Envelliment salut i societat al 2030

Recursos de salut i socials al 2030

Antonio San José

21 de març de 2013

Envejecimiento poblacional

- Fenómeno nuevo
- A nivel mundial
- Descenso de la natalidad
- Aumento de la esperanza de vida

Necesidades Sanitarias

- Cambios demográficos
- Cambios epidemiológicos
- Cambios sociales y económicos
- Expectativas de la población
- Avances tecnológicos

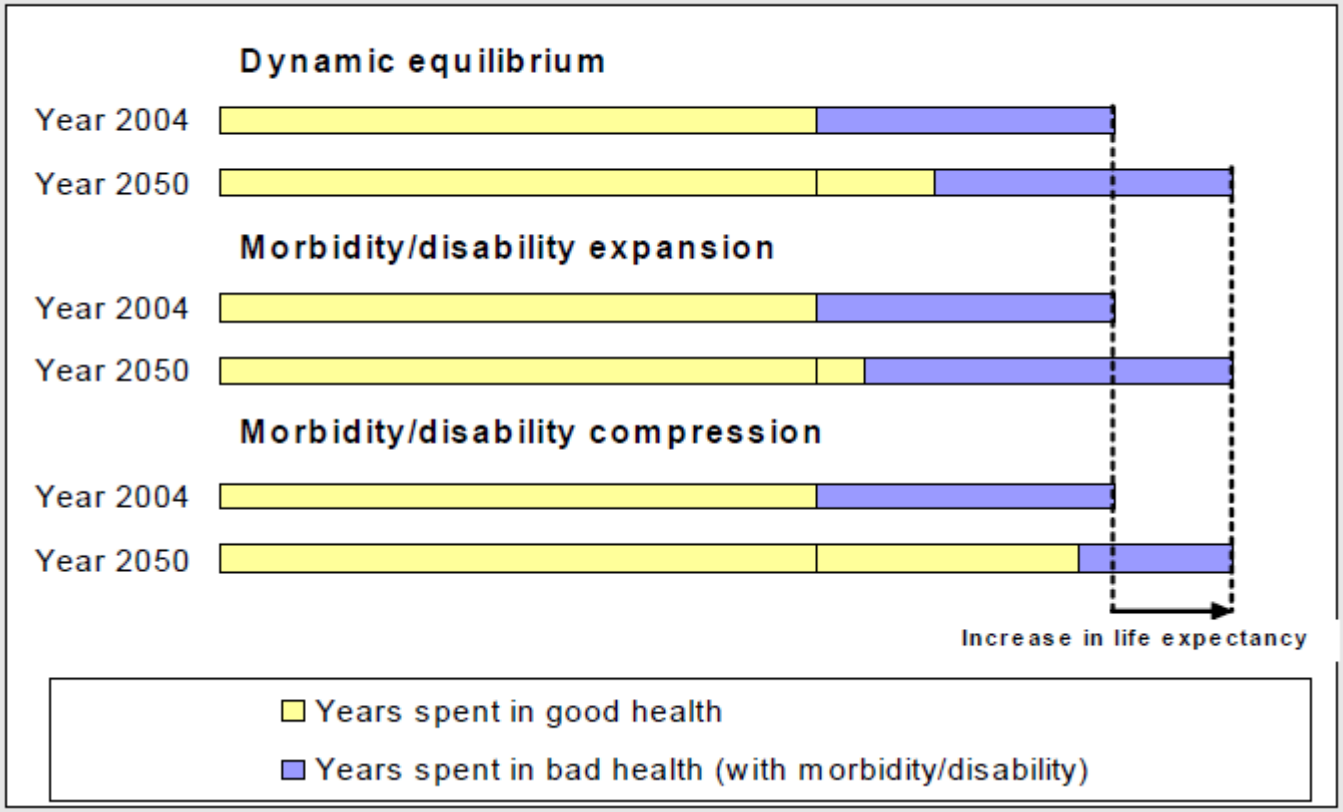
Avances sanitarios

- Tratamiento de la Enfermedad Vascular Cerebral aguda
- Tratamiento de la Enfermedad Coronaria aguda
- Nuevos tratamientos oncológicos
- Nuevos tratamientos de la Infección por VIH
- Avances en trasplantes de órganos
- Radiología intervencionista y cirugía mínimamente invasiva
- Nuevos fármacos para enfermedades crónicas

Hipótesis evolución esperanza de vida con salud

- Expansión de la morbilidad. Gruenberg (1977), Verbrugge (1984), Olshansky (1991), Guralnik (1991).
  - Gracias a las intervenciones médicas, la prolongación de la supervivencia en las personas con enfermedades crónicas incrementará su esperanza de vida pero no su salud. Consecuentemente, los años de vida ganados serán, al menos parcialmente, con mala salud.
- Equilibrio dinámico. Manton (1982, 1995).
  - El retraso de la mortalidad a edades más avanzadas se acompañará paralelamente de un retraso de la morbilidad y la incapacidad. Consecuentemente, la esperanza de vida con salud crecerá en la misma proporción que la esperanza de vida total y el número de años ganados con mala salud será el mismo
- Compresión de la morbilidad. Fries (1980, 1983, 1989, 1993).
  - Con el incremento de la esperanza de vida, el inicio de la incapacidad se retrasará a edades más avanzadas gracias a las mejoras en las condiciones de vida, estilos de vida, y el mejor control de las enfermedades crónicas.

Graph 1. Different hypothesis for the evolution of healthy life expectancy



AGING, HEALTH RISKS, AND CUMULATIVE DISABILITY

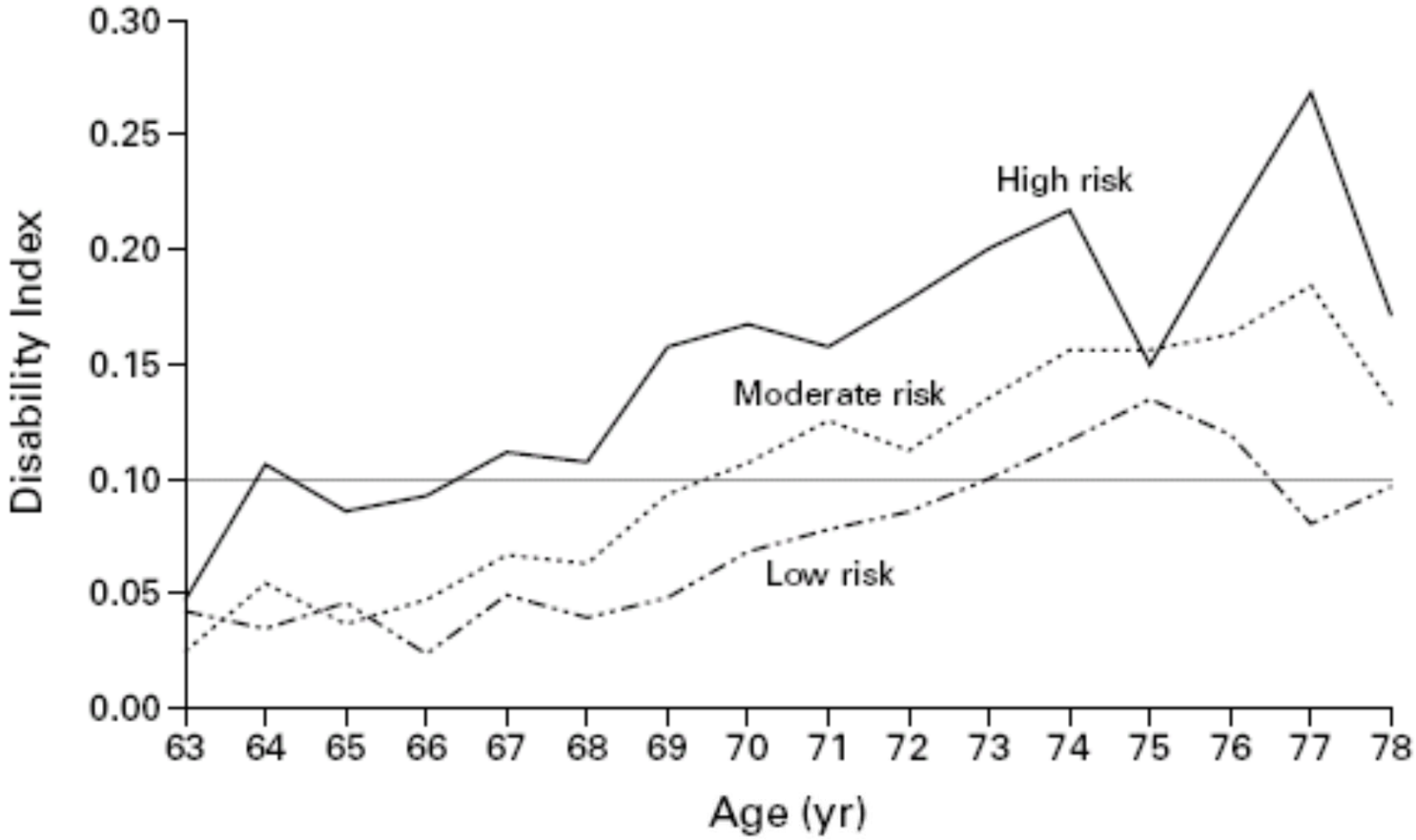


Figure 2. Disability Index According to Age at the Time of the Last Survey and Health Risk in 1986.

Average disability increased with age in all three risk groups, but the progression to a given level of disability was postponed by approximately seven years in the low-risk group as compared with the high-risk group. The horizontal line indicates a disability index of 0.1, which corresponds to minimal disability.

Porcentaje de cambio anual medio en la tasa de incidencia de condiciones crónicas (1992-2005). Análisis basado en el Medicare

Condiciones	Base de cálculo
Mortalidad total	-0,7 (-1,12, -0,27
Cáncer de colon	-1,58 (-2,57, -0,57
Cáncer de mama	-0,49 (1,02, 0,04) (*)
Cáncer de próstata	-2,28 (-3,77, -0,77)
Parkinson	-0,38 (-1,22, 0,47) (*)
IAM	-0,65 (-1,4, 0,12)(*)
Angina de pecho	-6,17 (-6,96, -5,38)
AVC	-2,89 (-3,59, -2,18)
Insuficiencia cardiaca	- 3,37 (-3,79, -2,94)
EPOC	-5,14 (-6,78, -3,47)
Asma	-2,46 (-3,55, -1,36)
Fractura fémur	-2,51 (-2,82, -2,19)
Úlcera péptica	-5,82 (-6,77, -4,86)
Artritis Reumatoide	-1,11 (-2,87, 0,67) (*)

(*): no significativo

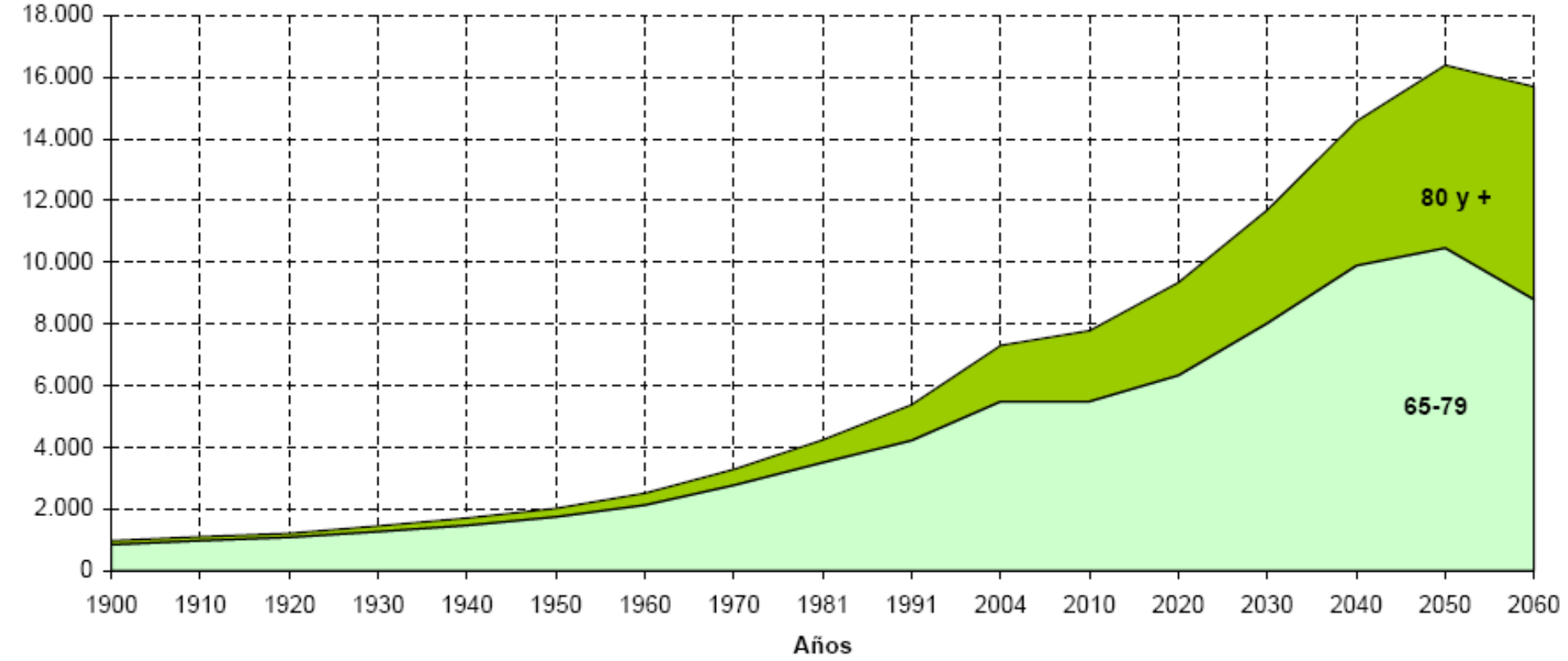
Age and Ageing marzo 2013

Porcentaje de cambio anual medio en la tasa de incidencia de condiciones crónicas (1992-2005). Análisis basado en el Medicare

Condiciones	Base de cálculo
Cáncer de pulmón	0,85 (0,22, 1,48)
Melanoma	6,15 (4,3, 8,02)
Enfermedad de Alzheimer	3,96 (2,67, 5,26)
Diabetes	1,69 (0,47, 2,93)
Enfermedad renal	8,56 (7,62, 9,5)
Bocio	6,67 (5,9, 7,44)

Age and Ageing marzo 2013

1.3. Evolución de la población mayor, 1900-2060 (miles)



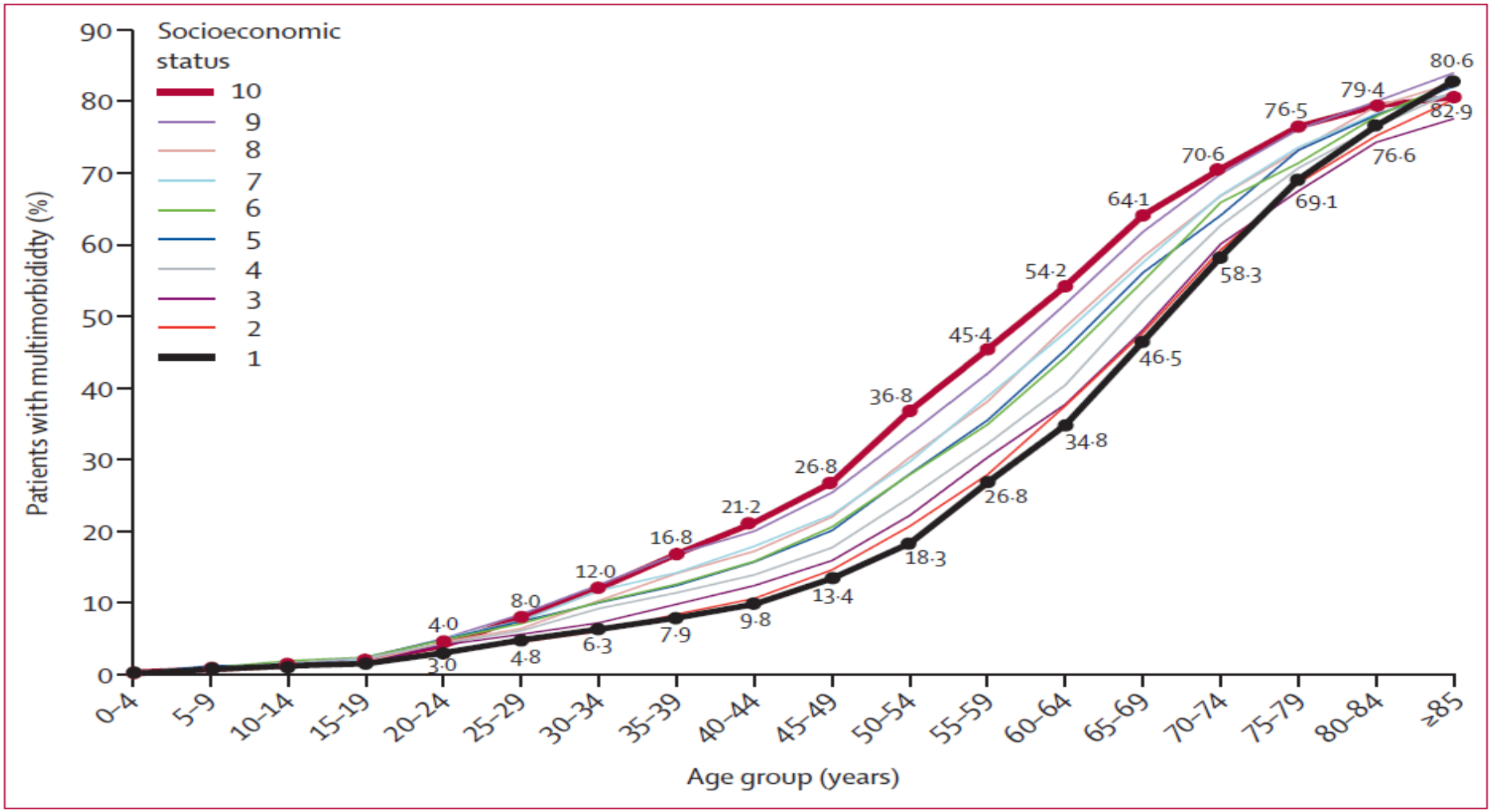


Figure 2: **Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status**
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study

Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

www.thelancet.com **Published online May 10, 2012**

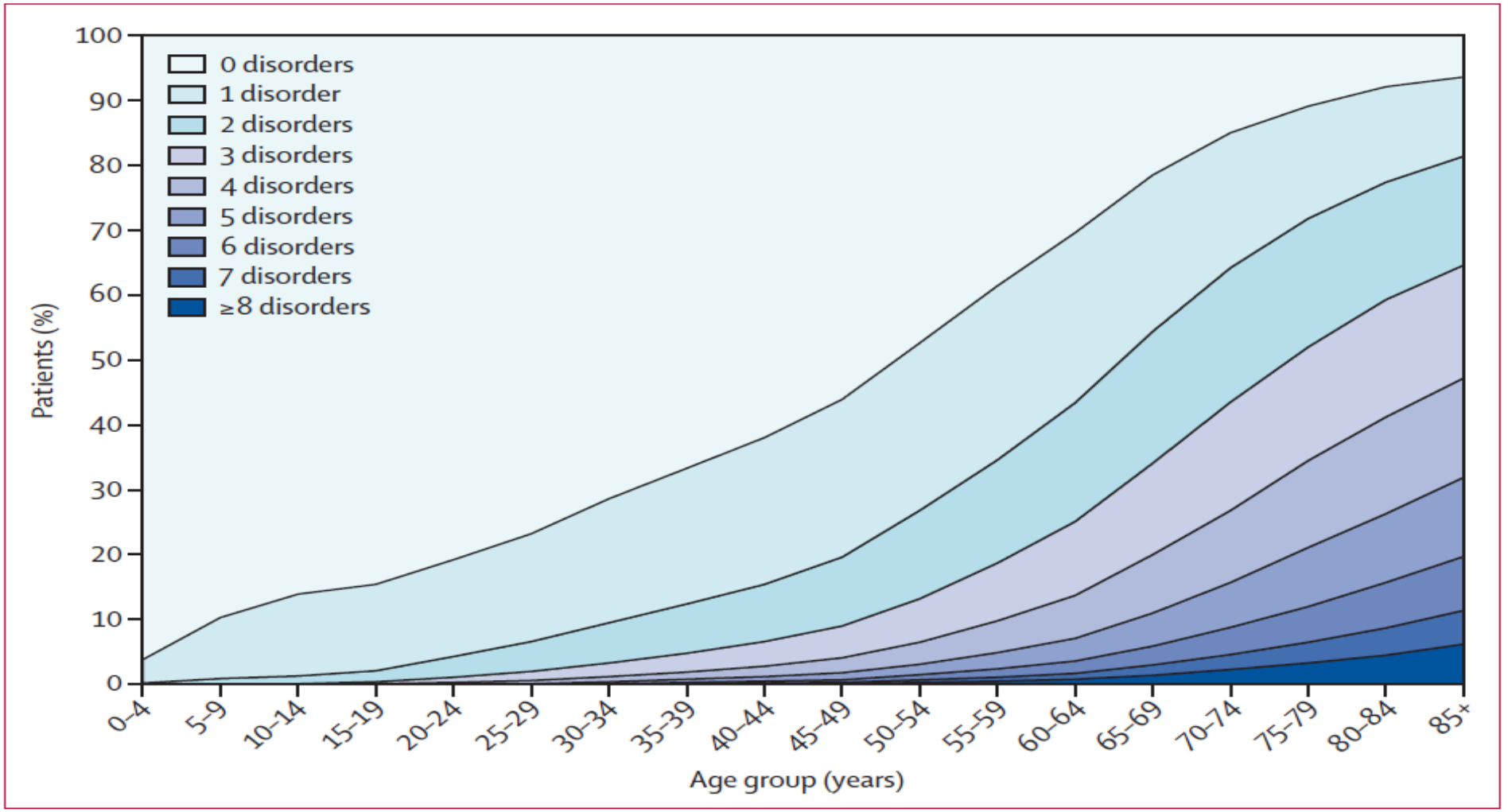


Figure 1: **Number of chronic disorders by age-group**

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study

Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

www.thelancet.com **Published online May 10, 2012**

agrupació de la població assignada segons els CRG

Els CRG agrupen els pacients segons el seu estat de morbiditat a partir dels diagnòstics i procediments registrats en un període de temps, generalment, un any.

Cada pacient va destinat a un, i només un, CRG.

distribució de la població assignada per estats de salut: 2010

Estat de salut segons CRG	nre.	%
Estat 1: Població sana	2.758.170	46,8%
Estat 5: Malaltia crònica significativa	1.140.326	19,4%
Estat 6: Malaltia crònica significativa en dos òrgans	835.007	14,2%
Estat 3: Malaltia crònica menor	725.914	12,3%
Estat 9: Condicions catastròfiques	9.974	0,2%
Estat 4: Múltiples malalties cròniques menors	257.991	4,4%
Estat 7: Malaltia crònica significativa en tres+ òrgans	67.822	1,2%
Estat 2: Patologia aguda	48.630	0,8%
Estat 8: Neoplàsies	45.906	0,8%
Total	**5.889.740**	

interacció entre la morbiditat i l'edat

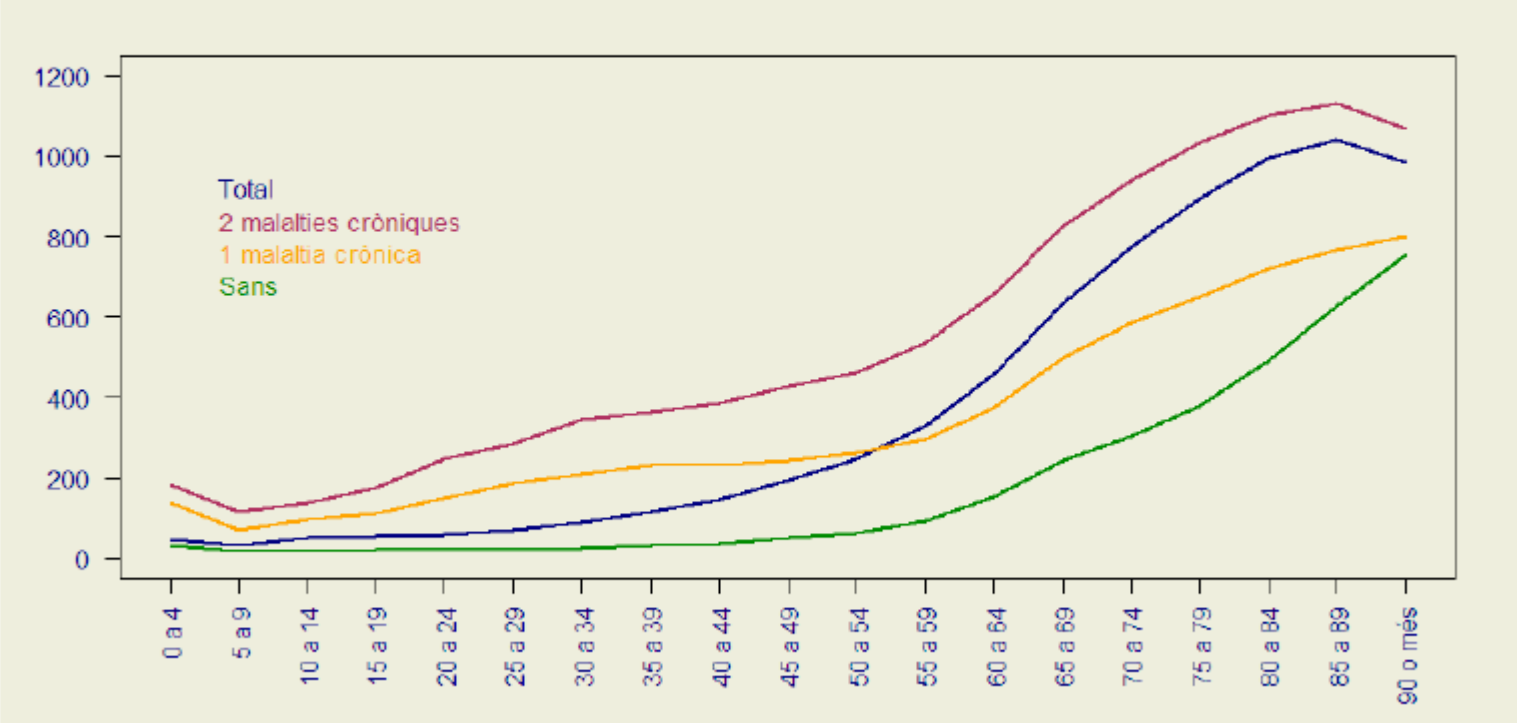
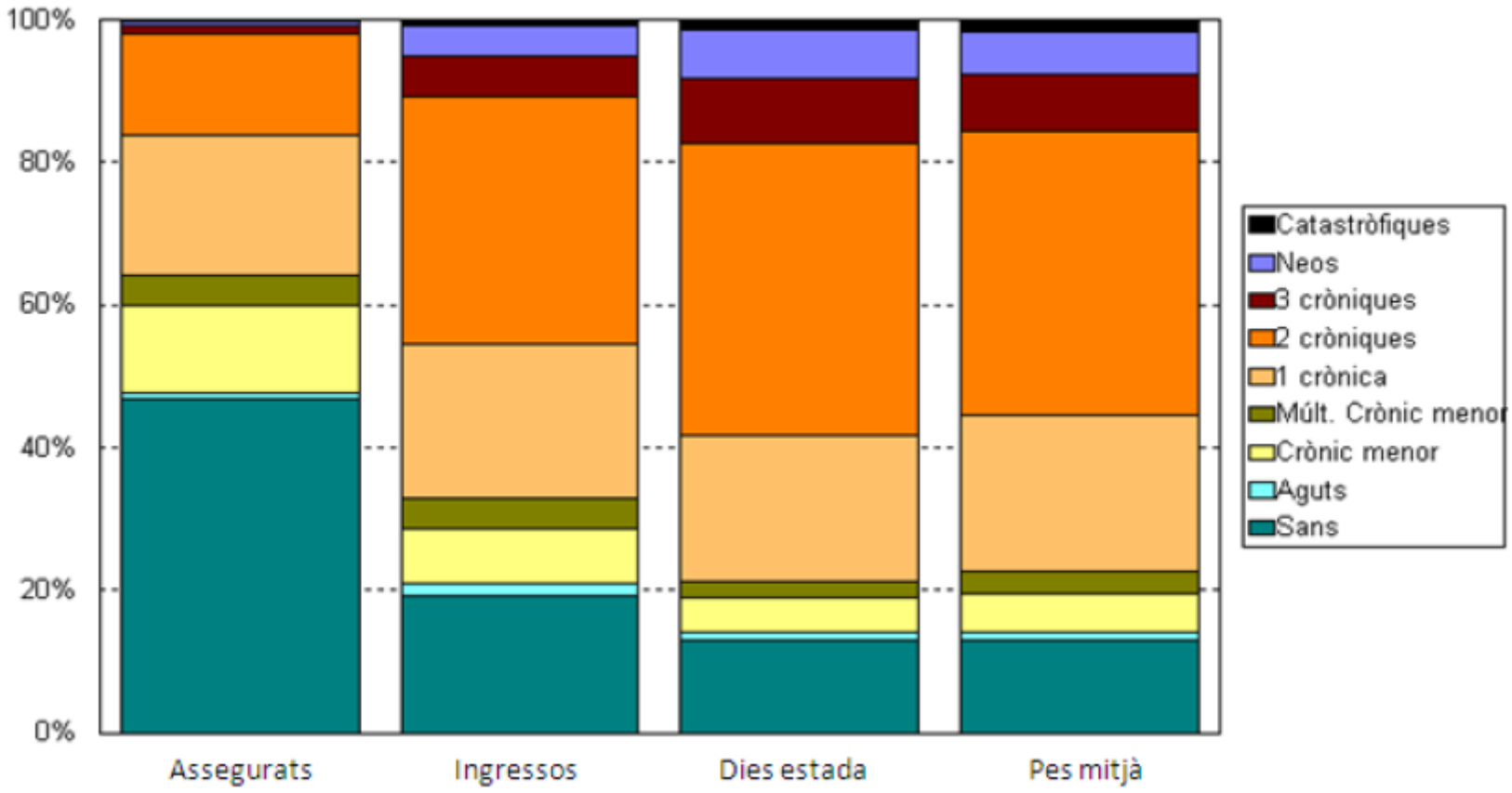


Figura 1: Distribució dels assegurats, dels ingressos, del nombre de dies i del pes CRG segons estatus. Ingressos globals. Any 2010



Actuaciones según las necesidades

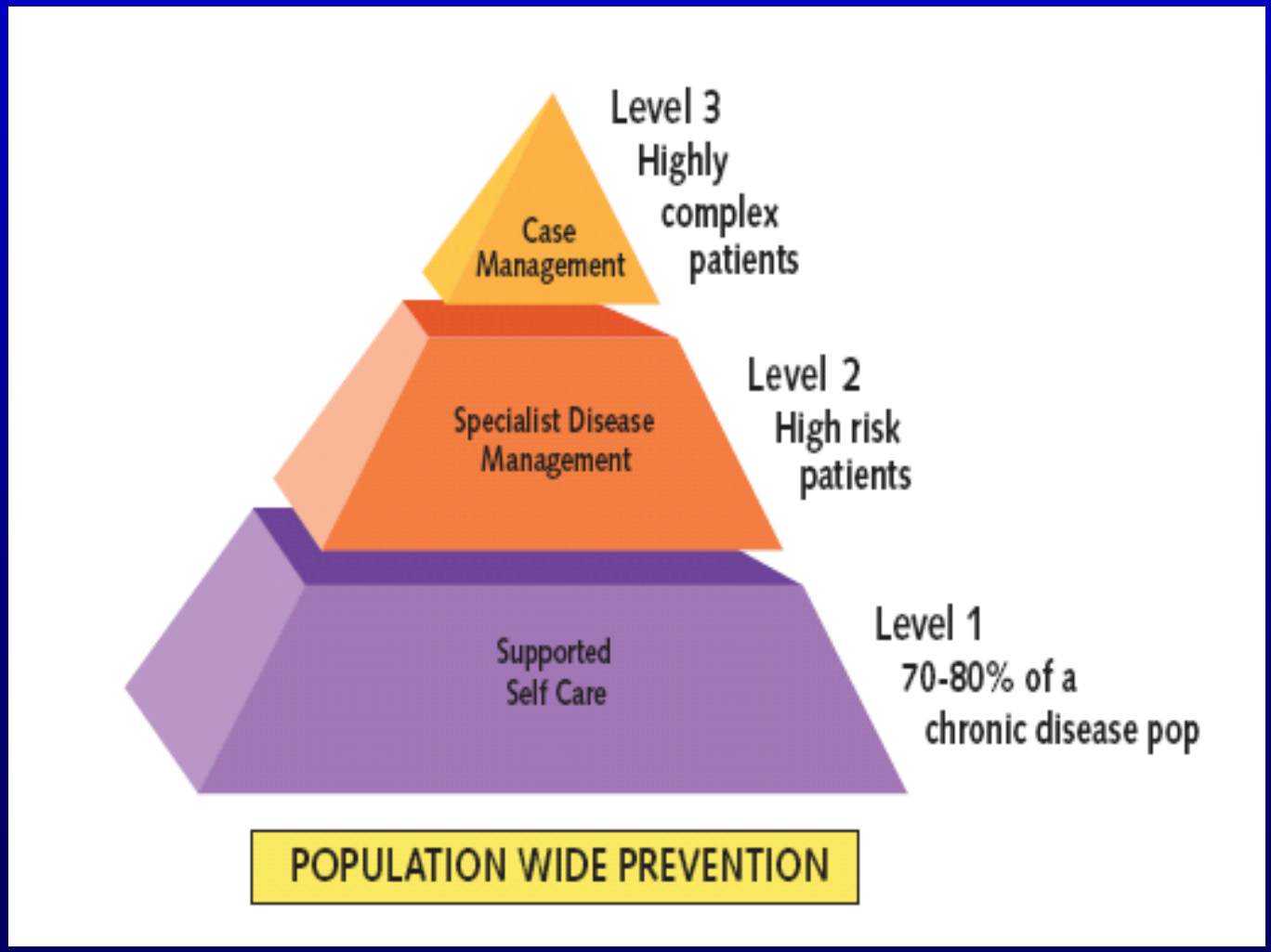
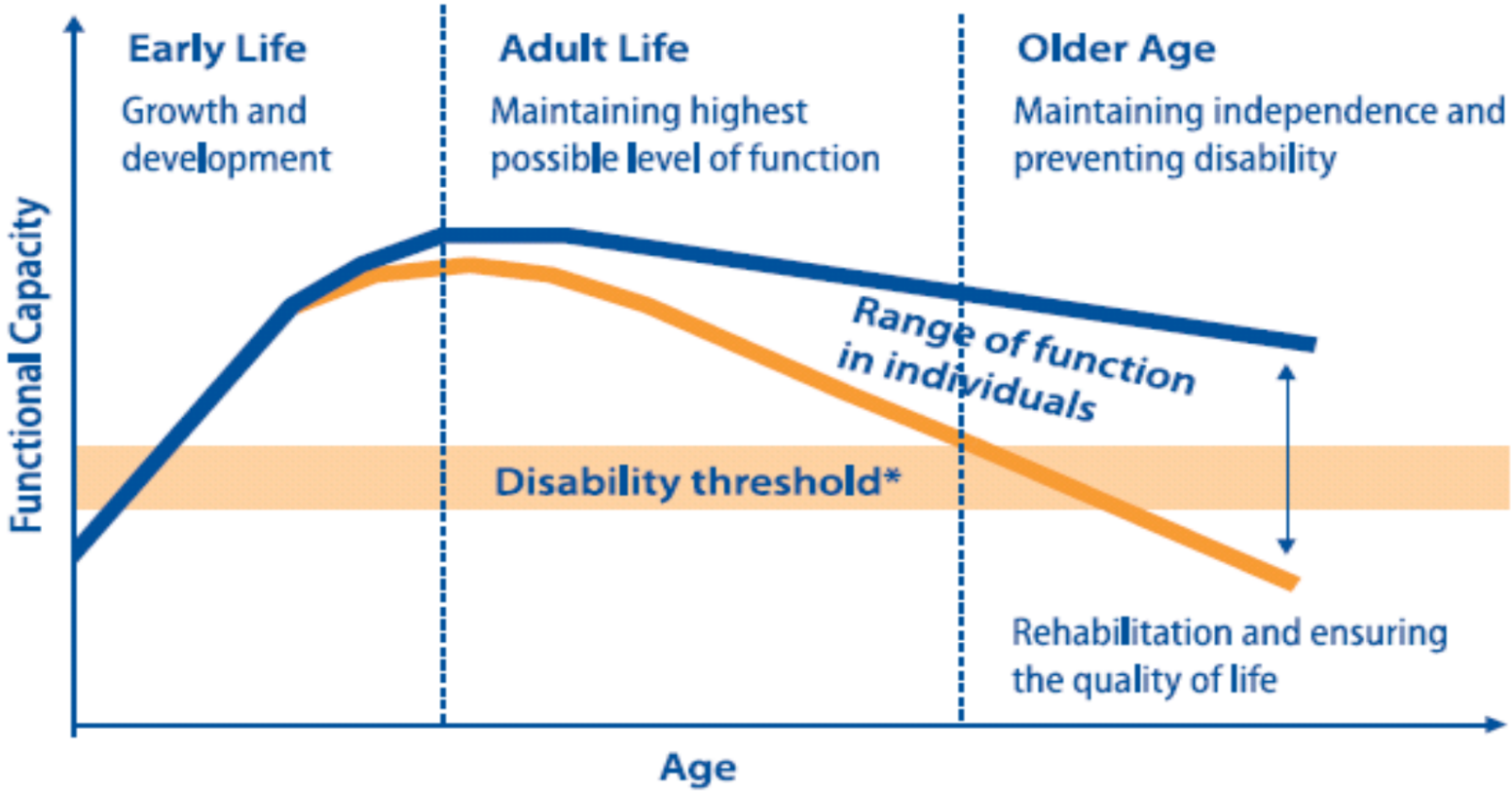


Figure 4. Maintaining functional capacity over the life course



Source: Kalache and Kickbusch, 1997

**Changes in the environment can lower the disability threshold, thus decreasing the number of disabled people in a given community.*

Functional capacity (such as ventilatory capacity, muscular strength, and cardiovascular output) increases in childhood and peaks in early adulthood, eventually followed by a decline. The rate of decline, however, is largely determined by factors related to adult lifestyle – such as smoking, alcohol consumption, levels of physical activity and diet – as well as external and environmental factors. The gradient of decline may become so steep as to result in premature disability. However, the acceleration in decline can be influenced and may be reversible at any age through individual and public policy measures.

DOCUMENTO DE CONSENSO

Prevención de la dependencia en las personas mayores

Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid, 15-16 de junio de 2007

J. Gómez Pavón[a], I. Martín Lesende[b], J. J. Baztán Cortés[c], P. Regato Pajares[b], F. Formiga Pérez[d], A. Segura Benedito[e], P. Abizanda Soler[a], J. de Pedro Cuesta[f] (Grupo Impulsor del documento), grupos de trabajo de expertos de las sociedades científicas[g] y administraciones sanitarias[h]

[a]*Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.*
[b]*Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.*
[c]*Sociedad Española de Medicina Geriátrica.*
[d]*Sociedad Española de Medicina Interna.*
[e]*Sociedad Española de Epidemiología/Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.*
[f]*Ministerio de Sanidad y Consumo.*
[g]*Grupo de expertos de las Sociedades Científicas: Gorroñogoitia Iturbe A. y Espinosa Almendro J.J. (semFYC); Ruipérez Cantera I., Galindo Ortiz J. y García Navarro J.A. (SEGG); San Jose Laporte A. (SEMI); Gil Núñez A. (Sociedad Española de Neurología [SEN]; Claver Martín M.D. (Asociación Española de Neuropsiquiatría [AEN); Álvarez Pasquín M.J. (Asociación Española de Vacunología [AEV]; Monleón Just M. (Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria [FAECAP]; Izquierdo Mora M.D. (Asociación de Enfermería Comunitaria [AEC).*
[h]*Grupo de expertos de las Administraciones de Sanidad: Márquez Gallego F. (Ministerio de Sanidad y Consumo); Pinto Fontanillo J.A. (CC AA de Madrid); Salvà Casanovas A. (CC AA de Cataluña); Martínez Acebal A. (CC AA del Principado de Asturias); Mora González M.A. (CC AA de Cantabria); Rivas Pérez A.I. (Ciudad Autónoma de Ceuta); Márquez Gallego F. (CC AA de Galicia); Iglesias Sánchez J.M. (CC AA de Extremadura); De la Iglesia Rodríguez P. (CC AA de Castilla y León).*

Rev Clin Esp. 2008;208(7):361.e1-e39

Prevención en personas de edad avanzada. Evidencias grado A (alta certeza de beneficio substancial)

- Actividad física
- Intervenciones sobre el tabaquismo
- Vacunación antigripal
- Vacunación tétanos – difteria
- Determinación presión arterial
- Antiagregación, anticoagulación en determinadas condiciones (enfermedad vascular, arritmias…)
- Prevención de caídas
- Cribado alteraciones sensoriales
- Polifarmacia
- Valoración geriátrica integral

Rev Clin Esp. 2008;208(7):361.e1-e39

Principios clave en la Atención Sanitaria de las personas de edad avanzada con multimorbilidad.

- Preferencias del paciente
  - Obtener e incorporar las preferencias del paciente en la toma de decisiones médicas
- Interpretación de las evidencias
  - Interpretar y aplicar los conocimientos médicos centrados en pacientes de edad avanzada con multimorbilidad reconociendo las limitaciones en las evidencias
- Pronóstico
  - Toma de decisiones valorando beneficios, riesgos, carga médica, valorando la esperanza de vida, la situación funcional y la calidad de vida
- Factibilidad clínica.
  - Considerar la complejidad y factibilidad de los tratamientos y las intervenciones sanitarias
- Optimización de los tratamientos
  - Escoger aquellos tratamientos con mayores beneficios y menos riesgos, con impacto en la calidad de vida

Panel expertos de la Sociedad Americana de Geriatría

JAGS 2012; 60: E1-E25

Orientación de los servicios de salud. Escenario 2030

- Orientación hacia la cronicidad
- Intervenciones sociosanitarias
- Trabajo en equipos interdisciplinares
- Estratificación y adecuación a la necesidad
- Atención centrada en la persona
- El domicilio como centro de atención
- El equipo de Atención Primaria de Salud como eje vertebrador
- Transversalidad entre niveles de atención y proveedores
- Incorporación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación
- Atenciones intermedias como alternativa a la hospitalización
- De le enfermedad órgano específica a la persona con multimorbilidad
- Utilización apropiada de los medicamentos
- Cambios en la formación de grado, postgrado y especialidades médicas
- Investigación más orientada a la multimorbilidad y a las intervenciones sanitarias complejas