

DIRECTORES MÉDICOS | BIBLIOTECA DE GESTIÓN CLÍNICA 2023

Reunión 04/05/2023

Tema: **“Los adultos mayores y el sistema de salud”**. A cargo de **José Jauregui**, presidente de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria

Con la participación, además, de directores y coordinadores de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Roberto Martínez, coordinador de la Comisión de Directores Médicos y director General en Hospital Italiano de La Plata

En la apertura, el Dr. Roberto Martínez comentó que el tema elegido en esta ocasión tiene que ver con “el lugar de los adultos mayores en el sistema de salud y cómo en las organizaciones debemos tratar de asegurar la continuidad de los cuidados -con calidad, seguridad y de manera eficaz- de cada una de las personas que recibimos en los distintos niveles de atención (el de la atención primaria; el de las instituciones, con pacientes internados; y en un tercer nivel, de rehabilitación, con internación o ambulatoria, domiciliario o de residencias geriátricas).

“Queremos que la exposición, los intercambios y todas las conclusiones de este encuentro queden plasmados en un documento para la biblioteca de gestión institucional, y que podamos utilizarlo para generar una derivación y una recepción desde y hasta el nivel de residencias para adultos mayores”, dijo.

DESARROLLO TEÓRICO

José Jauregui, presidente de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria
Profesor de la carrera de Posgrado en Geriatria de la Universidad de Buenos Aires y profesor Adjunto de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza. Fue presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria.

José Jauregui brindó un panorama sobre lo que se conoce como “sistemas de salud orientados a la atención de adultos mayores” en diversos lugares del mundo, destacando tres dimensiones del envejecimiento: “rápido crecimiento”, “pobreza” y “heterogeneidad e inequidad”.

Dimensiones del envejecimiento

Rápido crecimiento

- Los países desarrollados envejecieron gradualmente durante todo un siglo; los países en desarrollo envejecerán en menos de 30 años.

Pobreza

- El mundo desarrollado era rico cuando envejeció, los países de América Latina y el Caribe envejecerán siendo aún pobres.

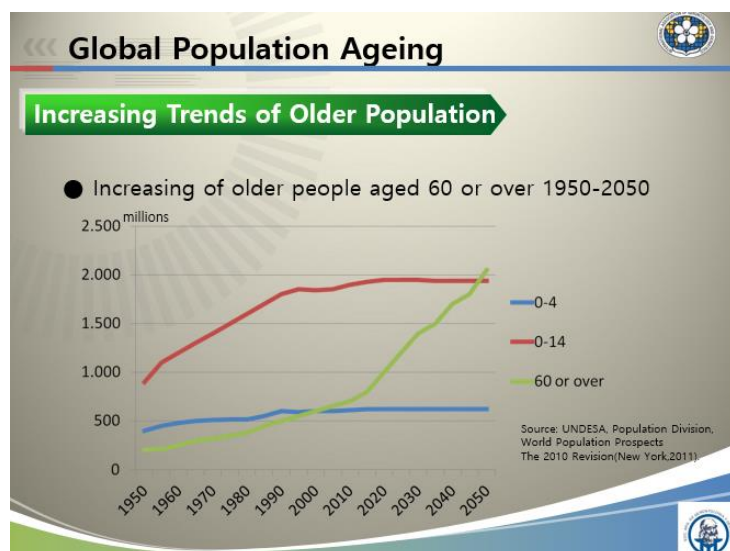
Heterogeneidad e inequidad

- El proceso de envejecimiento, acentúa las diferencias entre los individuos; en América Latina y el Caribe también acentúa las inequidades socioeconómicas y de género presentes.

“Lo que se observa, a partir del desarrollo demográfico creciente desde posguerra, es una población de adultos mayores que no para de crecer”, contextualizó en este sentido, y señaló que “esta dimensión del envejecimiento tiene determinadas características en función del lugar del mundo en el que nos plantemos”, y que hubo un “alto crecimiento, sobre todo en las últimas tres décadas, en los países en vías de desarrollo donde, en general, estas personas están en contexto de pobreza”. “En América Latina y el Caribe se acentúan las inequidades socioeconómicas y de género presentes”, agregó.

Para profundizar respecto de estas heterogeneidades en relación al tipo de país, Jauregui contó, por caso, que “en los países en vías de desarrollo se considera tercera edad a los adultos mayores de 60, mientras que en los países desarrollados es a partir de los 65, lo que muestra la primera incoherencia, en el sentido de que esta diferenciación no tiene ningún basamento biológico”.

Explicó que la decisión de segmentación bajo estas características “se tomó en la década de 1970, en una conferencia de la Organización Mundial de la Salud (ONU)”, y se hizo “con fines previsionales, tomando las expectativas de vida promedio en los distintos tipos de países y cortando diez años abajo”.



“En la Ciudad de Buenos Aires hoy tenemos muchos más mayores de 60 años que menores de 14, lo cual nos muestra cómo está la curva poblacional y nos permite entender quiénes son nuestros pacientes hoy y a futuro”, afirmó.

Asimismo, contó que otra de las características que presenta este fenómeno demográfico es que **“también están envejeciendo los muy viejos, que son los mayores de 80 años, que hoy en día y desde el punto de vista médico, es la población que tiene alto impacto en el sistema de salud”.**

En este contexto y a modo de proyección en cuanto al aumento de este sector de la población, advirtió: **“la proyección en Argentina al 2050 es del 25%”.**

Global Population Ageing

Increasing Trends of Older Population

Ageing indicator in America

	Number(thousands) aged 60 +		Percentage of total population aged 60 +	
Country	2012	2050	2012	2050
U.S.A	60,361	107,239	19.1	26.6
Canada	7,215	13,524	20.8	31.0
Brazil	21,650	64,686	10.9	29.0
Argentina	6,150	12,615	15.0	25.0
Colombia	4,364	14,668	9.2	23.7

Sistemas de salud

Luego, entró de lleno en la lógica de los sistemas de salud en relación a los sistemas educativo y económico, entre otras variables.

En este sentido diferenció a “los países ricos de los pobres”, a los sistemas de salud “universales o fragmentados”, a los “específicos/no orientados al adulto mayor, al “paradigma materno-infantil”, a los modelos “centrados en la enfermedad o en la persona”, a los “enfocados en trayectoria de vida o por segmentos”, a los “accesibles y equitativos” y a los sistemas “caros o a los que pueden reducir costos”.

“En nuestras universidades, seguimos teniendo un paradigma materno-infantil muy fuerte y estamos formando médicos que no van a estar aptos, por decirlo de algún modo, para atender a esta población”, ejemplificó al respecto.

Como otro de los puntos, resaltó que “muchas veces, en el manejo de la población de adultos mayores, la toma de decisiones no pasa por la enfermedad o por la edad sino por el estado funcional de esa persona, por su capacidad para mantener su autonomía”.

“La fragmentación de nuestro sistema de salud se ve no sólo en las instancias de atención no coordinada sino en cómo enfocamos”, señaló respecto del punto de análisis de la “trayectoria de vida o por segmentos”, y agregó: “Nosotros no tenemos médicos generales de primera atención en cantidad y jerarquizados como para tener una visión de ciclo de vida o de

trayectoria, que haga a la educación posterior de esa persona que va a vivir casi cien años, en promedio”.

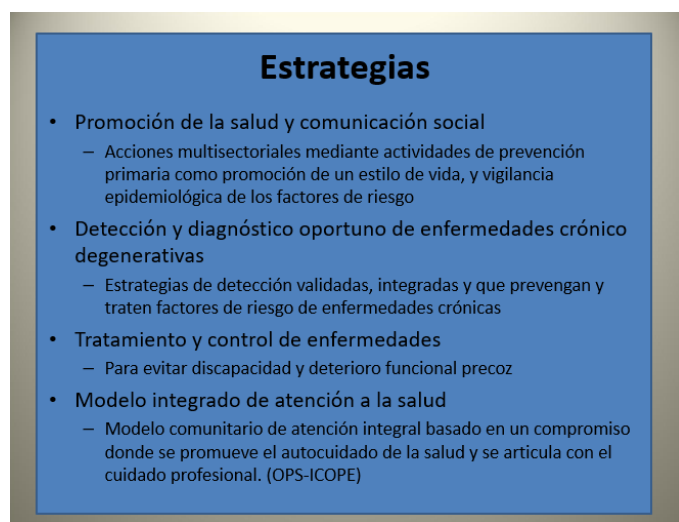
Por último, apuntó a que, “en general, en todo el mundo se considera que la atención de los últimos años de vida de las personas es la más cara, donde más invierte el sistema de salud, y lo interesante es ver que hay modelos muy controlados y educados, en los que se pueden reducir los costos”.

¿Cuál es el paciente del siglo XXI?

Con esa pregunta como disparador, Jauregui dijo que, “generalmente es el adulto mayor, multimórbido, polimedicado, con enfermedades crónicas, que puede tener deterioro funcional o frágil, dependientes, con internaciones que se prolongan, y caros –si es que no hay sistemas alternativos de atención-”.

Estrategias de la OMS

En este plano mencionó la “promoción de la salud y la comunicación social”, “la detección y el diagnóstico oportuno de enfermedades crónico-degenerativas”, “el tratamiento y control de enfermedades, para evitar discapacidad y deterioro funcional precoz”, y un “modelo integrado de atención a la salud, para tratar de educar y prevenir este uso excesivo del segundo nivel”.



Obstáculos

Bajo ese título, José Jauregui se refirió a un estudio de la OMS, que detectó “los motivos señalados por personas de 60 o mayores de 60 años por los cuales no acceden a servicios de salud por categoría de ingresos del país”. Entre las categorías, mencionó que estas personas “no podían pagar la consulta”, “no tenían transporte”, “el equipamiento del prestador de asistencia sanitaria era inadecuado”, “anteriormente había sido maltratado” por su edad, entre otros puntos.

Obstáculos

Cuadro 4.1. Motivos señalados por adultos de 60 años o más para no acceder a los servicios de salud, por categoría de ingresos del país

Motivo para no acceder a los servicios de salud	Categoría de ingresos del país (porcentaje de encuestados)			
	Ingresos altos	Ingresos medianos altos	Ingresos medianos bajos	Ingresos bajos
No podía pagar la consulta	15,7	30,9*	60,9*	60,2*
No tenía transporte	12,1	19,3*	20,7*	29,1*
No podía pagar el transporte	8,7	12,9*	28,1*	33,0*
El equipamiento del prestador de asistencia sanitaria era inadecuado	11,2	10,5	14,1*	16,7*
Los conocimientos del prestador de asistencia sanitaria eran inadecuados	19,0	8,3	7,8	13,1*
Anteriormente fue maltratado	23,8	8,7	7,9	8,3
No sabía adónde ir	12,2	9,7	9,8	7,8
No estaba tan enfermo	21,5	31,8	27,3	25,8
Intentó recibir asistencia médica, pero le fue negada	20,0	16,2	8,3	8,5*
Otro	43,8	22,5*	23,5*	13,9

* Los resultados son muy diferentes ($P < 0,05$) de los informados por los adultos menores de 60 años.
Fuente: (1).

Realidades no atendidas

Asimismo, hizo referencia a otro censo de Estados Unidos, “bastante extrapolable”, que concluyó que “es exponencial el crecimiento de la proporción de población con algún grado de discapacidad que va requiriendo asistencia de acuerdo con la edad”.

¿Qué otras realidades tenemos?

“En general, no hay enfoque de ciclo de vida como cuestión educativa. No nos han enseñado, desde la salud ni desde social, a envejecer saludablemente”, resaltó Jauregui, y enumeró, entre otras realidades:

- La falta de detección de la fragilidad.
- Los adultos mayores con discapacidades físicas o de aprendizajes, “que están envejeciendo cada vez más y hay un vacío en el sistema de salud para adecuarse y atenderlos cuando sus padres mueren”.
- Adultos mayores en catástrofes.
- Solos o en familias disfuncionales.
- Competencias profesionales no adecuadas
- Nuevas complejidades no atendidas: “La medicina necesita de otras profesiones, otros enfoques, para poder trabajar bien”.
- Redes de atención no coordinadas, “punto fundamental de esta charla”.
- Falta de educación de la población: “Todavía vivimos en una sociedad que niega el envejecimiento”.
- Familias no informadas de todos estos aspectos, “que son decisoras”.

Otras realidades NHS - National Service Framework – Older People	• Enfoque de ciclo de vida • Entrando a la vejez • Fase transicional • Fragilidad • AM con discapacidades físicas o de aprendizaje • AM en prisiones • AM en catástrofes • AM solos o en familias disfuncionales • Competencias profesionales inadecuadas • Nuevas complejidades no atendidas • Necesidades sociales y en salud no diagnosticadas • Redes de atención no coordinadas • Falta de educación de la población • Familias no informadas
---	---

La demencia fue otro de los puntos mencionados en relación a los países en vías de desarrollo, donde la pobreza se asocia con deterioro cognitivo: “Vamos a tener una población muy envejecida con una altísima tasa de demencia, lo cual trastoca todas las decisiones del sistema de salud si no tenemos nuevos enfoques”, recalcó.

Las propuestas en cuanto al sistema de salud para promover un “envejecimiento saludable”

“Lo que la OMS nos dice es que hay que hacer un ajuste del sistema; que ese ajuste tiene que ser hacia uno integrado y centrado en las personas mayores (no en la enfermedad) y que lo recomendable es que las intervenciones estén adaptadas a las personas y a sus niveles de capacidad; y todo esto con el objetivo de optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca”, afirmó el expresidente de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriátrica.

En este contexto, entonces, se refirió a las “diferencias entre la atención convencional y la atención integrada y centrada en las personas mayores”, donde, por ejemplo, el primer tipo de atención “se centra en una o más de una enfermedad” y tiene “como meta el tratamiento o la cura de la enfermedad”, mientras que el segundo tipo de atención “se centra en las personas y sus objetivos” y busca “potenciar la capacidad intrínseca”.

Asimismo, “los vínculos con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo son limitados o inexistentes” en el primer caso, en tanto en el segundo “existen vínculos sólidos con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo”, citó Juregui como otra de las diferencias.

Cuadro 4.3. Diferencias entre la atención convencional y la atención integrada y centrada en las personas mayores

Atención convencional	Atención integrada y centrada en las personas mayores
Se centra en una (o más de una) enfermedad.	Se centra en las personas y sus objetivos.
La meta es el tratamiento o la cura de la enfermedad.	La meta es potenciar la capacidad intrínseca.
La persona mayor es vista como un receptor pasivo de la atención.	La persona mayor es un participante activo en la planificación de la atención y el autocuidado
La atención se divide por enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.	La atención integra enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.
Los vínculos con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo son limitados o inexistentes.	Existen vínculos sólidos con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo.
El envejecimiento se considera un estado patológico.	El envejecimiento se considera una parte normal y valiosa de la vida.

A modo de conclusión en este aspecto señaló que “el objetivo no es la curación de la enfermedad sino la calidad de vida”.

Más adelante y para reforzar todos estos conceptos, citó como ejemplo los estándares que el gobierno inglés le exige a su sistema de salud desde hace algunos años.

Diferentes niveles asistenciales descriptos en geriatría en los distintos sistemas de salud

En este punto, mencionó algunas de las distintas unidades existentes que podrían tomarse en cuenta:

- Unidades geriátricas de agudos
- Unidades geriátricas de recuperación funcional o de mediana estancia
- Hospital de día geriátrico
- Equipos interconsultores hospitalarios
- Hospitalización a domicilio
- Servicios de urgencias
- Unidades de atención especializadas: ortogeriatría, ictus y psicogeriatría
- Hogares de larga estadía
- Unidades de demencia
- Cuidados de respiro
- Barrios o ciudades amigables
- Etc.

“Este combo es que el que, en mayor o menor medida, podríamos tener en el sistema de salud en Argentina para diseñar un escalamiento en cuidados transicionales”.

Niveles Asistenciales en Geriatría

- Unidades geriátricas de agudos
- Unidades geriátricas de recuperación funcional o de mediana estancia
- Hospital de día geriátrico
- Equipos interconsultores hospitalarios en geriatría (*Inpatient geriatric consultation team*)
- Hospitalización a domicilio
- Servicios de urgencias
- Unidades de atención especializadas
 - Unidades de Ortogeriatría
 - Unidades de Ictus
 - Unidades de Psicogeriatría
- Nursing Homes
- Hogares de larga estadía
- Unidades de Demencia
- Cuidados de Respirio
- Cuidados de fin de la vida
- Senior Livings
- Hogares protegidos
- Ciudades adaptadas (Dementia Cities)
- Co-housing
- Barrios o Ciudades amigables



Principios básicos del diseño de un dispositivo asistencial eficiente para el anciano

Bajo este subtítulo, mencionó la “actuación en fase precoz del deterioro funcional”, la “selección de la población diaria” y la “valoración geriátrica integral del estado de salud y necesidades de atención”, entre otras.

Niveles de atención coordinados

Llegando al final de su exposición, mencionó los niveles de atención “en los que nos vamos a desenvolver en nuestro sistema de salud” y, en este sentido, destacó la importancia de que el “profesional de enlace (que no necesariamente tiene que ser un médico: puede ser un enfermero bien entrenado) haga el trabajo de conectar los diferentes niveles, pasando correctamente la información, ya que, de lo contrario, puede ser el inicio de un mal tratamiento a un paciente”.

Niveles de atención coordinados



Realidades del sistema de cuidados crónicos en Argentina

“Una de las últimas salidas -mayormente en el sistema público de salud, pero cada vez más en el sistema privado- es el cuidado crónico, no en el domicilio sino en residencias de larga estadía o geriátrico, que son concebidas como estructuras de cuidados sociales no de salud”, resaltó Jauregui y agregó: “En general, en estas estructuras o residencias se evidencia poca profesionalización del recurso humano, no se habilita un ente comercial, y están fuera del sistema de salud tradicional, lo cual incrementa los costos (IVA al 21%, IBB comercial, no tienen número de prestador de la Superintendencia de Servicios de Salud, no pueden facturar prácticas al sistema, y no están habilitadas para prestar rehabilitación)”.

Realidades del sistema de cuidados crónicos en Argentina

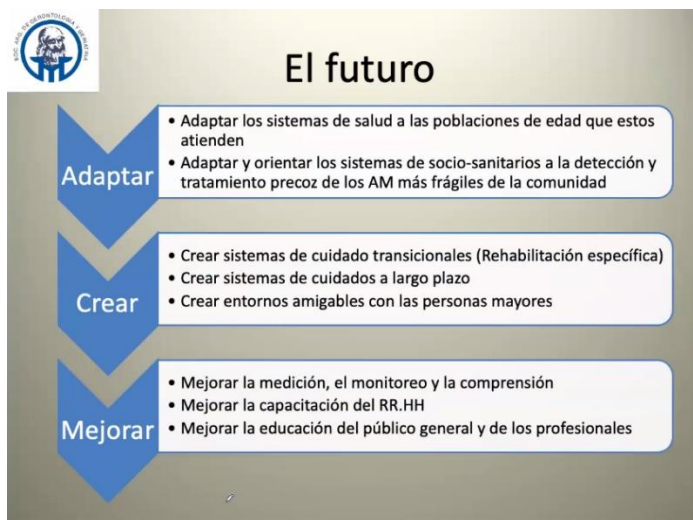
- Son estructuras de cuidados sociales
- Poca profesionalización
- Las habilita un ente comercial
- Están fuera del sistema de salud tradicional por lo que:
 - Pagan IVA al 21%
 - IBB comercial
 - No tienen número de prestador de la SSS
 - No pueden facturar prácticas al sistema
 - No están habilitadas para prestar rehabilitación



El futuro

“¿Cuál es el futuro a partir de esto?”, se preguntó y enumeró tres puntos centrales:

- “Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden; y adaptar y orientar los sistemas socio-sanitarios a la detección y tratamiento precoz de adultos mayores más frágiles de la comunidad”.
- “Crear sistemas de cuidado transicionales, de cuidados a largo plazo y entornos amigables con las personas mayores”.
- “Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión; mejorar la capacitación del recurso humano y también la educación del público general y los profesionales”.



CONCLUSIÓN

Ya para cerrar, José Jauregui resaltó las conclusiones fundamentales:

- **“La respuesta de la sociedad al envejecimiento poblacional requiere una transformación del sistema de salud desde el modelo basado en la curación de la enfermedad hacia la provisión de cuidados integrados y centrados en la personas”.**
- **“Faltan programas de enlace entre el sistema actual y el orientado a personas mayores”.**
- **“Faltan diagnósticos apropiados de cada región o sector prestador, ya que no es lo mismo, por ejemplo, en zona rural que en la ciudad”.**
- **“Hay aún mucha disparidad en las políticas públicas orientadas a resolver estos problemas, por falta de un marco regulatorio actualizado y moderno, adaptado a la realidad demográfica actual”.**

“Aunque estas medidas inevitablemente requerirán recursos, es probable que sean una buena inversión en el futuro de la sociedad: un futuro que ofrezca a las personas mayores la libertad de llevar una vida que las generaciones anteriores nunca hubieran imaginado”, concluyó.

INTERCAMBIOS

Roberto Martínez: **“Quedó más que claro que nos tenemos que seguir comprometiendo entre todos en cuanto a la integración de los niveles de atención y la continuidad de los cuidados,** porque si quienes estamos en el segundo nivel creemos que este es solo un tema a atender por el tercer nivel estamos equivocados”, resumió Roberto Martínez a modo de reflexión y agregó en este

sentido: “Nuestras organizaciones de salud reciben cada vez más adultos mayores, tienen cada vez más eventos agudos en esta población y por eso debemos tener cada vez más herramientas”.

Jorge Castagnino (Sanatorio de La Providencia): “En el contexto argentino actual, de 50% de pobreza, los niños tienen serias dificultades. ¿Cómo se nivela el esfuerzo social entre la población de chicos en esas condiciones y la de adultos mayores?”, preguntó.

José Jauregui: respondió que el objetivo es “tratar de equilibrar la balanza dentro del sistema de salud, lo cual no implica que haya menos pediatras o menos centros de atención de niños, sino simplemente buscar tener más geriatras y más atención vinculada a la población de adultos mayores, que es la que sabemos que está creciendo”. Y agregó: “Sabemos que el de adultos mayores es un grupo etario con características especiales, con necesidades diferentes, al igual que el de los niños, y que debemos adaptar el sistema en este sentido”.

José Luis Bessone (Clínica Bessone): le extendió a José Jauregui la siguiente situación hipotética: “Si te llaman de un municipio, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del PAMI, ¿cuáles serían las tres medidas a tomar de más impacto para mejorar la atención médica integral de los adultos mayores?”

José Jauregui: como primera medida, planteó la importancia de “la comunicación entre los distintos niveles de atención (municipio, Provincia y nación), porque ese flujo entre niveles es lo que nos permite ubicar y prestar un buen servicio al paciente”.

Como segunda medida, sugirió “trabajar mucho en la atención primaria de la salud, ya que no existe formación y/o recursos suficientes, en el sentido de red integral de prevención y atención, en este nivel de atención”.

Por último y como tercera medida, señaló: “Empezar a trabajar en el segundo nivel para optimizarlo, como por ejemplo, enfermeros o terapeutas ocupacionales que piensen en la adaptación que se necesita para que el adulto mayor continúe con su atención en el siguiente nivel”.

Javier Sala Mercado (Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba): resaltó tres puntos de la presentación de Jauregui: “las familias disfuncionales”, “el envejecimiento de padres con hijos con alguna discapacidad” y “las residencias de gerontología”.

José Jauregui: respecto de la cuestión de las familias disfuncionales, dijo que “existen en todos los grupos etarios y que traen un descargo en el sistema de salud en la atención del adulto mayor, buscando que se haga cargo el otro, de forma quejosa y querellante, y depositando en el sistema de salud un problema social”. Y señaló que actualmente, en Argentina, “existe una convención de derechos para los adultos mayores, que ya fue aprobada por las dos Cámaras y que ya sentó jurisprudencia contra hijos en un caso, pero que se conoce muy poco”.

Además, explicó que las familias disfuncionales “se pone en crisis cuando el sistema no acompaña, siendo el propio sistema el que genera la disfuncionalidad”.

En cuanto al segundo punto, explicó que “la ley actual argentina no permite, por ejemplo y paradójicamente, internar a padres con hijos con discapacidad menores de 60 años”. “Esto de la separación es un gran problema, un vacío legal a trabajar”, sentenció.

Ya respecto de las residencias detalló algunos números para contextualizar: “Hay 13 mil oficiales/registradas en Argentina y dan empleo a más de 100 mil personas. El 97% son privadas, pero el gran financiador de las residencias es el PAMI y, lamentablemente, los aranceles a las prestaciones son bajos, con lo cual la atención no es de buena calidad”.

“Más allá de este contexto, las residencias debieran ser las instituciones naturales de recepción de cuidados transicionales básicos de un paciente que queda con discapacidad post atención en el segundo nivel y que no pueda ser atendido en su casa, pero todavía estamos lejos, como sector, de ser ese prestador en el sistema de salud”, puntualizó luego y opinó que este tipo de instituciones “podrían tener un lugar si se las incorporara como una instancia más en los niveles de atención”.

Carolina Díaz (Centro Hirsh): en base a su expertise como médica especialista en Geriatria y Gerontología y en lo que tiene que ver con formación médica, contó que “las vacantes para geriatría para médicos residentes a veces quedan vacías” y, en este sentido, dijo: “Creo que es fundamental que la sensibilización que estamos compartiendo en este espacio la hagamos llegar bien abajo, y trabajando con las familias disfuncionales desde el primer día en que llega el adulto mayor a la institución”.

CIERRE

Roberto Martínez: “Tenemos que comprometernos en seguir vinculados en términos de gestión y de management, trabajando sobre todo en este concepto de continuar integrando el segundo nivel con la continuidad de los cuidados”, resumió.