica

A este trabajo le anteceden dos reportes que abordan, desde una perspectiva más general, el tema que nos ocupa y la orientación estratégi-

ca: en primer lugar, el que fuera el primer documento de postura de la Academia Nacional de Medicina en la época reciente y, en segundo lugar, un reporte publicado en conjunto con la Universidad Autónoma Metropolitana.²⁴ En el primero, sobre una propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud, se establecen las líneas estratégicas generales y se proponen, en materia de dependencia y cuidados a largo plazo, las recomendaciones que aparecen en el Cuadro 6.1.

En el segundo, se establece con claridad que la perspectiva desde la que se debe actuar es la de los derechos humanos y se propone un abordaje tendiente a disminuir la incidencia de la dependencia. A partir de esas propuestas, cuyos postulados básicos y estratégicos guardan aún vigencia, es claro que en prioridad hay que atender los elementos de carácter jurídico. Además, que se debe reflejar la atención de la dependencia en el contexto de los derechos humanos de las personas mayores. En otras palabras, tiene que asignársele una total prioridad institucional como sucedió en la década de 1980 con la planificación familiar o como la ha tenido a través de los años la política de vacunación. Por lo tanto, la adecuación del marco jurídico, aun cuando aparece en el Cuadro 6.1 como la quinta estrategia, debe ser la primera en instrumentarse. En segundo orden, se deben alinear con el Plan Nacional de Desarrollo de la presente administración federal, los mandatos para formular, de manera explícita, una política pública para la atención de las personas mayores. En tercer orden, la política pública que se defina ha de alinearse con los programas sectoriales de Salud y de Desarrollo Social, así como con los programas institucionales que se deriven de ellos, y donde se hagan explícitas las acciones, desde una perspectiva de acción conjunta, que las dependencias y organizaciones deben ejecutar para prevenir y atender las causas y efectos de la dependencia de las personas mayores. La tercera estrategia es igualmente importante. Es indispensable que se lleven a cabo las adecuaciones a los sistemas de información institucionales para que se registre la información específica relacionada con la atención a la dependencia de las personas mayores.

Dado que las condiciones de salud adversas son una de las principales causas de la dependencia, la adaptación del Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la atención y de los servicios médicos de las personas mayores se constituye en un eje estratégico fundamental. Para ello, la atención a la dependencia debe estar explícita en el modelo de atención a la salud desde el primer nivel de atención. Ha de asignarse la prioridad a la promo-

Cuadro 6.1. Líneas estratégicas generales y recomendaciones en materia de dependencia y cuidados de largo plazo

Estrategia 1. Adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos asociados con el envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades de atención a las personas mayores

Objetivo 1.6: Crear y desarrollar un modelo asistencial de cuidados de largo plazo basado en la comunidad

Meta: Para 2016, desarrollar la NOM relativa a los cuidados de largo plazo de adultos mayores dependientes por medio de servicios domiciliarios y en institución

Acciones:

- Fomentar la creación de servicios de cuidados prolongados
- Desarrollar servicios comunitarios de atención a largo plazo, para enlazar la atención hospitalaria con la atención domiciliaria
- Generar estrategias de apoyo social, personal y médico en casa a los cuidadores informales
- Profesionalizar la atención en cuidados a largo plazo
- Reglamentar estos servicios y fortalecer a los organismos regulatorios para asegurar el respeto de los Derechos Humanos de los asistidos
- Implantar un sistema de evaluación multidimensional para optimizar la operación de las instituciones de cuidados de largo plazo
- Desarrollar un programa de apoyo a la dependencia destinado a los enfermos y sus familias

Estrategia 2: Formar y capacitar a las personas necesarias para satisfacer las necesidades de atención a las personas mayores

Objetivo 2.1: Desarrollo de competencias, así como formación y capacitación, para el conjunto del personal relacionado con la prestación de servicios de salud de las personas mayores

Meta: Para 2016, todas las entidades federativas habrán implementado al menos un programa de capacitación de los trabajadores de la salud en temas asociados con el envejecimiento y la salud de las personas mayores

Actividades:

- Definir y difundir las competencias mínimas sobre salud y envejecimiento que requiere el conjunto del personal, profesional y no profesional, dedicado al cuidado y la atención de la persona adulta mayor
- Impulsar estrategias de avanzada en la capacitación de recursos humanos, aprovechando las nuevas tecnologías de la información y la colaboración interinstitucional
- Crear una red académica docente, cuya base sea el Instituto Nacional de Geriátrica, que favorezca el fortalecimiento de la capacidad para desarrollar programas en envejecimiento y salud
- Impulsar la inclusión de contenidos sobre envejecimiento durante la formación de pregrado y posgrado de todos los profesionales
- Revisar y definir las competencias y contenidos mínimos en Geriátrica y Gerontología para los profesionales y trabajadores de salud adecuados a las necesidades del país
- Diseñar e implementar un plan de evaluación de competencias en la atención de salud de las personas mayores y su impacto en la salud de la población
- Elaborar y difundir herramientas que mejoren las competencias de los agentes comunitarios y otros actores sociales involucrados en la atención de los adultos mayores
- Crear becas para la formación de especialistas de enfermería y para otros paramédicos especializados en atención del adulto mayor
- Formar promotores para el desarrollo integral gerontológico (PDIG), siguiendo un programa académico formal, considerando la educación continua y la certificación de la vigencia y pertinencia de los conocimientos impartidos
- Impulsar la orientación familiar para el manejo de los adultos mayores, a través de los PDIG, aunado a la capacitación de las mismas personas adultas mayores en autocuidado y como promotores, para la promoción de la salud en sus familias y entorno inmediato

(Continúa)

Estrategia 3. Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y evaluación de las acciones que mejoren la salud de la población mayor *(continuación)*

Objetivo 3.1: Fortalecer la capacidad técnica del Sistema Nacional de Información en Salud para el monitoreo y la evaluación de la atención en salud a la población mayor

Meta: Para 2014, se habrá implantado un sistema de vigilancia y evaluación de la salud para las personas mayores

Acción:

- Crear un registro de instituciones de cuidados a largo plazo tanto públicas como privadas

Estrategia 4. Desarrollar un mecanismo para la coordinación intersectorial que permita el uso eficiente de los recursos para la atención médico social

Objetivo 4.1: Fomentar la colaboración entre sectores en el diseño de estrategias e intercambio de capacidades y recursos para implementar sus programas específicos sobre salud, envejecimiento y desarrollo social

Meta: Para 2014 contar con al menos una instancia de coordinación intersectorial destinada a conjugar a los sectores salud y desarrollo social, con la participación del Sistema Nacional DIF, para implementar programas específicos relativos al envejecimiento

Acciones:

- Desarrollar una instancia de intercambio de experiencias en torno a la salud de las personas mayores. Esta instancia coordinaría los programas dirigidos a los adultos mayores, que en la actualidad son operados por distintos sectores e instituciones, y promovería las reformas del marco jurídico y de las políticas orientadas al bienestar de este segmento de la población
- Crear redes colaborativas de trabajo en salud, desarrollo social y envejecimiento, en los ámbitos nacional y local
- Las instancias de colaboración serán el Instituto Nacional de Geriátría, el Sistema Nacional DIF y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, con la participación de las dependencias responsables de la operación de los programas de acción específicos en los sectores salud y social. La colaboración tendrá sustento legal
- Vincular los programas de apoyo social y de protección social en salud, de conformidad con los modelos vigentes
- Crear un régimen de protección social que posibilite a las personas mayores dependientes el acceso a los cuidados de largo plazo, preferentemente domiciliarios
- Identificar los socios potenciales y demás actores para las alianzas intersectoriales en relación con el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud y el Plan de Acción en Envejecimiento y Salud
- Diseñar y ejecutar una agenda de trabajo en torno al establecimiento de las alianzas y al desarrollo de éstas

165

(Continúa)

Estrategia 5. La salud de las personas mayores en la política pública y su adecuación a los instrumentos internacionales (continuación)

Objetivo 5.1: Revisar las políticas, legislación, normas oficiales, programas y presupuestos, de conformidad con los instrumentos sobre derechos humanos y los estándares internacionales

Meta: Para 2014, contar con el desarrollo de una política de Estado, una revisión del marco legal y un plan de acción en envejecimiento y salud

Acciones:

- Incluir la perspectiva de edad o perspectiva de envejecimiento en el conjunto de las acciones de políticas públicas
- Estimular proyectos con enfoque de edad, género e interculturalidad en los servicios de salud para las personas mayores
- Proponer adecuaciones de la capacidad institucional para la efectiva implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, así como el efectivo ejercicio de los derechos de las personas mayores
- Implementar mecanismos para asegurar la participación permanente de las personas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias
- Adecuar a los instrumentos internacionales e interamericanos, mencionados, las políticas, legislaciones y marcos regulatorios nacionales
- Formular y ejecutar un plan nacional y programa de acción específico de salud del adulto mayor debidamente presupuestado
- Continuar con el desarrollo de prestaciones sociales para personas mayores de 70 años y de mayor vulnerabilidad (pobres, frágiles, dependientes y residentes de zonas rurales)
- Incluir acciones específicas de protección de la salud y mitigación de riesgos, para personas mayores, en los planes de prevención de situaciones de desastre

Objetivo 5.2: Desarrollar marco legal, normas oficiales y mecanismos de implementación para la protección de las personas mayores que requieren de servicios de cuidados a largo plazo

Meta: Para 2016, México habrá establecido un marco legal y normativo basado en derechos humanos, independiente del relativo a la asistencia social (Norma Oficial Mexicana 31), en relación con la atención de las personas mayores dependientes con necesidades de servicios de cuidados de largo plazo

Acciones:

- Revisar el marco legal de los mecanismos para la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores que utilizan los cuidados a largo plazo y su adecuación a los instrumentos Interamericanos y de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos
- Desarrollar e implementar programas de formación dirigidos a profesionales de los cuidados a largo plazo que incluyan la aplicación de los instrumentos de derechos humanos
- Diseñar pautas y protocolos para la supervisión de las instituciones que brindan cuidados de largo plazo basados en la Norma Oficial Mexicana 31
- Asignar presupuesto y personal adecuado para las actividades de evaluación y mejora de servicios y cuidados de largo plazo
- Diseñar e implementar un sistema intersectorial para el cumplimiento de la normatividad en relación con la vigilancia, pertinencia y mejora de los servicios de cuidados de largo plazo públicos y privados que garanticen el bienestar de las personas mayores
- Elaborar directrices nacionales para regular y vigilar las prácticas de atención residencial a fin de garantizar que las personas mayores reciban apoyo, cuando haya que tomar decisiones informadas en materia de atención de la salud, tomando como principal aspecto el reconocimiento y respeto a su dignidad humana y autonomía

ción de la salud en el marco del sistema universal de salud. En ese sentido, el énfasis ha de ponerse en las acciones de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones; así como en retrasar los efectos del envejecimiento sobre la salud mediante la promoción del envejecimiento sano y activo, a través de todo el curso de la vida. De igual forma, deberá fortalecerse la infraestructura en salud, adecuándola a las necesidades específicas de las personas mayores, y promoviendo la formación del personal necesario. Para este propósito, el desarrollo del mapa funcional de la atención de los adultos mayores, en sus distintas categorías funcionales, es prioritario para la identificación de los perfiles profesionales y las competencias específicas que habrán de desarrollarse y, con el tiempo, ser susceptibles de certificación para la mejora continua de la calidad de la atención.

La prevención de la dependencia

Para este propósito, la modificación del marco legal, la adecuación del sistema nacional de salud y la formación de recursos humanos poseen la misma importancia. Se suma a ello la necesidad de abordar lo que se presenta a continuación.

Fortalecimiento económico de las personas mayores. Para ello, se requiere incrementar y diversificar la oferta laboral correspondiente. Este tema tiene que ser discutido para incluir tanto a las personas que no tuvieron un trabajo formal, como aquellas que pasaron 35 o 40 años laborando y se retiraron, para después tener que volver a trabajar para subsistir. Se deben ensayar esquemas novedosos de cómo poder aprender de lo que esa persona ya sabe. De igual manera poner en operación algunos tipos de pensiones no contributivas a nivel universal; así como implementar esquemas de incentivos fiscales a empleadores de personas mayores. En el terreno laboral, se deben ofrecer modelos para que las personas en edad de retiro puedan disfrutar de su pensión y continuar trabajando con privilegios de horarios y jornadas de medio tiempo.

Incremento de la cobertura de la protección social. Es necesario analizar esta propuesta desde diferentes perspectivas; en primer lugar, ampliar el concepto; es decir, ir más allá del tema de la protección social en salud, comprendida en el seguro popular. Se hace necesario ampliar la cobertura de la protección social en términos de los derechos humanos y sociales. Es decir, avanzar de manera tal que lleguemos a asegurar que todo adulto mayor tenga acceso a vivienda

digna, alimentación adecuada y atención de sus problemas de salud. Si se cumple con estos tres derechos, se estarían reduciendo de manera considerable las presiones económicas de las personas mayores.

Creación de centros comunitarios. Fundar centros preferentemente intergeneracionales²⁵ para la comunidad adulta mayor es otra perspectiva que tiene que ver con soluciones para aliviar la carga de los cuidados de largo plazo, mediante las cuales se dé atención a los problemas básicos de salud, alimentación y convivencia. En esta misma estrategia de atención, se ubican los programas de ayuda domiciliaria, sobre todo para las personas mayores que viven en condición de aislamiento.

Las acciones que se inicien para prevenir la dependencia de las personas adultas mayores contribuirán a la reducción de carga física, emocional y social sobre la estructura familiar y social. En la más amplia perspectiva, la prevención de la dependencia, inicia en el momento en que una mujer en edad fértil se prepara para ser madre, con las medidas preventivas que ella misma y su pareja toman para aumentar las posibilidades de que ese nuevo ser nazca y llegue a viejo sano; el entorno en que nace, el ambiente en que se desarrolla, la calidad de su alimentación, la educación formal que recibirá, las medidas universales de prevención de enfermedades durante todo su curso de vida, la detección oportuna de las mismas con su adecuado control respectivo, prevención secundaria y terciaria, según cada caso; e incluso, en algún punto de enfermedad asociado con dependencia, saber prevenir el encarnizamiento terapéutico y optar por medidas de confort, en función de las decisiones tomadas por la persona afectada en el tiempo y espacio adecuados.

Independientemente de que se logre en el mediano plazo, un sistema universal e integrado de servicios de salud que impacte en forma directa en la prevención de la dependencia, la parte activa en la prevención que corresponde al propio individuo no es menos importante.

El desarrollo de programas y servicios

A corto plazo, es necesario avanzar en el desarrollo de toda la gama de programas y servicios para apoyar en el cuidado a largo plazo a los adultos mayores dependientes y a sus familias.

Autocuidado

Las acciones deben promover el autocuidado y apoyar a las personas mayores en el autocontrol de sus dolencias y proveer servicios

de apoyo para las familias y otros cuidadores. A este respecto, el establecimiento de grupos de autoayuda dentro de los servicios comunitarios es un auxiliar útil para los cuidadores informales.

Salud mental

Puesto que la demencia es un problema muy prevalente y en virtud de su importante repercusión familiar y de que su presencia y la de la depresión contribuyen a entorpecer el manejo de otras comorbilidades, es necesario proporcionar servicios de salud mental bien diseñados, que incluyan desde la prevención y la intervención temprana, hasta la provisión de tratamientos y la gestión de problemas de salud mental. La falta de concientización y comprensión de la demencia puede, además, dar lugar a la estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas reciban tanto un diagnóstico como atención oportuna y adecuada.²⁶

169

Cuidados al final de la vida

Proporcionar cuidados menos centrados en la alta tecnología y más humanizados al final de la vida, buscando el confort y un acompañamiento digno, mientras la persona esté viva.

La planificación del modelo de atención para los cuidados

El modelo ideal debe ser universal, asequible, equitativo, eficiente, sustentable y centrado en la persona y su familia. El modelo ideal ha de promover la inserción y la participación social, empoderar a los individuos y a sus familias y ser reconocido por la sociedad por contribuir a asegurar una mejor calidad de vida y bienestar para todos. El modelo ideal debe ofrecer una gama de servicios médicos y sociales integrados que incluyen: promoción de la salud y del envejecimiento activo y saludable, prevención y detección precoz de la enfermedad, rehabilitación y cuidados paliativos. También debe contener estrategias para monitorear la calidad de la atención y estándares de calidad.

En su desarrollo, es necesario aprovechar la evidencia científica disponible para apoyar la toma de decisiones en el desarrollo del modelo y las estrategias de cuidado integral. Es necesaria la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, para apoyar a los proveedores de cuidados y que se puedan implantar en diferen-

tes entornos. Para ello, será necesario propiciar la investigación en nuevos sistemas de salud y asistencia social.

La experiencia internacional en el desarrollo de modelos de atención en este ámbito tiene el común denominador de perseguir la integración de los servicios con un punto de contacto único, la atención centrada en la persona, la colaboración interdisciplinaria y la coordinación del manejo del caso individual con el objetivo de mantener la continuidad de la atención.²⁷

En paralelo es necesario avanzar en el desarrollo e implementación de los estándares de atención y protocolos para apoyar la toma de decisiones de los profesionales de la salud en este contexto. Será necesario también el crear, a partir de un mapa funcional, la definición clara de las competencias y mecanismos de prestación de cuidados que asignen funciones y responsabilidades claras a todas las personas involucradas en el cuidado de una persona. A partir de lo anterior, será posible establecer estándares de calidad del cuidado y los mecanismos pertinentes para supervisar y evaluar el cuidado en todos los entornos, incluido en el hogar.

Para la operación del sistema en su conjunto, es necesario desarrollar un sistema de información clínica que sirva también para la mejora de la calidad a partir de la experiencia internacional.²⁸

El desarrollo de la fuerza laboral necesaria

Resulta clara la necesidad de fortalecer la formación geriátrica y gerontológica de los profesionales de la salud en todos los ámbitos, empezando por la Atención Primaria de la Salud. En la formación, debe considerarse el desarrollo de las competencias necesarias en los proveedores de servicios para comunicarse en forma efectiva con las personas mayores.

Desarrollar un mapa funcional de la atención del adulto mayor en México donde sea posible identificar a todos los actores en el proceso de atención, identificar los vacíos que determinan la necesidad de nuevas profesiones y desarrollar los perfiles de competencias para el ulterior desarrollo de los sistemas de profesionalización y evaluación con enfoque en competencias.

Dada la necesidad de cuidados y en virtud de que nueve de cada 10 ancianos dependientes en México permanecen en sus domicilios, es de enorme importancia el proporcionar a los cuidadores informales capacitación continua e información sobre las necesidades de asistencia de las personas mayores.

En el mismo tenor, un objetivo más debe ser el mejorar la formación de la población en el tema de salud a lo largo de todo el ciclo de vida, informando al público sobre las enfermedades relacionadas con la edad, considerando los problemas de salud mental; educando a las personas de todas las edades, incluidos los cuidadores informales, para desafiar el estigma del envejecimiento, prevenir la discriminación por edad y ser conscientes de los derechos de las personas mayores. Esto sólo puede conseguirse con el apoyo de los medios de comunicación masiva, incrementando la presencia y el debate sobre el tema, para elevar la conciencia pública sobre la necesidad de desarrollar una cultura del cuidado en todos los niveles.

Modificación del entorno para propiciar una cultura del cuidado

171

Siguiendo las recomendaciones de la iniciativa de la OMS²⁹ para el desarrollo de entornos amigables para las personas mayores, avanzar en la construcción de entornos genuinamente amigables con la edad, que favorezcan la accesibilidad, eliminen las barreras y propicien la prestación de cuidados de alta calidad, tanto por los cuidadores formales como informales. Debe promoverse el desarrollo de opciones de alojamiento que sean asequibles y que estimulen la independencia, la autorrealización, la participación, la dignidad y los cuidados de alta calidad.

Es necesario eliminar las barreras físicas, sociales y económicas que limiten los alcances de un cuidado de alta calidad.

Debemos además seguir avanzando en el establecimiento de sistemas adecuados de protección social que den tal seguridad de ingresos, que permitan a las personas que necesitan prestar cuidados hacer las elecciones apropiadas.

El financiamiento

Debe analizarse la posible creación y promoción de seguros para prevenir las necesidades económicas relacionadas con la dependencia en edades mayores. A este respecto hay en México al menos dos publicaciones de estudios actuariales abordando la evaluación de la factibilidad de este enfoque.³⁰

El tema del financiamiento es fundamental. El caso español es paradigmático pues una magnífica Ley de la Dependencia se ve ahora limitada con severidad en sus alcances, en razón de que nunca se definió un

mecanismo específico de financiamiento. El cambio demográfico, sumado al escenario económico presente, hace muy complicado el mantener las prestaciones aun para los países más ricos. El caso más reciente es el de Países Bajos. En octubre pasado, el Rey de Holanda comunicó a su pueblo que para el gobierno el “clásico Estado del bienestar” se estaba transformando en una “sociedad participativa”, en la que los ciudadanos aumentan la responsabilidad sobre sus propias vidas. Esto, en particular, en los sectores que nos ocupan como la salud y los servicios sociales:

El paso hacia una sociedad participativa es particularmente notable en la seguridad social y en los que necesiten cuidados de larga duración. Es justo en esos sectores donde el clásico Estado del bienestar de la segunda mitad del siglo XX ha producido sistemas que en su forma actual ni sostenibles ni están adaptados a las expectativas de los ciudadanos.³¹

172

La dimensión potencial de la carga financiera y los recursos disponibles en el momento actual hacen que el financiamiento parezca inabordable. Sin duda, el costo total no podrá ser abordado por el estado a 100%. Hemos de progresar hacia el desarrollo de un sistema tripartito, en el que la participación de la sociedad seguirá siendo muy significativa.

Una cultura del cuidado integral

En ese contexto es que, más allá de la prevención y el desarrollo de los servicios médico sociales, se hace patente la necesidad del desarrollo de una “cultura del cuidado,” en respuesta a la revolución de la longevidad en medio de la cual nos encontramos.³² Tal es el mensaje principal de la Declaración de Río resultante del trabajo de un extenso grupo internacional cuya reflexión quedó plasmada en ese texto en octubre de 2013.¹¹

Una cultura del cuidado integral ha de estar arraigada en el respeto a la persona y en los más altos valores y principios en que se fundamentan los Derechos de las personas mayores.

Con esa óptica, es necesario crear mecanismos de participación y consulta para las personas mayores sobre sus necesidades de cuidado, con el fin de desarrollar y fortalecer el cuidado formal e informal, e incluir plenamente a las personas mayores en todos los niveles de toma de decisiones relativas a su cuidado. Todo ello sin perder de vista la perspectiva de Derechos Humanos.

Se requiere de una revisión cuidadosa y profunda de la información disponible, de su actualización y sistematización y de un nuevo

enfoque dirigido al desarrollo de un sistema de cuidados a largo plazo, que brinde apoyo a nuestros mayores y a sus familias. Para alcanzar estos propósitos, se requiere con urgencia de una mayor inversión, tanto financiera como en el desarrollo de recursos humanos especializados. Además, es necesario, sobre todo, desarrollar una estrategia nacional para avanzar hacia la promoción del envejecimiento sano y activo, y la prevención de la dependencia en todas sus formas; con intervenciones para reducir la obesidad, controlar la diabetes, reducir el tabaquismo y el consumo de alcohol, preservar la composición corporal, promover la actividad física y favorecer el bienestar en general.

Además, necesitamos de una mejor coordinación entre los servicios de salud y los de asistencia social, para sumar esfuerzos y asegurar la sustentabilidad de los programas y acciones. Las necesidades que genera el cuidado de las personas mayores puede conducirnos a una crisis; y ésta puede ser duradera. Sin embargo, el envejecimiento no es una fatalidad que necesariamente haya de drenar los limitados recursos de nuestra sociedad. Dentro de la crisis, que aún podemos anticipar, hay también grandes oportunidades para repensar la organización de nuestro sistema y mejorarlo para beneficio de todos.

173

Referencias

1. CONAPO Proyecciones de población 2010-2050 <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
2. Gutiérrez-Robledo LM, Kershenovich SD (coord). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Universidad Nacional Autónoma de México; mayo de 2012.
3. Gutiérrez-Robledo LM, Lezana-Fernandez MA (coord). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriátrica. 1a. ed. México: Instituto Nacional de Geriátrica; 2013.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México 2008-2011: Año base 2003/Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI; ©2013.
5. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/FS_ENVEJECIMIENTO_DISCAPACIDAD.pdf
6. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/FS_VIOLENCIA_MALTRATO.pdf
7. SEDESOL Diagnóstico del programa Pensión para Adultos Mayores. México, DF; 2013. http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico_PAM_2013.pdf

8. Moreno A. Opiniones acerca de la vejez. Tendencias y opiniones. *Rev Este País*. 2013;271.
9. Pew Research Center, January 2014. Attitudes about aging: a Global Perspective. <http://www.pewglobal.org/files/2014/01/Pew-Research-Center-Global-Aging-Report-FINAL-January-30-20141.pdf>
10. De las Heras M. País que no piensa en mañana http://internacional.elpais.com/internacional/2010/05/31/actualidad/1275256808_850215.html
11. Declaración de Rio. International Longevity Center Rio de Janeiro Brasil. 2013. http://www.ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2014/03/declaracion_de_rio_Spanich.pdf.
12. <http://www.portal.conapo.gob.mx/oocifras/proy/Proy05-50.pdf> p.22 tabla 3
13. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/FS_SALUD_MENTAL.pdf
14. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso de vida sano para una vejez plena <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/DiscapacidAdultMayor.pdf>
15. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pub Mex*. 2013;55(supl 2):S323-31.
16. Gutiérrez-Robledo LM, Reyes-Ortega G, Rocabado-Quevedo F, López-Franchini J. Evaluation of long term care institutions for the aged in the Federal District. A critical viewpoint. *Salud Pub Mex*. 1996 Nov-Dec;38(6):487-500.
17. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Informe especial sobre la situación de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores en las Instituciones del Distrito Federal 2007. Disponible en: <http://www.cdhdh.org.mx/images/pdfs/informes/especiales/infoadultosmayores.pdf>
18. INEGI Encuesta ELCOS 2012 resultados preliminares. http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/encuentro_genero2013/doc/Teresa_Jacome_ELCOS_%202012.pdf
19. Goldman D, Cutler D, Rowe J, Michaud P, Sullivan J, Peneva D, et al. Substantial health and economic returns from delayed aging may warrant a new focus for medical research. *Health Affairs*. 2013;32(10):1698-705.
20. Lafortune G, Balestat G; Disability Study Expert Group Members Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. *Health Working Papers OECD Health Working Papers*; 2007;26. JTO3224784 Complete document available on OLIS in its original format DELSA/HEA/.
21. Jiménez-Bolon J. ¿Presencia a ausencia de la prevención y atención de la dependencia de las personas mayores en la planeación federal 2013-2018? Documento de trabajo; 2014.

22. OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. Pages 169-188 http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
23. Artaud F, Dugravot A, Sabia S, Singh-Manoux A, Tzourio C, Elbaz A. Unhealthy behaviours and disability in older adults: Three-City Dijon cohort study. *BMJ*. 2013;347:f4240
24. Jiménez-Bolón J. Prevención de las situaciones de dependencia de las personas mayores. Elementos para la construcción de una política pública. En: Gutiérrez-Robledo LM, Lara L, Vega, León S (coord). *Derechos Humanos de las Personas de la Tercera Edad: México ante los desafíos del envejecimiento*. México, DF: UAM; 2013.
25. Deutschland.de. Multi-generation houses bring young and old together. Webpage, 21 February 2013. <https://www.deutschland.de/en/topic/life/society-integration/multigeneration-houses-bring-young-and-old-together>.
26. Ávila-Fematt FM, López-Guzmán JA. Enfermedad de Alzheimer y otras causas de demencia en México. Tendencias y opiniones. *Rev Este País*. Noviembre de 2013;271.
27. López-Guzmán JA, Ávila-Fematt F. ¿Cómo preservar la salud de los adultos mayores en México? Tendencias y opiniones. *Rev Este País*. Noviembre de 2013;271.
28. inter RAI <http://www.interrai.org/welcome.html>
29. OMS Ciudades globales amigables con los adultos mayores: Una guía. <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
30. <http://www.cnsf.gob.mx/Eventos/Premios/2005%20Seguros/Qualitas%20Vita%20incorporado.pdf>
31. Holanda acometerá recortes por 6.000 millones: El estado de bienestar no es sostenible. *elEconomista.es* <http://www.economista.es/economia/noticias/5151807/09/13/Holanda-acometera-recortes-de-6000-millones-El-estado-de-bienestar-no-es-ostenible.html#Kku8BJPey8pMvMK5>.
32. Gutiérrez-Robledo LM. México y la revolución de la longevidad. En: Gutiérrez-Robledo LM, Gutiérrez-Ávila H (ed). *Envejecimiento Humano, una visión Transdisciplinaria*. Editado por el Instituto de Geriatria de los Institutos Nacionales de Salud. México, DF; agosto 2010: pp. 22-36.

ÍNDICE

La letra *c* refiere a cuadros; la *f*, a figuras.

A

- ABVD. *Véase* actividades básicas de la vida diaria
actividades básicas de la vida diaria (ABVD), 44
actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 44
adultos mayores, pérdida de la funcionalidad, 36
 con dificultad para realizar ABVD y AIVD, 41 *c*
 con limitación funcional y dependencia, porcentaje, 42 *c*
AIVD. *Véase* actividades instrumentales de la vida diaria
áreas de oportunidad en investigación sobre prevención de la dependencia, 133
atención a la dependencia, 105
 en otros países, 92-96, 99, 149-152
atención a la salud en la dependencia, 105
autonomía, derechos humanos y ética, 19

B

- bañarse, como ABVD, 6
baño, uso del, como ABVD, 6
bienestar de los adultos mayores, estándares, 60
 estudios, 55
bienestar y calidad de vida, 169
binomio edad cronológica–dependencia, 20
bono demográfico, agotamiento, XIX
búsqueda del confort, final de la vida, 169

C

- cambios deletéreos, 18
Canadá, 102
 antecedentes y marco jurídico, 102

- beneficios, 103
- desempeño, 104
- elegibilidad, 104
- estructura y financiamiento, 103
- causas de AVISA, en hombres mayores de 50 años de edad, 80 c
 - en mujeres mayores de 50 años de edad, 79 c
- causas de enfermedad y lesiones en función de las defunciones y AVISA
 - perdidos en población de 60 años y más, México 2010, 78 c
- conceptos de dependencia de adultos mayores, 1
- conclusión(es)
 - atención a la dependencia en otros países, 92-96, 99, 149-152
 - conceptos e implicaciones de la dependencia, 21
 - dependencia y cuidados de largo plazo, 58
 - escenarios de la dependencia en México, 85
 - modelos de atención a la dependencia, 104
 - prevención de la dependencia, 136
- condición de limitación en la actividad y número de limitaciones declaradas,
 - porcentaje, 38 c
- consideraciones sobre la inversión en recursos, 125
 - recursos humanos: equipo multidisciplinario, 125
 - recursos materiales, 129
- cuidados de largo plazo, 105
 - demanda de cuidados, 59
 - incorporación de las mujeres al mercado laboral, 36
 - menor tamaño de las familias, 36
 - modalidades, 29-37
 - presión sobre los cuidados de largo plazo, 36
 - pronunciado envejecimiento poblacional, 36
 - reducción de cuidadores potenciales, 36
 - reducción de las tasas de fertilidad, 36
 - servicios de cuidados de largo plazo, 31
 - tipos de dependencia, 5-14, 5f
 - y cambios sociales, 36
- cuidados de largo plazo para adultos mayores, 42
 - cuidados informales, 43
 - cuidados formales, 7
 - sector público y seguridad social, 52
 - sector no gubernamental, 54
 - modalidades, 29-37
- cuidados informales, 43

D

- declive funcional, físico y/o mental, 11
- definición de cuidados de largo plazo y sus modalidades, 29
- definición de dependencia, 3
- defunciones en población por grupos de edad y sexo, 2010, 67f
- dependencia
 - cuidados de largo plazo, 29
 - de adultos mayores, 1
 - definición, 3
 - desarrollo de programas y servicios, 168
 - en el ciclo de vida y determinantes sociales, 16
 - en México, ruta para abordar el reto, 141
 - enfermedades crónicas, 67-71, 146
 - funcional, XIX, 29, 116-125
 - funcional, en adultos mayores, 1, 68, 111
 - tipos, 4, 5
 - y enfermedades crónicas, 67
- dependencia, tipos, 4, 5
 - económica, 9
 - física, 5
 - funcional, 5
 - mental, 7
 - psicológica, 11
 - social, 12
- dependencia de adultos mayores, 1
 - conceptos, 1
 - implicaciones, 1
 - introducción a conceptos e implicaciones de la dependencia, 1
- dependencia en México, ruta para abordar el reto, 141
 - lo que necesitamos saber, 152
 - lo que sabemos, 141
 - lo que tenemos que hacer, 162
 - los retos que enfrentamos, 157
- dependencia funcional, XIX, 29, 116-125
 - áreas de oportunidad en investigación, 133
 - consideraciones sobre la inversión en recursos, 125
 - económica, 120

- física, 5
- mental, 7
- psicológica, 121
- social, 122
- dependencia funcional, en adultos mayores, 68, 111
 - diagnóstico inicial, 29
 - económica, 37, 126
 - elegibilidad de las personas, 104, 105
 - en discusiones sobre la dependencia, 105
 - en México, 68
 - en países de altos ingresos, 68
 - en países de medianos y bajos ingresos, 68
 - enfermedades crónicas, 68-71
 - evaluación del desempeño en las actividades de la vida diaria, 105
 - medición, 105
 - mental, 37, 126
 - psicológica, 37, 126
 - social, 47, 126
 - y provisión de servicios, 104, 105
- dependencia y enfermedades crónicas, 67
- desarrollo de programas y servicios, 168
 - autocuidado, 168
 - cuidados al final de la vida, 169
 - salud mental, 169
- deterioro funcional, 15, 18
 - cambios deletéreos, 18
 - con discapacidad transitoria, 18
 - discapacidad y dependencia, 15
 - disminución, 18
 - en la velocidad de los procesos cognitivos, 18
 - masa muscular, 18
 - percepción sensorial, 18
 - producción, 18
 - tendencia, 111
 - y desempeño, 108
 - y discapacidad, 18, 104
 - y proceso de envejecimiento, 18
- determinantes de la discapacidad en la vejez, 16-18, 17f
- diagnóstico sobre funcionalidad y dependencia en adultos mayores mexicanos, 38

diagrama de compresión de la morbilidad de acuerdo con Fries, 112 *f*
discapacidad y deterioro funcional, 18
con discapacidad transitoria, 18

E

ELCOS 2012. Véase Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social
Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, ELCOS 2012, 44
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2012, 40, 42 *f*, 69,
115, 147, 153
Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, ENUT 2009, 44
ENSANUT. Véase Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2012
ENUT. Véase Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, ENUT 2009
enfermedades crónicas, dependencia, 67-71, 146
agudas, 111
asociadas con una dependencia funcional, 68
atención de, 159
cambios saludables en el estilo de vida, 111
carga, XV
complicaciones, 167
contribución a los años vividos con discapacidad, 70
control integral, 111
creciente prevalencia y su evolución clínica, 69-71
demanda de cuidados, 59
factores de riesgo, 70
factores psicosociales que influyen en su desarrollo, 112
freno de la tendencia ascendente, 158
impacto en la funcionalidad, 68
no transmisibles, 129, 167
retos en el control clínico, 158
retraso de la aparición, 111
transición en estados de salud, 117 *c*
y cuidados prolongados, 30
y probabilidad de sufrir ansiedad y depresión, 8
enfermedades discapacitantes, 10
enfermedades que afectan a los adultos de 60 años y más con respecto
al total de AVISA en la población, 77 *c*
equipo multidisciplinario encargado de detectar y prevenir la dependencia, 127 *c*
escenarios de la dependencia en México, 63
España, 96, 150
antecedentes y marco jurídico, 96

- beneficios, 97
- desempeño, 99
- elegibilidad, 98
- estructura y financiamiento, 96
- estrategias enfocadas a la atención de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, 70
- estrategias para prevenir la dependencia, 113
 - características del sistema ideal para prevenir la dependencia, 124
 - consideraciones sobre la inversión en recursos, 125
 - contexto jurídico, 113
 - dependencia económica, 120
 - d. funcional (física y mental), 116
 - d. psicológica, 121
 - d. social, 122
 - elementos a considerar para la prevención, 115
 - otras acciones para la prevención de la dependencia, 132
- estudio de la dependencia a través de la carga de enfermedad, 71
 - análisis de carga de enfermedad en población anciana, 1990-2010, 73
 - descripción del estudio, 71
- experiencias internacionales en modelos de atención a la dependencia, 91-96, 99, 149-152
 - España, 96, 150
 - Reino Unido, 99, 150
 - Canadá, 102, 151

F

- factores de riesgo determinantes de los AVISA perdidos, en hombres mayores de 50 años, 76 *c*
 - en mujeres mayores de 50 años, 75 *c*
- funcionalidad en dominios de la vida, 11
 - recuperación, 18
- funcionalidad, pérdida, en adultos mayores, 36

G

- garantía del ejercicio de los derechos de los adultos mayores, 19
- gasto de bolsillo como porcentaje del total del gasto, algunos países, 57 *f*
- gasto en salud como porcentaje del PIB, ciertos países, 58 *f*
- gastos de alojamiento y alimentación, y capacidad de pago, 103
- geriátricos, síndromes, 7

H

Health and Retirement Survey, 153
hogares con adulto(s) mayor(es) con alguna alteración funcional, 10
homogeneización de los datos sobre dependencia, 4
honorabilidad asociada y valoración de la discapacidad, 72
humanos, derechos enfocados en, 20

I

implicaciones de la dependencia de adultos mayores, 1
importancia de la prevención de la dependencia, 109
incorporación de las mujeres al mercado laboral y cuidados prolongados, 36
indicadores de seguimiento y evaluación, 134

J

Junta de Asistencia Privada del DF (JAPDF), 149
jurídico, aspecto, prevención de la dependencia, 59

183

L

largo plazo, cuidados de, 31
legislación y normatividad para un registro de instituciones
de cuidados de largo plazo, 60
limitaciones funcionales en ABVD, 44
líneas estratégicas generales y recomendaciones
en materia de dependencia y cuidados de largo plazo, 163-165 c

M

marco conceptual de la discapacidad, 15, 18
atención a la salud, 105
cambios deletéreos, 18
capacidad adaptativa, 15
concepto e implicaciones, 144
cuidados de largo plazo, 105
dependencia funcional física, 15
deterioro funcional, 15
determinantes en la vejez, 16, 17f
determinantes sociales, 16
disminución, 18
en el ciclo de vida, 16, 21
estado funcional, 15, 69
fragilidad física, 119

- funcional física, 15
- funcional, en adultos mayores, 68
- limitaciones funcionales, 15
- marco conceptual, 15-18
- masa muscular, 18
- necesidad de ayuda de terceras personas, 15
- participación social, 105
- percepción sensorial, 18
- pérdida de funcionalidad, 105
- prevalencia de dependencia en adultos mayores, 68 c
- protección a los cuidadores informales, 105
- provisión de servicios de cuidados personales, 105
- seguridad financiera, 105
- síndrome de fragilidad, 118
- tipos, 5-14, 5f
- transición de estados de salud, c 117
- trastornos del ánimo, 119
- velocidad de los procesos cognitivos, 18
- y enfermedades crónicas, 67-70
- medicalización de los fenómenos de salud, 105
- menor tamaño de las familias y cuidados prolongados, 36
- modalidades de sistemas de cuidados de largo plazo, 32
- modelos de atención a la dependencia, 91-96, 99, 149-152
 - estructura, financiamiento y provisión de servicios, 92
 - evaluación del desempeño, 95

N

- necesidad de cuidados, 154
 - cuidados formales, 154
 - cuidados informales, 154
 - proveedores de los cuidados, 154
- número de personas y tiempo dedicado al apoyo de adultos mayores, 46 f

O

- obtención de, acceso universal a los servicios de salud, política, 114
 - seguridad económica, política, 114
- oportunidades de empleo, política, 114
- organización del sistema de cuidados de largo plazo en Quebec, XXII c
- Organización Mundial de la Salud, cuidados de largo plazo, 42
- organización para una respuesta a la dependencia en México, 105

organización y financiamiento de los servicios sociales,
elegibilidad, 101
otorgamiento de una pensión, política, 114

P

participación social en la dependencia, 105
percepción sensorial, 18
pérdida de la funcionalidad
 en adultos mayores, 36
 estado funcional, 15, 69
 física o mental, 21
personas de 60 años y más con necesidad de apoyo, porcentaje, 46 *f*
personas que realizaron tareas de cuidado, área urbana, porcentaje, 51 *c*
población con alguna limitación, porcentaje, 40 *c*
porcentaje de, defunciones y AVISA por factor de riesgo de adultos
 de 60 años y más, 74 *f*
 discapacidad por edad y sexo, 69 *f*
 según condición de limitación, 38 *c*
presión sobre los cuidados de largo plazo, 36
prevalencia de dependencia en adultos mayores, por edad y sexo,
 México, 68 *f*
prevención de la dependencia, 109, 124-132, 127 *f*
principales causas de AVISA en mujeres mayores de 50 años de edad
 y porcentaje de cambio, 1990 a 2010, 79 *c*
principales causas de enfermedad y lesiones en función de
 defunciones y AVISA perdidos en población de 60 años y más, 78 *c*
principales enfermedades que afectan a los adultos de 60 años
 y más con respecto al total de AVISA en la población, 77 *c*
principales factores de riesgo determinantes de AVISA perdidos,
 en hombres mayores de 50 años, 76 *c*
 en mujeres mayores de 50 años, 75 *c*
protección a los cuidadores informales, 105
provisión de servicios de cuidados personales, 105

185

Q

quiropedia en el hogar, servicios, 101

R

reducción de, cuidadores potenciales, 36
tasas de fertilidad, y cuidados prolongados, 36

- Reino Unido, 99, 150
 - antecedentes y marco jurídico, 99
 - beneficios, 101
 - desempeño, 102
 - elegibilidad, 101
 - estructura y financiamiento, 100
- relación entre dependencia y cuidados de largo plazo, 36
- reto de la dependencia en México, lo que necesitamos saber, 152
 - acciones de política pública y recursos presupuestales vigentes, 155
 - contexto demográfico y epidemiológico presente y futuro, 153
 - costo de la dependencia, 154
 - cuidados formales, 154
 - cuidados informales, 154
 - necesidad de cuidados, 154
 - proveedores de los cuidados, 154
- lo que sabemos, 141
 - concepto e implicaciones de la dependencia, 144
 - costo de la dependencia, 147
 - cuidados en el hogar, 149
 - cuidados institucionales, 148
 - discapacidad y dependencia, 147
 - escenario demográfico, 145
 - escenario epidemiológico, 145
 - estado actual de los servicios y los cuidados, 148
 - experiencias en otros países, 92-96, 99, 149-152
 - opinión pública, 142
- lo que tenemos que hacer, 162
 - autocuidado, 168
 - cuidados al final de la vida, 169
 - cultura de cuidado integral, 172
 - desarrollo de la fuerza laboral necesaria, 170
 - desarrollo de programas y servicios, 168
 - financiamiento, 171
 - modificación del entorno para propiciar una cultura del cuidado, 171
 - orientación estratégica, 162
 - planificación del modelo de atención para los cuidados, 169
 - prevención de la dependencia, 167
 - salud mental, 169

- los retos que enfrentamos, 157
 - ámbito conceptual, 157
 - de desarrollo de servicios, 160
 - de la política pública, 158
 - de la salud, 158
- retos para la prevención, 110

S

- seguridad financiera en la dependencia, 105
- sistema, de clasificación de usuarios, 104
 - de cuidados de largo plazo, 160
 - de pensiones, apoyos económicos, 9
 - tripartito, financiamiento, 172
 - universal de salud, marco, 167
- Sistema de Medición de la Autonomía Funcional, Quebec, 104
- Sistema Nacional de Salud, 163 c
- sistematización de la recolección y procesamiento de la información sobre envejecimiento, 160

187

T

- tendencia de, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica
 - por sexo, México, 1990 y 2010, 82 *f*
 - la enfermedad de Alzheimer en mayores de 50 años
 - por sexo, México, 1990 y 2010, 84 *f*
 - las caídas accidentales en adultos mayores de 50 años, México, 1990 y 2010, 84 c
 - las enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares en hombres y mujeres mayores de 50 años, México, 1990 y 2010, 82 *f*
- tendencias de la artritis reumatoide, la osteoartritis y la catarata
 - por sexo, México, 1990 y 2010, 81 *f*
- tiempo dedicado a apoyar adultos mayores en el hogar, porcentaje, 49 c
- tipos de dependencia, 4, 5 *f*
 - económica, 9
 - física, 5
 - funcional, 5
 - mental, 7
 - psicológica, 11
 - social, 12
- transición, demográfica y epidemiológica, 64

en estados de salud e intervenciones respectivas para prevenir dependencia, 117 *c*
entre estados de dependencia, 113 *f*

V

velocidad de los procesos cognitivos, 18

NOTAS

NOTAS

NOTAS

Este libro fue editado y producido por Intersistemas, S. A. de C. V.
Aguilar y Seijas 75, Col. Lomas de Chapultepec, 11000 México, D. F.
Teléfono 5520 2073. Fax 5540 3764. intersistemas@intersistemas.com.mx
Esta edición consta de 1000 ejemplares y terminó de imprimirse el 25 de septiembre de 2014
en Surtidora Gráfica, Calle Oriente 233 No. 297, Col. Agrícola Oriental,
México, D. F. Hecho en México.

La Academia Nacional de Medicina se congratula de festejar su sesquicentenario publicando, con el apoyo de CONACYT, una colección de libros de contenidos variados sobre temas trascendentes analizados desde diferentes perspectivas, que seguramente será lectura muy interesante para la comunidad médica no sólo de México sino también de otras latitudes en esta era global.

En los temas se entrelazan vivencias, pensamientos, ideas, inquietudes, sentimientos, todos escritos con erudición y amplio sentido humano y humanístico que se convierten en una aportación cultural y científica que exhibe la riqueza de experiencias de sus autores, quienes viven (o vivieron) en entornos fascinantes, enfrentando realidades y avances científicos y tecnológicos que los obligaron a desmitificar el halo con que habían sido cubiertos en el pasado para afrontar con objetividad los retos del nuevo milenio.

Con esta docta amalgama temática, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, honra la memoria de sus fundadores, notables pioneros del surgimiento de la medicina mexicana moderna.



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

