



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión

La Academia Nacional de Medicina en el Auditorio del Instituto Nacional de Geriátría en conjunto con el consejo de Salubridad General

Simposio Extramuros

“El sistema nacional de cuidados: una prioridad impostergable”

Ciudad de México a 7 de agosto del 2019

Bajo la coordinación del Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo y como ponentes: Dra. Sandra Huenchuan Navarro, Dr. Juan García Moreno, Dra. Gabriela Rubio en representación del Dr. Mauricio Hernández Ávila.

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, “Introducción: dependencia y autonomía”

El tema de la dependencia, como en todo el mundo, está vinculado en buena medida al paso del tiempo, ya que conforme se avanza en la edad la probabilidad de deterioro funcional se incrementa y en términos generales la edad en que se adquiere una discapacidad significativa que genera algún grado de dependencia para los mexicanos, es de 74 años en promedio.

La tendencia en la relación de dependencia de la proporción de personas dependientes de los más jóvenes, aunque este índice no es del todo preciso, debido a que se refiere más bien a la productividad laboral, sin embargo, aquí lo importante es como viene decreciendo la población de los jóvenes dependientes y como se acrecienta la población de los mayores dependientes y en particular de los octogenarios, que para finales del próximo años ya pesan significativamente en el sistema, ya que esto no es un tema del futuro, sino realidad cotidiana.

Este es el problema público, ya que mediante la encuesta nacional sobre el envejecimiento en México del 2015, de las personas mayores dependientes con necesidad de cuidados, solo el 40% reciben algún tipo de cuidado sin saber de qué calidad, este es el problema, haciendo hincapié que estos son datos ratificados de una encuesta longitudinal representativa de la población nacional, que reúne información de más de 20mil mexicanos a nivel nacional.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

¿Cómo está el sistema de cuidados funcionando en México? en la actualidad se cuenta con la “*Secretaría de Salud*”, la “*Secretaría de Bienestar*”, dentro de la “*Secretaría de Salud*”, la “*Ley General de Salud*” le da a la secretaría la atribución de la asistencia social y el *DIF* es el organismo responsable de la asistencia social, está sectorizado a salud, mismo que tiene: una inserción comunitaria, centros comunitarios y unidades básicas de rehabilitación, siendo esta la única entidad nacional que cuenta con una implantación en la comunidad relacionada con este tema, además de que puede constituirse en el eje en el cual giren las iniciativas dirigidas a promover los cuidados a nivel de la comunidad, sin embargo, esta coordinación en la actualidad no existe.

Dentro de la seguridad social tanto el “*ISSSTE*” como el “*IMSS*”, tienen una vertiente de servicios sociales y estos comienzan a avanzar en esta dirección de crear centros comunitarios, reiterando que en el momento no hay coordinación en estas acciones.

Se sabe además que el “*Sector Privado*” de alguna manera dentro de la égida de la “*Secretaría de Bienestar*” todo lo que corresponde a las instituciones de asistencia privada a 22 estados de la república tienen juntas de asistencia privada, más alrededor de todo el país de acuerdo al último censo del “*INEGI*” de estas instituciones hay alrededor de 7mil instituciones de asistencia social, de las cuales la tercera parte o poco más, están dedicadas a personas mayores exclusivamente y las otras dos terceras partes a otras edades de la vida y a problemáticas diversas.

La realidad es que en este contexto, menos del 1% de las personas mayores dependientes de México, residen en alguna institución, mientras que el 99% siguen en su domicilio en situación de dependencia y recibiendo cuidados particularmente de mujeres, coincidiendo con el hecho de que las familias se encuentran en una gran carencia de los conocimientos básicos del cuidado, por lo que representa una gran sobrecarga para las familias y dificultades mayúsculas para sobreponerse y para atender las necesidades y cuando esto no puede ocurrir en un buen contexto, con frecuencia resultan de negligencia o maltrato.

Además los profesionales de la salud no cuentan con las competencias necesarias para hacerse cargo de los cuidados de largo plazo, ni siquiera se tiene conciencia de que esto les compete, por lo que hablar hoy de este respecto es de la mayor importancia, sin embargo, los profesionales que trabajan en las instituciones de cuidados de largo plazo, no son profesionales, están ahí por cuestiones azarosas, ya que en ocasiones no es por elección y en condiciones laborales muy difíciles,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

sin estímulos y sin posibilidades de desarrollo personal que les permita además mejorar la calidad de la atención.

Por lo anterior se tienen que identificar las mejores prácticas, ya que estas existen, pues hay modelos interesantes que se tienen que socializar y compartir, en virtud de que hay grupos de trabajo que han venido desarrollando estas ideas.

Se ha venido trabajando en el desarrollo en un árbol de problemas, en el cual ya se tienen objetivos y los pasos a seguir para poder lograr que las personas de 60 años con dependencia y sus cuidadores, gocen de una mejor calidad de vida y con ello vean respetados sus derechos humanos.

Lo que preocupa es que se pase de una perspectiva de caridad o una perspectiva de beneficencia a una perspectiva de derechos, la firma de la convención de los derechos de las personas mayores, misma que está pendiente por parte de la nación y sería la clave para poder avanzar en esta dirección, sin embargo, aún no ha sucedido y la razón de esto se debe al costo de crear un “*sistema nacional de cuidados*”, por lo que esto fue lo que en “*Hacienda*” detuvo la firma de la iniciativa.

Se pretende que de cuidado medicalizado en instituciones y del bloqueo de camas por causas social, pase al desarrollo de un cuidado integral multidisciplinario de base comunitaria, no sé debe esperar a que pase lo que sucedió en Japón, ya que por el bloqueo de las camas y de las insuficiencias hospitalarias, se vieron obligados a desarrollar el sistema, por lo que se puede empezar a desarrollar antes de llegar a ese bloqueo, mismo que ya se está empezando a sentir.

En relación al cuidador obligado asignado, se debe dar empoderamiento con capacitación, remuneración y reconocimiento, de una política para salir del paso, a políticas transversales, con planeación a largo plazo y respaldadas por asignación de presupuesto, de multiplicidad de áreas inherentes a una institución de cuidados universal, de respuesta a la demanda en base a la capacidad operativa a: planeación de la oferta con base en las necesidades reales.

Se tienen retos de la “*Política Pública para el SNC-LP*”, mismos que se han venido desarrollando en conjunto con el equipo del laboratorio de política pública, quienes han realizado los análisis de esta información, así como con el establecimiento de las prioridades de análisis en las que es de sumo interés avanzar para profundizar en el tema.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Se reconoce que hay varios niveles en los cuidados, sin embargo, se tiene que mejorar el nivel de autocuidado y las capacidades de la familia, que si bien es importante, no puede ser la única responsable, en virtud de que en todos los países del mundo, entre el 80 y 90% de la dependencia, se gestiona a nivel de domicilio, pero no solo por parte de la familia, sino con apoyos y respaldo que les permita hacerlo de una manera más eficiente y con una vinculación entre el ámbito hospitalario y el comunitario, mismos que actualmente corren en paralelo, pero cada vez más se tiene que desarrollar y en particular en el nivel de la comunidad y probablemente el pivote clave para que esto pueda suceder, es la atención primaria.

También existe una serie de problemas a nivel de las instituciones de cuidados de largo plazo que merecen un abordaje y que serían objeto de toda una sesión, simplemente por: el uso adecuado de la medicación psicoactiva, el uso de restricciones físicas, la restricción de libertades que es prácticamente la regla en esas instituciones, etc.

¿Cómo se pueden ir desarrollando posibles respuestas al papel del estado?: en la reglamentación, criterios de ingreso, como llevar a cabo la valoración, como desarrollar un programa de mejora de la calidad desarrollando modelos de atención apropiados al contexto, reconocimiento de los valores de los profesionales y de las personas y estableciendo mecanismos de control efectivos, la ley le da la atribución al Instituto Nacional de las personas mayores, pero el instituto no tiene los recursos necesarios para esta supervisión.

Dra. Sandra Huenchuan Navarro, “Sistemas nacionales de cuidados: Experiencias regionales”

No existe en general un concepto univoco de lo que son los cuidados de largo plazo, sin embargo, existen diferentes iniciativas y diferentes formas de conceptualizarlo, muchas de ellas que provienen desde inicios de este siglo, por ejemplo:

La que planteo el “*Relator sobre el derecho a la Salud de las Naciones Unidas*”, que define el cuidado como una variable de servicios, médico o de otro tipo, que ayudan a satisfacer las necesidades tanto médicas como no médicas de las personas que padecen una enfermedad crónica o una discapacidad y no pueden cuidar de sí mismas durante largos periodos.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

También la que planteo la *OCDE*, misma que se refiere a una amplia gama de servicios para las personas que dependen de la ayuda en las actividades de la vida diaria, debido a incapacidades físicas o mentales de carácter crónico.

Más recientemente se tiene una definición de la *OIT* que señala que la gama de servicios sociales y de salud para personas que dependen de la ayuda de otros para el desarrollo de sus actividades diarias durante un periodo prolongado de tiempo. Estos incluyen las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria.

El primer elemento con que se cuenta para definir los cuidados de largo plazo en la región, es precisamente esta continuidad, la forma de carácter permanente en relación a los cuidados de largo plazo.

Lo que no está muy claro, es lo referente a ciertos cuidados, en cuanto a si deben incluir el aspecto médico o no, o solamente deben centrarse en servicios sociales, esto es una discusión que no está solucionada, ya que en algunos casos se habla de servicios socio sanitarios y en otros casos se habla solamente de servicios sociales, intentando separar lo que es la atención médica de la atención del cuidado de las personas mayores.

Es importante señalar que la “*Convención Interamericana*”, en relación a la protección de derechos humanos de las personas mayores, no entrega una definición del *cuidado de largo plazo CLP* de manera específica, pero sí de las personas que reciben CLP y en ese sentido se dijo que es aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio, siendo esto una complejidad, debido a que ¿Por qué no se incluye una definición de cuidado de largo plazo en la Convención? o ¿Por qué la Convención se concentra solamente en aquellos que están en establecimientos? y esto era porque se concebía durante las negociaciones que aquellas que tenían una dependencia moderado severa, eran las únicas que iban a recibir cuidados de largo plazo y el resto de personas debería trabajarse con ellas o brindarles servicios de apoyo fuera de los establecimientos.

Todavía no hay ningún protocolo de actuación, sin embargo, es un tema que se debe definir y trabajar más adelante, en virtud de que las definiciones que se



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

vieron con anterioridad, así como los estudios que se han realizado en la región y las modalidades que existen de *CLP*, siempre están vinculando la atención residencial con la atención domiciliaria.

Como ya se había mencionado, un asunto de suma importancia es el de desligar los *CLP* de lo que es la finalidad de la atención médica, en el sentido de que los *CLP* se diferencian entre los cuidados intensivos y las intervenciones médicas, porque no tienen la finalidad de curar o sanar una enfermedad, sino atender en caso de dependencia. Sin embargo, la interrelación entre los sistemas es imprescindible, ya que básicamente lo que está a la base de los *CLP*, ya que de acuerdo a la perspectiva internacional es el de mantener la autonomía o la capacidad funcional como indica la "OMS" de las personas mayores, esto es un tema de debate que genera tensión a nivel de los países de la región.

Lo que se ha propuesto en el marco de la "CEPAL", en primer lugar se ha planteado que el *CLP*, se refiere a la acción social dirigida a garantizar la interacción social de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria, donde no hay ninguna discusión con respecto a la forma de definir la dependencia, es precisamente en relación a la medición de los actos de la vida diaria, sea de carácter instrumental o sea de carácter básico.

El "*Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay*", es una de las experiencias más conocidas, ya que fue una de las primeras que se estandarizó en la región y donde su característica principal es que los cuidados no se definen como *CLP*, sino únicamente como cuidados, mismos que están centrados no solamente en las personas mayores, sino también en los niños y eso es una característica que también tienen otros sistemas de cuidado, como el que se implementa en Costa Rica o como el que intenta implementar en El Salvador.

En el caso de las personas con situación de dependencia, el plan establece una serie de prestaciones, como son: asistentes personales, de teleasistencia, centros diurnos y centros de cuidado permanente.

En ningún momento el plan habla de un sistema de atención progresivo, que es algo que sí se señala en la "*Convención Interamericana*" y eso ha dado como resultado que los criterios de ingreso a las distintas modalidades de atención de las que se acaban de hablar, no establecen articulaciones ni posibilidades de complementariedad, es decir que una persona que accede a un servicio de



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

teleasistencia, no puede acceder a un centro diurno, ya que son básicamente excluyentes.

Otra debilidad del programa “*Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay*”, es que no se ha puesto en práctica la tercera modalidad, referida a los *CLP* en el hogar y por otra parte y que es su principal desafío, es el de propiciar un modelo progresivo de atención donde los servicios dialoguen y complementen sus acciones.

Entre sus acciones mediante una gráfica se muestra una memoria de actuación del “*Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay*” donde se encontró que los usuarios de los servicios de asistente personal, según grupos de edad, en donde no está vinculado al de edad, ya que se encontró que entre los 6 y 12 años hay una mayor cobertura en relación a la edad de los 85 años, por lo que esto es una limitación.

Otra limitación que no es menor, es en los programas de los sistemas de cuidado que son a nivel nacional y que incluyen a los niños y las personas mayores, es el que con mucha frecuencia los programas se asientan principalmente en los niños, dejando de lado muchas veces las necesidades de las personas mayores y eso tiene que ver también con una lógica y forma de concebir a las personas mayores, lo que tiene que ver también con discriminación y otros elementos.

Otro ejemplo es la atención progresiva de la persona mayor en Costa Rica, en este país, existe un sistema de cuidados, donde se trabaja a nivel de comunidad, a nivel de domicilio y a nivel de residencia, es decir de instituciones de *CLP*, su principal característica de este modelo en la red de cuidado, es la de su atención basada en la comunidad y el establecimiento de una sinergia, además de una complementariedad, con lo que es el sistema de atención y especialmente con el “*Hospital Nacional de Geriatría*”.

Se tienen algunas debilidades, mismas que se deben de superar en el futuro, ya que ocurre lo mismo que en el Uruguay, nuevamente la red de cuidado que está concentrada en los niños, tiene mayor preponderancia a nivel presupuestal y de acciones y de cobertura, a diferencia de la red que está concentrada en personas mayores, la red se ejecuta en 56 comunidades muy pequeñas, atiende a 12,734 personas mayores y existe una lista de espera de 7mil personas y esto se relaciona también con el tema del presupuesto, debido a que la institución rectora equivalente al “*INAPAM*” que es la que tiene a su cargo la implementación de la red, invierte cerca de 75 dlls por persona, cuando lo que se requiere es de 71 dlls



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

per cápita, por lo tanto se tienen dos elementos, por una parte es la satisfacción de la demanda y por otra parte es la sostenibilidad del presupuesto.

¿Qué ha sucedido en la región en su conjunto?, ¿Por qué, no hay más programas relacionados con *CLP* o cuidados en general?, se debe básicamente a que la disponibilidad presupuestaria no es permanente, en general esa disponibilidad obedece a gobiernos de turno a programas muy concentrados o muy específicos, pero ello no se mantiene como una “política pública” y esta sí es una diferencia con el Uruguay, ya que este ha sido el único país de la región que incluyó el sistema nacional de cuidados en la ley de protección social, haciendo mención que el cuidado se entiende como un pilar más del sistema de protección social, por lo que el estado está obligado a su prestación, pero obviamente queda bastante camino por recorrer.

Existe una propuesta que se está trabajando en El Salvador, en el que se especifican los grupos con los cuales se van a trabajar, donde no solamente son personas mayores, sino con personas con discapacidad que es distinto a dependencia y niños, lo que pretende incorporar esta política es básicamente una perspectiva de género para cambiar la división sexual de las tareas de cuidado y concentrarse también en un sistema progresivo de atención, esto es complejo por el escenario institucional en el que se dan este tipo de propuestas y en muchas ocasiones este escenario institucional no es el más propicio.

El caso de Uruguay es paradigmático, porque si había una base ligada al “Banco de Previsión Social”, mismo que tiene que ver con la seguridad social, también había cobertura universal de salud, por lo tanto las formas de implementarlo o la arquitectura institucional existía, sin embargo, esa arquitectura hay que perfeccionarla, porque no basta para implementar de por sí un sistema nacional de cuidados.

Otras iniciativas a nivel regional que se tienen, son: cuidados a domicilio, transferencias monetarias para cuidadores no remunerados, un sistema de familias sustitutas, mismo que es muy complejo, ya que es una iniciativa aislada y la formación de cuidadores.

Dr. Juan García Moreno, “Acuerdo de acciones para el otorgamiento de cuidados de largo plazo”

El “*Consejo de Salubridad*”, es un órgano colegiado que depende de la “*Presidencia de la Republica*” y que de acuerdo con la “*Constitución Política de los*



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Estados Unidos y la *“Ley General de Salud”* es la segunda autoridad en el país, de tal manera que tiene la capacidad de emitir acuerdos carácter de obligatoriedad para todo el *“Sistema Nacional de Salud”* y las instituciones relacionadas.

En este sentido, su reglamento interior del 11 de diciembre, en el cual una de las 24 funciones que tiene, es la de aprobar los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de procedencia obligatoria, en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia.

Por tal motivo, en atención a la propuesta del *“Instituto Nacional de Geriatria”* se convocó a un grupo de profesionales de todas las *instituciones públicas* de salud, con el propósito de analizar lo referente a *CLP* y con ello poder instrumentar un trabajo que pudiera aterrizar en el establecimiento de una política pública.

En agosto del 2018, se publicó el acuerdo por el que se establecen las acciones para el diseño e implementación de la *política publicada* en salud para el otorgamiento de *CLP* por las *instituciones públicas* del *“Sistema Nacional de Salud”*.

El primer objetivo que se planteó a través de esto, fue el de establecer acciones que permitieran la realización de un diagnóstico de la situación que guarda la prestación de los *CLP* a nivel nacional por parte de las *instituciones públicas* del *“Sistema Nacional de Salud”*, para facilitar el diseño de una *política pública* en la materia.

Se consideró que la tendencia del cambio demográfico en el país, señala un acelerado crecimiento de la población de personas adultas y adultas mayores, la cual se estima continúe creciendo a tasas superiores al 50% en las siguientes décadas.

Se tienen retos enormes en el país, uno de ellos es referente al estilo de vida no saludable, mismo que determina: una alimentación inadecuada, el sedentarismo, consumo de drogas, entre ellas tabaco y alcohol y desde luego los factores de riesgo condicionantes, que hacen que las enfermedades crónicas no transmisibles contribuyan al 71% de la carga de enfermedad en el país, al 88% de los años perdidos por discapacidad y al 66% por muerte prematura, mismos que se sitúan hoy en día entre las principales causas de la mortalidad.

De acuerdo con cifras del *“INEGI”* de 120 millones de mexicanos, el 7.1 millones tienen una discapacidad, de cualquier grado de severidad y que se identifica



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

cuando la persona no puede hacer o bien tiene dificultades graves para realizar actividades consideradas básicas, de las cuales las más frecuentes son: la motriz, visual y mental, entre otras.

Sin embargo, no solo los adultos mayores tienen en un determinado momento la necesidad de *CLP*, debido a que un número importante de mexicanos nace o adquiere y vive con un padecimiento que requiere de *CLP*, por lo que esto amplia mucho el compromiso que se tiene con la población.

Se consideró también, que el compromiso internacional, ante la “*Asamblea Mundial de la Salud*” en materia de la “*Estrategia y Plan de Acción Mundial*” sobre el envejecimiento y la salud, por lo que el objetivo es el de establecer una política en materia de *CLP*, entendiendo a éstos, como una variedad de servicios requeridos por aquellas personas que presentan limitación funcional, física o cognitiva y que en consecuencia, dependen de una tercera persona y por un periodo extendido de tiempo, de apoyo o de ayuda en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo anterior, de acuerdo con la “*Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico*”.

De lo cual, hubieron cinco conclusiones específicas: 1) Es necesario emprender acciones coordinadas para integrar la información de programas, estrategias y recursos existentes, en el ámbito de las instituciones públicas que integran el “*Sistema Nacional de Salud*”, que permitan elaborar una política pública en materia de *CLP*, 2) Para los mismos fines, las instituciones públicas que integran el “*Sistema Nacional de Salud*”, deberán proporcionar la información que corresponda en la materia, dentro del plazo y a través de los instrumentos establecidos para ellos, 3) Las instituciones públicas del “*Sistema Nacional de Salud*”, deberán identificar los servicios institucionales proporcionados que sean afines a los *CLP*, para su posterior alineación en la implementación política pública, 4) con el fin de garantizar la prestación de *CLP*, las instituciones públicas del “*Sistema Nacional de Salud*”, deberán implementar dentro de los servicios institucionales a su cargo, por lo menos las siguientes acciones: I) difundir al personal de salud y a sus usuarios afiliados o derechohabientes, los servicios de *CLP* que proporcionan, II) establecer mecanismos de capacitación al personal de salud en las competencias necesarias para brindar los *CLP*, III) proporcionar el seguimiento a la atención de las personas que requieran de servicios de *CLP*, así como la supervisión y evaluación de dichas acciones, IV) definir estrategias que permitan compartir las experiencias exitosas, las investigaciones y los resultados obtenidos en materia de *CLP*, facilitando con ello su adopción por las demás instituciones públicas del “*Sistema Nacional de Salud*”, V) con base en los



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

resultados del diagnóstico, el “*Consejo de Salubridad General*”, propondrá la política pública en materia de *CLP*.

Dra. Gabriela Rubio en representación del Dr. Mauricio Hernández Ávila, “Implementación de políticas públicas para lograr un sistema de cuidados, el ejemplo del IMSS”

En el panorama general del instituto, se está viendo un envejecimiento en la derechohabencia del IMSS, en virtud de que se está creciendo a razón de 350mil pensionados cada año, así como con los retos que se involucra para el financiamiento de estas pensiones y se visualiza que esta población está llegando a los 60 años y más, con una carga de enfermedades cada vez más compleja, provocando que los servicios médicos se saturen y con un costo alto, esto a pesar, de que el adulto mayor en el instituto, representa el 18% prácticamente dos de cada diez derechohabientes, y el gasto en salud que se utiliza para atender a esta población es del 34% y la cápita para este grupo etario representa el doble que para cualquier otro grupo de edad, es decir que para el adulto mayor se tiene una cápita de 13mil y el promedio del IMSS para cualquier otro grupo etario es de 6,729.

A esto se añade que se cuenta con un “Marco Legal no adecuado”, debido a que éste no obliga a generar una red de *CLP*, por lo que se toma como un derecho que no se debe garantizar, provocando lentitud en el proceso.

Independientemente de que no estén obligados, dentro de la Dirección de prestaciones económicas y sociales del IMSS, se empiezan a gestar esfuerzos para poder generar un modelo de atención social al adulto mayor.

Todos los proyectos piloto están siendo implementados entre 2019 y 2020, con el fin de contar con evaluaciones lo antes posible para definir un modelo estable, así como un costeo confiable.

¿Qué se está haciendo en la “*DPES del IMSS*” para avanzar hacia un sistema *CLP*?, 1) Trabajo en conjunto con el área médica del “*IMSS*” para redefinir un modelo con base en la coordinación sociosanitaria, 2) el diseño e implementación de las pruebas piloto de los servicios, ya que a corto plazo se implementarán y evaluarán centros de día y centros de servicios de apoyo a familiares (MOOC cuidadores), en todos los casos, se prevé realizar una evaluación de la implementación como parte de la definición del modelo, 3) costeo de los recursos necesarios para la puesta en marcha del “*sistema de atención a la dependencia*”,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

4) definir un sistema de financiamiento viable que permita el despliegue del *CLP* fondeado por recursos suficientes para el logro de coberturas adecuadas, 5) trabajo con la “*sociedad civil*”, para incorporar sus necesidades y expectativas en el diseño del modelo, entre otros aspectos se visualiza como una prioridad el hecho de visibilizar la carga de cuidados actual que recae en el ámbito del hogar, con especial peso sobre la mujer, 6) trabajo sectorial con las principales instituciones del sector salud, con el fin de unificar criterios y crear sinergias para la construcción del “*Programa de Acción Específica de Atención al Envejecimiento 2019-2024*” y con el fin de avanzar hacia una política nacional del adulto mayor.

La “*DPES del IMSS*”, reconoce ocho retos en la fase del diseño y se sumaran los que se vayan encontrando en la implementación, 1) se debe de pensar, si vale la pena continuar con la inercia de generar servicios fragmentados, en virtud de que la coyuntura actual permite replantear la idea de que tal vez este sistema pueda generarse de una manera independiente, del tal manera que si el financiamiento y el servicio no se otorga de manera fragmentada, el derecho tampoco lo sería, 2) las primas que se cobran a los trabajadores y patrones no son suficientes para poder costear un seguro de *CLP*, debido a que el “*OCDE*” destina el 1.7% del *PIB*, por lo que es necesario pensar en soluciones que consideren impuestos e incluso aplicación de copagos, 3) se debe visibilizar el trabajo y no es que los *CLP* en este momento no sean necesarios, sino que están visibilizados en la mayoría mujeres que permanecen en sus casas para poder otorgar estos cuidados, 4) reto de la legibilidad, de los 9 millones de los derechohabientes adultos mayores que se tienen en el “*IMSS*” el 2.4% tienen algún tipo de dependencia y 18.5% tiene alguna alteración cognoscitiva, por lo que se tienen que generar servicios específicos para cada tipo de dependencia, para poder garantizar una cobertura cada vez mayor, 5) el fomentar los sistemas de base comunitaria, no solo porque son más baratos, sino porque de acuerdo a las investigaciones cualitativas que se han realizado al interior del “*IMSS*”, la prioridad para los adultos mayores es el de envejecer en casa y permanecer con su familia en los entornos familiares que son conocidos para ellos, 6) se deben contar con recursos especializados, por la parte social se está trabajando en crear dos nuevas categorías para la atención del adulto mayor: la de gerocultor y gerontólogo, sin embargo, por otro lado se debe trabajar en retener a los “geriatras” que el *IMSS* está formando, 7) en el ámbito de la rectoría, es necesario avanzar en la planificación, regulación y supervisión de los establecimientos destinados al adulto mayor, se debe avanzar en la coordinación sociosanitaria, existen algunos esfuerzos aislados que deben articularse y convertirse en un “*sistema de cuidados*”, 8) se deben incorporar las nuevas T1, utilizar la inteligencia de datos para identificar patrones y prevenir el



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

deterioro, general intermediarios digitales que fomentan experiencias sociales o utilizar aplicativos que permitan responder a emergencias.

Conclusiones:

Existe un proceso acelerado de envejecimiento con alto porcentaje de personas en situación de dependencia que obliga a actuar de inmediato.

La carga actualmente está en las familias, particularmente en las mujeres.

¡Importantes retos! _ Para formar recursos, financiar el sistema, desarrollar la red de cuidados y dar cobertura a 9 millones de personas, 2.4 con dependencia (que crecerán aceleradamente en los próximos años).

Se tiene claro el diagnóstico, sin embargo, se debe afinar bien el diseño del modelo e impulsar una fuente de financiamiento que permita abocarse a la implementación.

Los “*cuidados de largo plazo CLP*”, son una necesidad *impostergable*.

La **Dra. Teresita Corona Vázquez**, agradece la presencia del Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Dra. Sandra Huenchuan Navarro, Dr. Juan García Moreno, Dra. Gabriela Rubio en representación del Dr. Mauricio Hernández Ávila e invita a la próxima sesión del **14 de agosto** con sede en el auditorio de la “**Academia Nacional de Medicina**” con el tema “**¿el embarazo en adolescentes, un reto de salud?**”

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaria Adjunta

Para visualizar la sesión completa con su discusión favor de acceder al sitio www.anmm.org.mx