

# Transición demográfica, realidad del Sistema de Salud Colombiano

**Rolando Enrique Peñaloza**

**Director**

**Instituto de Salud Pública**

**Pontificia Universidad Javeriana**

**Carlos Alberto Cano Gutiérrez**  
**Médico Geriatra**

**Jefe Unidad de Geriatria**  
**Hospital Universitario San Ignacio**

**Director Instituto de Envejecimiento**  
**Pontificia Universidad Javeriana**



| VIGILADA MINEDUCACIÓN |



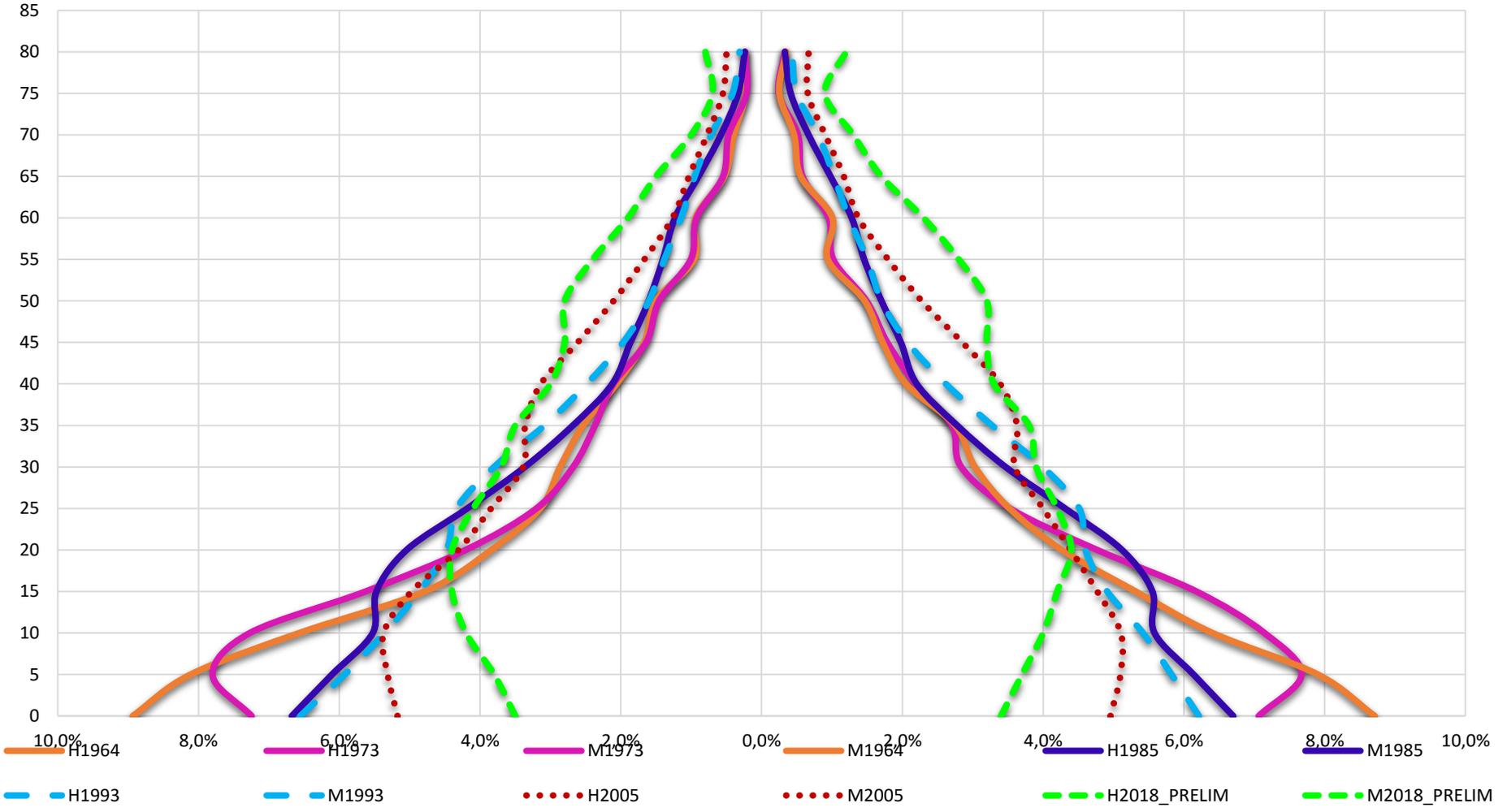
# Temas a tratar

- Envejecimiento demográfico y de salud
- Funcionalidad como eje conceptual del envejecimiento saludable
- Desarrollo de modelos de innovación

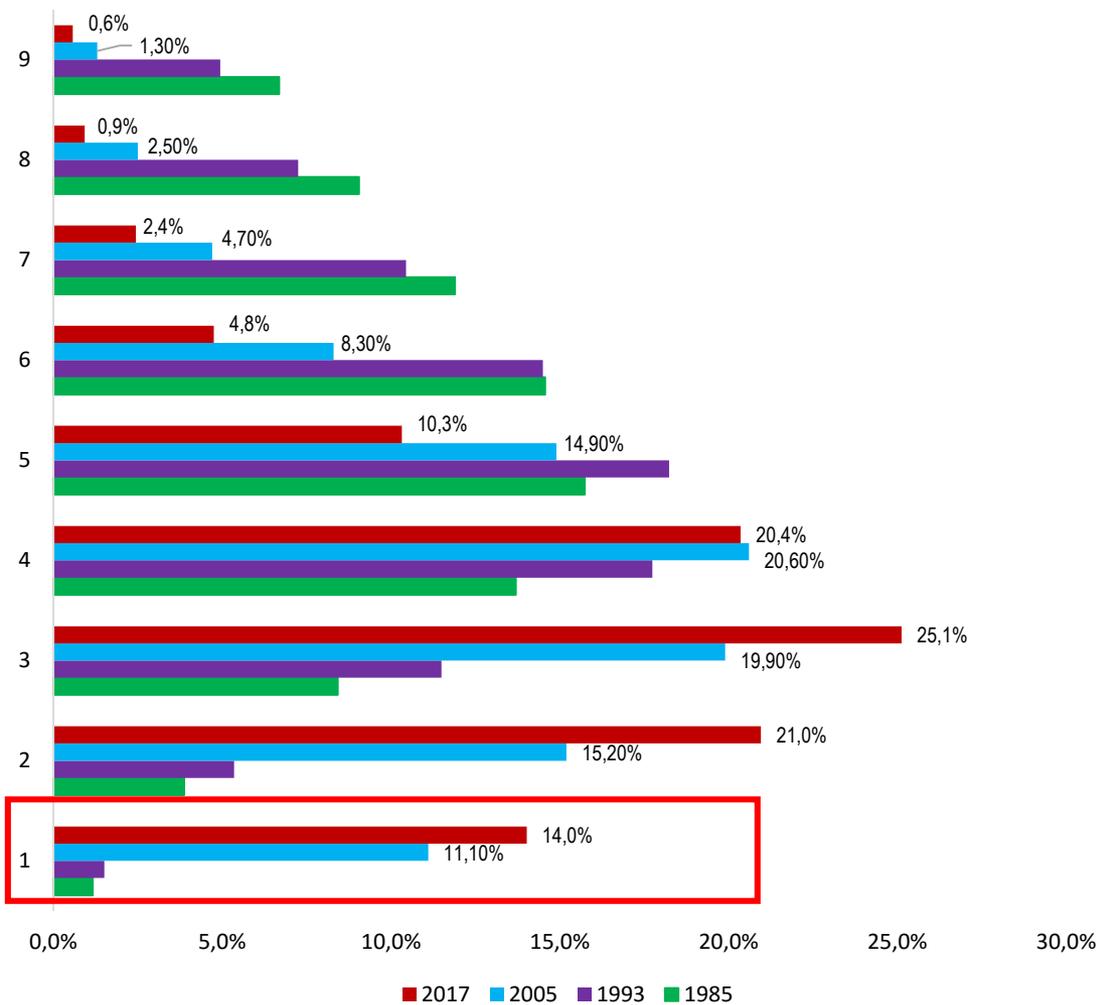
# Temas a tratar

- Envejecimiento demográfico y de salud

# Estructura Poblacional Colombia: 1964-2018



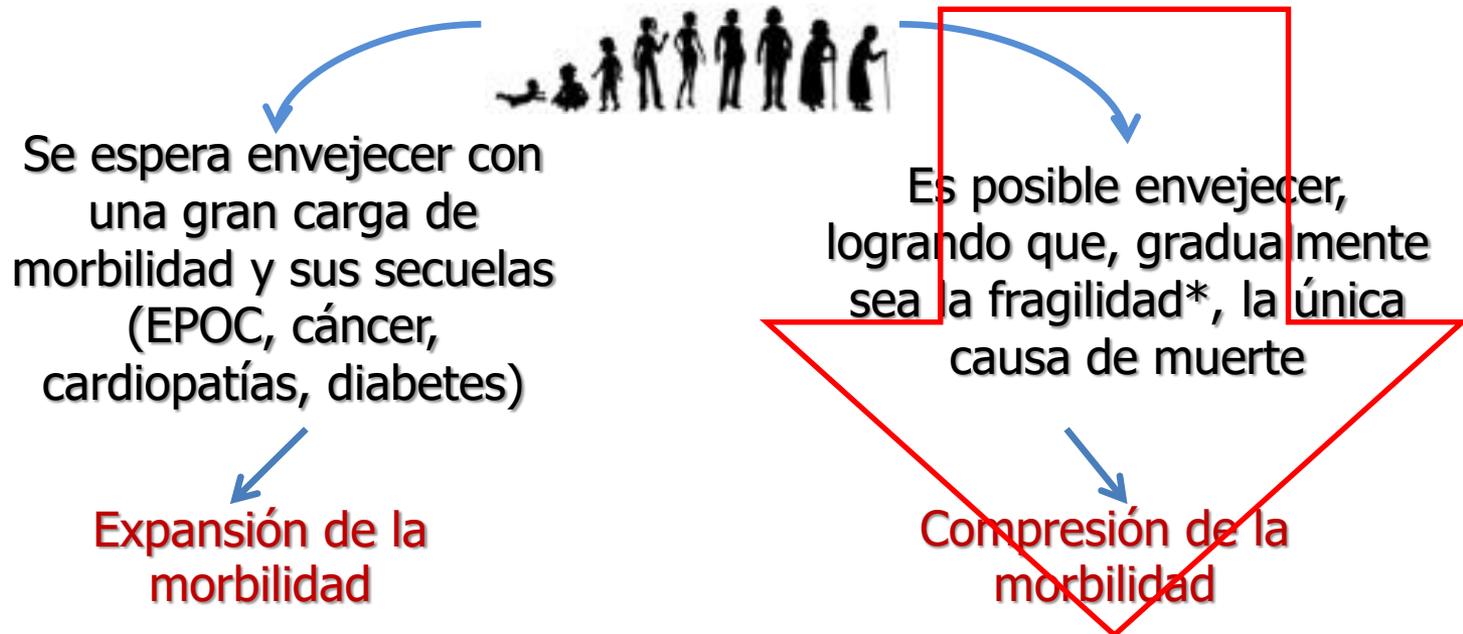
### Personas en el Hogar. 1985, 1993, 2005 y 2017\*



Los años 1985, 1993 y 2005 son información CENSAL  
 El año 2017 es información de la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2017

# La compresión y expansión de la morbilidad

Hace unos 35 años, la reacción en los Estados Unidos, al fenómeno del envejecimiento acelerado, que siguió al éxito en la batalla contra las llamadas enfermedades asesinas (TB, viruela, difteria, tétanos) tomó, al parecer, dos caminos de reflexión:



\*Fragilidad: Se refiere a los individuos que, sin enfermedad demostrable, han manifestado limitada su **reserva funcional** (disminución de la reserva cardíaca, respiratoria, tiempo efectivo de reacción) e incrementado su fragilidad frente a perturbaciones externas.

Fuentes principales:

Fries J. The Compression of Morbidity. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1983; Vol. 61, No. 3, pp. 397-419.  
GRUENBERG E. The Failures of Success. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 55, No. 1, 1977 (pp. 3-24).

# Temas a tratar

- Envejecimiento demográfico y de salud
- Funcionalidad como eje conceptual del envejecimiento saludable
- Desarrollo de modelos de innovación

# Dinámica del estado funcional en mujeres de 80 y más años

Fuente: Rodríguez Mañas L, 2016

## ATENCIÓN CENTRADA EN:

Prevenir  
fragilidad

Prevenir  
Discapacidad  
Tratando  
Fragilidad

Prevenir  
discapacidad  
Tratando  
Declinación  
Funcional

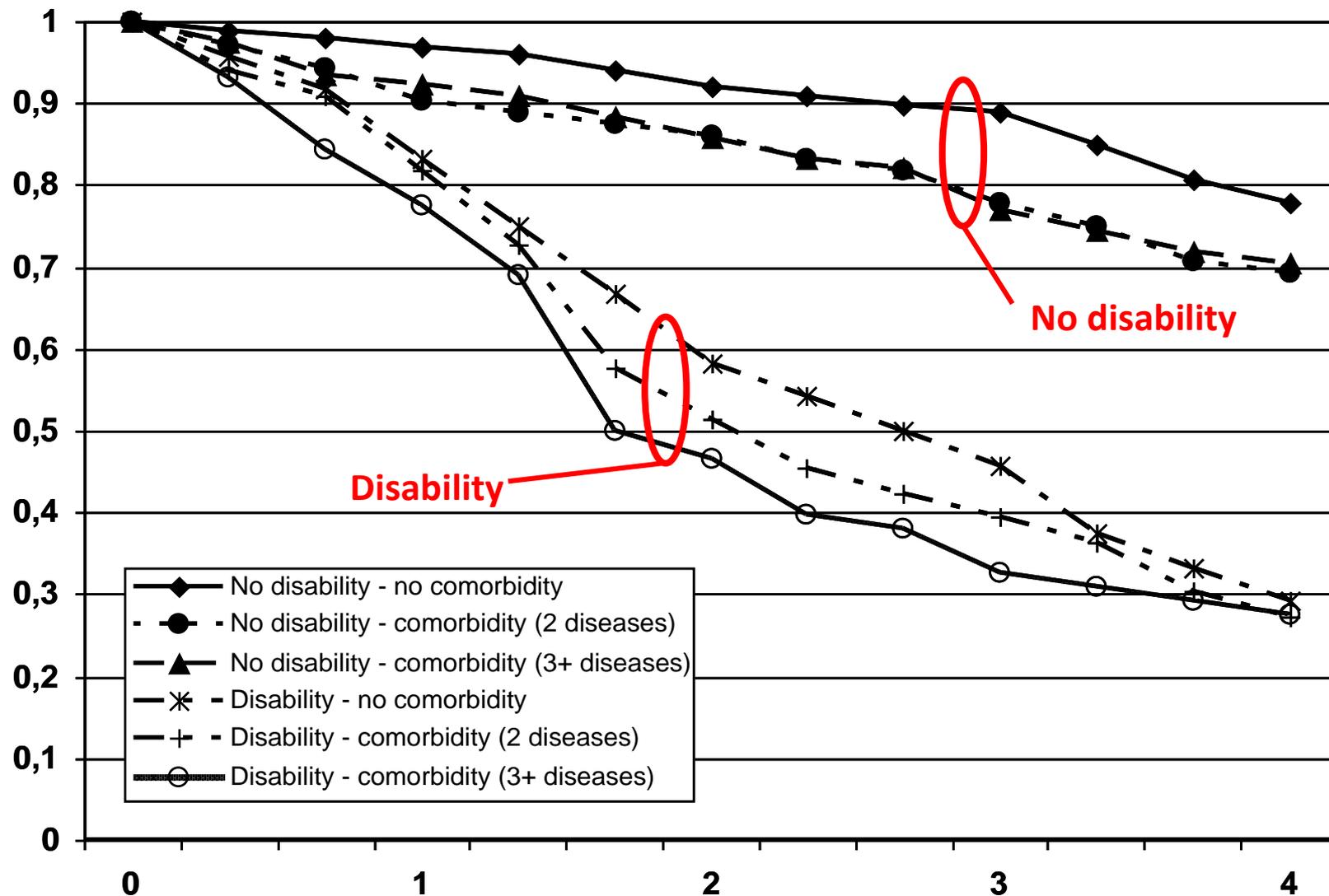
Prevenir  
Dependencia  
Tratando  
Discapacidad

Manejar  
Dependencia

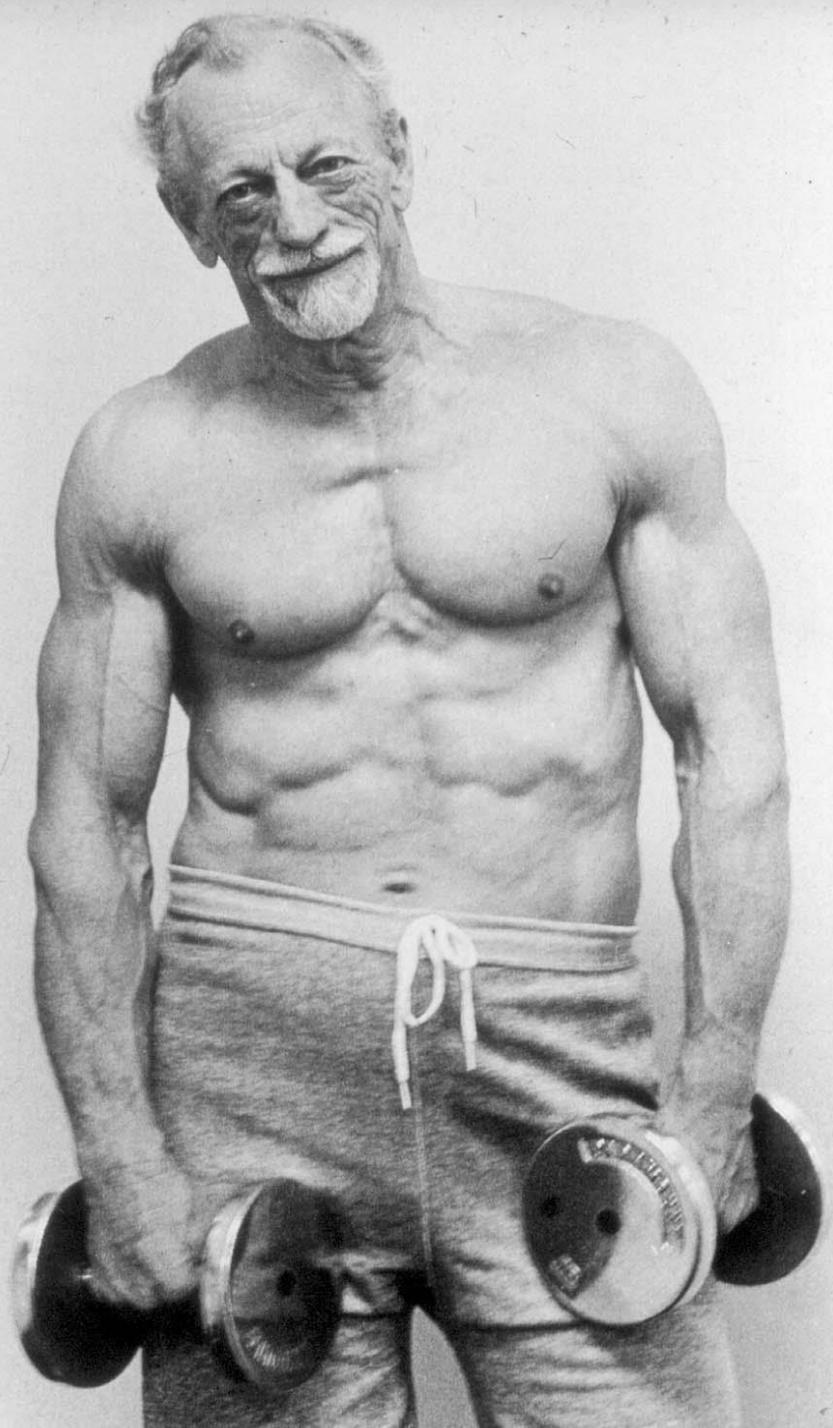
Potencial reversibilidad  
Del estado funcional

	Sana	Frágil	Declinación Funcional	Discapacitada	Dependiente
Definición					
Intervenciones para mejorar la calidad y los resultados para prevenir o retrasar la declinación funcional	<b>55%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>

# Discapacidad más que multimorbilidad, predicen mortalidad luego de los 80 años



Landi F, et. al. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. Journal of Clinical Epidemiology 63 (2010) 752e759



# Definición de fragilidad

Un estado de “Vulnerabilidad fisiológica” relacionada a la edad y resultante de un deterioro de la reserva homeostática

FRIED L et al In: HAZZARD W New York 1998: 1387-1402



# FRAGILIDAD EN ANCIANOS

## Criterios

Síndrome clínico de fragilidad  
presencia de  $\geq 3$  de los siguientes criterios:

- Pérdida de peso involuntaria
- Agotamiento auto-reportado
- Velocidad de la marcha disminuída
- Mínima actividad física
- Debilidad (fuerza de prensión)

FRIED L et al J Gerontol 2004; 59: M255-63

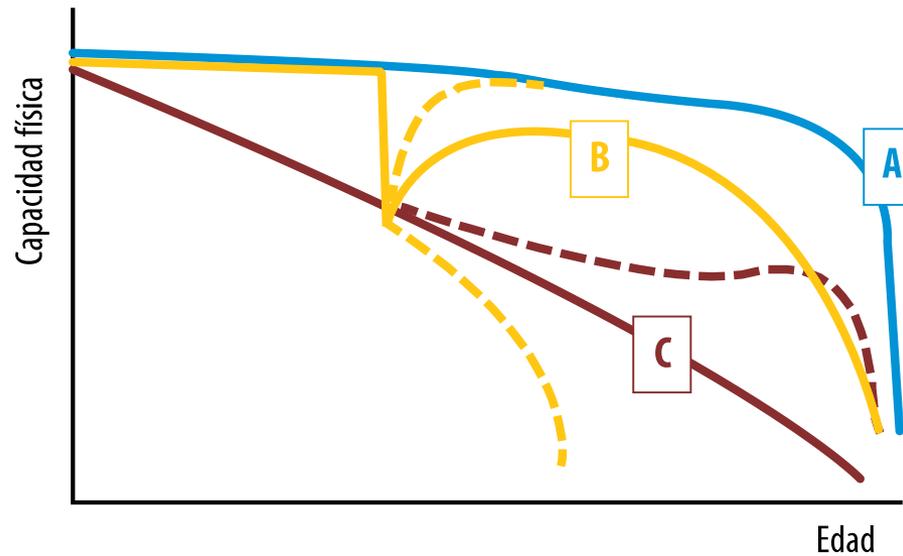


Organización  
Mundial de la Salud

INFORME  
MUNDIAL  
SOBRE  
**EL  
ENVEJECIMIENTO  
Y LA  
SALUD**

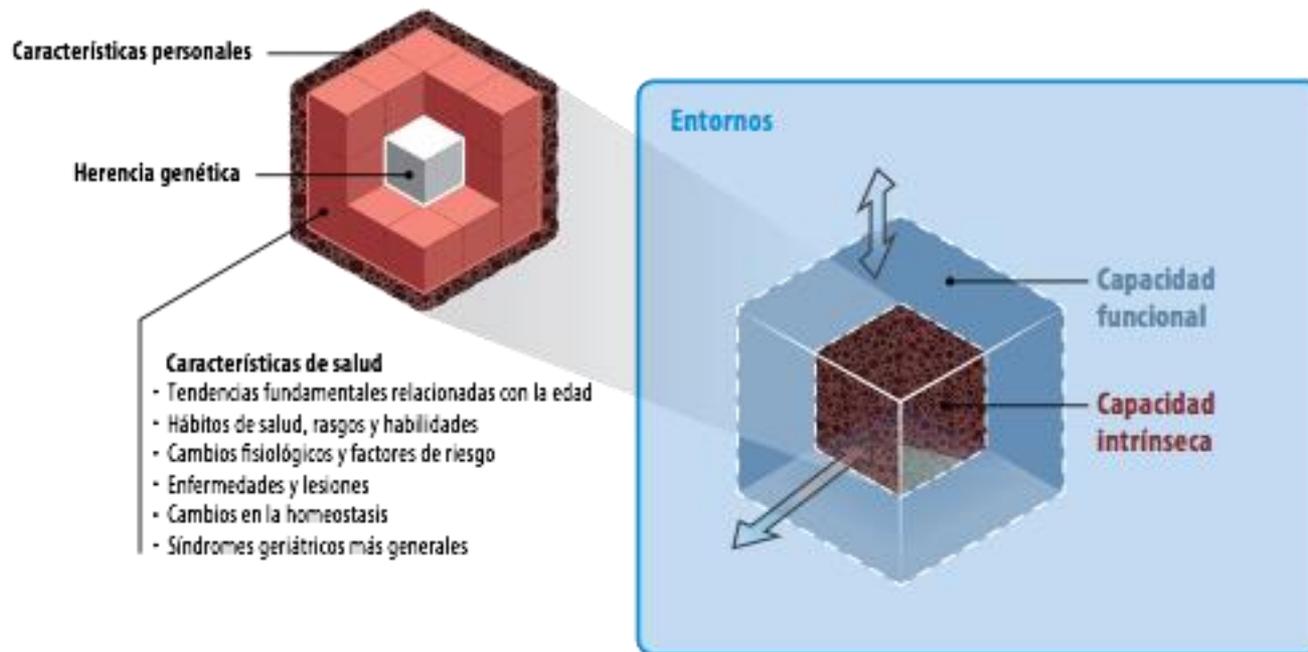
<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

# Tres trayectorias hipotéticas de capacidad física



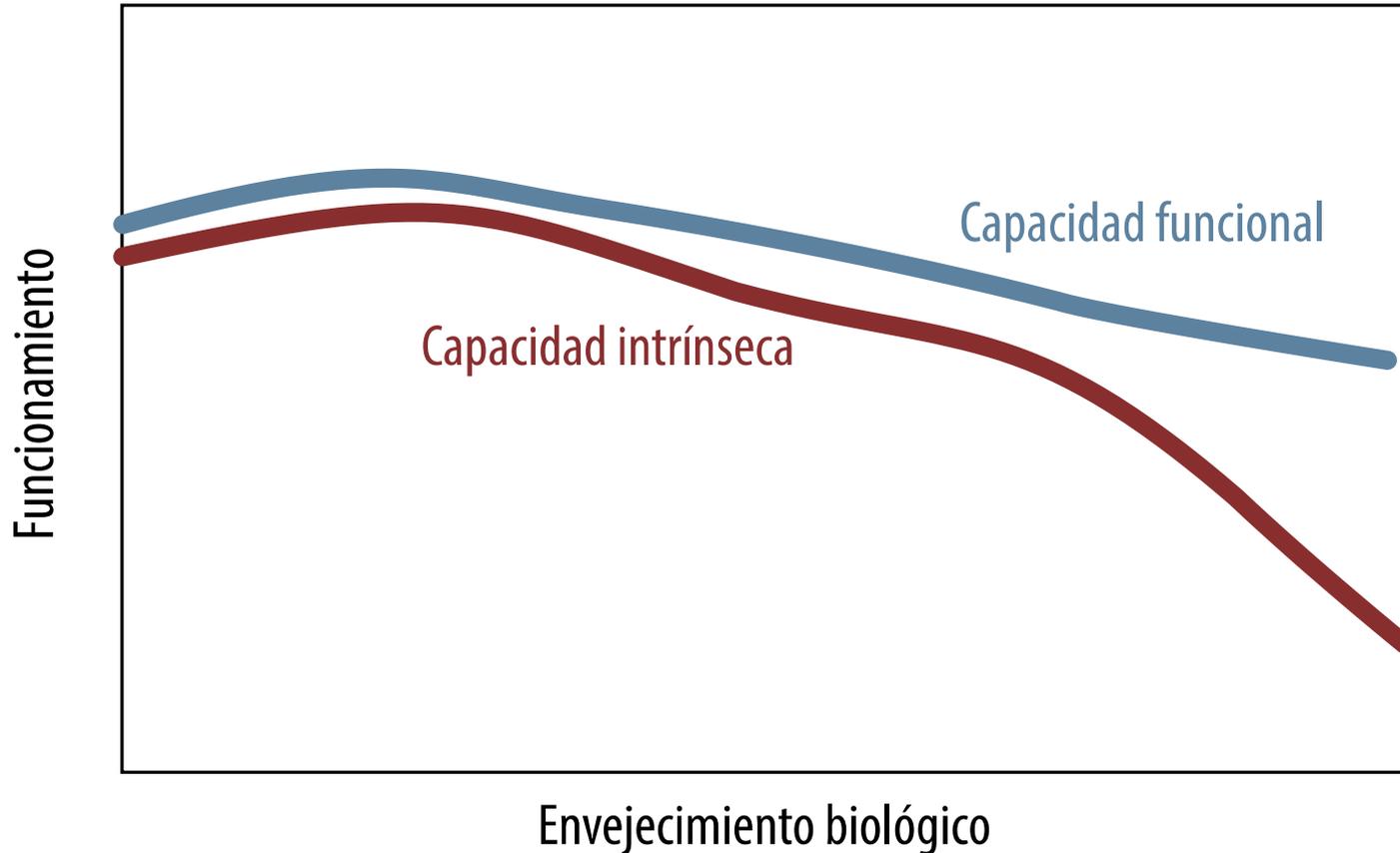
- A. Trayectoria óptima: la capacidad intrínseca permanece alta hasta el final de la vida.
- B. Trayectoria interrumpida: un acontecimiento provoca disminución de la capacidad, seguida de cierta recuperación.
- C. Trayectoria con deterioro: la capacidad disminuye de forma constante hasta la muerte. Las líneas discontinuas representan trayectorias alternativas.

# Envejecimiento saludable

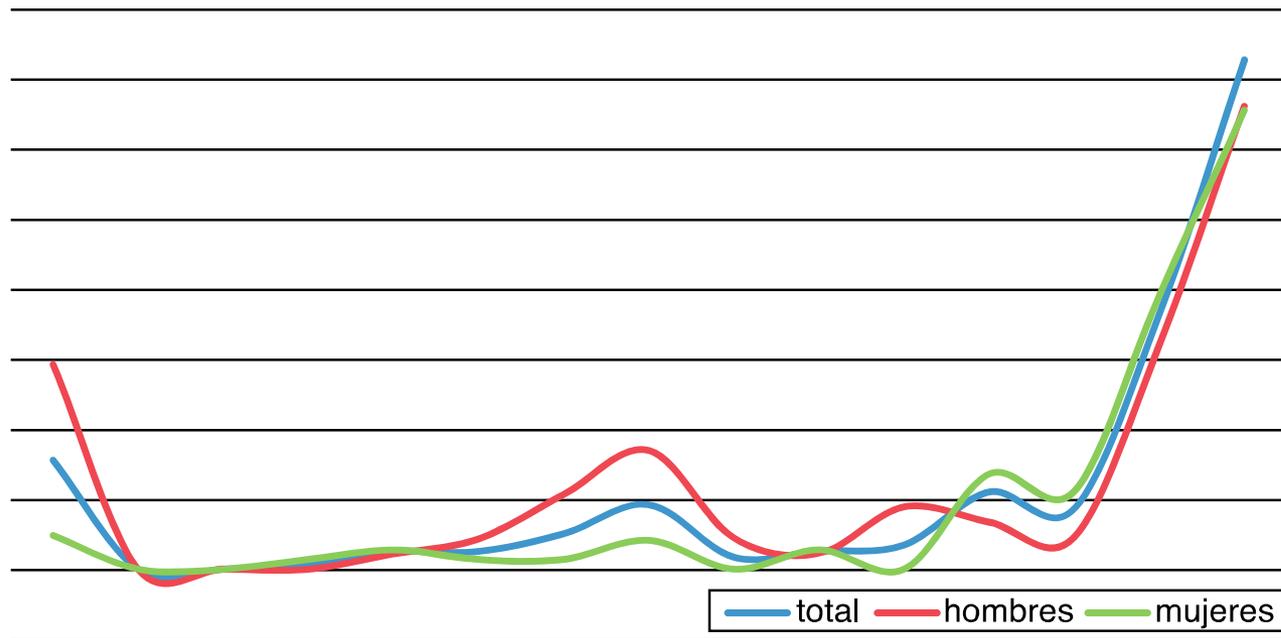


OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Washington, USA, 2015

## Figura 2.3. Trayectorias de capacidad funcional y capacidad intrínseca



# Probabilidad de padecer cualquier tipo de discapacidad por tramos de edad, para toda la población



Escobar Bravo, MA. Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía: de la madurez a la vejez Gac Sanit. 2012;26(4):330–335

# Mensaje fundamental en envejecimiento saludable desde la salud pública



**Tener en cuenta la diversidad**



**Reducir la inequidad**



**Garantizar el derecho a elegir**



**Propiciar el envejecimiento en la comunidad**

**Mantener y recuperar la funcionalidad**



# Sistemas de salud

## Adaptación de los sistemas de salud

Los sistemas de salud bien adaptados pueden facilitar una atención integrada y centrada en las personas mayores. La OMS ha señalado las siguientes esferas de actividad en las que es necesario trabajar para crear sistemas de salud fuertes (o bien adaptados) (121): la prestación de servicios; los recursos humanos; la infraestructura sanitaria (incluidos productos, vacunas y tecnologías adecuadas), los servicios de información y datos; el liderazgo y la gobernanza; y el financiamiento.

**Liderazgo y gobernanza: el *Envejecimiento Saludable* en el centro de las políticas y los planes**

**Implementación de una atención integrada y centrada en las personas mayores**

# Temas a tratar

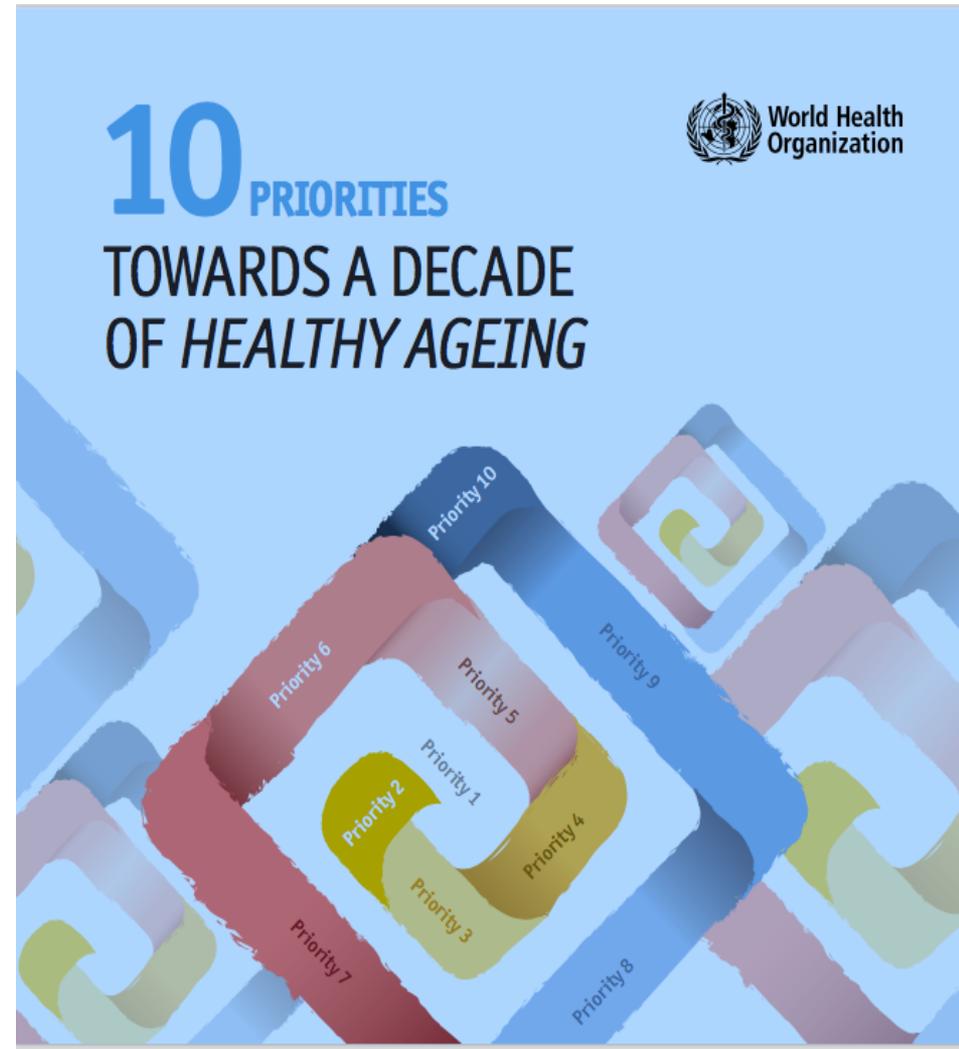
- Envejecimiento demográfico y de salud
- Funcionalidad como eje conceptual del envejecimiento
- **Desarrollo de modelos de innovación**

# La transición de la salud

**La transición de la salud se entiende como un proceso de cambio en dos componentes que transcurren simultáneamente:**

- I. Proceso de dinámica poblacional con la combinación de elementos de transición demográfica y transición epidemiológica.**
- II. Proceso llamado transición de la atención a la salud o de cambio en los patrones de la respuesta social a las condiciones de salud.**

# 10 PRIORIDADES PARA UNA DECADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

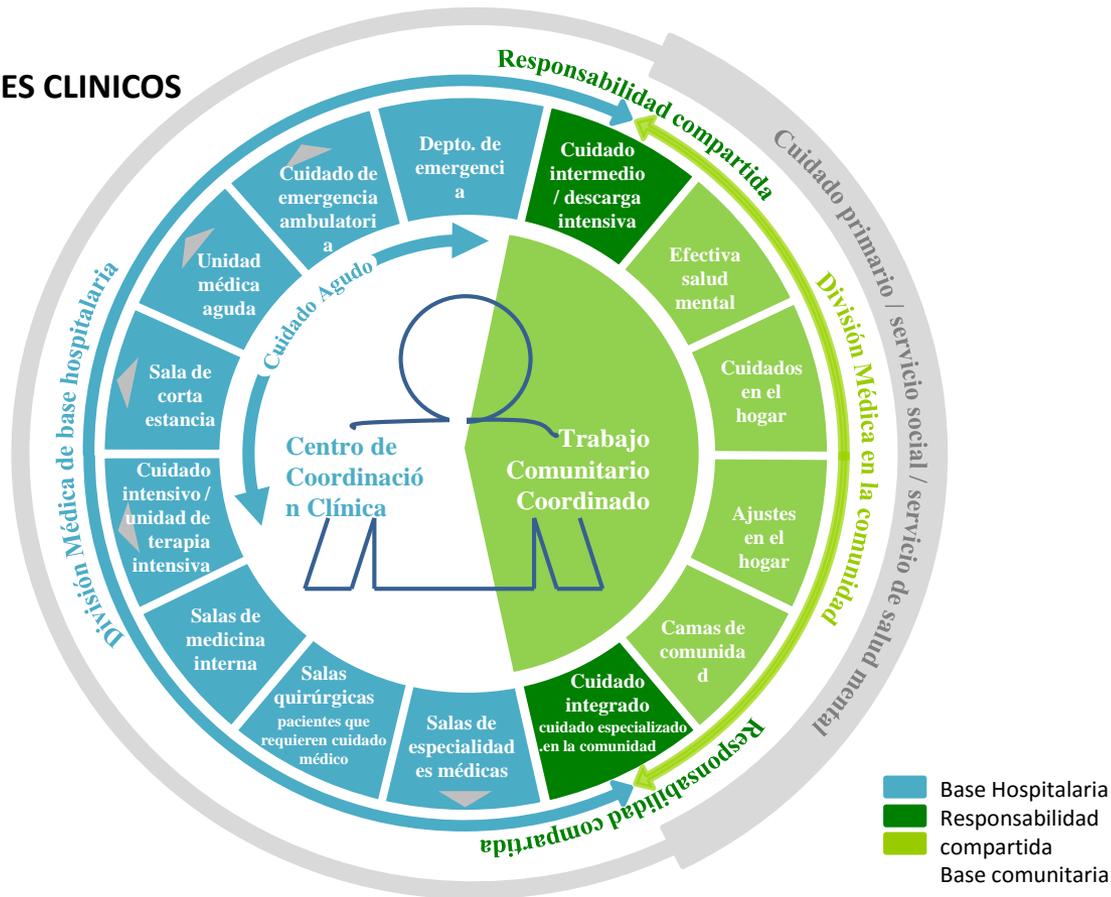


# 10 PRIORIDADES PARA UNA DECADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, OMS 2017

- **Establecer una plataforma para la innovación y el cambio**
- Apoyo a la planificación y acción del país
- Recopilación de mejores datos globales sobre el Envejecimiento saludable
- Promover investigaciones que aborden las necesidades actuales y futuras de las personas mayores
- Alineación de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores
- **Sentar las bases para un sistema de atención a largo plazo en todos los países**
- Asegurar los recursos humanos necesarios para la atención integrada
- Emprender una campaña mundial para combatir la discriminación por edad
- Definición del contexto propicio económico para la inversión
- Mejora de la red mundial de ciudades y comunidades adaptadas a las personas de edad

# Círculo del cuidado centrado en el paciente: Hospitalización y Comunidad

## MODELO EJES CLINICOS



# Desarrollo de niveles asistenciales "Para cada necesidad"

## Intrahospitalarias

- Unidad de agudos
- Consulta externa
- Unidad de media estancia
- Hospital día

## Extrahospitalarias

- Unidad de larga estancia
- Atención domiciliaria
- Comunidad**
- Otros**



# Presentación de un modelo en **COMUNIDAD**

## Servicios Socio-sanitarios para personas mayores en España

### ❖ Servicios de Atención Domiciliaria

Servicio de Tele asistencia

Servicio de Ayuda a Domicilio

### ❖ Servicios de Atención Diurna

Hogares

Centros de Día

### ❖ Servicios de Atención Residencial

Centros Residenciales

Viviendas para Mayores

**Dr. Jesús Norberto Fernández Muñoz**

**Servicios Socio-sanitarios para personas mayores en España**

**Jefe de Área de Envejecimiento Activo**

**IMSERSO, Organización Iberoamericana de Seguridad Social**

**Madrid, 2 de abril 2018**

# La encuesta SABE Bogotá

## Salud, Bienestar y Envejecimiento año 2012

### Convocatoria 545 de Colciencias



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá

| VIGILADA MINEDUCACIÓN |



**COLCIENCIAS**  
Ciencia, Tecnología e Innovación



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN IGNACIO**

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

# Vivir solo

## Composición de las familias, Estudio SABE Bogotá

Subtipo de familia	n	%
unipersonal	252	12,6
nuclear completa	626	31,3
nuclear incompleta	182	9,1
extendida	894	44,7
compuesta	46	2,3
Total	2000	100,0

## Vivir solo o acompañado según esfera mental y estado funcional

	Media		
	Solo	Acompañado	p valor
MMSE	16,03 ± 2,83	15,19 ± 3,79	<0,001
Barthel	97,67 ± 8,30	94,92 ± 16,26	<0,001
Lawton	16,51 ± 4,50	19,16 ± 8,92	<0,001

MMSE (Mini Mental Steta Examination Abreviado 0-19 puntos). Barthel (0-100 puntos).

Lawton (0-14 puntoas). Diferencias estadísticamente significativas chi-square <0,001

## FACTORES ASOCIADOS A DEJAR DE VIVIR SOLO EN PERSONAS MAYORES

**Diego Andrés Chavarro Carvajal - Luis Carlos Venegas Sanabria – Carlos Alberto Cano Gutiérrez**  
**Unidad de Geriátría, Hospital Universitario San Ignacio**  
**Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina - Pontificia Universidad Javeriana**  
**Bogotá D.C. - Colombia**

- Estudio observacional analítico de 159 personas mayores de 60 años identificadas previamente en el estudio SABE Bogotá 2012 que vivían solas. Seguimiento en mayo de 2017. Variable dependiente utilizó vivir solo vs no vivir solo en la actualidad.
- Dentro de nuestra muestra la presencia de discapacidad auditiva y el ser hombre fueron factores independientes para que las personas mayores dejen de vivir solas. Estos resultados orientan la conveniencia de plantear intervenciones como programas de apoyo para favorecer que las personas mayores que viven solas con las condiciones apropiadas puedan seguirlo haciendo.

# **Necesidades para el desarrollo de servicios socio sanitarios para la población Adulta Mayor**

**Asistencia comunitaria**

**Asistencia  
en salud**

