LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS "ÉMERGENTES"

Dr. Enrique Vega García
vegaenri@paho.org

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EMERGIENDO EN UN NUEVO CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LA EXPANSIÓN DE LA VIDA HUMANA

- El promedio de vida se incrementó en el planeta en casi 20 años en cinco décadas
- La esperanza de vida al nacer en ALC aumento en 17 años en los últimos 25 años y al nacer de la región excede los 70 años
- Grandes diferencias entre países en la región. Todavía en cinco países del área se vive menos del promedio de vida de los países menos desarrollados
- Más del 75 % de las personas que nacen hoy en la región de ALC serán adultos mayores y un 40 % sobrepasaran sus 80 años

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LA EXPANSIÓN DE LA VIDA HUMANA

- Hoy el 74 % de las personas que nacen en el planeta vivirán sus 60 años y casi un 34 % sus 80 años
- Gran inequidad. Sólo llegaran a sus sesenta el 48 % de los africanos y a sus ochenta el 15 %; mientras el doble de los europeos 83 % sobrepasarán la edad de sesenta y el 42.3 % los ochenta años
- La esperanza de vida a los 60 años en el 2006, será de 17 años para los hombres y 21 para las mujeres. En las áreas desarrolladas de 19 y 23 años y en las regiones extremadamente pobres de 15 y 17 respectivamente.
- En LA para el 2050 habrá igual cantidad de personas con 80 años que niños menores de 5 años

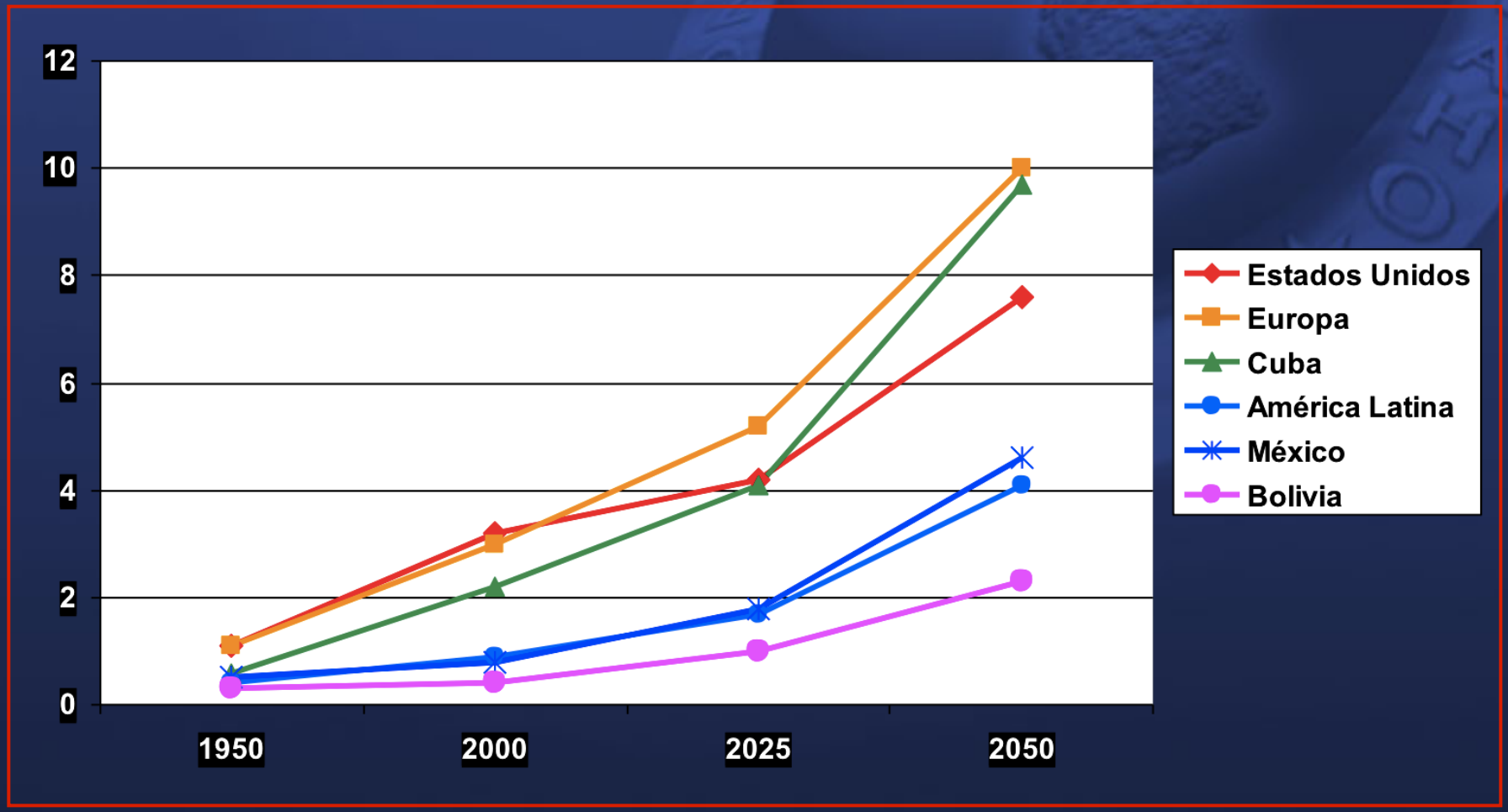
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LA EXPANSIÓN DE LA VIDA CON SALUD

- En Estados Unidos solo el 22.7 de las personas mayores de 65 años e incluso el 32.2 de los mayores de 75 años, refirieron tener una salud regular o mala
- En América Latina la mayoría refirió una salud regular o mala (58 % de las mujeres y 51 % de los hombres)
- En Estados Unidos y Canadá, las mujeres refirieron con más frecuencia tener una salud excelente o buena, mientras que en América Latina las mujeres reportaron peor salud que los hombres

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

PORCIENTO DE PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS EN LA POBLACIÓN



UN: World Population Ageing 1950-2050

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

PREVALENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

	D	H	A	HD	PD
Bridgetown	22	48	47	12	4
B. Aires	12	49	53	20	8
La Habana	15	44	56	24	13
México	22	43	24	10	10
Montevideo	14	45	48	24	9
Santiago	13	52	32	34	13
Sao Paulo	17	53	32	20	13

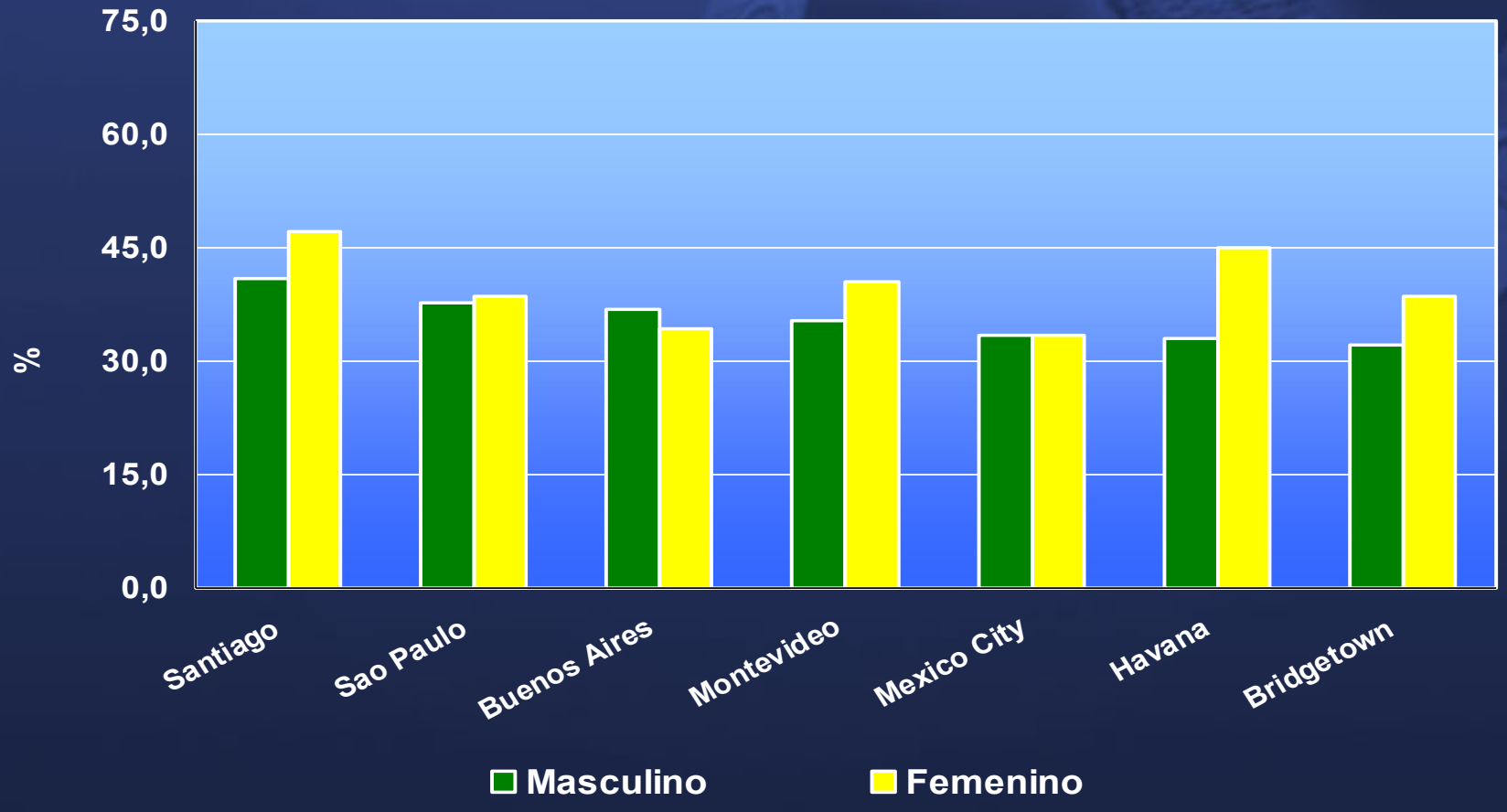
D: Diabetes A: Artritis PD: Pulmonary Disease HD: Heart Disease

H: Hipertensión

Source: SABE/2000 – PAHO

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

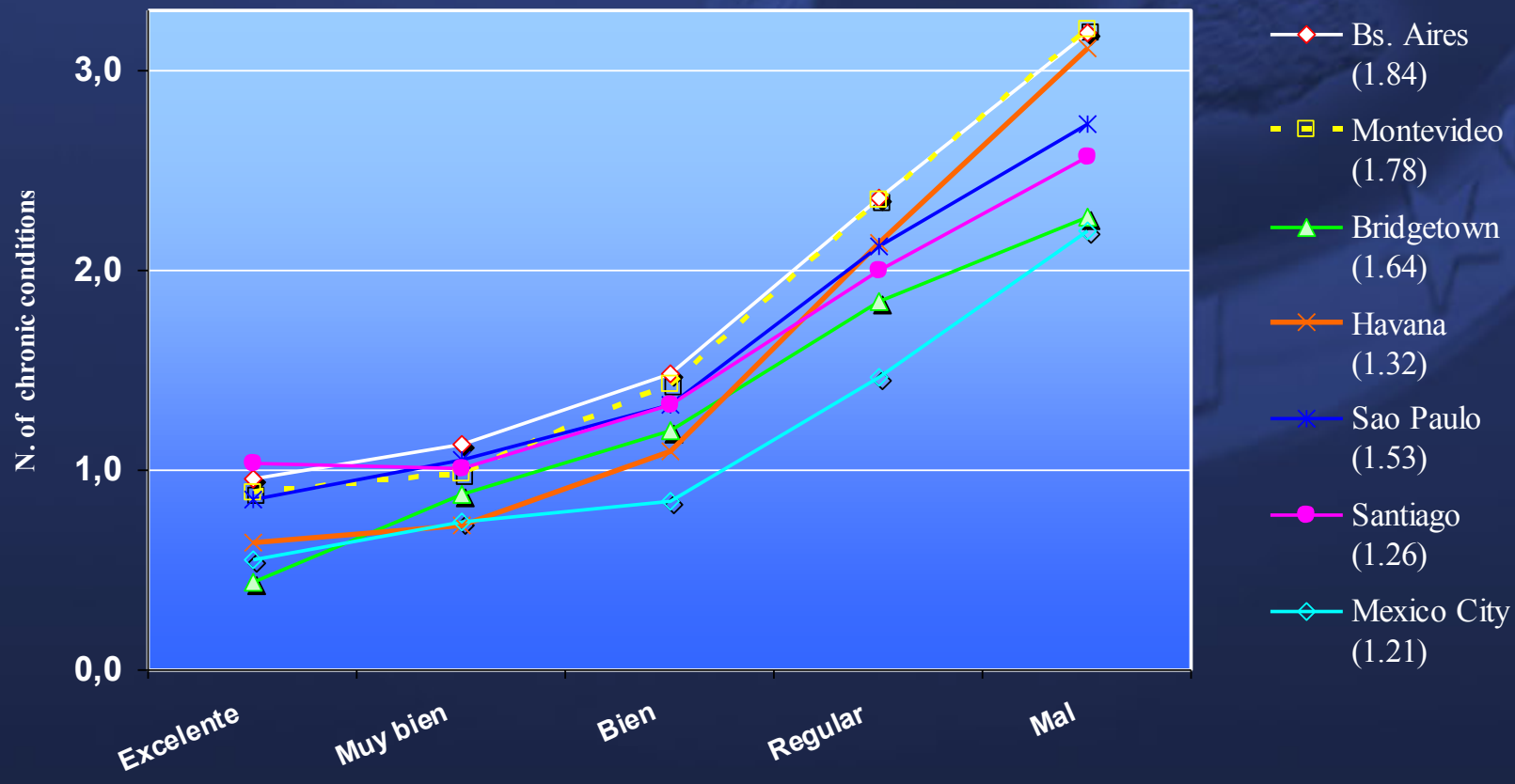
ADULTOS MAYORES CON AL MENOS UNA CONDICIÓN CRÓNICA DIAGNÓSTICADA



Source: SABE/2000 – PAHO

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

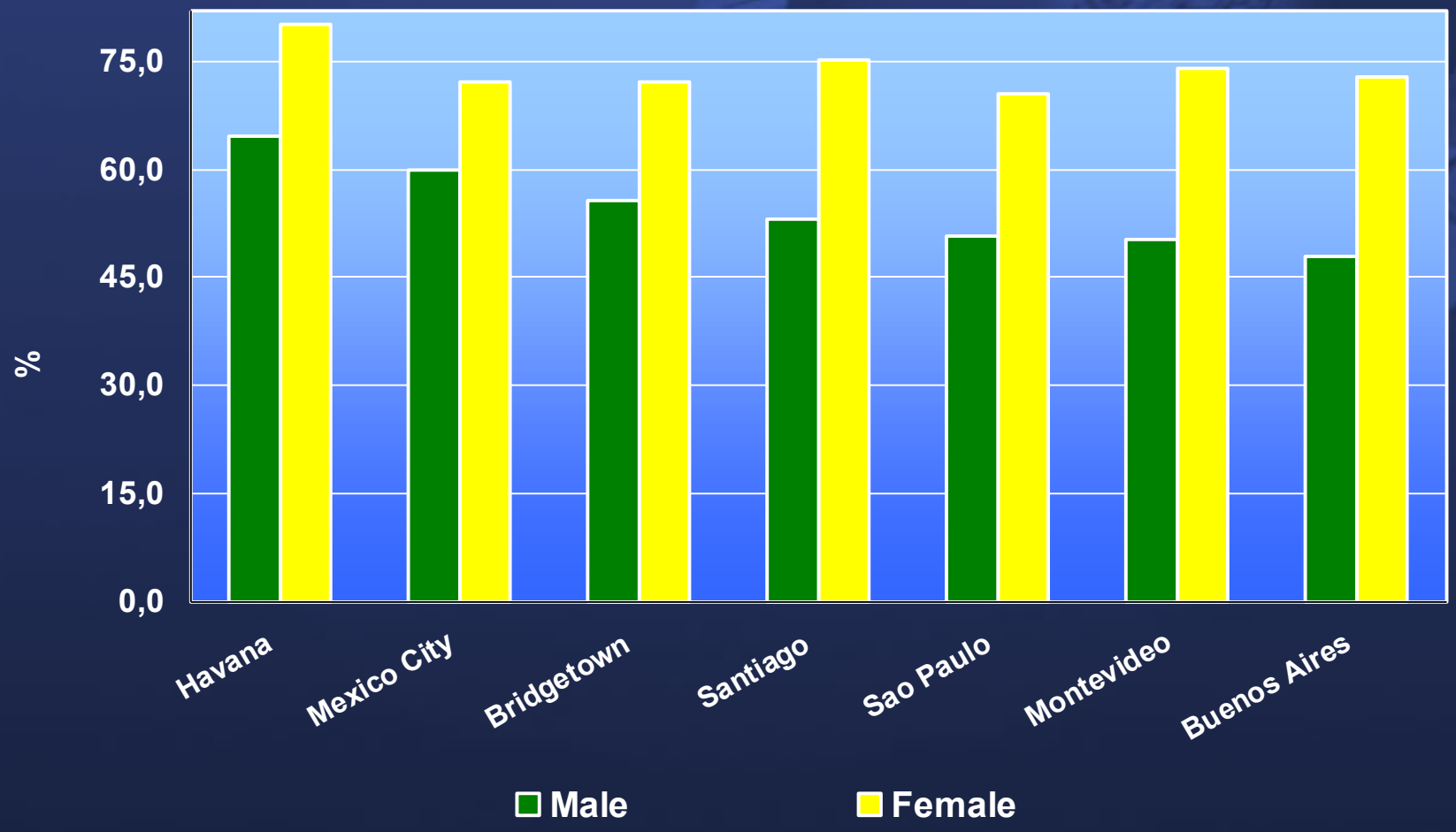
NUMERO DE CONDICIONES CRÓNICAS Y RELACIÓN CON REPORTE DE SALUD



Source: SABE/2000 – PAHO

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ADULTOS MAYORES CON EL REPORTE DE AL MENOS UNA DISCAPACIDAD

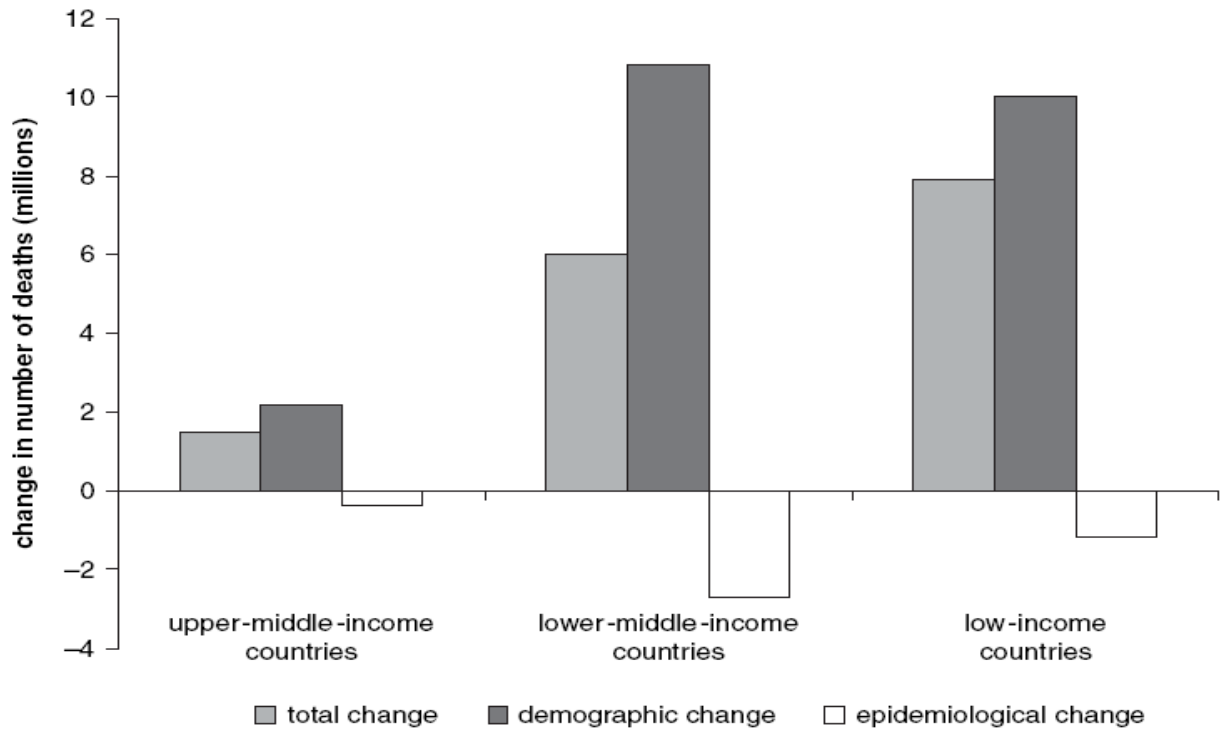


Source: SABE/2000 – PAHO

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Escenarios:

Figure 1.3. Decomposing NCD Mortality Trends by Country Income Level, 2002–30



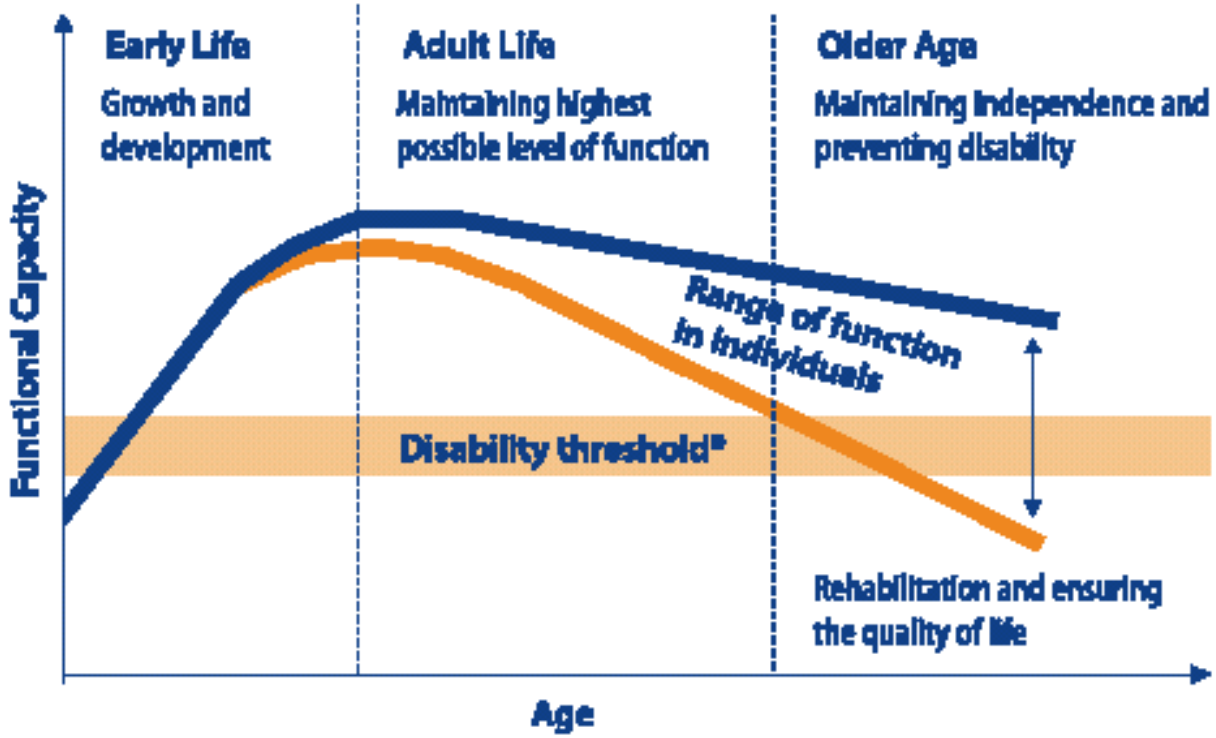
Source: Mathers and Loncar 2005.

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

COMO PONEMOS A LAS PERSONAS MAYORES EN LA AGENDA DE SALUD

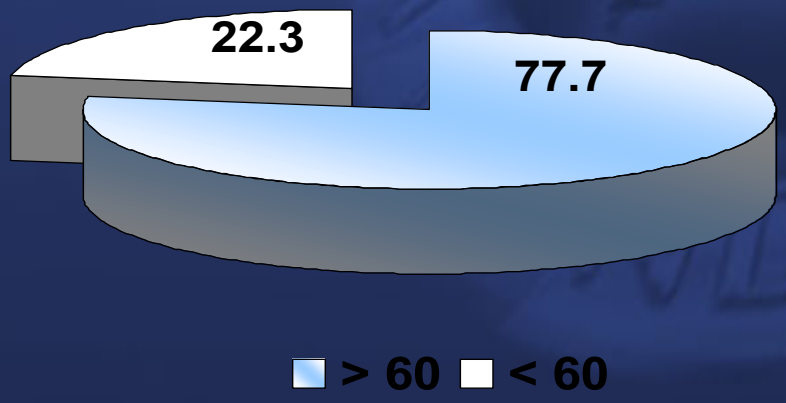
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Figure 4. Maintaining functional capacity over the life course



Source: Kaloche and Kickbusch, 1997

MORTALIDAD PROPORCIONAL EN EL 2003



De cada 10 muertes que ocurren en Cuba, casi 8 se producen en personas mayores de 60 años

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

CUBA. ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LOS AÑOS DE VIDA PERDIDOS ENTRE 0 Y 80 AÑOS

Concepto	1969-71	1981-82	1990-91	2001-03
Años de vida perdidos entre 0 y 80 años	100.00	100.00	100.00	100.00
Años de vida perdidos entre 0 y 5 años	32.08	18.57	12.00	8.76
Años de vida perdidos entre 5 y 15 años	2.78	3.53	2.74	2.36
Años de vida perdidos entre 15 y 30 años	8.33	10.58	11.09	8.34
Años de vida perdidos entre 30 y 50 años	15.10	17.84	20.91	20.17
Años de vida perdidos entre 50 y 60 años	12.98	16.49	18.29	20.31
Años de vida perdidos entre 60 y 80 años	28.73	32.99	34.97	40.06

Fuente: Cuba. La esperanza o expectativa de Vida 2001-2003. UNFPA - CEPDE

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LAS RESERVAS DE OPORTUNIDAD

- El riesgo de morir por causas infecciosas contribuye en 0.5 AEVP, la mitad de ella por infecciones de la vías respiratorias.
- El cáncer contribuye con la perdida de 1.7 años de vida después de los sesenta, en varones y en 1.2 años en mujeres
- Las enfermedades cardiovasculares, son las causas de mayor aporte de AEVP a esta edad, 3.5 en hombres y 2.9 en mujeres.
- En mujeres, la Diabetes Mellitus contribuye con más AEVP (0.58) que la suma de los aportes negativos de las causas infecciosas (0.39) y las externas (0.14) juntas.

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LAS RESERVAS DE OPORTUNIDAD

- Dos de cada tres personas mayores en América Latina y el Caribe reportaron tener una de las seis enfermedades crónicas no trasmisibles
- El 61 % tenía sobrepeso y de ellos la mitad eran obesos, 3 de cada cuatro no hacia actividad física enérgica y uno de cada cuatro hombre fumaba
- En Estados Unidos y de Canadá en los últimos 20 años el nivel de crecimiento de la discapacidad en personas adultas mayores ha disminuido
- En Latinoamérica y el Caribe demuestra una alta prevalencia de las limitaciones físicas y cognitivas en las personas adultas mayores

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LOS FACTORES DE RIESGO

- Un efecto transversal importante en numerosas causas de morbilidad, fragilidad, discapacidad y mortalidad
- Un cúmulo de evidencias importantes demuestran que su modificación logra efectos concretos y mesurables a cualquier edad
- Modificación importante en cualquier etapa del ciclo de vida y evidencias de que ese efecto se mantiene a edades avanzadas de la misma
- A pesar de las evidencias no se logran todavía los niveles de transformación deseados sobre ellos

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

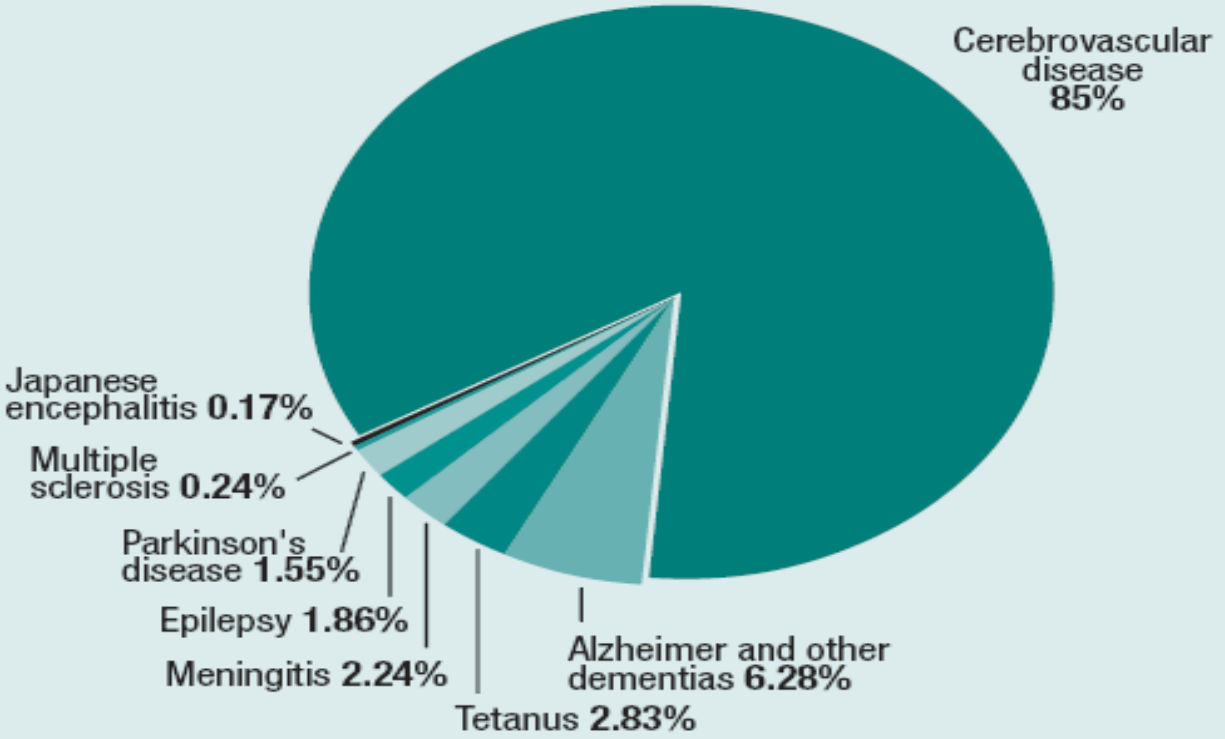
ENFERMEDADES CRÓNICAS "EMERGIENDO" COMO PROBLEMAS DE SALUD

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

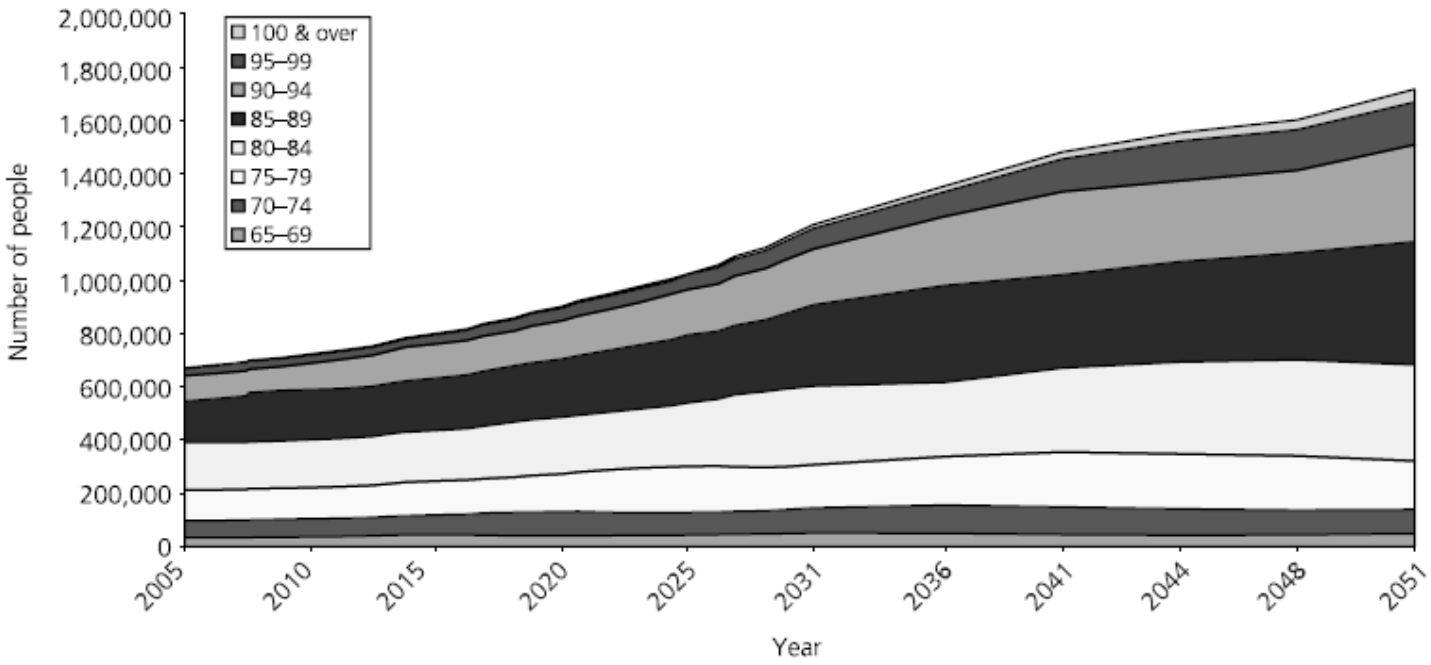
Table 2.7 Deaths attributable to neurological disorders as percentage of total deaths, 2005, 2015 and 2030

Cause category	2005 (%)	2015 (%)	2030 (%)
Epilepsy	0.22	0.21	0.19
Alzheimer and other dementias	0.73	0.81	0.92
Parkinson's disease	0.18	0.20	0.23
Multiple sclerosis	0.03	0.03	0.02
Migraine	0.00	0.00	0.00
Cerebrovascular disease	9.90	10.19	10.63
Poliomyelitis	0.00	0.00	0.00
Tetanus	0.33	0.23	0.13
Meningitis	0.26	0.17	0.10
Japanese encephalitis	0.02	0.01	0.01
Total	**11.67**	**11.84**	**12.22**

Figure 2.5 Deaths from selected neurological disorders as percentage of total neurological disorders



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



Projected number of people with late onset dementia by age group (UK)

Figure 16. Age- and gender-specific mortality rates for falls in the WHO European region, 2002.
SOURCE: INJURIES AND VIOLENCE IN EUROPE: WHY THEY MATTER AND WHAT CAN BE DONE, WHO (40).

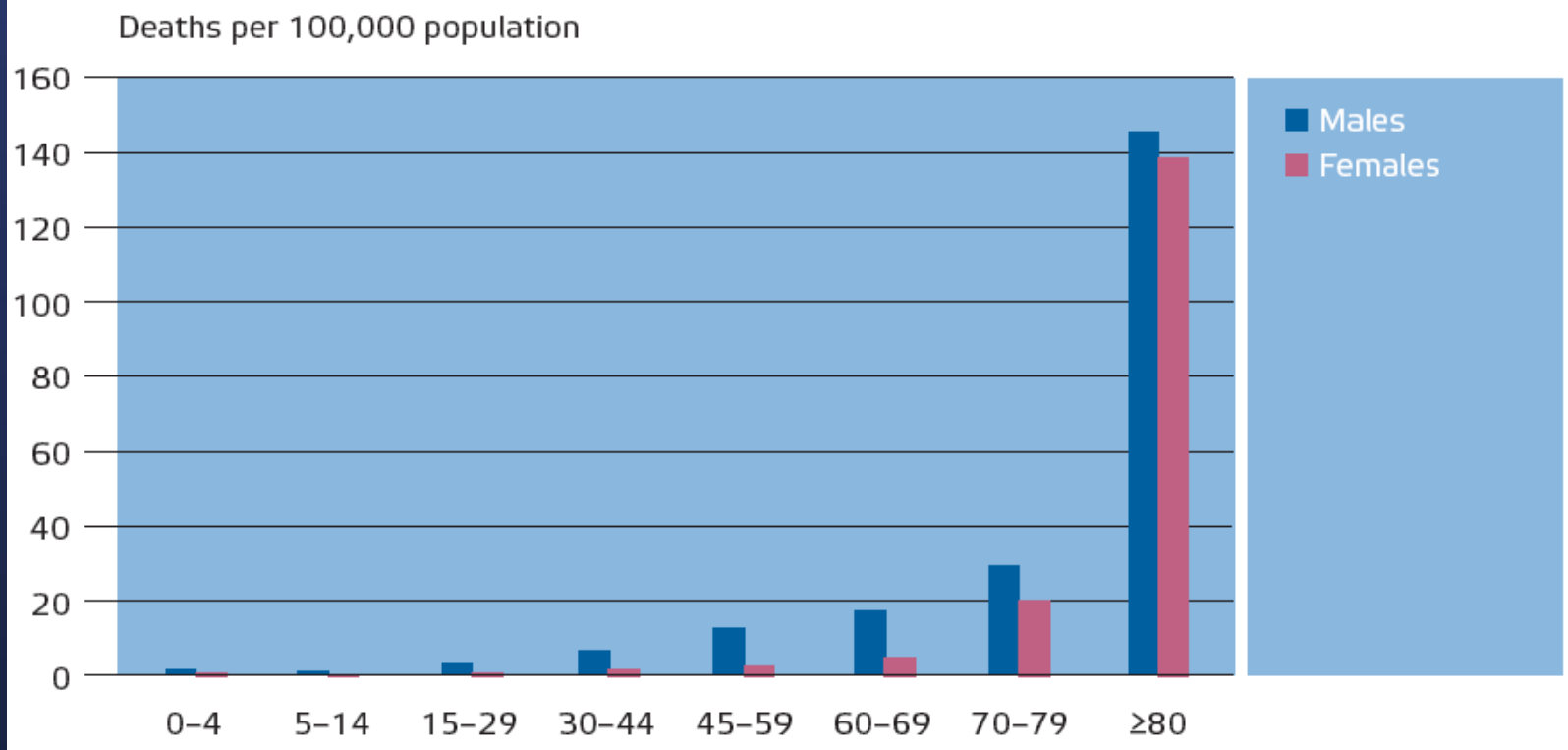
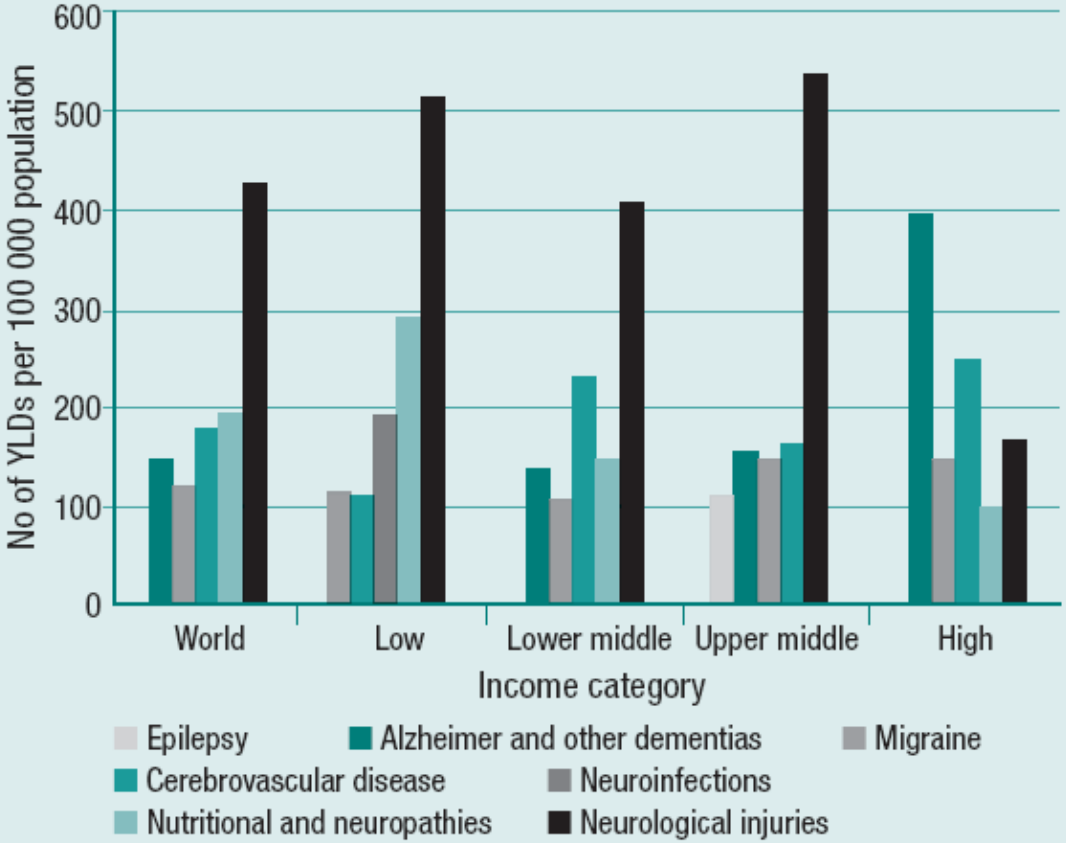


Table 2.9 YLDs per 100 000 population associated with neurological disorders and other diseases and injuries with neurological sequelae and as percentage of total YLDs projected for 2005, 2015 and 2030

Cause category/sequelae	2005		2015		2030	
	YLDs (100 000 population)	Percentage of total YLDs	YLDs (100 000 population)	Percentage of total YLDs	YLDs (100 000 population)	Percentage of total YLDs
Epilepsy	64.7	0.73	60.9	0.73	55.6	0.71
Alzheimer and other dementias	147.4	1.66	165.4	1.98	203.9	2.60
Parkinson's disease	17.7	0.20	17.3	0.21	17.1	0.22
Multiple sclerosis	20	0.23	19.3	0.23	18.4	0.23
Migraine	118.9	1.34	108.9	1.31	96	1.22
Cerebrovascular disease	176.8	2.00	174.9	2.10	177.8	2.27
Neuroinfections	98.4	1.11	71.8	0.86	45.6	0.58
Nutritional deficiencies and neuropathies	194.9	2.20	174.3	2.09	133.9	1.71
Neurological injuries	425.4	4.80	393.5	4.72	360.8	4.60
Total	**1264.2**	**14.27**	**1186.3**	**14.23**	**1109.1**	**14.14**

Figure 2.7 Top five causes of YLDs among neurological disorders, by World Bank income category, 2005

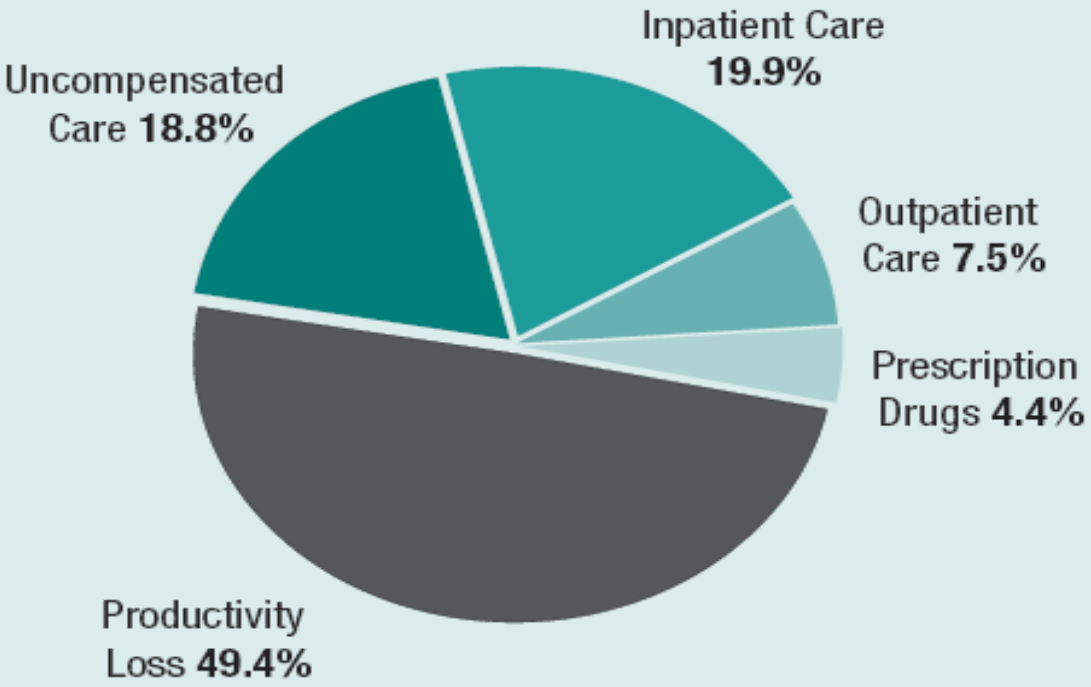


Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LAS INTERVENCIONES ASOCIADAS A LA TECNOLOGÍA MÉDICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

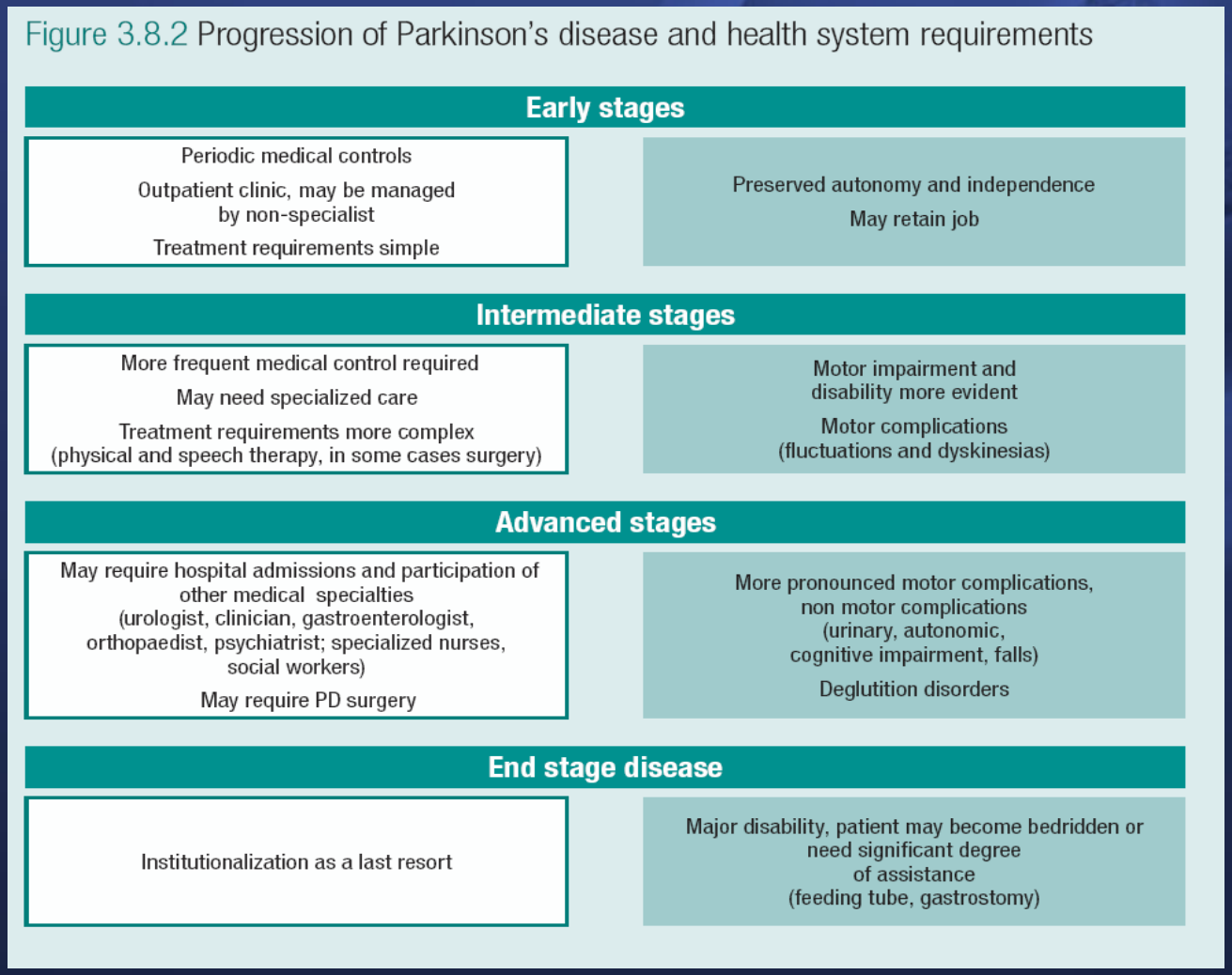
Figure 3.8.1 Cost distribution in Parkinson's disease



Source: (*23*).

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Figure 3.8.2 Progression of Parkinson's disease and health system requirements



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Table 3.1.1 Minimum actions required for dementia care[a]

Ten overall recommendations	Scenario A Low level of resources	Scenario B Medium level of resources	Scenario C High level of resources
1. Provide treatment in primary care	Recognize dementia care as a component of primary health care Include the recognition and treatment of dementia in training curricula of all health personnel Provide refresher training to primary care physicians (at least 50% coverage in five years)	Develop locally relevant training materials Provide refresher training to primary care physicians (100% coverage in five years)	Improve effectiveness of management of dementia in primary health care Improve referral patterns
2. Make appropriate treatments available	Increase availability of essential drugs for the treatment of dementia and associated psychological and behavioural symptoms Develop and evaluate basic educational and training interventions for caregivers	Ensure availability of essential drugs in all health-care settings Make effective caregiver interventions generally available	Provide easier access to newer drugs (e.g. anticholinesterase agents) under public or private treatment plans
3. Give care in the community	Establish the principle that people with dementia are best assessed and treated in their own homes Develop and promote standard needs assessments for use in primary and secondary care Initiate pilot projects on development of multidisciplinary community care teams, day care and short-term respite care Move people with dementia out of inappropriate institutional settings	Initiate pilot projects on integration of dementia care with general health care Provide community care facilities (at least 50% coverage with multidisciplinary community teams, day care, respite and inpatient units for acute assessment and treatment) According to need, encourage the development of residential and nursing-home facilities, including regulatory framework and system for staff training and accreditation	Develop alternative residential facilities Provide community care facilities (100% coverage) Give individualized care in the community to people with dementia

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

LAS INTERVENCIONES MÉDICAS

- El 60.5 % de los pacientes con ENFERMEDAD DE PARKINSON no tienen acceso a medicación
- Se considera que solo el 73 % de las personas con Enfermedades Degenerativas tiene acceso a la rehabilitación

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

"La creciente necesidad de asistencia y tratamiento de una población que envejece exige políticas adecuadas. La falta de ese tipo de políticas puede ocasionar aumentos importantes de los costos. Las políticas que propician la salud durante toda la vida, incluidas las de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la tecnología de asistencia, los cuidados para la rehabilitación, cuando estén indicados, los servicios de salud mental, la promoción de los modos de vida saludables y los entornos propicios, pueden reducir los niveles de discapacidad asociados con la vejez y permitir obtener economías presupuestarias."

Plan de Acción Internacional de Envejecimiento de Madrid 2002

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

"Las actividades de promoción de la salud y el acceso universal de las personas de edad a los servicios de salud durante toda la vida son el pilar del envejecimiento con salud. Una perspectiva que tenga en cuenta la vida entera supone reconocer que las actividades dirigidas al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades deben concentrarse en mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades y proporcionar atención médica, y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas de edad que ya sufren discapacidades"

Plan de Acción Internacional de Envejecimiento de Madrid 2002

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud