XVIII CURSO ALMA PARA DOCENTES UNIVERSITARIOS DE GERIATRÍA
Rio de Janeiro, Octubre 2019

Características de un Sistema Sanitario Adaptado a las Personas Mayores

José F. Parodi MD, MPH
josefrancisco@drparodi.com

@JoseFranciscoParodiGarcia
@JoseFParodi
www.drparodi.com



USMP | INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CENTRO DE INVESTIGACION DEL ENVEJECIMIENTO

Yo no pretendo enseñar nada a nadie, pero sí quiero hacerlos pensar.

Sócrates

Dr. Jose Francisco Parodi

¿Qué tipo de aprendizaje requiere de nosotros los Sistemas de Salud de la Región?

	Objectives	Outcomes
Informative	Information skills	Experts
Formative	Socialization values	Professionals
Transformative	Leadership attributes	Change agents

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376:1923–58.

Dinamismo En La Respuesta de los Sistemas de Salud Relacionados Con el Deber Y Eficiencia Del Cuidado.

OPTIMIZAR CAPACIDAD INTRÍNSECA/PREVENIR Y MANEJAR LA FRAGILIDAD



Nuevos escenarios
Integración de servicios y Redes

Nuevas necesidades
Heterogeneidad

Nuevas metas terapéuticaas ajustadas por niveles de función y dignidad

Características de las intervenciones en las poblaciones vulnerables

- *Integralidad*
- Intersectorialidad.
- Cooperación
- Participativas
- Gestión del ***RRHH*** como motor fundamental del cambio.
- ***Tecnología***
- Sistemas de ***Información***
- ***Actividades***
  - ***GESTION DE CASOS***
  - ***APOYO AL AUTOCUIDADO***
  - ***ENVEJECER EN SU COMUNIDAD***

Actividades estructuradas que conduzcan al desarrollo de una estrategia nacional de eSalud

- Involucrar a las partes interesadas clave del sector de la salud y de otros sectores para crear un concepto y un plan de eSalud a nivel nacional y su posterior implementación.
- Establecer mecanismos de gobernanza para mejorar la visibilidad, coordinación y control de las actividades de eSalud que se estén desarrollando en el sector salud en todo el país.
- Establecer un contexto estratégico para la eSalud que siente las bases del concepto y plan de eSalud, y permita que el gobierno tome decisiones fundamentadas acerca de acompañar o no las oportunidades que ofrezcan la industria de las TIC y otras partes interesadas.
- Comprender el entorno actual de eSalud en términos de los programas, proyectos y componentes de eSalud existentes.
- En el Conjunto de herramientas también se identifican las metas de los países a corto, mediano y largo plazo, reconociendo su importancia para demostrar los efectos y beneficios a lo largo del proceso de implementación de la estrategia nacional y para crear y mantener el impulso y el apoyo a la eSalud, y así mejorar la salud de la población

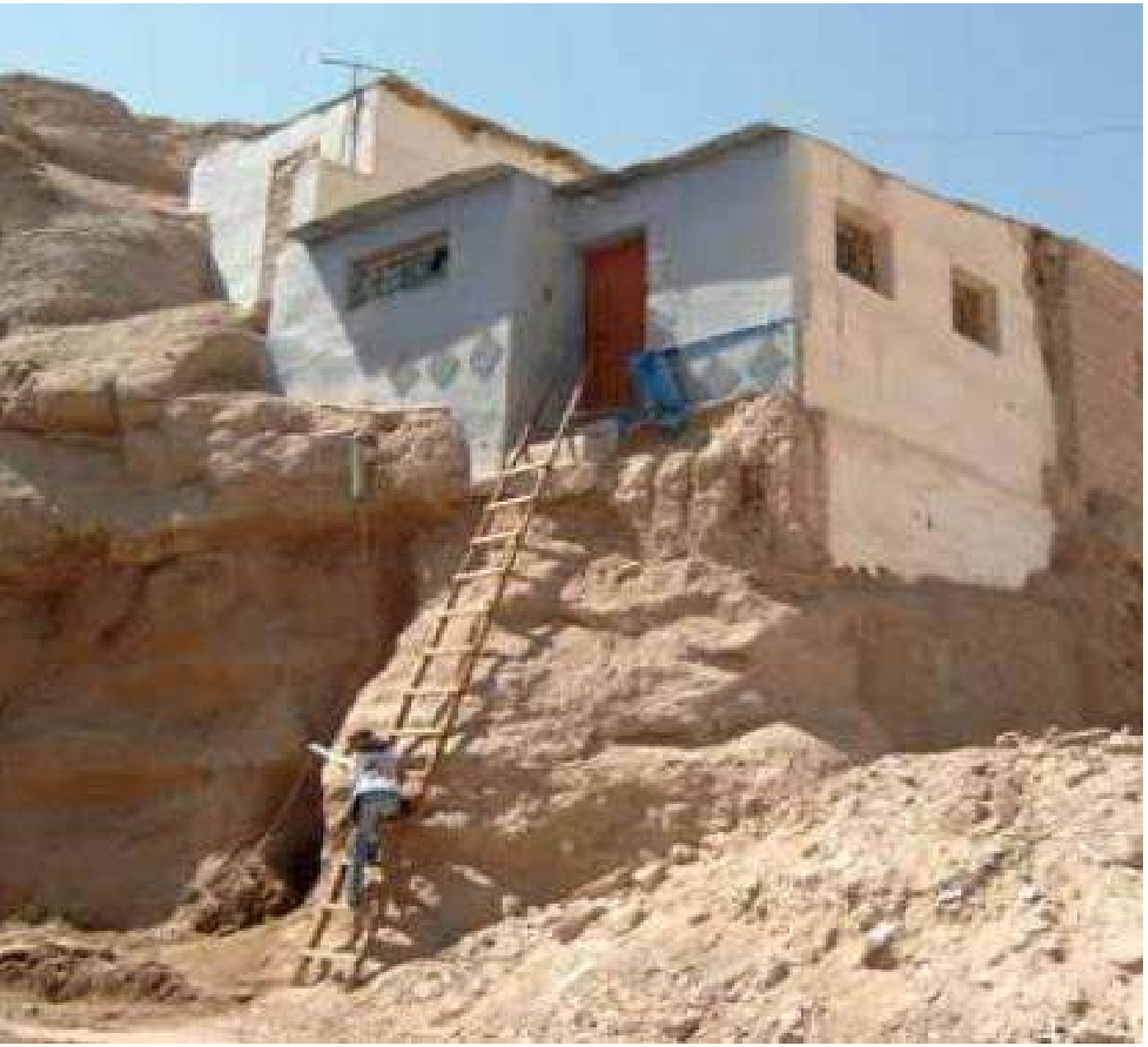


Javier Eduardo García de Alba García, Equipo Multidiciplinar de la UISESS, Guidelines E, Chomutare T, Fernandez-luque L, Årsand E, et al. Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional [Internet]. Vol. 13, Organización Mundial de la Salud. 2012 [cited 2019 Nov 1]. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.gheart.2016.10.024%5Cnhttp://www.uisess.org/libros.html

Adultos Mayores de los Andes?



Cañon del Colca, Provincia de Caylloma, Arequipa – PERU 3565 msnm



USMP | INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CENTRO DE INVESTIGACION DEL ENVEJECIMIENTO

VIVIENDAS DOMÓTICAS

Dr. Jose Francisco Parodi







ICD 10: “la manera en la cual se manifiesta el deterioro de las AVDs depende en gran medida del escenario social y cultural en la cual vive el paciente¨.



¿La demencia y la emergencia pueden no ser una buena combinación?

Maslow K. How many people with dementia are hospitalized?. In: Silverstein NM, Maslow K, eds. Improving Hospital Care for Persons with Dementia. New York: Springer, 2006: pp 3–22.

Las Personas Mayores están respirando aire prestado!



Reese PP, Caplan AL, Bloom RD, Abt PL, Karlawish JH. How should we use age to ration health care? Lessons from the case of kidney transplantation. J Am Geriatr Soc. 2010 Oct;58(10):1980–6. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03031.x PMID: 20831719

¿Qué es un sistema de Salud?



Principios de un Sistema de Salud

Contribuir a mejorar la Salud de la población



Sostenible financieramente

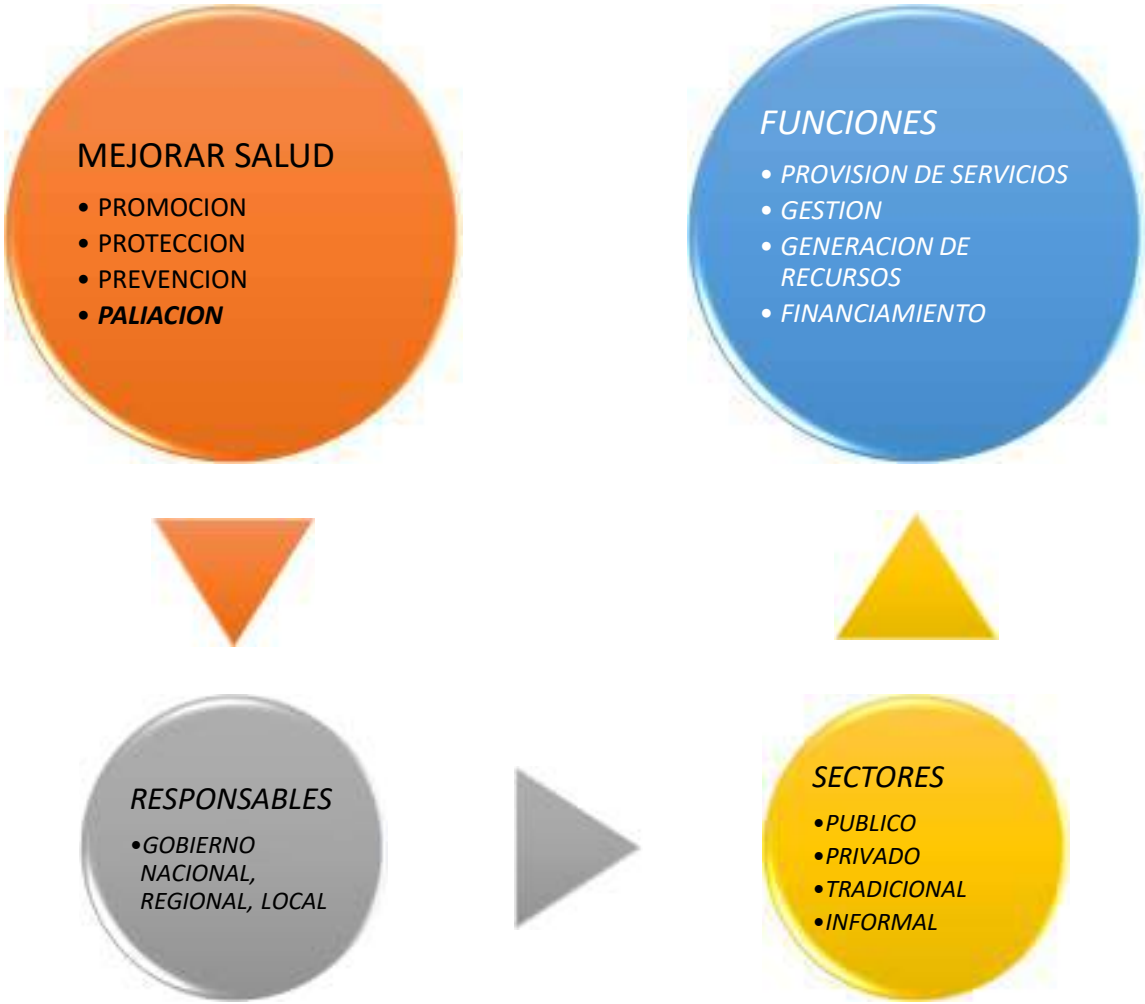




Trato adecuado a todos los usuarios

Seghí-Gómez M, Toledo EA, Jimenez JJ. Sistema de Salud. Modelos. In: Conceptos de Salud Publica y Estrategias Preventivas [Internet]. First Edit. Elsevier Espa8#241;a, S.L.; 2013. p. 419–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-904-1/00057-1

ACCIONES PLANIFICADAS Y ORGANIZADAS



Seghí-Gómez M, Toledo EA, Jimenez JJ. Sistema de Salud. Modelos. In: Conceptos de Salud Publica y Estrategias Preventivas [Internet]. First Edit. Elsevier Espa8#241;a, S.L.; 2013. p. 419–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-904-1/00057-1

http://origin.who.int/topics/health_systems/es/

Idealmente…

Sistema de salud	Universal
	Integral
	Equitativo
	Eficiente
	Flexible
	Participativo

Seghí-Gómez M, Toledo EA, Jimenez JJ. Sistema de Salud. Modelos. In: Conceptos de Salud Publica y Estrategias Preventivas [Internet]. First Edit. Elsevier Espa8#241;a, S.L.; 2013. p. 419–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-904-1/00057-1

Factores que influyen en la configuración de los sistemas de salud



Seghí-Gómez M, Toledo EA, Jimenez JJ. Sistema de Salud. Modelos. In: Conceptos de Salud Publica y Estrategias Preventivas [Internet]. First Edit. Elsevier Espa8#241;a, S.L.; 2013. p. 419–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-904-1/00057-1

¿Siguen nuestro sistema de salud y Universidades Centradas prioritariamente en los problemas de madre - niño?



Composición principales modelos sanitarios.

TABLA 57-1 Comparación de los principales modelos de sistema sanitario

	Seguros sociales	Sistema nacional de salud	Libre mercado
Países	Centro de Europa	Norte y sur de Europa	EE.UU.
Concepción de la salud	Derecho, o bien tutelado por los poderes públicos	Derecho, o bien tutelado por los poderes públicos	Bien de consumo
Garantías del Estado	Prestaciones sanitarias	Prestaciones sanitarias y su financiación	Prestaciones sanitarias financiadas sólo en casos concretos
Financiación	Cuotas obligatorias de trabajadores y empresarios	Impuestos. Contribuciones complementarias de sistemas de seguros sociales	Privada y voluntaria Cofinanciación de trabajadores y empresarios
Cobertura	Trabajadores y personas dependientes de ellos	Universal	Asegurados
Vinculación a los proveedores	Por contrato	Por integración	

Seghí-Gómez M, Toledo EA, Jimenez JJ. Sistema de Salud. Modelos. In: Conceptos de Salud Publica y Estrategias Preventivas [Internet]. First Edit. Elsevier Espa8#241;a, S.L.; 2013. p. 419–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-904-1/00057-1

El envejecimiento de la población aumentará el gasto en salud, pero no tanto como se pensaba

el mal uso de las nuevas tecnologías y los modelos de práctica inadecuados explican la mayor parte del incremento del coste





OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Vol. 1, Oms. 2015 [cited 2016 Jan 10]. p. 282. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

La pérdida funcional explica la mayor parte de los costos asociados

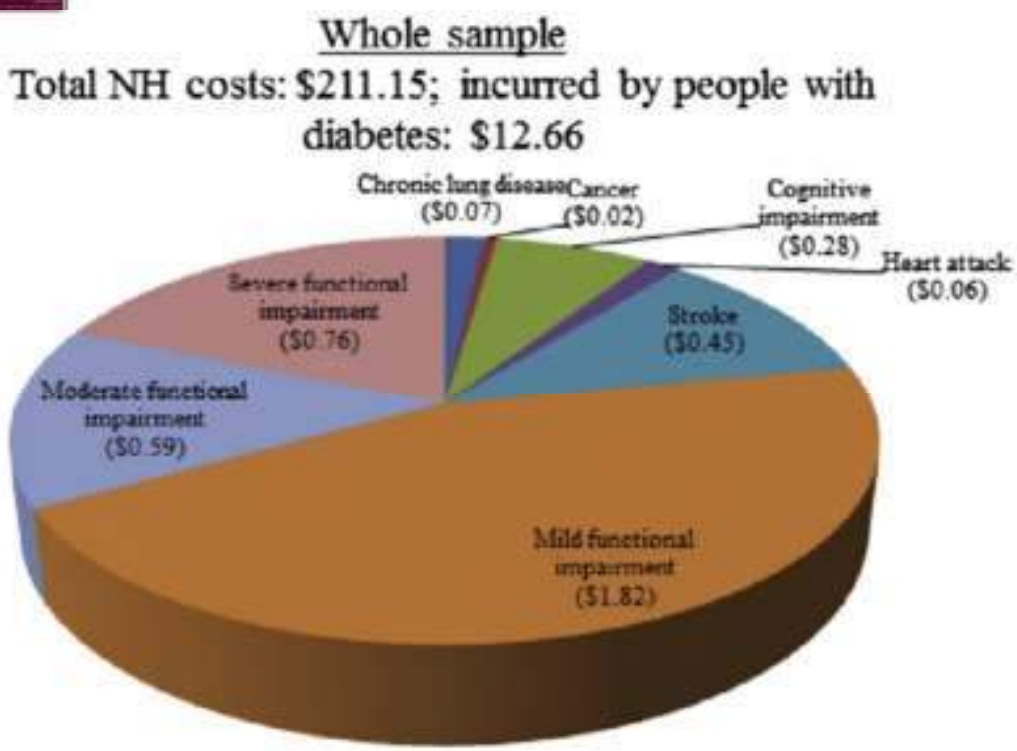
JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Long-Term Care Around the Globe

Diabetes-Associated Factors as Predictors of Nursing Home Admission and Costs in the Elderly Across Europe

Beatriz Rodríguez-Sánchez MSc [a,*], Viola Angelini PhD [a], Talitha Feenstra PhD [b], Rob J.M. Alessie PhD [a]



Rodríguez-Sánchez B, Angelini V, Feenstra T, Alessie RJM. Diabetes-Associated Factors as Predictors of Nursing Home Admission and Costs in the Elderly Across Europe. J Am Med Dir Assoc. 2017 Jan;18(1):74–82.



10 % del gasto total en salud se debe al costo de la atención durante el último año de vida de las personas y que estos costos descienden a medida que aumenta la edad

OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Vol. 1, Oms. 2015 [cited 2016 Jan 10]. p. 282. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

Asociación entre fragilidad y costo de salud y uso de servicios

	Population	Frailty instrument	Health-care data	Main findings
Gobbens et al (2012)[37]	Netherlands, community-dwelling, aged ≥75 years (n=484)	Tilburg Frailty Indicator	Self-report	A higher frailty score was associated with higher health-care use
Sirven & Rapp (2017)[38]	France, community-dwelling, aged ≥65 years (n=1284)	Frailty phenotype	Health-care insurance data	Frailty was associated with increased ambulatory health-care costs; annual incremental effect of €1270 for frail individuals
Ensrud et al (2018)[39]	USA, community-dwelling women, aged ≥65 years (n=2150)	Frailty phenotype	Medicare claims data	Frailty was associated with higher total and outpatient health-care costs and health-care use; mean annual cost US$3781 (robust) vs $10755 (frail)
Segal et al (2017)[40]	USA, community-dwelling, aged >65 years (n=4454)	Claims-based frailty indicator (anchored to frailty phenotype)	Medicare claims data	Frailty was associated with incident hospitalisation and nursing home admission
Kim et al (2019)[41]	USA, community-dwelling, aged >65 years (n=7233)	Claims-based frailty index (deficit accumulation)	Medicare claims data	Higher frailty score was associated with hospitalisation and prolonged skilled nursing facility days
Peters et al (2015)[42]	Netherlands, population based, aged ≥65 years (n=713)	Groningen Frailty Indicator	Health-care insurance data	Frailty was associated with higher total health-care costs (including long-term and curative care); mean annual cost €15 611 (non-frail) vs €30 792 (frail)
García-Nogueras et al (2017)[43]	Spain, population based, aged ≥70 years (n=830)	Frailty phenotype	Hospital registration data	Frailty was associated with higher hospital health-care costs and hospital health-care use; mean annual cost €1217 (non-frail) vs €2476 (frail)
Hajek et al (2018)[44]	Germany, population based, aged ≥57 years (n=1636)	Frailty phenotype	Self-report	Frailty onset was associated with increased health-care costs; no cost estimation provided by frailty status
Comans et al (2016)[45]	Australia, post-acute care, mean age 79·5 years (SD 8·1; n=272)	Frailty index (deficit accumulation)	Government database	Higher frailty score was associated with higher total 6-month health-care costs after hospital admission; mean 6-month health-care cost AU$19 905 (low frailty) vs AU$28 906 (high frailty)
Robinson et al (2011)[46]	USA, hospital, patients with colorectal surgery, aged ≥65 years (n=60)	Multidimensional frailty score	Hospital registration data	Frailty was associated with increased surgical hospital costs and higher 6-month postoperative health-care costs; mean 6-month postoperative cost: US$27 731 (non-frail) vs $76 363 (frail)
Goldfarb et al (2017)[47]	Canada, hospital, patients with cardiac surgery, aged ≥60 years (n=235)	Frailty phenotype or Short Physical Performance Battery	Hospital registration data	Frailty was associated with increased hospitalisation costs after cardiac surgery; median hospital cost between date of surgery and date of hospital discharge: Can$23 370 (non-frail) vs $32 742 (frail)

This overview is based on a quasi-systematic review of recent literature (2010–19).

Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Series Frailty 1 Frailty : implications for clinical practice and public health. Lancet [Internet]. 2019;394(10206):1365–75. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6

Clave de la respuesta de los sistemas de salud al envejecimiento de la población debe ser derribar los obstáculos que limitan el uso de los servicios de salud por parte de las personas mayores que los necesitan.

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 mediosaltos	Ingresos mediosbajos	Ingresos bajos
No podía pagar la consulta	15,7	30,9[a]	60,9[a]	60,2[a]
No tenía transporte	12,1	19,3[a]	20,7[a]	29,1[a]
No podía pagar el transporte	8,7	12,9[a]	28,1[a]	33,0[a]
El equipamiento del prestador de asistencia sanitaria era inadecuado	11,2	10,5	14,1[a]	16,7[a]
Los conocimientos del prestador de asistencia sanitaria eran inadecuados	19,0	8,3	7,8	13,1[a]
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[a]
Otro	43,8	22,5[a]	23,5[a]	13,9

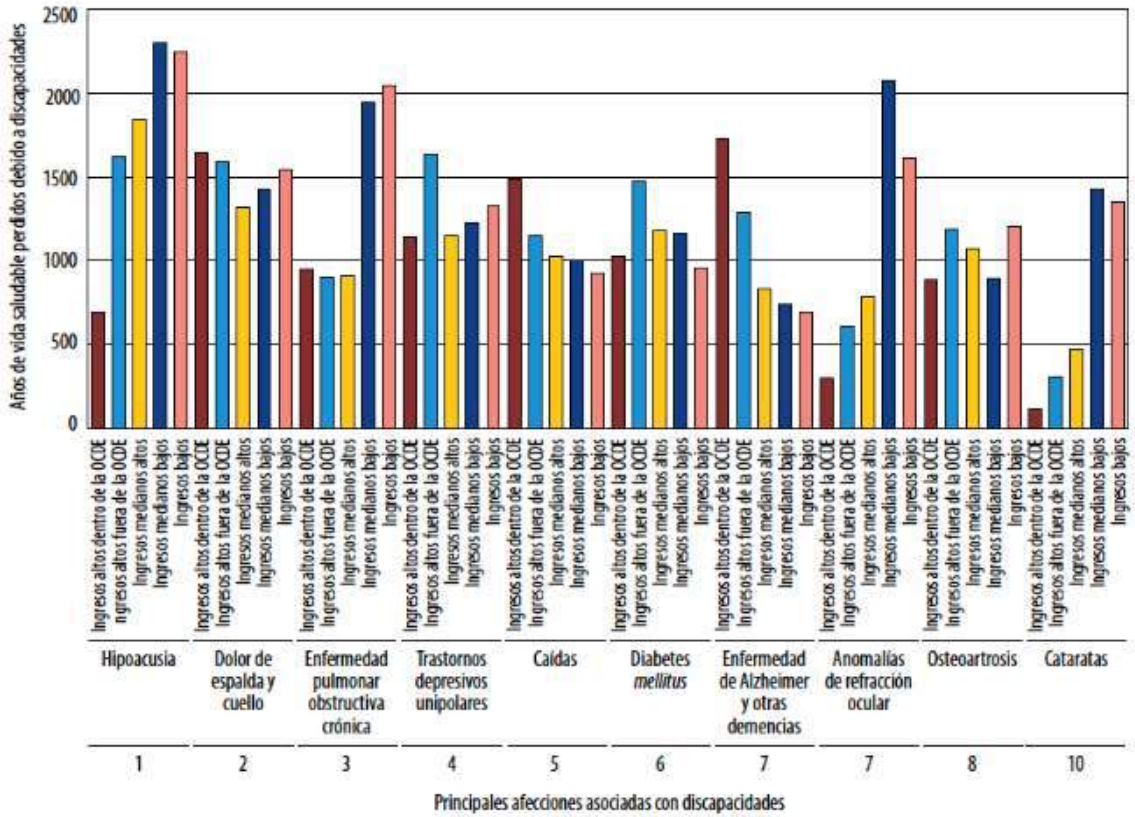
[a] Los resultados son muy diferentes ($P < 0,05$) de los informados por los adultos menores de 60 años.

Fuente: (1).

OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Vol. 1, Oms. 2015 [cited 2016 Jan 10]. p. 282. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

Impacto de la pobreza en discapacidad y la capacidad intrínseca

Figura 3.13. **Años de vida saludable perdidos por discapacidad cada 100.000 habitantes y las 10 afecciones más asociadas con discapacidades, en poblaciones de 60 años y más, 2012**

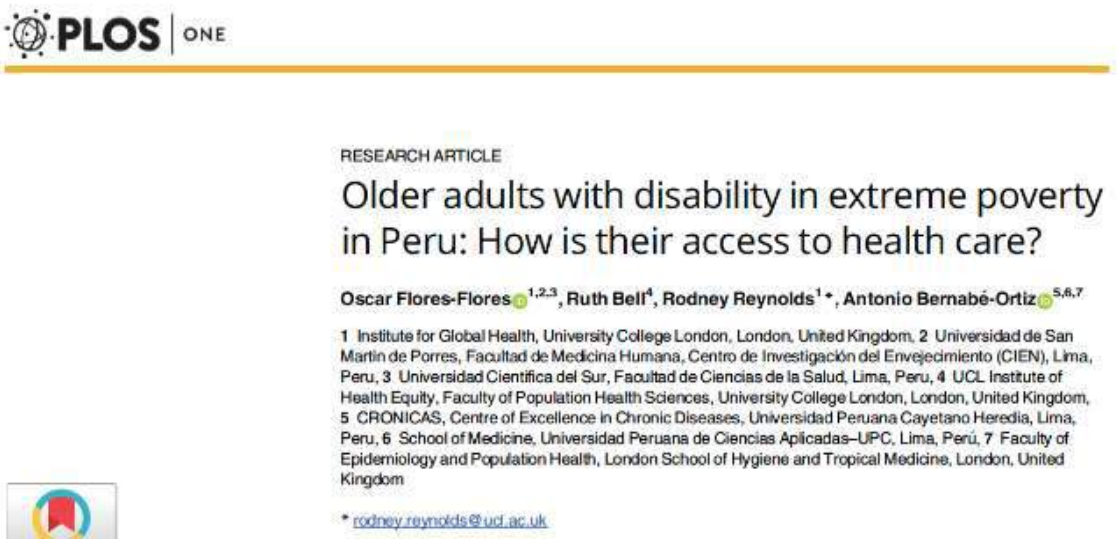


OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Vol. 1, Oms. 2015 [cited 2016 Jan 10]. p. 282. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

+ del 60% nunca había recibido ninguna de las medidas preventivas evaluadas…

Las personas con discapacidad ADL tenían 63% menor probabilidad de tener un seguro integral.



PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

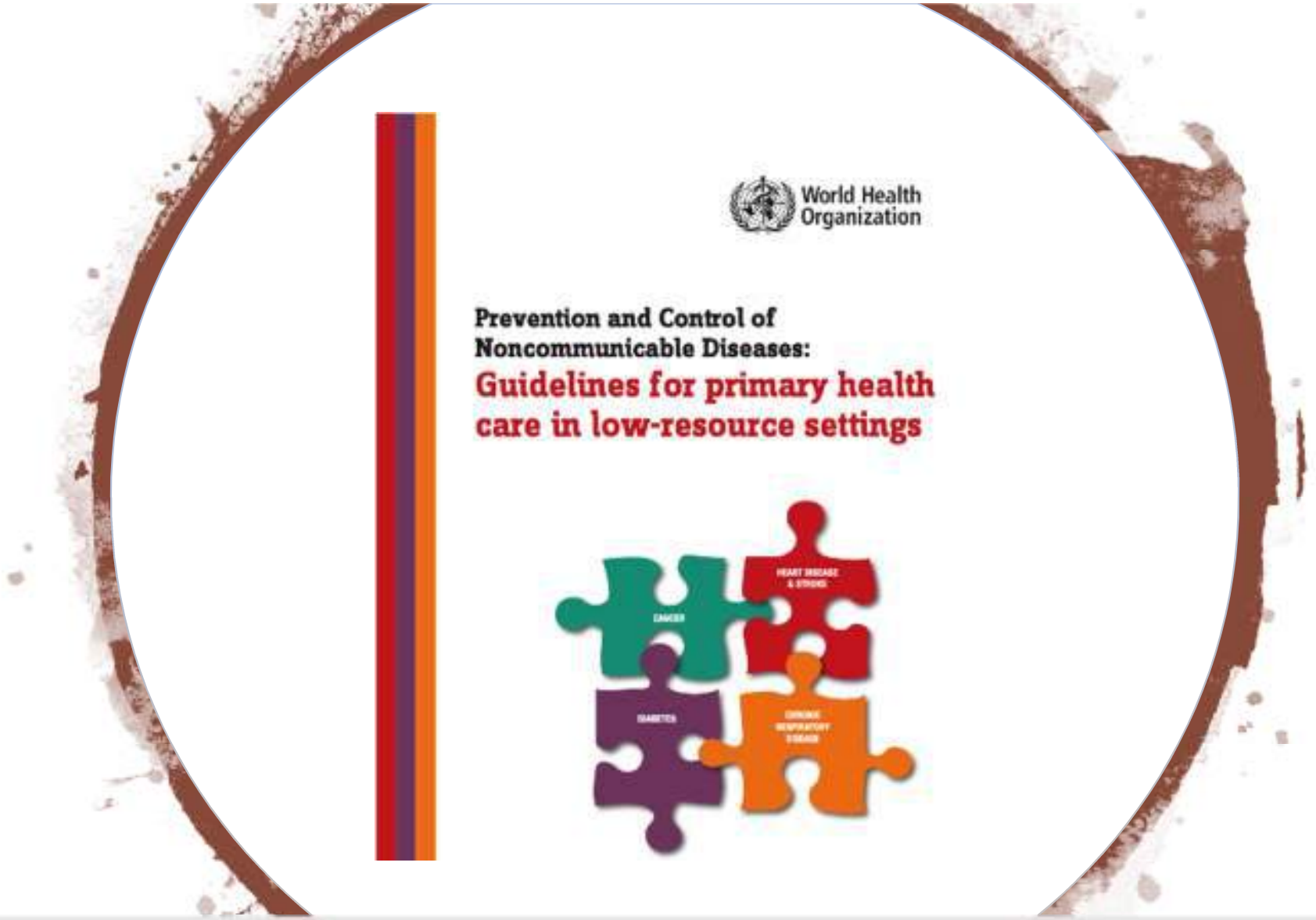
Older adults with disability in extreme poverty in Peru: How is their access to health care?

Oscar Flores-Flores[1,2,3], **Ruth Bell**[4], **Rodney Reynolds**[1]*, **Antonio Bernabé-Ortiz**[5,6,7]

1 Institute for Global Health, University College London, London, United Kingdom, 2 Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Centro de Investigación del Envejecimiento (CIEN), Lima, Peru, 3 Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud, Lima, Peru, 4 UCL Institute of Health Equity, Faculty of Population Health Sciences, University College London, London, United Kingdom, 5 CRONICAS, Centre of Excellence in Chronic Diseases, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru, 6 School of Medicine, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas–UPC, Lima, Perú, 7 Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom

* rodney.reynolds@ucl.ac.uk

- Discapacitado y pobre extremo, cómo es su acceso a servicios de salud
- ¿Equidad?



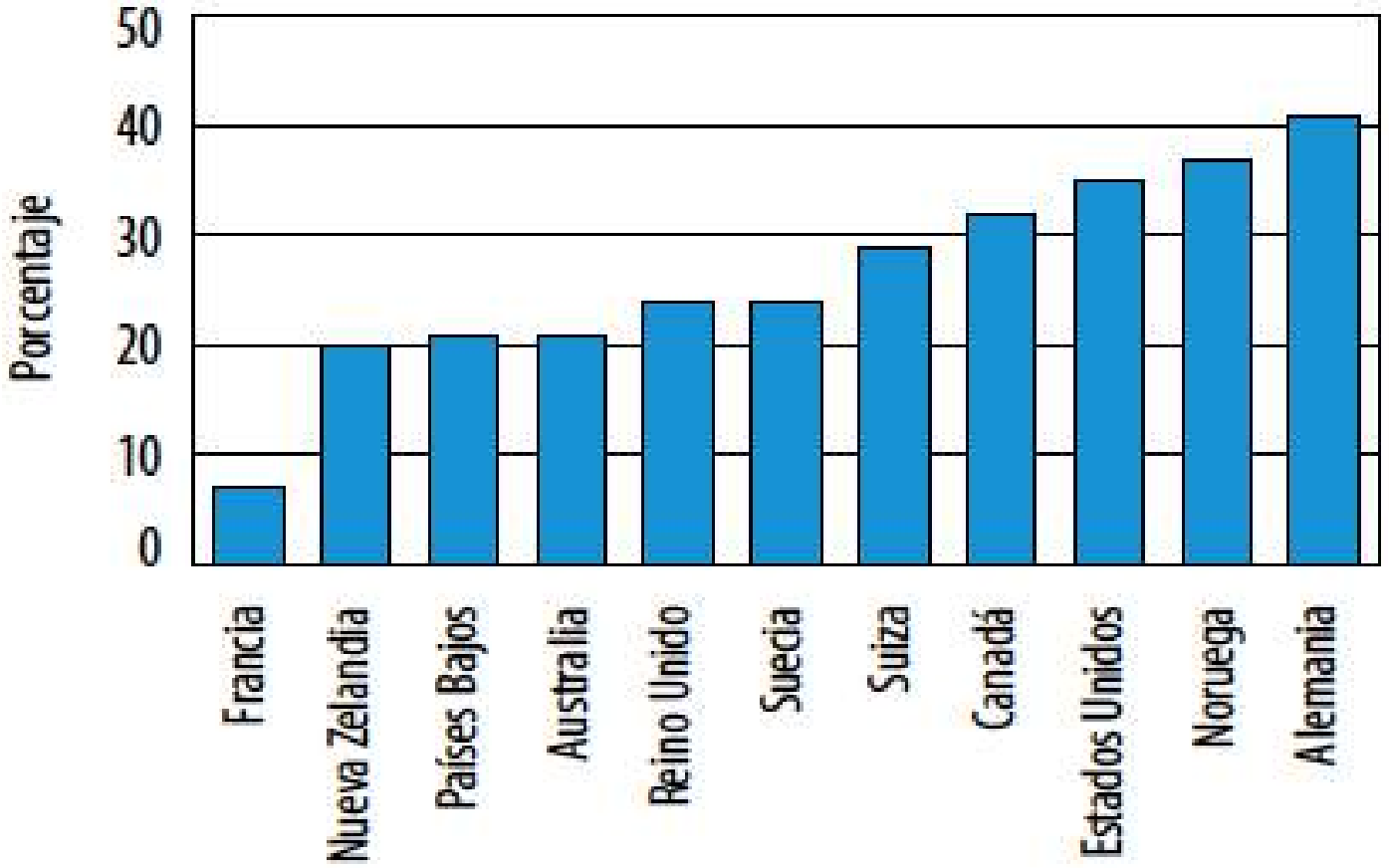
Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76173/1/9789241548397_eng.pdf, accessed 9 June 2015).

Reforma de la asistencia sanitaria, incluye la mejora en la coordinación de los servicios

- Programas de educación y formación para el cuidado de la salud.
- Profesionales entrenados para mejorar el conocimiento y reconocimiento de fragilidad
- Políticas de atención de la salud que promueven la calidad de la atención a las personas mayores con fragilidad
- Indicadores clínicos de fragilidad.
- Política de atención de salud que apunta al reconocimiento y manejo de la fragilidad en la práctica diaria.

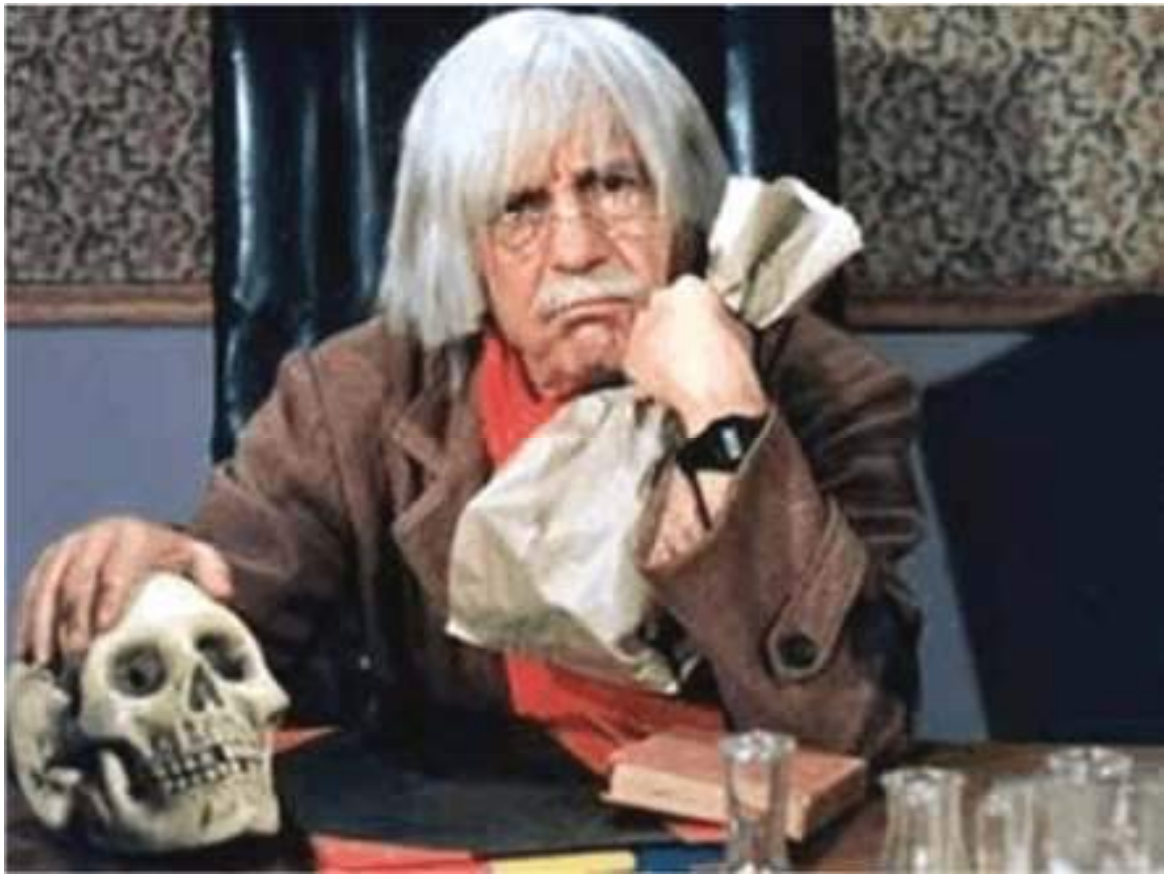
Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Vol. 394, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2019. p. 1376–86.

Porcentaje de adultos de 65 años o más que tuvieron problemas con la COORDINACIÓN de la atención en los últimos dos años,11 países, 2014



Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. Health Aff (Millwood). 2014 Dec;33(12):2247–55. doi: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947 PMID: 25410260

39 % de los encuestados había consultado a cuatro médicos o más en el último año



Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. Health Aff (Millwood). 2014 Dec;33(12):2247–55. doi: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947 PMID: 25410260

No lo mismo un Adulto joven con enfermedad X que en Adulto Mayor con enfermedad X



"Los servicios de salud deben adecuarse a las particularidades de sus NUEVOS USUARIOS buscando MEJORAR LA SALUD Y GESTIONAR LA DEPENDENCIA DE CUIDADOS



Figure. Conceptual framework for integrated people-centred health services



World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 [Internet]. Draft for consultation. 2015 [cited 2019 Oct 26]. Available from: http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/

Del Papel a los servicios…

TABLA. Objetivos estratégicos y plan de acción sobre envejecimiento y salud, 2016-2020 (OMS).

Objetivos estratégicos (5)	Objetivos concretos que guían el Plan de acción (5x3)	Plan de Acción: medidas específicas para que los estados miembros las desarrollen, a título de ejemplo (de un total de 79)
1. Comprometerse a adoptar medidas sobre el envejecimiento saludable en cada país	1.1 Establecer marcos de acción nacionales sobre el envejecimiento saludable	Identificar centros gubernamentales para coordinar cuestiones relativas al envejecimiento saludable
	1.2 Fortalecer las capacidades nacionales para formular políticas basadas en pruebas científicas	Identificar áreas con lagunas de investigación y promover la investigación en esas áreas
	1.3 Combatir la discriminación por edad (edadismo) y transformar la comprensión del envejecimiento y la salud	Adoptar legislación contra la discriminación por motivos de edad
2. Crear entornos adaptados a las personas mayores	2.1 Fomentar la autonomía de las personas mayores	Planificación anticipada de la atención (incluida la atención a largo plazo), tecnologías de asistencia adecuadas
	2.2 Propiciar la participación de las personas mayores	Asegurar la participación formal de las personas mayores en la adopción de decisiones sobre políticas, programas y servicios
	2.3 Promover actividades multisectoriales	Apoyar a las municipalidades para que adapten más las ciudades a las personas mayores Ayudar a reformar viviendas
3. Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores	3.1 Centrar los sistemas de salud en la capacidad intrínseca y la capacidad funcional	Asegurar la colaboración entre sectores, y principalmente entre servicios sanitarios y sociales
	3.2 Desarrollar y asegurar el acceso asequible de las personas mayores a la atención clínica integrada de calidad y centrada en la persona	Diseñar sistemas para fomentar la autoatención de las personas mayores
	3.3 Velar por que haya personal sanitario sostenible y apropiadamente capacitado, desplegado y gestionado	Planes de estudio de todos los profesionales sanitarios incluyan competencias en materia de envejecimiento y salud
4. Fomentar sistemas sostenibles y equitativos para ofrecer atención a largo plazo (domiciliaria, comunitaria e institucional)	4.1 Establecer y mejorar constantemente las bases de un sistema de atención a largo plazo sostenible y equitativo	Considerar la atención a largo plazo como una prioridad de salud pública y un derecho humano
	4.2 Desarrollar la capacidad del personal sanitario y prestar apoyo a los cuidadores	Elaborar normas nacionales sobre capacitación de cuidadores profesionales Formación permanente a los cuidadores remunerados
	4.3 Asegurar la calidad de la atención a largo plazo integrada y centrada en la persona	Normas, protocolos y mecanismos de acreditación nacionales para la prestación de atención a largo plazo integrada y centrada en la persona
5. Mejorar los sistemas de medición, seguimiento e investigación en materia de envejecimiento saludable.	5.1 Acordar medios para medir, analizar, describir y hacer un seguimiento del envejecimiento saludable	Realizar un seguimiento demográfico periódico de personas mayores
	5.2 Reforzar las capacidades de investigación y los incentivos a la innovación	Fortalecer la financiación en la investigación orientada a abordar el envejecimiento saludable
	5.3 Investigar y sintetizar pruebas científicas sobre el envejecimiento saludable	Realizar encuestas longitudinales de población para evaluar el estado de salud y las necesidades conexas de las personas mayores

Fuente: OMS: Plan de Acción 2016-2020. Documento A69/17, Asamblea Mundial de la Salud, 2016.

Comunidades de Cuidado

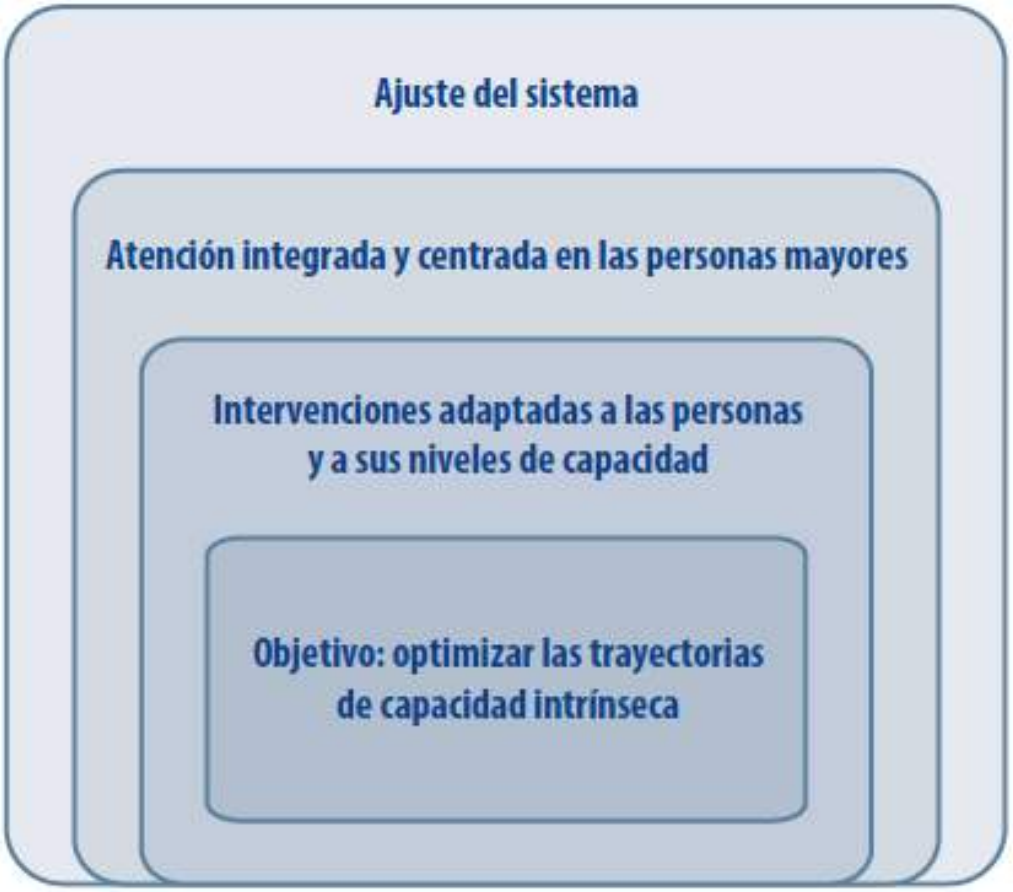


Joanne Lynn. MediCaring Communities. June 2016



The King's Fund 2014 Making our health and care systems fit for an ageing population

Diseñando los Sistemas de Salud para proveer un Envejecimiento Saludable



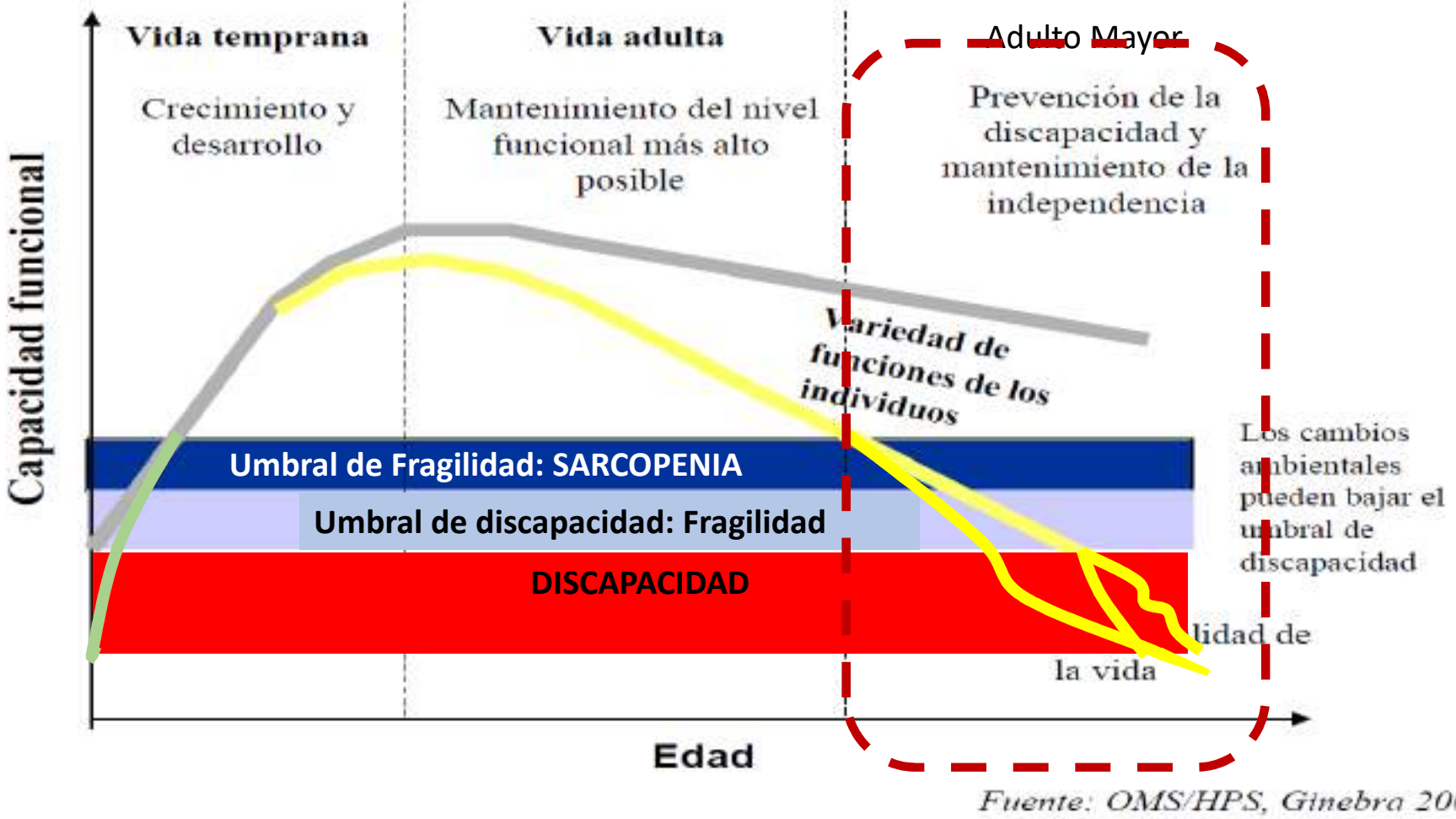
OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Vol. 1, Oms. 2015 [cited 2016 Jan 10]. p. 282. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

Actividades para Adecuar Servicios a Necesidades de Personas Mayores

- Suministro de servicios: creación de una infraestructura sanitaria adaptada a las personas mayores
- Recursos humanos: transformación del equipo de trabajo
- Sistemas de información de salud y cibersalud (eHeath): la clave está en las inversiones
- Productos médicos, vacunas y tecnologías: garantía de acceso
- Liderazgo y gobernanza: el Envejecimiento Saludable en el centro de las políticas y los planes
- Financiamiento de la salud: coordinación con los objetivos del Envejecimiento Saludable
- Replanteo de la investigación médica.

OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Vol. 1, Oms. 2015 [cited 2016 Jan 10]. p. 282. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

El Enfoque de Curso de Vida para el mantenimiento de la más alta capacidad funcional.



Fuente: OMS/HPS, Ginebra 2000.

BUSQUEMOS FACTORES QUE DECIDEN TRAYECTOS

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE



Casa de PPP, Lima 2018

Revisando Definicion ÁND CONCEPT DE S DEL ENFE EDAD

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:
proceso de fomentar y mantener la *capacidad funcional* que permite el bienestar en la vejez

CAPACIDAD FUNCIONAL: Ser y hacer lo que la ***persona*** *considera valioso*



Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

¿Qué quieres SER y qué CONSIDERAS VALIOSO HACER?

¿Cuáles son sus necesidades para un envejecimiento saludable?



- [ ] Necesidades Básicas.
- [ ] Movilidad.
- [ ] Aprender, Crecer , y Tomar decisiones con dignidad.
- [ ] Crear y mantener Redes Sociales.
- [ ] Contribuir

BAMBOO

Dr. Jose Francisco Parodi

ENTORNO: **Potente determinante** de la capacidad funcional



LA RESPUESTA DE LOS SERVICIOS es también EL ENTORNO

Proponiendo Grupos de Intervención

Cap Intrins. + Cap Func +	Cap Intrins - Cap Func +	Cap Intríseca - -/ --- / ---- Cap Funcional -	
		REVERSIBLE POTENCIAL (CI - -)	IRREVERSIBLE (CI - - -)
			TERMINAL (CI - - - -)

Fomentar y mantener la capacidad intrínseca

REVERSIBILIDAD

Invertir, detener o moderar la pérdida de la capacidad

FRAGILIDAD

Capacidad Intrínseca

Compensar la pérdida de la capacidad

Reducir los factores de riesgo y fomentar los hábitos saludables
Detección temprana y tratamiento de las enfermedades crónicas
Fomentar la resiliencia con conductas que mejoran la capacidad mediante el fortalecimiento de las habilidades personales
y la creación de relaciones



- Intervenciones Basa en Evidencia.
- Servicio Medico adecuado, integrado integral y coordinado.



Implementar programas multidimensional en los entornos de atención primaria de la salud
Tratar las causas fundamentales del deterioro de la capacidad
ntener la masa muscular
densidad
a con ejercicio y buena
rición



DISCAPACIDAD

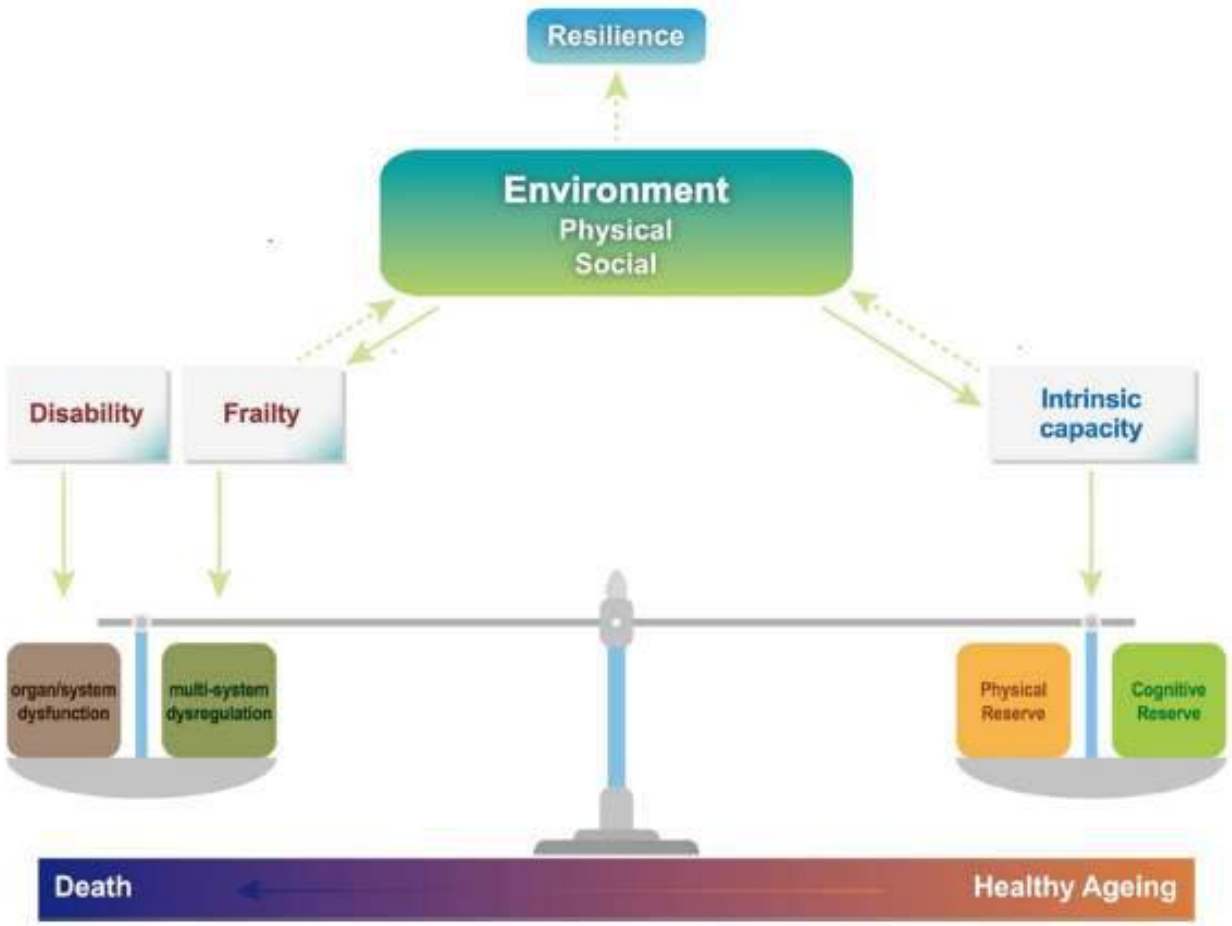
Intervenciones para recuperar y mantener la capacidad intrínseca.
Atención y apoyo para compensar las pérdidas en la capacidad y garantizar la dignidad.
Acceso rápido a atención de cuadros agudos.



- Atención Paliativa



Relación en resiliencia, discapacidad, fragilidad y capacidad intrínseca



Woo J. Frailty, Successful Aging, Resilience, and Intrinsic Capacity: a Cross-disciplinary Discourse of the Aging Process. Curr Geriatr Reports. 2019;8(2):67–71.

Adaptando los Sistemas de Cuidado a las Necesidades del Usuario

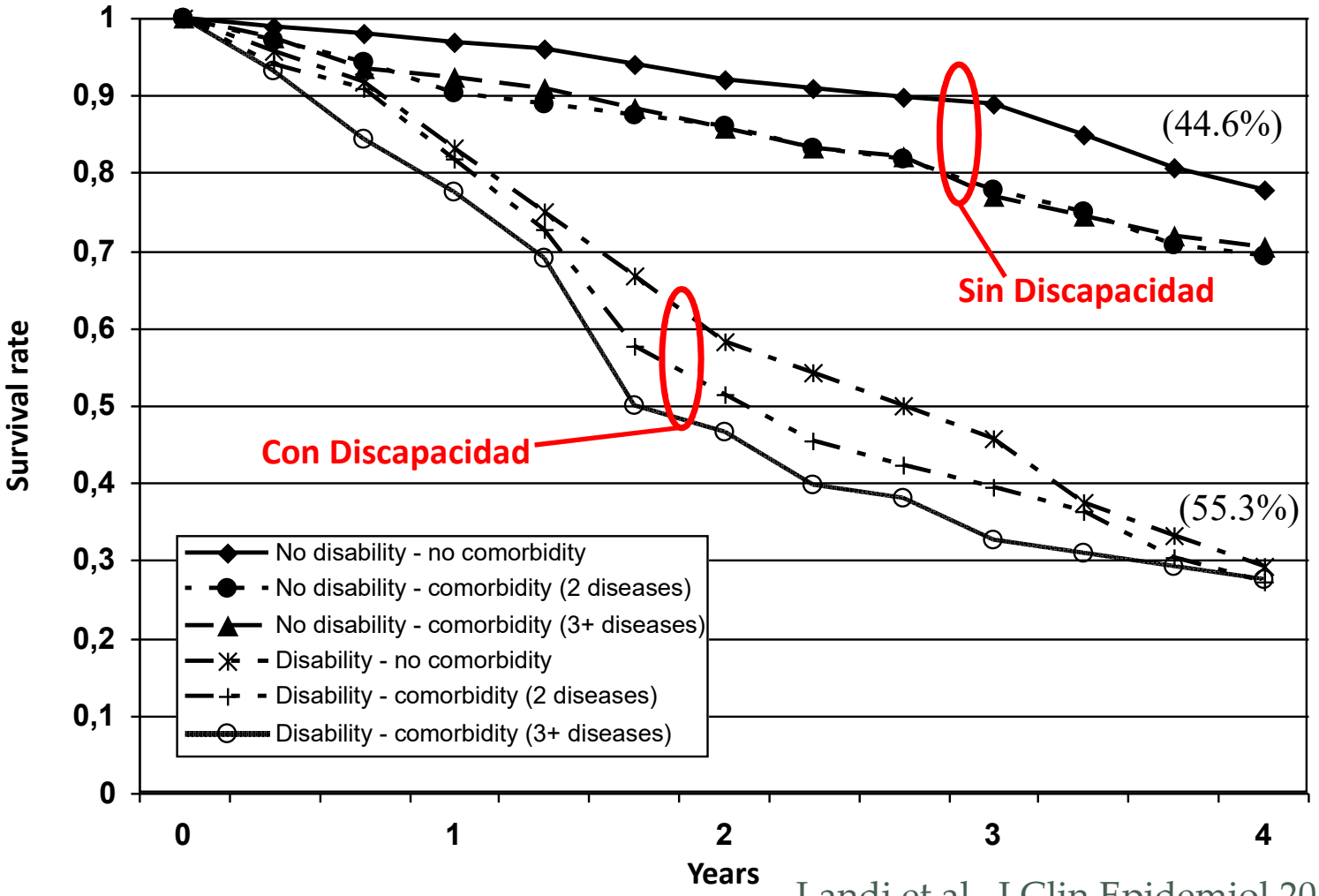


Optimizar Capacidad Funcional

¿Por qué?

¿Para qué?

La DISCAPACIDAD predice MORTALIDAD en edad avanzada MAS QUE la MULTIMOBILIDAD. (>80 a)



(n=364). all-cause mortality 4-year follow-up

disabled + multimorbidity [HR]=3.91; 95% confidence interval [CI]=1.53-10.00) disable - multimorbidity (HR=2.36; 95% CI=0.63-8.83).

Landi et al., J Clin Epidemiol 2010

El NUMERO de ENFERMEDADES NO SE ASOCIA a discapacidad ni muerte en AM, cosa que SI HACE LA FRAGILIDAD

Models of association between age, sex, institutionalization, frailty, disability, comorbidity, and the three events recorded

	Mortality OR (95%CI)	Incident disability OR (95%CI)	Combined event OR (95%CI)	Combined event OR (95%CI) Age < 80	Combined event OR (95%CI) Age ≥ 80
		Model 1			
Age	1.07 (1.02-1.12) †	1.09 (1.06-1.13) ‡	1.10 (1.06-1.14) ‡	1.06 (0.96-1.16)	1.13 (1.05-1.21) †
Female sex	0.34 (0.19.0.62)‡	1.16 (0.77-1.74)	0.90 (0.62-1.31)	1.04 (0.60-1.79)	0.81 (0.48-1.36)
Institutionalization	1.58 (0.83-3.03)	2.69 (1.59-4.55) ‡	2.73 (1.68-4.44) ‡	3.69 (1.33-10.23) *	2.29 (1.31-3.98) †
Frailty status					
Prefrail	3.16 (0.90-11.04)	1.93 (1.12-3.31) *	2.14 (1.28-3.57) ‡	3.64 (1.70-7.78) †	1.05 (0.49-2.23)
Frail	4.18 (1.09-16.04)*	2.51 (1.27-4.93) †	3.07 (1.63-5.77) ‡	6.87 (2.58-18.31) ‡	1.33 (0.56-3.19)
Disability in BADL	4.24 (2.07-8.71)‡	1.71 (1.07-2.75) *	2.19 (1.43-3.36) ‡	1.91 (0.96-3.78)	2.42 (1.38-4.23) †
High comorbidity	1.45 (0.74-2.84)	1.21 (0.72-2.03)	1.28 (0.80-2.06)	1.62 (0.82-3.21)	0.97 (0.51-1.85)
		Model 2			
Age	1.07 (1.02-1.12) †	1.09 (1.06-1.13) ‡	1.10 (1.06-1.13) ‡	1.05 (0.96-1.16)	1.13 (1.05-1.21) †
Female sex	0.31 (0.18.0.56)‡	1.13 (0.75-1.69)	0.87 (0.60-1.25)	0.94 (0.55-1.60)	0.82 (0.49-1.36)
Institutionalization	1.53 (0.80-2.94)	2.66 (1.57-4.49) ‡	2.69 (1.66-4.37) ‡	3.64 (1.14-10.07) *	2.34 (1.34-4.08) †
Frailty status					
Prefrail	3.26 (0.93-11.40)	1.93 (1.12-3.32) *	2.15 (1.29-3.59) ‡	3.60 (1.68-7.71) †	1.07 (0.50-2.29)
Frail	4.38 (1.14-16.87)*	2.55 (1.30-5.02) †	3.15 (1.67-5.92) ‡	6.88 (2.59-18.27) ‡	1.37 (0.57-3.29)
Disability in BADL	4.53 (2.22-9.23)‡	1.76 (1.10-2.81) *	2.26 (1.48-3.45) ‡	1.98 (1.01-3.91) *	2.45 (1.41-4.24) †
Multimorbidity 14	1.09 (0.55-2.14)	0.88 (0.68-1.57)	1.06 (0.72-1.57)	1.50 (0.83-2.70)	0.74 (0.42-1.28)

Model 1: High comorbidity is considered as a Charlson index score ≥ 3. Model 2: Multimorbidity is considered when 2 or more of the 14 selected diseases are present. Disability in BADL is considered when lower scores on the Barthel Index in bathing, grooming, dressing, feeding, or toilet use are present in the follow-up visit compared to the baseline visit. OR: Odds Ratio. 95%CI: 95% Confidence interval. BADL: Basic activities of daily living. ‡ p<0.001, †p<0.01, * p<0.05.

n: 842 >70 a de fRAdeA Study mean follow-up 520 days

Abizanda P, Romero L, Sanchez-Jurado PM, Martinez-Reig M, Alfonso-Silguero SA, Rodriguez-Manas L. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? The journal of nutrition, health & aging. 2014;18(6):622.

Pobre Desempeño FISICO: Las comorbilidades NO, SI polifarmacia, “Falta de Energía” y estado mental

Table 3. Poisson regression to determine factors associated with poor physical performance.

Variables	Crude Model: PR (95%IC)	P value	Adjusted Model: PR (95%IC)	P value
Female gender	**1.58 (1.21-2.07)**	**0.001**	**1.29 (1.03-1.61)**	**0.028**
Lack of social support	**2.27 (1.74-2.96)**	**<0.001**	**2.10 (1.17-3.76)**	**0.013**
Alcohol consumption	**1.77 (1.45-2.17)**	**<0.001**	0.95 (0.77-1.19)	0.673
Tobacco consumption	**1.69 (1.35-2.11)**	**<0.001**	0.95 (0.74-1.22)	0.694
Number of drugs used	**1.22 (1.17-1.27)**	**<0.001**	**1.09 (1.01-1.17)**	**0.022**
Comorbidities	**1.15 (1.02-1.29)**	**0.019**	0.95 (0.86-1.06)	0.364
Urinary incontinence	**2.08 (1.65-2.63)**	**<0.001**	**1.45 (1.16-1.82)**	**0.001**
Falls in the last year	**3.04 (2.14-4.30)**	**<0.001**	1.57 (0.87-2.83)	0.134
Hospitalizations in the last year	**1.36 (1.04-1.78)**	**0.023**	0.98 (0.74-1.29)	0.877
Dependence ADL[1]	**1.55 (1.07-2.25)**	**0.022**	2.03 (0.94-4.39)	0.071
Exhaustion	**2.04 (1.54-2.69)**	**<0.001**	**1.35 (1.03-1.75)**	**0.027**
Depressive symptoms	**1.62 (1.31-2.00)**	**<0.001**	1.26 (0.98-1.62)	0.072
Cognitive impairment (Pfeifer Questionnaire score ≥3)	**2.48 (2.04-3.02)**	**<0.001**	**1.89 (1.40-2.55)**	**<0.001**
Altitude (masl)[2]	**1.47 (1.11-1.95)**	**0.007**	0.86 (0.73-1.02)	0.089

[1]Activities of daily living, assessed with Barthel Index. [2]Altitude for each 1000 masl.

Urrunaga-Pastor D, Runzer-Colmenares FM, Arones TM, Meza-Cordero R, Taipe-Guizado S, Guralnik JM, Parodi JF, et al. Factors associated with poor physical performance in older adults of 11 peruvian high andean communities F1000Research. 2019;8(May).

Las contradicciones y peligro de las guías centradas en una sola enfermedad en personas mayores con Multimorbilidad



Abordaje centrado en la enfermedad vs. Abordaje centrado en la persona.

El abordaje **centrado en enfermedad** en la medicina clínica puede causar un cuidado fragmentado y pobremente coordinado; y produce planes de **tratamiento que son ineficientes, inefectivos o inclusivo dañinos** para las **personas** con multimorbilidad.

- *Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? Public Health Reviews 2010; 32:451.*
- *Boyd CM, Leff B, Wolff JL, et al. Informing clinical practice guideline development and implementation: prevalence of coexisting conditions among adults with coronary heart disease. J Am Geriatr Soc 2011; 59:797.*
- *Fortin M, Soubhi H, Hudon C, et al. Multimorbidity's many challenges. BMJ 2007; 334:1016.*
- *Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. Am J Med 2004; 116:179.*
- *Parekh AK, Barton MB. The challenge of multiple comorbidity for the US health care system. JAMA 2010; 303:1303.*
- *Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005; 294:716.*
- *Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. Arch Intern Med 2011; 171:75.*

Evaluación de la atención centrada en la persona: observación estructurada de la entrevista clínica y autovaloracion de la consulta por usuario o prestado

01



RATING SCALE

02



MÉTODO ROTER

03



MÉTODO HENBEST Y STEWART

¿Qué es atención centrada en la persona?

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 atencion 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 atencion de salud y la atención a largo plazo son limitados o inexistentes.	Los vínculos con la atencion de salud y la atención a largo plazo existen y son sólidos.
El envejecimiento se considera un estado patológico.	El envejecimiento se considera una parte normal y valiosa de la vida.

Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/



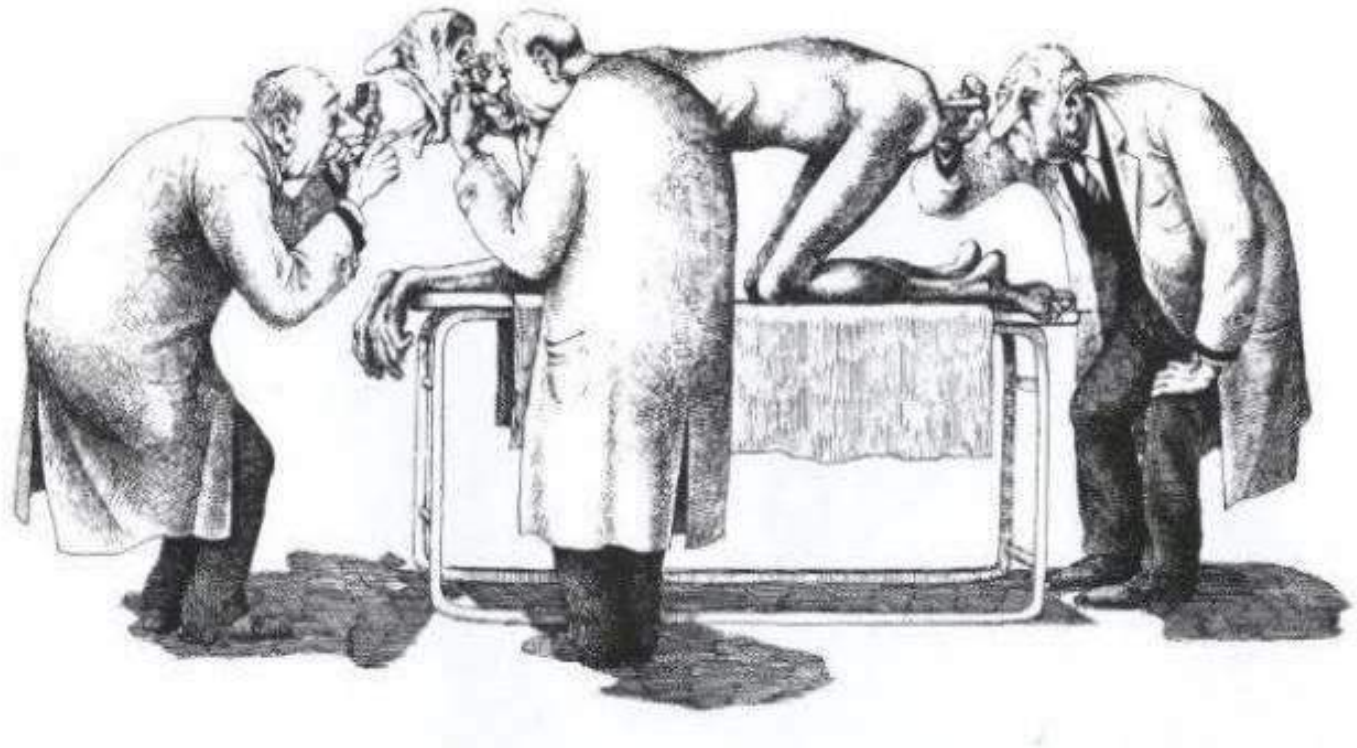
Funciones propuestas como dominios y subdominios de la Capacidad Intrínseca



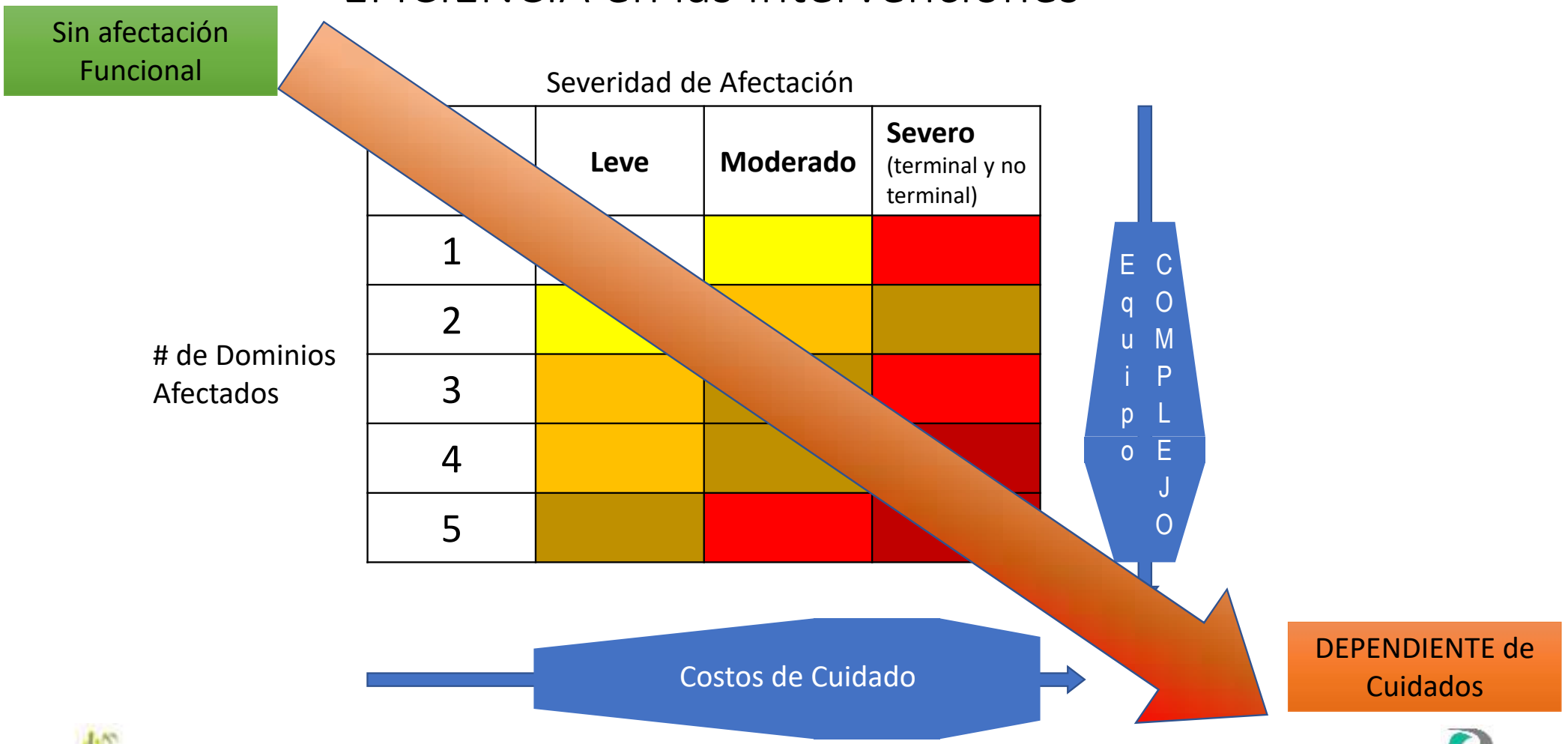
Sensorial	• Ver • Escuchar
Vitalidad	• Función Hormonal • Metabolismo Energético • Función Cardio-Respiratoria
Psicológico	• Animo • Vitalidad Emocional
Movilidad	• Marcha • Balance • Fuerza Muscular
Cognición	• Memoria • Inteligencia • Resolución de Problemas

Modificado de Cesari M, Araujo de Carvalho I, et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. The Journals of Gerontology: Series A [Internet]. 2 de febrero de 2018 [citado 28 de febrero de 2018]; Disponible en: https://academic.oup.com/biomedgerontology/advance-article/doi/10.1093/gerona/gly011/4834876

Atención ULTRAespecialista sin INTEGRALIDAD



¿Para qué necesitamos una clasificación?
EFICIENCIA en las Intervenciones



Ejemplos seleccionados de intervenciones específicas de fragilidad que se centran en objetivos del sistema de salud, por ubicación

	Intervention	Result
Kusatsu, Japan	A focused effort over 10 years to screen for frailty in primary care, with those identified as pre-frail or frail referred to a group community programme involving physical activity, nutrition, and social participation[91]	Substantial functional improvements in the population[91]
Hong Kong	The Hong Kong Jockey Club CADENZA project implemented a community frailty prevention project that has had a strong response rate;[92] the project has been running for over 9 years and involves the integration of health and social care, provision of caregiver support, and community group classes involving physical activity[92]	Not yet evaluated in the academic literature
Canada	The Seniors' Community Hub[93] builds capacity in primary care to address the health and social needs of older adults with frailty, including encompassing the needs of the older person with frailty in terms of their intrinsic capacity and frailty levels	Improvements in quality of life and functional maintenance or improvements in people with frailty[93]
UK	The NHS General Practice contract for 2017–18 requires practices to identify adults aged 65 years and older with severe or moderate frailty according to an eFI based on routine primary care coding; this identification is paired with a clinical review incorporating medication and falls reviews, and activation of a care summary record[51]	Effects on clinical outcomes have yet to be evaluated, and might help to clarify whether the eFI is generalisable to primary care in terms of acceptability, feasibility, interpretation, and implementation[60]
Singapore	The Ministry of Health has implemented a Silver Generation Ambassadors programme, which integrates health and social services to support seniors, specifically targeting older adults with frailty[94]	Not yet evaluated in the academic literature

NHS=National Health Service. eFI=Electronic Frailty Index.

Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Vol. 394, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2019. p. 1376–86.

Tecnología vs Equipos tecnológicos

- “conjunto de teorías y de técnicas que permiten el **aprovechamiento práctico** del conocimiento científico”

Real Academia de la Lengua Española

Evidencia de intervenciones beneficiosas en Adultos Mayores



VGI

- Evidencia/Recomendación **A**



Ejercicio Físico

- Evidencia/Recomendación **A**



Ejercicio Físico + Nutrición

- Evidencia/Recomendación **B**



Nutrición

- Evidencia/Recomendación **C**



Otros

- Evidencia/Recomendación **C-D**

Mora MÁC, Mañas LR. The Concept of Frailty and Functional Decline. En: Learning Geriatric Medicine [Internet]. Springer, Cham; 2018 [citado 4 de abril de 2018]. p. 27-39. (Practical Issues in Geriatrics). Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-61997-2_4

ALMA
ACADEMIA LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL ADULTO MAYOR
USMP INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CENTRO DE INVESTIGACION DEL ENVEJECIMIENTO
BMJ

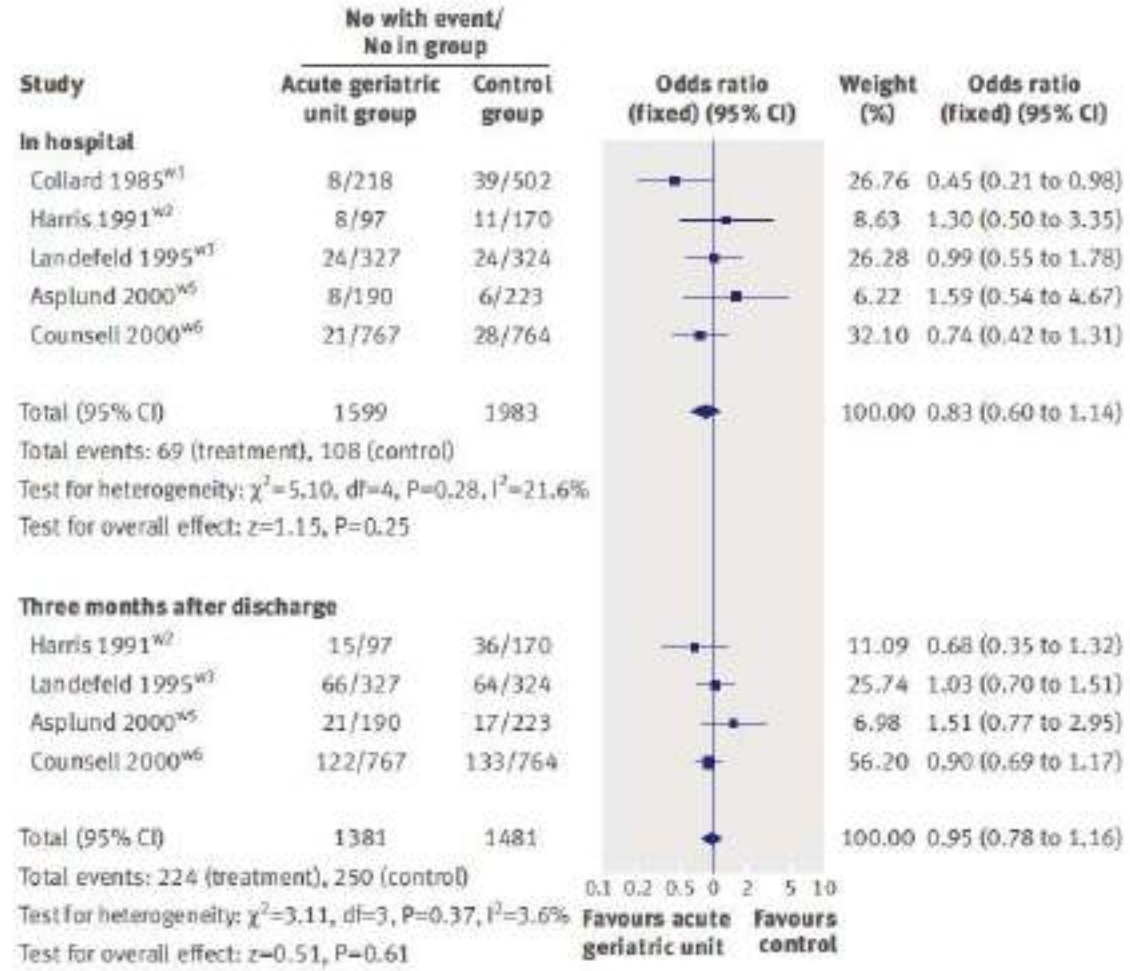


Fig 4 | Case fatality in hospital and three months after discharge in randomised trials comparing acute geriatric units with conventional hospital care

Cite this as: *BMJ* 2009;338:b50
doi:10.1136/bmj.b50

BAMBOO
Dr. José Francisco Parodi

Trabajar juntos: LOS SERVICIOS REMIX

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(4):193–199

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ORIGINAL/SECCIÓN CLÍNICA

La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico

Juan Ignacio González Montalvo[a,*], Pilar Gotor Pérez[a], Alberto Martín Vega[b], Teresa Alarcón Alarcón[a], José Luis Mauleón Álvarez de Linera[c], Enrique Gil Garay[c], Eduardo García Cimbrelo[d] y Julián Alonso Biarge[d]

[a] Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPAZ, Madrid, España
[b] Servicio de Control de Gestión, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPAZ, Madrid, España
[c] Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología-B, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España
[d] Cirugía Ortopédica y Traumatología-A, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

[Intervention Review]

Organised inpatient (stroke unit) care for stroke

Stroke Unit Trialists' Collaboration[1]

[1]Academic Section of Geriatric Medicine, University of Glasgow, Glasgow, UK

Contact address: Peter Langhorne, Academic Section of Geriatric Medicine, University of Glasgow, 3rd Floor, Centre Block, Royal Infirmary, Glasgow, G4 0SF, UK. peter.langhorne@glasgow.ac.uk.

Editorial group: Cochrane Stroke Group.
Publication status and date: Edited (no change to conclusions), comment added to review, published in Issue 7, 2014.
Review content assessed as up-to-date: 28 February 2013.

Citation: Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.

Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.



LA Reconciliación de la medicina con el tratamiento no farmacológico

El gran Reto para la medicina contemporánea



Transitional Care of the Long-Term Care Patient

Clin Geriatr Med 27 (2011) 259–271 doi:10.1016/j.cger.2011.02.004

S. Liliana Oakes, MD, CMD[a,*], Suzanne M. Gillespie, MD, CMD[b], Yanping Ye, MD[a], Margaret Finley, MD, CMD[a], Mathew Russell, MD[c], Neela K. Patel, MD, MPH[a], David Espino, MD[a]

KEYWORDS

- Long-term care • Transition • Acute care hospital
- Emergency department

International Journal of Integrated Care

ISSN 1568-4156

Volume 15, 27 May 2015
Publisher: Uopen Journals
URL: http://www.ijic.org
Cite this as: Int J Integr Care 2015; Annual Conf Suppl; URN:NBN:NL:UI:10-1-117085
Copyright: (cc) BY

Poster Abstract

Transitional care for persons with dementia and their caregivers

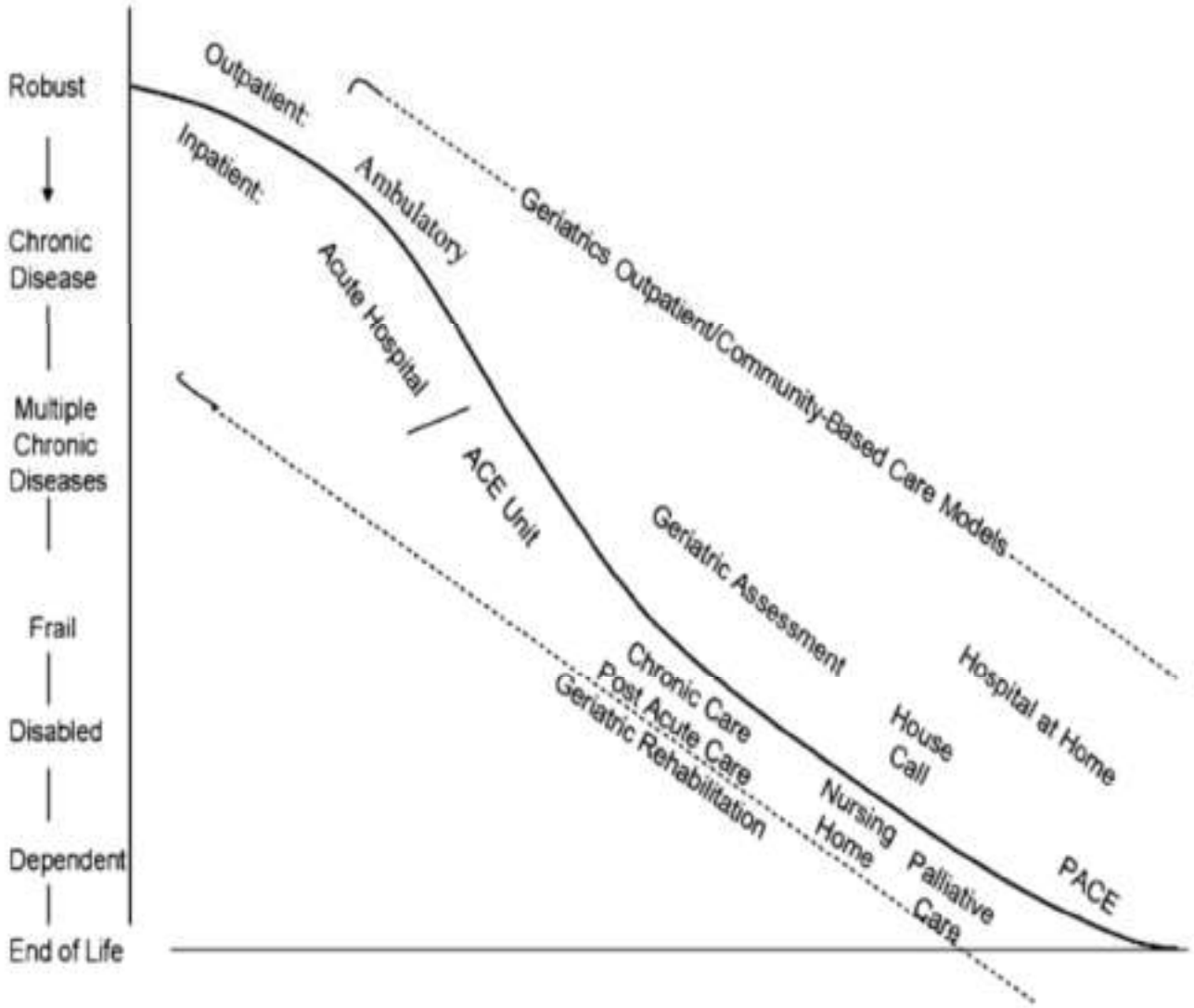
Jessica Ashbourne, *University of Waterloo, Canada*

Paul Stolee, *University of Waterloo, Canada*

Elementos en un sistema de cuidado a largo plazo centrado en la Persona Mayor



Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/



EDITORIAL Leading on Behalf of an Aging Society L Fried, JAGS 2008

Necesita la Persona una PRESCRIPCION SOCIAL?



https://www.bhf.org.uk/heart-matters-magazine/wellbeing/social-prescribing

ALMA
ACADEMIA LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL ADULTO MAYOR
USMP INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
JGIM
TIGACION DEL ENVEJECIMIENTO

ORIGINAL RESEARCH

How Can eHealth Technology Address Challenges Related to Multimorbidity? Perspectives from Patients with Multiple Chronic Conditions

Donna M. Zulman, M.D., M.S.[1,2], Emily C. Jenchura, B.S.[3], Danielle M. Cohen, M.P.H.[2], Eleanor T. Lewis, Ph.D.[1], Thomas K. Houston, M.D.[4,5], and Steven M. Asch, M.D., M.P.H.[1,2]

[1]Center for Innovation to Implementation (Ci2i), VA Palo Alto Health Care System, Menlo Park, CA, USA; [2]Division of General Medical Disciplines, Stanford University, Stanford, CA, USA; [3]Department of Psychology, Arizona State University, Tempe, AZ, USA; [4]eHealth Quality Enhancement Research Initiative, Bedford VA Medical Center, Bedford, MA, USA; [5]Division of Health Informatics and Implementation Science, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, USA.

BACKGROUND: Patient eHealth technology offers potential support for disease self-management, but the value of existing applications for patients with multiple chronic conditions (MCCs) is unclear.

OBJECTIVES: To understand self-management and health care navigation challenges that patients face due to MCCs and to identify opportunities to support these patients through new and enhanced eHealth technology.

DESIGN: After administering a screening survey, we conducted 10 focus groups of 3–8 patients grouped by age, sex, and common chronic conditions. Patients discussed

CONCLUSIONS: Although patients with multiple health issues use eHealth technology to support self-care for specific conditions, they also desire tools that transcend disease boundaries. By addressing the holistic needs of patients with MCCs, eHealth technology can advance health care from a disease-centered to a patient-centered model.

KEY WORDS: eHealth; mobile health; chronic illness; multimorbidity; self-management.
J Gen Intern Med 30(8):1063–70
DOI: 10.1007/s11606-015-3222-9
© Society of General Internal Medicine 2015

BAMBOO
Dr. José Francisco Parodi

¿Es importante la PARTICIPACIÓN de la POBLACION en la elección de soluciones y el rediseño de los servicios?



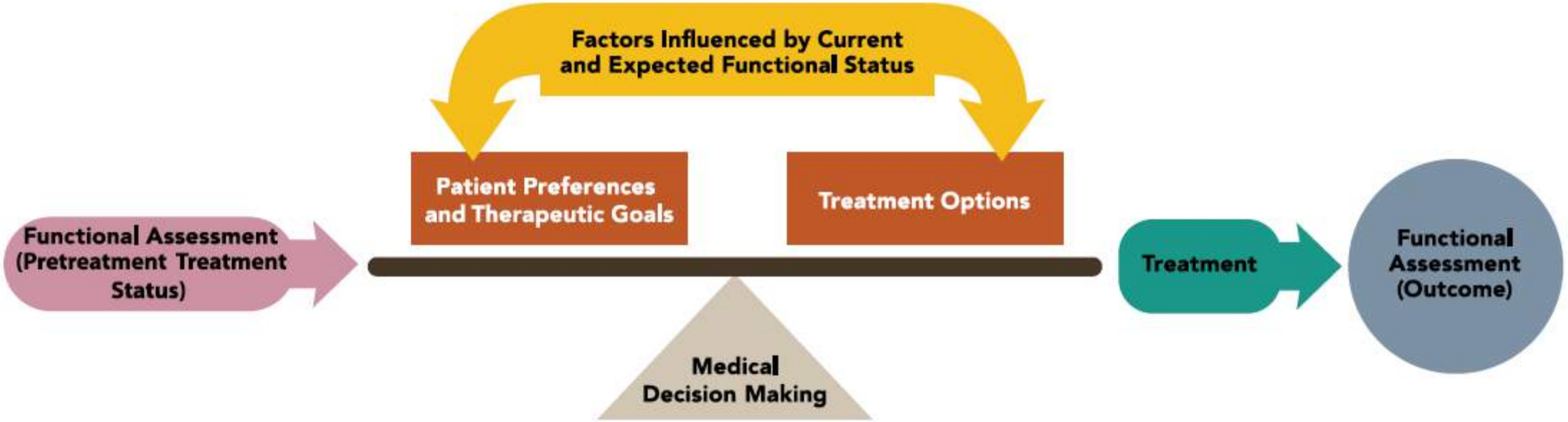






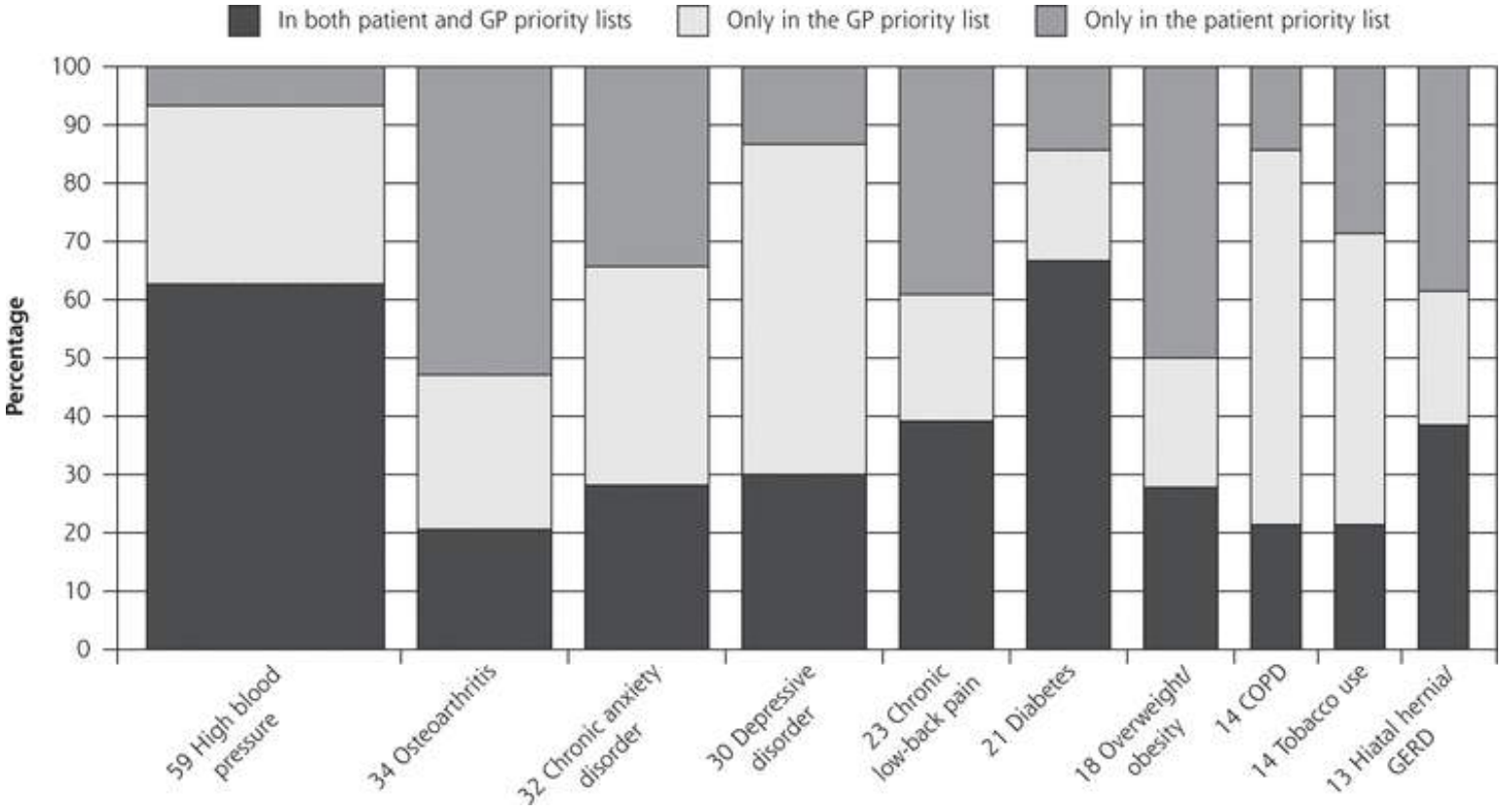


El uso de la FUNCIÓN para definir metas terapéuticas y Tratamientos



High KP, Zieman S, Gurwitz J, Hill C, Lai J, Robinson T, et al. Use of Functional Assessment to Define Therapeutic Goals and Treatment. J Am Geriatr Soc. 2019;1–9.

(29.4%) de las primeras prioridades de los pacientes no aparecían en ninguna parte de las listas de médicos generales correspondientes



Sidorkiewicz S, Malmartel A, Prevost L, Partouche H, Pinot J, Grangé-Cabane A, et al. Patient-Physician Agreement in Reporting and Prioritizing Existing Chronic Conditions. Ann Fam Med [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2019 Oct 25];17(5):396–402. Available from: http://www.annfammed.org/content/17/5/396.full

Satisfacción vs autonomía vs confianza vs soporte emocional

Clinical Interventions in Aging

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Whose advocacy counts in shaping elderly patients' satisfaction with physicians' care and communication?

This article was published in the following Dove Press journal:
Clinical Interventions in Aging

Kahana B, Yu J, Kahana E, Langendoerfer KB. Whose advocacy counts in shaping elderly patients' satisfaction with physicians' care and communication? Clin Interv Aging [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 25];13:1161–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29983551

PERCEPCIÓN DEL USUARIO: ATENCIÓN DE SALUD

ATENCIÓN DE SALUD: CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN LA CONSULTA DE SALUD U HOSPITAL

Cómo califica usted la atención que recibió *	Muy buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	n_o	%	n_o	%	n_o	%	n_o	%	n_o	%
Medico	285	34.2	400	48.0	135	16.2	13	1.6	833	100.0
Enfermera	240	40.0	270	45.0	85	14.2	5	0.8	600	100.0
Médico de medicina alternativa o complementaria	11	47.8	10	43.5	2	8.7	0	0.0	23	100.0
Psicólogo	5	13.5	20	54.1	12	32.4	0	0.0	37	100.0
Dentista/odontólogo	20	21.7	55	59.8	17	18.5	0	0.0	92	100.0
Oculista	9	17.0	30	56.6	11	20.8	3	5.7	53	100.0
Fisioterapista	17	30.9	28	50.9	7	12.7	3	5.5	55	100.0
Asistenta social	7	25.9	17	63.0	3	11.1	0	0.0	27	100.0
Obtetriz	0	0.0	2	33.3	4	66.7	0	0.0	6	100.0
Podologo	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
Farmaceutico	30	19.7	75	49.3	43	28.3	4	2.6	152	100.0
Nutricionista	38	32.2	56	47.5	24	20.3	0	0.0	118	100.0
Sanitario (auxiliar/técnico en salud)	9	25.0	19	52.8	7	19.4	1	2.8	36	100.0
Promotor de salud	1	25.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0
Hierbatero	2	16.7	9	75.0	1	8.3	0	0.0	12	100.0
Curandero/naturista	4	28.6	9	64.3	1	7.1	0	0.0	14	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 192) * No excluyente

SE NECESITA que las Personas Mayores **FORMEN PARTE ACTIVA** de los equipos de salud



Marcelli S, Gatti C, Rocchi R, Troiani S, Di Tuccio S, Giuli C, et al. Chronic care model and cost reduction in initial health: a new approach for satisfaction and improvement of chronicity. Geriatr Care [Internet]. 2017;3(3). Available from: http://www.pagepressjournals.org/index.php/gc/article/view/7066

Los geriatras tenemos el segundo mayor nivel de satisfacción por delante de la mayoría de las especialidades pediátricas y todo lo demás.

Panel A: High values for satisfaction score in 2004-2005 and high percentages for "very satisfied" in 1996-1997

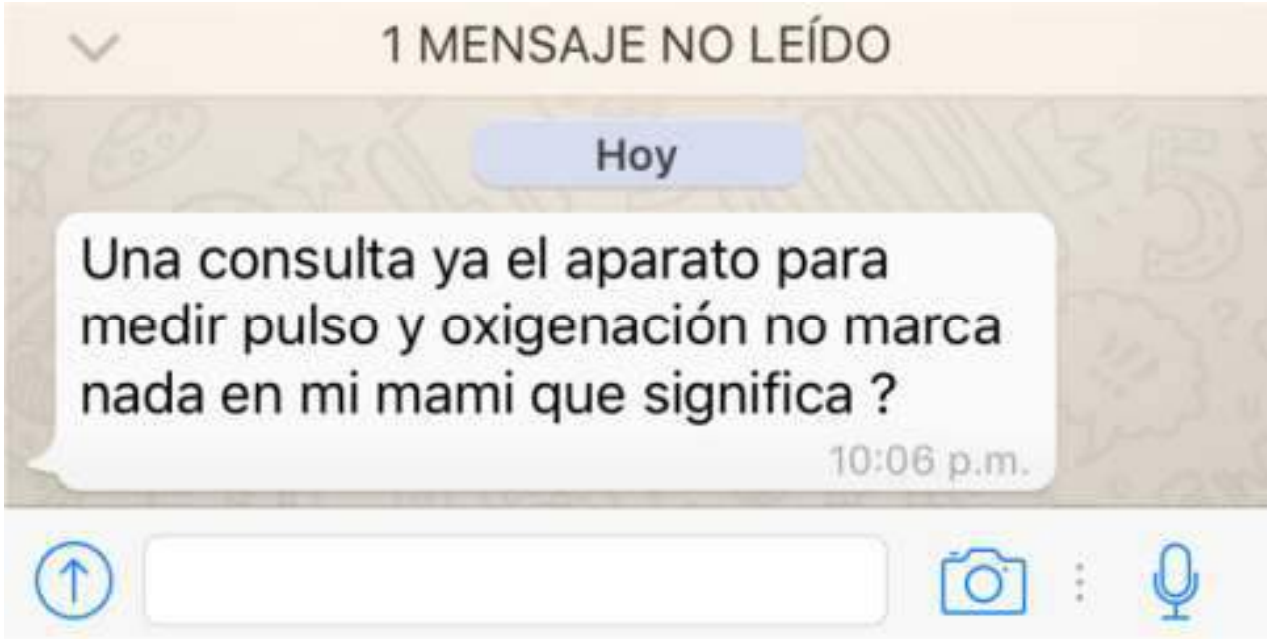
2004-2005	1996-1997
Pediatric emergency medicine	Geriatric internal medicine
Geriatric medicine	Neonatal medicine
Other pediatric subspecialties	Dermatology
Neonatal/prenatal medicine	Pediatrics
Internal medicine and pediatrics (combined practice)	All other specialties (n<40)
Pediatrics	
Dermatology	
Child and adolescent psychiatry	

Panel B: Low values for satisfaction score in 2004-2005 and high percentages for "dissatisfied" in 1996-1997.

2004-2005	1996-1997
Neurological surgery	Otolaryngology
Pulmonary critical care medicine	Obstetrics and gynecology
Nephrology	Ophthalmology
Obstetrics and gynecology	Orthopedic surgery
	Internal medicine

Salsberg E, Grover A. Physician workforce shortages: Implications and issues for academic health centers and policymakers. Acad Med [Internet]. 2006 Sep [cited 2019 Oct 29];81(9):782–7. Available from: https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-200609000-00003



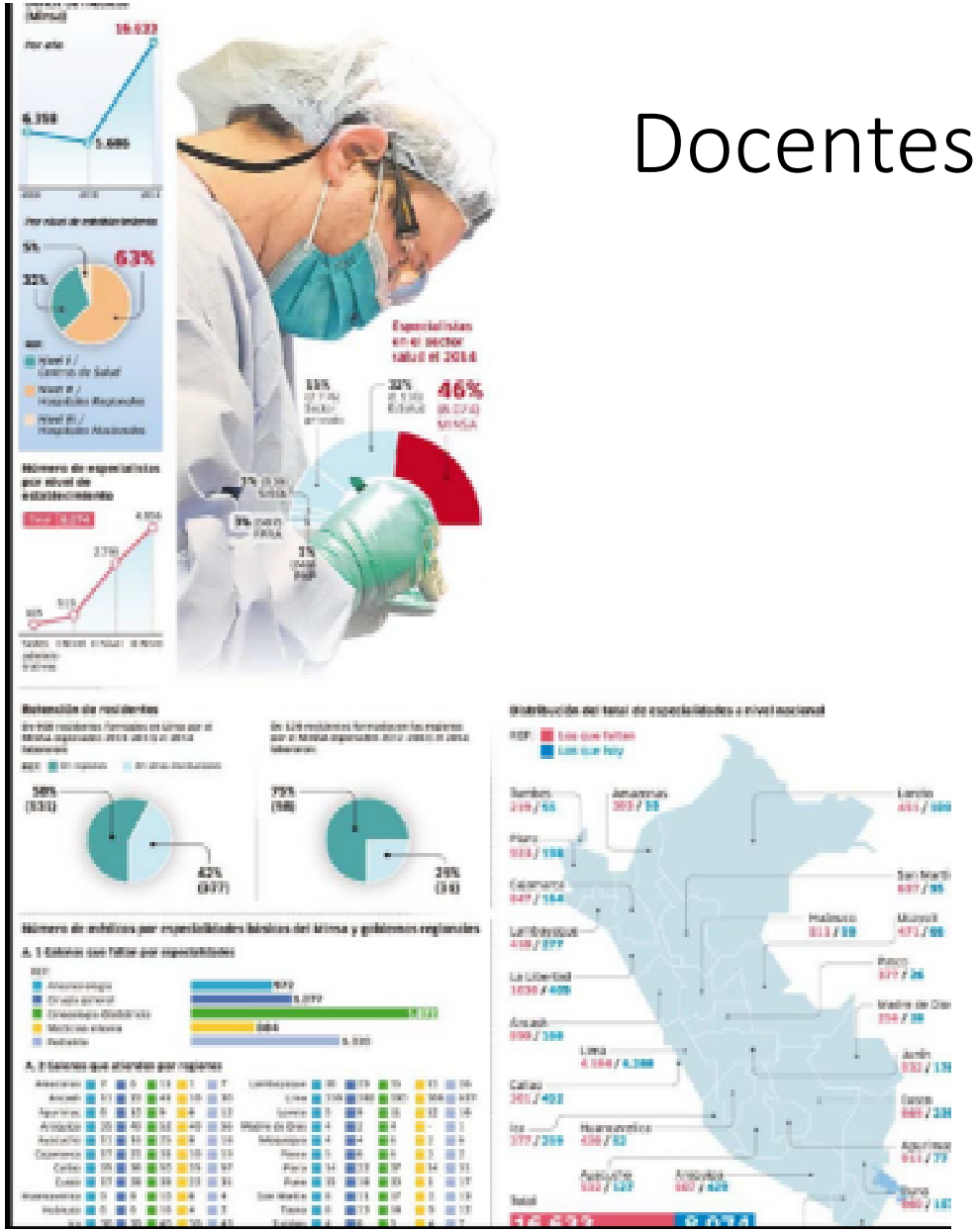


Estamos capacitados para atender al e-patient?

2007: Encuesta en La Habana - Taller organizado por la Oficina Regional de Envejecimiento de la OPS

Jefes de Programas de Envejecimiento y Salud de 16 países latinoamericanos	85 % refirió no haber recibido preparación específica para desarrollar sus funciones	Casi la mitad no había recibido formación en gerontología o geriatría ni en pre ni postgrado

Docentes e-Competentes



- **Habilidades**
  - Tutor virtual.
  - Diseño de entornos.
  - Plataformas para video conferencia
- **Herramientas**
  - Infografías.
  - Second life.
  - Repositorios de Casos en entornos inteligentes
  - Estrategias docentes lúdicas
  - Turnitin.
- ***Crear y usar EVIDENCIA*** *Y COMPARTILA.*

“se produce una transformación digital cuando la adopción y el uso digital permiten la innovación y la creatividad en una organización”.

Transformaciones para evitar el “Shock Digital Cultural

- Lo digital primero
- Simplifique
- Crecimiento
- Comunicación Interdepartamental
- Visibilidad y empoderamiento
- Nuevas Políticas



PSYCHU
Improving mental health care... together

About Resource Library Collections Events My Profile

How To Avoid Digital Culture Shock

Perspective | October 7, 2019

Change of any kind can be difficult, but any change that meets with resistance from any level of an organization can quickly become impossible–something we've written about before (see Challenges In Changing To A Culture Of Value (Or Making Any Culture Change). This is true for changes to business operations, service lines, performance management, and contracting models–and the tech infrastructure necessary to make all those requirements for a health and human service operation a success.

This digital transformation in health and human service organizations–and the culture shock that can often accompany it–was the focus of the recent 2019 *OPEN MINDS* Management Best Practices Institute session. Breaking The Barriers To Organizational Change, Salisbury's Story, featuring Salisbury Management team members, Tracy Hockenberry, Director of Business Systems and Shaun Poulton, Chief Information Officer. They described their process and lessons learned, in building and executing a digital transformation strategy.

https://www.psychu.org/how-to-avoid-digital-culture-shock/

Frailty Screening in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review

William K. Gray, Jenny Richardson,* Jackie McGuire,* Felicity Dewhurst,§ Vasanthi Elder,* Julie Weeks,* Richard W. Walker,*‡ and Catherine L. Dotchin*†*

70 estudios with data from 22 LMICs

OBJECTIVES: To conduct a systematic review of frailty screening tools used in low- and middle-income countries (LMICs).

DESIGN: Systematic review.

SETTING: LMICs, as defined by the World Bank on June 30, 2014.

PARTICIPANTS: Elderly adults (as defined by the authors) living in LMICs.

MEASUREMENTS: Studies were included if the population under consideration lived in a LMIC, the study involved an assessment of frailty, the study population was elderly adults, and the full text of the study was available in English. The Medline, Embase, CINAHL and Psy-

Over the last 10 to 15 years, there has been an increasing interest in frailty in elderly adults as a way of identifying those most in need of medical and care support,[1] but despite recent initiatives, gaining consensus on what constitutes frailty is difficult.[2] Frailty is generally thought to be associated with vulnerability to external stressors and subsequent risk of adverse events such as falls, hospitalization, nursing home placement, and death.[3] Rockwood and colleagues have tried to define frailty in terms of the accumulation of deficits, and several studies have been published in this area.[4] A number of markers of health status (typically 30–40 items;

Gray WK, Richardson J, McGuire J, Dewhurst F, Elder V, Weeks J, et al. Frailty Screening in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr;64(4):806–23.

Author, Year	Country	Location	Focus of Study	Hospital, Community, Other	How Frailty Measured	Subjects, n	Age, Range (Mean ± Standard Deviation)	Female, n (%)	Main Findings, Conclusions, Recommendations
Alexandre Tda, 2014[48]	Brazil	Urban	Correlates and predictors	Community-based (SABE)	Fried model	1,413, ≥60 years	70.1 women, 68.9 men	873 (61.8)	Frailty associated with older age, less education, sedentary lifestyle, depression in men and women Frailty associated with stroke and cognitive decline in men, slower gait speed in women
Auyeung, 2014[81]	China	Urban and rural	Correlates and predictors	Community-based (Hong Kong)	Fried model	4,000	≥65 (72.6 ± 5.4 women, 72.4 ± 5.0 men)	2,000 (50.0)	Walking speed and grip strength most strongly predictive of frailty Cutoff of 0.9 m/s in men, 0.9 m/s in women suggested for walking speed Cutoff of 28 kg for men, 18 kg for women suggested for grip strength
Curcio, 2014[40]	Colombia	Rural	Prevalence and correlates	Community-based	Fried model	1,878	≥60 (70.9 ± 7.4)	981 (52.2)	Frailty prevalence 12.2% Frailty associated with older age, female sex, activity of daily living dependency, comorbidities, low self-rated health, depression, cognitive impairment
De Jesus Llibre, 2014[43]	Cuba	Urban	Correlates and predictors	Community-based	Fried model (without grip strength, but with cognition)	2,944	≥65 (74)	1,904 (64.7)	Frailty prevalence 21.6%, increases with age, more common in women, associated with comorbidities, lower in those with higher educational level Frailty hazard ratio of 4.22 for mortality, higher than dementia or advanced age
Lee, 2014[82]	China	Urban and rural	Frailty progression	Community-based (Hong Kong)	Fried model	3,018	≥65 (73.8 ± 5.0 women, 73.5 ± 4.7 men)	1,499 (49.7)	11.1% of men and 6.6% of women changed from prefrail to frail over 2 years of follow-up Hospitalization, older age, previous stroke, low cognition, osteoarthritis risk facts for decline to frailty
Nobrega, 2014[83]	Brazil	Urban	Correlates and predictors	Care home-based	Fried model	69	≥60 (77.5 ± 7.8)	43 (62.3)	49.3% frail Poorer sleep quality in frail subjects
Runzer-Colmenares, 2014[84]	Peru	Urban	Prevalence and correlates	Hospital outpatients	Modified Fried model	311	≥60 (76.1 ± 8.3)	126 (40.5)	Frailty prevalence 27.8% Associated with older age, being married, falls in past year

Gray WK, Richardson J, McGuire J, Dewhurst F, Elder V, Weeks J, et al. Frailty Screening in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr;64(4):806–23.

El manejo de la fragilidad como uno de los retos principales



El desafío para los LMIC será que los sistemas de apoyo y atención

- Se adapten rápidamente
- capaciten adecuadamente a los proveedores de atención.
- Mas investigación sobre las interacciones e impacto entre los adultos mayores con fragilidad y los servicios socio-sanitarios.

Pate RR, Yancey AK, Kraus WE. Implications for Clinical and Public Health Practice. Am J Lifestyle Med [Internet]. 2010 Oct [cited 2019 Nov 1];4(3):209–17. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619317866

¿De qué fragilidad estamos hablando?

Table 2 Six profiles of frail older people

Profiles	Relatively healthy	Mild physically frail	Psycholo-gically frail	Severe physically frail	Medically frail	Multi-frail
Self-reported health –now						
Self-reported health – a year ago						
Cognitive functioning						
Social functioning						
Mental health						
Morbidity status						
Functional limitations						
Frailty Index (0 -1)[1] - Mean (SD)	0.10 (0.05)	0.26 (0.06)	0.22 (0.06)	0.40 (0.07)	0.39 (0.07)	0.55 (0.08)

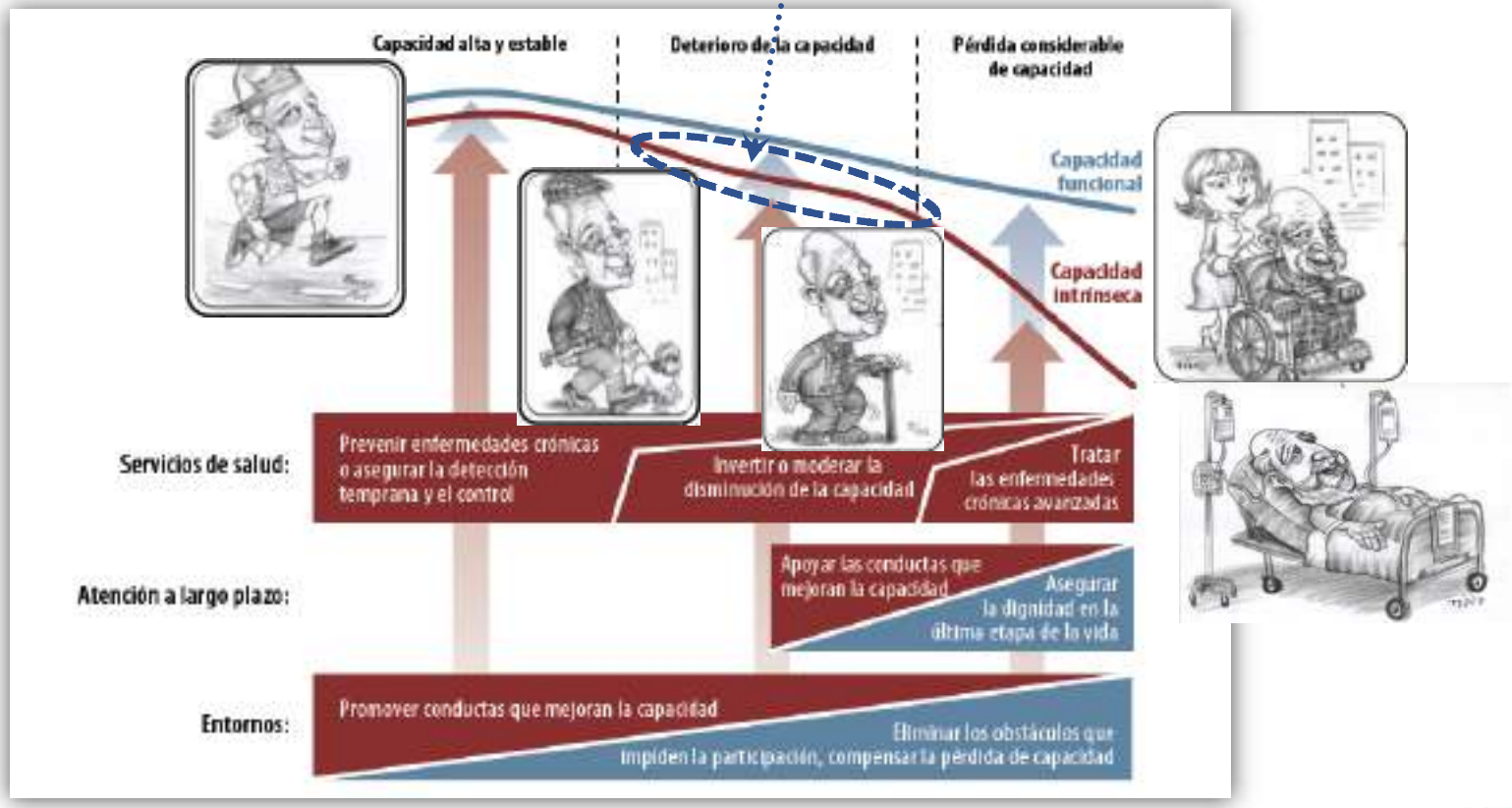
NB: The darker the colour, the more severe the problems in the domain
[1]Frailty index, higher scores represent higher level of frailty

Looman WM, Fabbricotti IN, Blom JW, Jansen APD, Lutomski JE, Metzelthin SF, et al. The frail older person does not exist: Development of frailty profiles with latent class analysis. BMC Geriatr [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 31];18(1). Available from: https://doi.org/10.1186/s12877-018-0776-5

FRAGILIDAD

Marco de Salud Pública





Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

Cuidado Clínico de PM con Fragilidad:
Mantener independencia funcional y calidad de vida, evitando admisiones innecesarias al hospital o centros de atención a largo plazo.

NICE guidelines for multimorbidity encompass recommendations for the clinical management of people with frailty.

- *National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management: NICE guideline. 2016.https://www.nice.org.uk/guidance/ng56 (accessed July 12, 2018).*

Consensus-based guidelines from the British Geriatric Society/Age UK/Royal College of General Practitioners.

- *Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age Ageing 2014; 43: 744–47.*

British Columbia (Canada) guidelines for the early identification and management of frailty.

- *British Columbia Guidelines & Protocols Advisory Committee. Frailty in older adults - early identification and management. 2017https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitionerprofessional-resources/bc-guidelines/frailty*

Asia-Pacific guidelines for the management of frailty.

- *Clegg A, Bates C, Young J, et al. Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. Age Ageing 2016; 45: 353–60.*

Integrated Care for Older People (ICOPE) guidelines.

- *WHO. WHO guidelines approved by the guidelines review committee. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization, 2017*

BAMBOO

Dr. José Francisco Parodi

The ICOPE Approach

ICOPE reflects a community-based approach that will help to **reorient health and social services** towards a more **person-centred** and **coordinated model of care** that supports optimising functional ability for older people

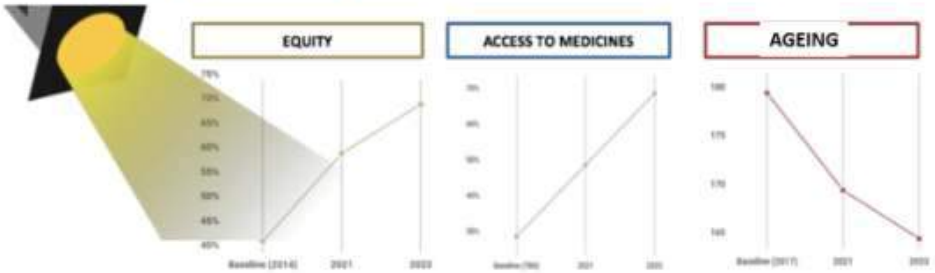
Take action today.

Cómo ICOPE promueve CUS and ODS

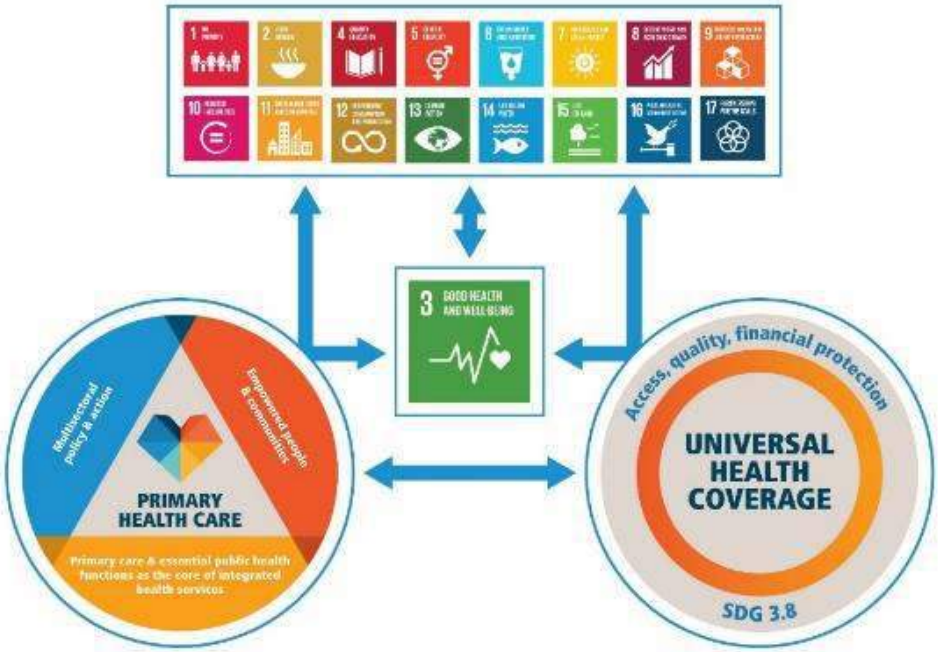
World Health Organization

GLOBAL TARGET:
Reduce the number of older adults who are care dependent by 15 million by 2025

Spotlight indicators



WHO 13th General Programme of Work (GPW) Impact Framework



World Health Organization

ICOPE APPROACH



1

Screen for declines in intrinsic capacity



3

Design a care plan

Oral supplemental nutrition

Cognitive stimulation

Strength and resistance exercise

Home adaption to prevent falls



2

Those with declines are referred for **person centered assessment**

Photo credit:
1. National Cancer Institute/ Rhoda Baer
2. U.S. Air Force photo/Senior Airman Omari Bernard
3. Own work / Ewien van Berneik - Kwant

Person-centred assessment and pathways in primary care

1 Screen for losses in Intrinsic Capacity (IC) in the community

No IC decline → Reinforce generic health and life style advice or usual care

In Primary Care

2A Understand person's life (link to needs for social service)

2B Assess more in-depth for loss in IC

2C Assess associated diseases

IC decline

2D Assess social and physical environment

Person-centred assessment

- Integrated management of chronic diseases
- Link to specialized care
- Rehabilitation, palliative care and end of life care

ICOPE interventions to manage declines in IC

- Remove barriers to social participation
- Environmental adaptation
- Assistive devices

3 Goal setting & Develop person-centred care plan

4 Monitoring the care plan and link to specialized geriatric care.

World Health Organization

Estrategias únicas superiores a la atención habitual para el manejo de la fragilidad, por población objetivo

	Evidence	Outcomes analysed	Certainty of evidence
All community-dwelling older adults (primary care)			
Identify frailty or pre-frailty through screening and case identification in primary care	Four systematic reviews[58-61]	Accurate identification of frailty or pre-frailty	Low
Community-dwelling older adults living with frailty (interventions targeting the management of frailty in home or community settings)			
Prescribe physical activity programmes (resistance-based training, aerobic training, or balance or coordination training)	Three systematic reviews[62-64] (excluded: reviews on frailty prevention or with merged frailty and pre-frailty groups[65-67])	Physical performance (SPPB); gait speed; muscle strength; mobility	Very low for all four outcomes
Prescribe multicomponent physical activity programmes	Three systematic reviews[62-64] (excluded: reviews on frailty prevention or with merged frailty and pre-frailty groups[65-67])	Disability; falls; balance; muscle strength	Very low for all four outcomes
Provide community-based group physical activity classes	Systematic review of six trials of mild frailty or pre-frailty,[68] and one systematic overview with one relevant trial[69]	Physical function; muscle strength; balance	Very low for all three outcomes
Protein or protein-energy, micronutrient supplementation	Systematic review of three nutritional trials,[66*] and one systematic overview with one relevant trial[69]	Frailty; physical performance; strength (leg or grip); gait speed; physical activity	Low for all five outcomes
Provide individually tailored management of clinical conditions	Systematic review of three trials of frailty[66*]	Frailty; ADL	Low for both outcomes
Provide advice on health behaviour improvement	Systematic review of six education trials[70]	Physical function	Low
Ensure practical social support	Systematic review of 13 trials on enabling health-behaviour change[70]	Physical function	Very low
Modify home environment for health behaviour change	Systematic review of five trials[70]	Physical function; health behaviour	Very low for both outcomes
Older adults with frailty in hospital (hospital care)			
Ensure targeted care delivery through CGA intervention (CGA done in emergency department, short stay unit, or clinical decision unit)	Systematic mapping review of eight studies covering CGA intervention for older people with frailty[33*]	Physical function; readmission; emergency department readmission	Very low for all outcomes
Review medications using implicit criteria	One systematic mapping review[33*]	Prevention of emergency department readmission	Very low
Ensure patient is placed on a frailty-specific care pathway	One systematic mapping review[33*]	Prevention of emergency department readmission	Low

Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Vol. 394, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2019. p. 1376–86.

(ICOPE) recomendaciones **basadas en la evidencia** para que los **profesionales de la salud prevengan, u optimicen** las **capacidades** de las Personas Mayores.

Mejorar la función musculoesquelética, la movilidad y la vitalidad



1. Los **ejercicios multimodales**, que incluyen el **entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva** y otras actividades (como el ejercicio del equilibrio y la flexibilidad y el entrenamiento aeróbico) están recomendados a las personas mayores que presentan un deterioro de la capacidad física, determinada a través de mediciones de la velocidad de la marcha, la fuerza de prensión y otros parámetros utilizados para conocer el rendimiento físico.
2. A las personas mayores que padecen desnutrición se les debe recomendar la **nutrición complementaria por vía oral con asesoramiento dietético**.

La pérdida de fuerza y masa muscular, la reducción de la flexibilidad y los problemas de equilibrio pueden dificultar la movilidad. Los cambios fisiológicos que acompañan al envejecimiento también pueden afectar negativamente al estado nutricional, y este, a su vez, puede repercutir en la vitalidad y la movilidad. Las intervenciones que mejoran la nutrición y fomentan el ejercicio físico, si se integran en los planes de atención y se prestan conjuntamente, pueden reducir, frenar o revertir el deterioro de la capacidad intrínseca.

Mantener las funciones sensoriales



3. Es necesario realizar **Cribados rutinarios** a las personas mayores en los centros de atención primaria y, si se les encuentran **deficiencias visuales**, prestarles sin demora servicios integrales de atención oftálmica.
4. Además, se debe someter a estas personas a **pruebas para detectar** a tiempo las pérdidas de audición y, si es necesario, suministrarles **audífonos** con el fin de contrarrestarlas.

El envejecimiento causa a menudo disminuciones de la visión y/o la audición que limitan la movilidad, reducen el compromiso y la participación social y aumentan el riesgo de caídas. Hay medidas sencillas y económicas para hacer frente sin dificultad a los problemas sensoriales, como las lentes correctoras y los audífonos, la cirugía de cataratas y las adaptaciones del entorno.

Prevenir el deterioro cognitivo grave y promover el bienestar psicológico



5. Se pueden ofrecer actividades de **estimulación cognitiva** a las personas mayores que presenten deterioro cognitivo, con independencia de si se les ha diagnosticado o no demencia.
6. Asimismo, se pueden ofrecer **intervenciones psicológicas breves y estructuradas** a otros adultos que experimenten síntomas depresivos, de conformidad con las directrices de Intervención mhGAP de la OMS. Estas intervenciones deben prestarlas profesionales sanitarios que conozcan bien la atención a la salud mental de las personas mayores.

Muy a menudo, una misma persona presenta deterioro cognitivo y dificultades psicológicas, problemas que afectan a su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas (como hacer la compra o manejar las finanzas personales) y a su socialización. Tanto la terapia de estimulación cognitiva (un programa compuesto por actividades centradas en temas diversos) como las intervenciones psicológicas breves son fundamentales para evitar que las personas mayores sufran pérdidas significativas de capacidad mental y tengan que depender de los servicios de asistencia.

Hacer frente a problemas asociados a la edad, como la incontinencia urinaria



7. Promover el vaciamiento motivado para manejar la incontinencia urinaria en las personas mayores con deterioro cognitivo
8. Las mujeres de edad avanzada que presentan incontinencia urinaria (ya sea de urgencia, de esfuerzo o mixta) pueden realizar un **entrenamiento muscular del suelo pélvico**, solo o combinado con técnicas de control vesical y de autovigilancia.

Una tercera parte de las personas mayores presentan incontinencia urinaria (es decir, pérdidas involuntarias de orina), un problema mundial con consecuencias psicosociales como pérdida de autoestima, reducción de la socialización y las relaciones sexuales, y depresión. El entrenamiento muscular del suelo pélvico refuerza los músculos de soporte de

Prevenir las caídas



9. Es recomendable revisar los medicamentos que toman las personas expuestas al riesgo de caídas, así como retirar aquellos que sean innecesarios o puedan ser dañinos.
10. Otra intervención recomendada para estas personas son los ejercicios multimodales (equilibrio, fuerza, flexibilidad y entrenamiento funcional).
11. También se han de evitar las fuentes de peligro de caídas. Con este fin, un especialista debe llevar a cabo una evaluación que permita realizar cambios en el hogar para eliminar las fuentes de peligro de caídas presentes en el entorno.
12. Las intervenciones multifactoriales que integran la evaluación y las intervenciones adaptadas a cada individuo también pueden reducir el riesgo y la incidencia de las caídas en las personas mayores.

Las caídas son la principal causa de hospitalización y de muertes relacionadas con traumatismos en las personas mayores. Suelen producirse por una combinación de factores del entorno (alfombras sueltas, desorden en el hogar, mala iluminación, etc.) y factores individuales (anomalías de órganos o sistemas que afectan al control postural). El ejercicio, la fisioterapia, la evaluación y adaptación de las fuentes de peligro en el hogar y, cuando sea necesaria, la retirada de psicofármacos permiten reducir el riesgo de caídas en las personas mayores.

Apoyar a los cuidadores



13. Es necesario ofrecer **intervenciones psicológicas, formación y apoyo** a los familiares y otros cuidadores informales de personas mayores que necesitan atención, sobre todo – pero no exclusivamente – cuando estas necesidades son amplias y complejas y cuando los cuidadores están sometidos a una sobrecarga considerable.

Los cuidadores de personas con grandes reducciones de la capacidad funcional están expuestos a un riesgo más elevado de sufrir estrés patológico y depresiones. El estrés y la sobrecarga que puede producir esta actividad tienen un impacto profundo en el estado físico, emocional y económico de las mujeres y de otros cuidadores no remunerados. Es necesario ofrecer a los cuidadores sometidos a este estrés una evaluación de sus necesidades y el acceso a formación y apoyo psicosocial.

http://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/

¿Qué se necesita para que las prescripciones de ICOPE funcionen?



ICOPE tiene instrumentos para pesquisar, evaluar, hacer un **diagnostico** de las capacidades intrínsecas de las personas. Tiene **prescripciones** para fortalecer la capacidad intrínseca.



ICOPE solamente **funciona** si las recomendaciones (prescripciones) que hace el personal de salud **son recibidas por personas que tienen confianza** de que pueden seguirlas.



ICOPE es esencial pero no suficiente. **ICOPE** junto con **programas comunitarios basados en evidencia** complementa el enfoque para la atención integral a las personas mayores que tienen alguna enfermedad crónica.

Cortesía Dra. Martha Peláez

Promoción De La Salud Basada En La Evidencia

Proceso de planificación, Implementación y evaluación de programas adaptados a partir de modelos o intervenciones probados para abordar los problemas de salud.

El propósito es tomar medidas efectivas, basadas en resultados de la investigación y aplicarlos para mejorar Salud y bienestar de individuos, grupos o comunidades.

Enfoque epidemiológico y Ecológico.

Nivel individual y comunitario

https://www.ncoa.org/center-for-healthy-aging/basics-of-evidence-based-programs/about-evidence-based-programs/

Criterios Basados en Evidencia para los programas de Promoción y Prevención de Salud

Se ha comprobado **su eficacia** en la población de adultos mayores, utilizando **Diseño Experimental o Cuasi Experimental**.	• Diseño del estudio • Grupo de comparación / control. • Tamaño de la muestra
Demostrado a través de la evaluación de su **efectiVIDAd** para **mejorar la salud** y el bienestar o reducir la enfermedad, discapacidad y / o lesiones entre los **adultos mayores**	• Medidas de Métodos de análisis • Resultados (por ejemplo, tamaños del efecto) • Métodos de análisis
Resultados de la investigación **publicados** en una **revista de revisión por pares.**	• Revisión por pares independientes. • Factor de impacto • Indexado en base de datos
Completamente **trasladado** en uno o más sitios de la **comunidad**	• # de participantes • Información de contacto para los sitios
Incluye **productos desarrollados de difusión** disponibles al público.	• Manuales de Entrenamiento • Disponibilidad de TA / soporte • Fidelidad / garantía de calidad

http://www.eblcprograms.org/evidence-based/what-is-eb/

Cortesía Martha Pelaez PhD

BAMBOO

"Debemos hacer los que sabemos que funciona, en lugar de lo que creemos que funciona"



USMP | INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

Cuatro Tipos de Programas

Fortalecer la Autoeficacia para apoyar al auto manejo de salud

Programas de Actividad física multicomponente que promueven la salud y previenen la fragilidad

Programas para la prevención de caídas

Programas que promueven la salud mental y previenen la depresión

El uso de los servicios de salud no va de la mano con el aumento de la necesidad que se espera con la edad (medios y bajos ingresos)



Boeckxtaens. P; De Graaf, P. European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care 2011 19:xxx-xxx 2011*

Enfoques CLAVE que ayuden a adaptar los sistemas de salud a las necesidades de las poblaciones.

Crear servicios que proporciones atención integrada y centrada en las personas mayores y garantizar su acceso.

Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca.

Garantizar que se cuente con personal sanitario sostenible y debidamente capacitado.

HIGH-VALUE HEALTH CARE PROJECT

An initiative of the Quality Alliance Steering Committee

A Nationally-Consistent Data Aggregation Methodology

Measuring The Cost-Of-Care

March 2011

A project funded by The Robert Wood Johnson Foundation

Measurement is an important building block for improving health care quality and value. As health care costs rise – regulators, policymakers and industry leaders are increasingly interested in developing accurate ways to measure and, ultimately to try to reduce health care costs for individuals, as well as society.

El Desempeño del Sistema de Salud con Respecto a las Necesidades de las Personas Mayores

Vega E., Del Riego A., Cuchi P., Uribe J., González E., Hommes C., Cid C., and Fábregas R.

ALMA
ACADEMIA LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL ADULTO MAYOR
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA
CENTRO DE INVESTIGACION DEL ENVEJECIMIENTO

La Teoría: El Impacto del Envejecimiento en los Sistemas de



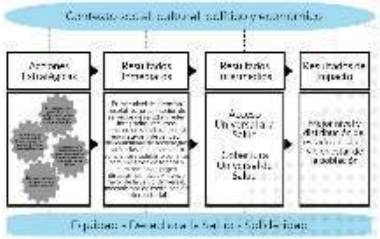
Marco 1: Alineación de los Sistemas de Salud con las Necesidades de las Personas Mayores



Es necesaria una **transformación** en la forma en que los sistemas de salud están diseñados para **garantizar acceso** a los servicios integrados centrados en las **necesidades y los derechos** de las personas mayores.

En la mayoría de los contextos de atención, esto **requerirá cambios**

Marco 2: Marco Universal de Monitoreo de la Salud (Cobertura y Acceso)



Marco Integrado: El Desempeño del Sistema de Salud con Respecto a las Necesidades de las Personas Mayores

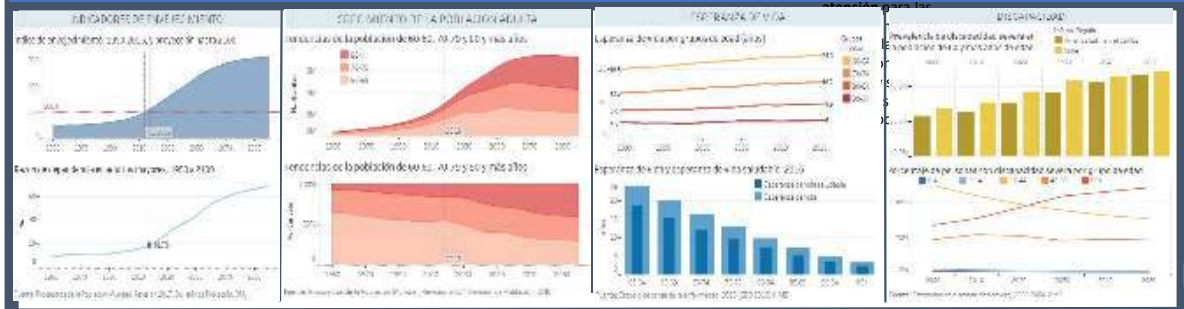


Paso 1—Integración de una serie de indicadores y selección posterior [indicadores básicos] utilizando criterios obtenidos por consenso

Paso 2—Definición de los objetivos y el alcance de la herramienta en construcción

Paso 3—Diseño de la base conceptual de la herramienta utilizando cuatro acciones estratégicas del Marco de Monitoreo de la OPS para la Salud Universal, haciendo coincidir los indicadores bajo cada acción estratégica

Desarrollando un Estudio de Caso: Capacidad del Sistema de Salud de Chile para Responder a las Necesidades de los Adultos Mayores



Desempeño del Sistema de Salud de Chile

- **9 de cada 10 personas que buscaron atención medica** la recibieron
- **42 % es la cobertura Nacional del examen de medicina preventiva** (incluida función)
- La Cobertura Nacional para la vacuna contra la influenza disminuyó de **98% (2010) a 54% (2016)**
- **1 de cada 3 adultos frágiles de** 80+ años y no recibieron consulta con geriatría
- **1 geriatra por cada 48,000 personas mayores**
- **20% de las escuelas de medicina** enseñan geriatría en pregrado; **12% enseñan en posgrado**

- En promedio, **7.4% de los recursos del hogar** donde reside al menos un adulto mayor se **asignan a pagos de salud**
- **El gasto de bolsillo ha disminuido de 42.5% a 32.2%** entre el 2005 al 2015
- En hogares donde **reside al menos un adulto mayor,** tienen gastos (mayores al 30% de su ingreso) **3 veces mas altos** que en los hogares sin adultos mayores
- **2 de 10** principales causas de enfermedad en adultos de 70+ están cubiertas por AUGE-GES, exclusivo para personas mayores. La Demencia no esta cubierta.

- **85%** de los adultos 60+ están **cubiertos por el Sistema de Salud Publico**
- **65%** de los adultos mayores consideran sus **necesidades en salud adecuadamente atendidas**
- **40%** de los adultos mayores que viven en hogares con mayor pobreza **tuvieron problemas para conseguir atención médica**, el doble que aquellos en hogares sin pobreza

- **La carencia de un Sistema de CLP en Chile** impone al Sistema de Salud un costo **adicional de USD $81M al año**
- **93%** de los **cuidadores informales no tienen trabajo**
- Chile tiene el **nivel mas alto de educación** en adultos 60+ en la Región, con **48.2%** de personas **con educación secundaria o mayor**
- **83%** de los adultos de 65 están **cubiertos por el Sistema de pensiones solidarias**
- Adultos 50+: **65% están satisfechos** con el sistema de transporte publico. **50% se sienten seguros de caminar solos** por la noche en la ciudad donde viven

¿Quien necesita CLP en Chile?

- **Chile no tiene un sistema de cuidados a largo plazo**
- En 2015, 16.7% se encontraron en **situación de discapacidad**
- 19% de la población 60+ reportó tener dificultad en AVD. 28% reportó tener problemas con AIVD
- El aumento en la dificultad AVD **aumenta con la edad**. 7% de la población entre 15-19 años reporta un problema relacionado con el transporte publico – aumento a **36% para la población** de 75+ años
- 2/3 de la **población dependiente** (64%) son adultos 65+

Evaluación de Capacidad de los Sistemas de Salud de Chile

datos del Sistema de salud de Chile

La herramienta métrica del Sistema se derivó para permitir la preparación de los sistemas de salud de los países ante el incremento del envejecimiento de la población

- Permite el diagnóstico descriptivo de las capacidades del Sistema de Salud para informar políticas públicas sobre salud y envejecimiento.

Métodos

- usando los indicadores asignados a cada acción.
- Una vez que los indicadores disponibles se combinaron con cada acción estratégica, se asignó un puntaje tipo Likert a cada uno según la capacidad esperada del sistema de salud.
- El puntaje promedio de los indicadores para cada acción da color al engranaje de cada acción.

- **Verde (3 puntos): capacidad total, o que se estima alcanzará en el corto plazo si se mantienen las acciones actuales.**
- **Amarillo (2 puntos): capacidad media o mejora se puede alcanzar con acciones no complejas y asignaciones de una cantidad o recursos factibles en el corto plazo.**
- **Rojo (1 punto): poca o ninguna capacidad, se pueden lograr mejoras a largo plazo y requieren acciones complejas y / o**

Próximos Pasos

- Mejorar y ampliar el proceso analítico con países ya comprometidos como son: Argentina, Barbados, Brasil, Costa Rica, Cuba, Jamaica, México y Uruguay.

Referencias

- Red Mayores Saludables. Nivel y tendencias del envejecimiento de la población de LAC Américas | Observatorio de Salud y Envejecimiento. (2018). at <http://observatorio.mayoressaludables.org/nivel-y-tendencias-del-envejecimiento-de-la-poblacion-de-las-americas>
- University of Washington. Life Expectancy & Probability of Death | IHME Viz Hub. (2018). at <https://vizhub.healthdata.org/le/>
- Tapia, J. C. R., Namías, M. A. R., Gorman, M. P. C. & Gorman, M. P. C. *Políticas públicas para una población que envejece: panorama y propuestas para el sistema de salud chileno*. (2017).
- WHO. (2015). World Report on Ageing and health. http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/
- OPS (2018). Marco de monitoreo para la salud universal. Estrategia regional para el acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud. Working paper

BAMBOO

Dr. José Francisco Parodi

Desarrollando un Estudio de Caso: Capacidad del Sistema de Salud de Chile para Responder a las Necesidades de los Adultos Mayores

Expansión de servicios de salud centrados en las personas y comunidades

- **9 de cada 10 personas que buscaron atención medica** la recibieron
- **42 % es la cobertura Nacional del examen de medicina preventiva** (incluida función)
- La Cobertura Nacional para la vacuna contra la influenza disminuyó de **98% (2010) a 54% (2016)**
- **1 de cada 3 adultos frágiles de** 80+ años y no recibieron consulta con geriatría
- **1 geriatra por cada 48,000 personas mayores**
- **20% de las escuelas de medicina** enseñan geriatría en pregrado; **12% enseñan en posgrado**

Coordinación intersectorial para abordar las determinantes sociales de la salud

- **La carencia de un Sistema de CLP en Chile** impone al Sistema de Salud un costo **adicional de USD $81M al año**
- **93%** de los **cuidadores informales no tienen trabajo**
- Chile tiene el **nivel mas alto de educación** en adultos 60+ en la Región, con **48.2%** de personas **con educación secundaria o mayor**
- **83%** de los adultos de 65 están **cubiertos por el Sistema de pensiones solidarias**
- Adultos 50+: **65% están satisfechos** con el sistema de transporte publico. **50% se sienten seguros de caminar solos** por la noche en la ciudad donde viven

Aumento y mejora del financiamiento para eliminar pagos directos

- En promedio, **7.4% de los recursos del hogar** donde reside al menos un adulto mayor se **asignan a pagos de salud**
- **El gasto de bolsillo ha disminuido de 42.5% a 32.2%** entre el 2005 al 2015
- En hogares donde **reside al menos un adulto mayor,** tienen gastos (mayores al 30% de su ingreso) **3 veces mas altos** que en los hogares sin adultos mayores
- **2 de 10** principales causas de enfermedad en adultos de 70+ están cubiertas por AUGE-GES, exclusivo para personas mayores. La Demencia no esta cubierta.

¿Quien necesita CLP en Chile?

- **Chile no tiene un sistema de cuidados a largo plazo**
- En 2015, 16.7% se encontraron en **situación de discapacidad**
- 19% de la población 60+ reportó tener dificultad en AVD**.** 28% reportó tener problemas con AIVD
- El aumento en la dificultad AVD **aumenta con la edad**. 7% de la población entre 15-19 años reporta un problema relacionado con el transporte publico – aumento a **36% para la población** de 75+ años
- 2/3 de la **población dependiente** (64%) son adultos 65+

Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza

- **85%** de los adultos 60+ están **cubiertos por el Sistema de Salud Publico**
- **65%** de los adultos mayores consideran sus **necesidades en salud adecuadamente atendidas**
- **40%** de los adultos mayores que viven en hogares con mayor pobreza **tuvieron problemas para conseguir atención médica**, el doble que aquellos en hogares sin pobreza

Cortesía: Dr. Enrique Vega

Lack of Social Support as a Risk Factor of Physical Frailty in Older Adults Living in Rural Communities of Peruvian Andes

Jose F. Parodi MD, MPH [1], Fernando M. Runzer-Colmenares MD, MA [1]

[1] Universidad de San Martin de Porres, Facultad de Medicina Humana, Centro de Investigación del Envejecimiento (CIEN). Lima, Perú.

Table N°1 Descriptive, bivariate and Poisson regression analysis (n=365)

Variables	n (%)	Crude Model PR (95% CI) [a]	Adjustedb Model PR (95% CI)
Social Support			
No	156 (43.09)	2.31 (1.63-3.27)	3.01 (1.38-6.58)
Yes	206 (56.91)	Reference	Reference
Physical Frailty			
No	195 (53.42)	----------	----------
Yes	170 (46.58)	----------	----------

[a] Prevalence ratio (95% Confidence interval)

[b] Poisson Model for predicting Physical frailty (Short physical performance battery, ≤6) adjusted by gender, age, number of comorbidities, alcohol/tobacco habit, number of drugs, urinary incontinence, functional reach test in cm, number of hospitalizations in the last year, Barthel Index score and 5-items Yesavage questionnaire score.

Retroalimentación de la Información.

- “Solo 2.9% de médicos encuestados pensaban que la información que registraban en la VACAM era tomada en cuenta para las decisiones del MINSA…”
- “Cuando referimos a un paciente a una especialidad nos lo devuelven igual: son cosas de la edad…”

- “Doctor me lo va a resolver? Entonces para qué me pregunta tanto”

BAMBOO













ALMA







BAMBOO

Research

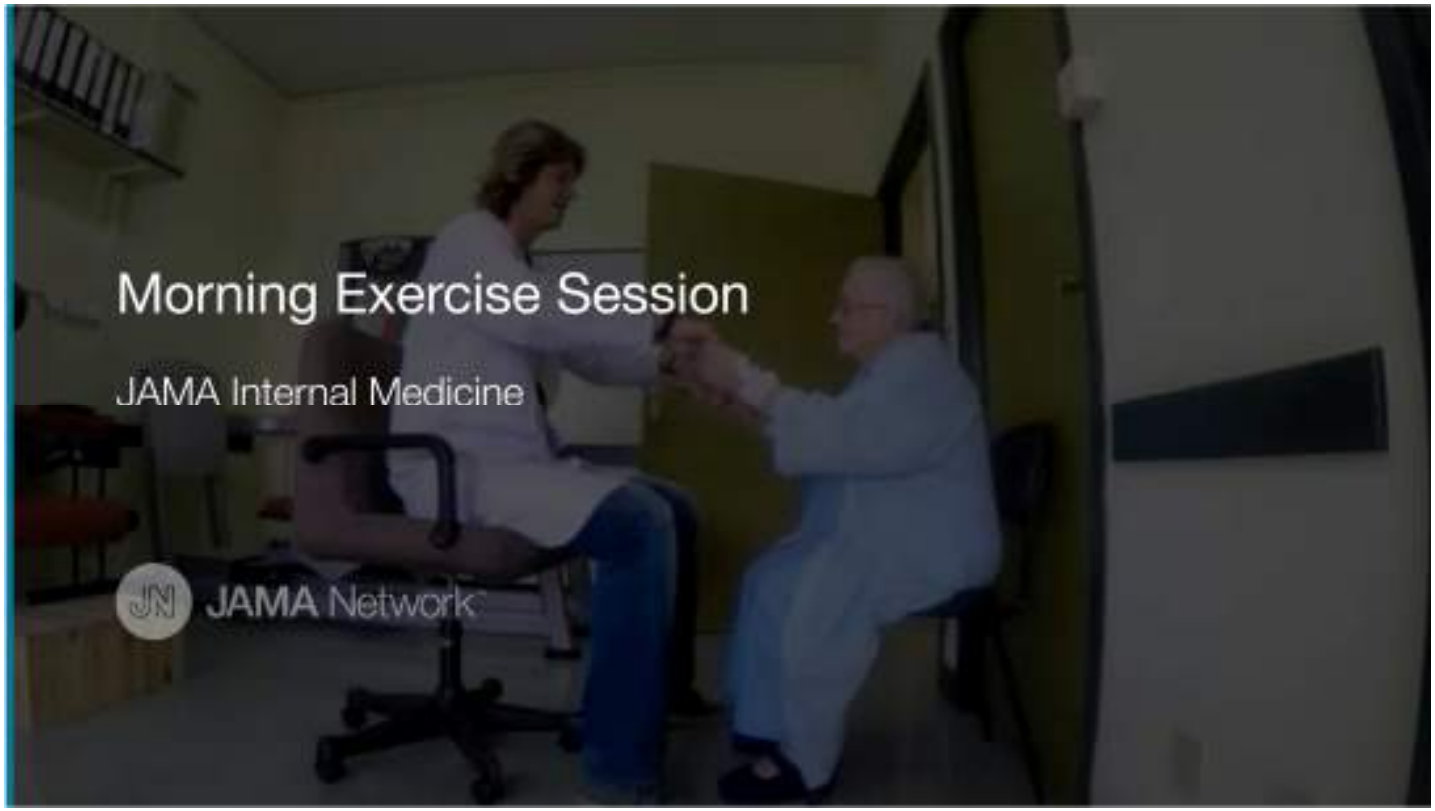
JAMA Internal Medicine | Original Investigation

Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization
A Randomized Clinical Trial

Nicolás Martínez-Velilla, PhD, MD; Alvaro Casas-Herrero, PhD, MD; Fabricio Zambom-Ferraresi, PhD; Mikel López Sáez de Asteasu, MSc; Alejandro Lucia, PhD, MD; Arkaitz Galbete, PhD; Agurne García-Baztán, MD; Javier Alonso-Renedo, MD; Belen González-Glaria, PhD, MD; María Gonzalo-Lázaro, MD; Itziar Apezteguía Iráizoz, PhD, MD; Marta Gutiérrez-Valencia, PharmD; Leocadio Rodríguez-Mañas, PhD, MD; Mikel Izquierdo, PhD

Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, López Sáez De Asteasu M, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients during Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018;1–8.

Sesión matutina: 3 ejercicios MMII + bench press
Pararse de silla, leg press y extensión rodilla



Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, López Sáez De Asteasu M, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients during Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018;1–8.





Inauguran el primer prostíbulo de muñecas inflables en Barcelona

En España fue inaugurado un prostíbulo donde los clientes pueden tener relaciones sexuales con figuras hiperrealistas por un costo de 80 euros la hora, es decir, casi 250 mil pesos colombianos.

Las herramientas tecnológicas no siempre son mejores

PREHABILITACIÓN

AJUSTE DE METAS TERAPÉUTICAS por función

DEPRESCRIPCIÓN

INTERVENCIÓN AGUDA OPORTUNA

¿Cómo se siente de salud?

¿En qué puedo ayudarla?

Prescripción EJERCICIOS DE FUERZA

INDIVIDUALIZACIÓN

MENSAJES PRINCIPALES

La adecuación de los sistemas de salud a las personas mayores pasa por mejorar su desempeño para optimizar la FUNCIÓN.

Los servicios de salud deben centrarse en la optimización de la capacidad intrínseca y prevención/manejo de la fragilidad y en la gestión eficiente de las intervenciones según la función de los usuarios.

Uso de tecnología para mejorar el sistema de monitoreo y toma de decisiones, optimización del entorno, capacitación del recurso humano, articulación con un sistema de cuidado a largo plazo e intervenciones con efectividad son estragias que puede conttribuir.

ICOPE es una propuesta de modelo de cuidados de base comunitaria, centrado en la persona y que promueve la mejor coordinación.

Modelos de atención requieren que las personas a las que se evalua y prescribe tengan confianza que puedan seguir las recomendaciones: programas de promoción de la salud basados en evidencia de base comunitaria/tecnología con evidencia.

CLAVE PARA EL ÉXITO: UN BUEN EQUIPO



Eras de la Salud y Atención en Salud

	1 era-1.0 Cuidado y servicio médico y de salud pública (1850-1960)	2 era-2.0 sistema de cuidado en salud (1950s a hoy)	3 era-3.0 sistemas de salud (2000 y avanzando)
Definición de salud	Ausencia de enf. agudas	Reducción de enf. crónicas	Creación de capacidades para alcanzar metas, y fortalecer las reservas
Meta y sistemas de salud	Incremento de esperanza de vida	Reducción de discapacidad	Optimización de la salud
Modelo de salud y causa de enfermedad	Biomedico	biopsicosocial	Desarrollo de la salud en el curso de vida
Enfoque de servicios	Dx y tratamiento de condiciones agudas	Prevención y manejo de enfermedades crónicas	Promoción y optimización de la salud individual y poblacional
Modelo operativo	Clínicas y oficinas vinculadas a hospitales	Organizaciones de cuidado responsables y hogares médicos	Comunidades responsables del desarrollo de los sistemas de salud
Mecanismo de pago	Seguro de indemnización; servicio gratuito	Servicios prepagados de salud, capitación	confianza en la salud y la gestión de una cartera equilibrada de vehículos de financiación
Papel de la salud y cuidado proveedor/ organización	Protección, curar y sanar al enfermo	Prevención y control de riesgo, manejo de enf. crónicas y mejorar calidad de cuidado	Optimización de la salud y el bienestar
Papel de la comunidad y del individuo	Pacientes inexpertos	Socio activo en el cuidado	Co-diseñadores de la salud

Fuente: Halfon et al. (2014). Applying a 3.0 transformation framework to guide large scale health system reform.

Objetivo	Capacidad funcional

Esferas prioritarias para la acción

Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad avanzada que atienden actualmente
- Crear servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas de edad y garantizar su acceso
- Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca
- Garantizar un equipo de personal sanitario sostenible y debidamente capacitado

Crear sistemas de atención a largo plazo
- Sentar las bases necesarias para un sistema de atención a largo plazo
- Conformar y mantener equipos de trabajo de atención a largo plazo sostenibles y debidamente capacitados
- Asegurar la calidad de la atención a largo plazo

Crear entornos adaptados a las personas mayores
- Combatir la discriminación por motivos de edad
- Propiciar la autonomía
- Apoyar el *envejecimiento saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno

Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión
- Acordar indicadores, medidas y enfoques analíticos relativos al *envejecimiento saludable*
- Saber más acerca de la salud y las necesidades de las poblaciones mayores, y en qué medida se cubren sus necesidades
- Comprender mejor las trayectorias del *envejecimiento saludable* y qué se puede hacer para mejorarlas

• Acordar indicadores, medidas y enfoques analíticos relativos al *envejecimiento saludable*
• Saber más acerca de la salud y las necesidades de las poblaciones mayores, y en qué medida se cubren sus necesidades
• Comprender mejor las trayectorias del *envejecimiento saludable* y qué se puede hacer para mejorarlas

Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/