

Adulto Mayor Dependiente:

El próximo desafío

Integrantes: Geraci, María Elena
Gonzalo, Gerardo Martín
Ilacqua, Graciela Liliana
Moauero, Liliana Graciela
Real, Mónica

CONTENIDO

Introducción	3
Países envejecidos	4
Vejez y América Latina.....	6
Vejez y Argentina	7
Cuidados a Largo Plazo, Estado y Familias	11
Desafíos éticos y toma de decisiones:	17
Análisis de un ejemplo, costo de las internaciones sociales:.....	19
Conclusión:	24
Bibliografía	25

Introducción

En la práctica diaria, la mayoría de nuestros pacientes, son Adultos Mayores (AM).

Dentro de éstos, se encuentran los Adultos mayores dependientes (AMD). Un AMD es aquel que presenta algún tipo de limitación funcional, entendida como una restricción en su capacidad física o mental para efectuar las tareas que le permiten mantener una vida independiente. Estas limitaciones son importantes predictores de mortalidad, morbilidad y discapacidad en el AM. En diferentes estudios se comprobó que las limitaciones funcionales no están homogéneamente distribuidas en la población de AM y se describe una desproporcionada tasa de discapacidad en los más viejos, en las minorías y en los más pobres; a lo que también se agregan diferencias de género, mujeres que viven más pero en peores condiciones de salud y funcionalidad que los hombres.

Con el paso del tiempo y la mayor expectativa de vida, la demanda de atención tanto hacia la familia como a la sociedad es mucho mayor.

El proceso de envejecimiento permite prever una mayor y mas costosa utilización de los servicios de salud y también un aumento en la demanda de los recursos financieros y humanos para satisfacer las necesidades de cuidado de salud de éste grupo (6).

Las tendencias indican que hoy en día existe un desbalance entre aquellos necesitados de cuidado, que crecen cada vez más, y aquellos capaces de proveerlo, que son cada vez menos (6). El reto actual es que el ritmo de la oferta no se quede atrás (7).

Tradicionalmente en Latinoamérica, el cuidado de las personas mayores estaba a cargo de sus familias. La migración del campo a la ciudad, los procesos de industrialización y urbanización pusieron en crisis a la familia tradicional. La estructura familiar ha cambiado y además las mujeres participan activamente de la vida pública con su trabajo, lo que provoca un gran impacto en la disponibilidad de cuidadores de los Adultos Mayores Dependientes (AMD). Actualmente predominan los proyectos personales sobre los colectivos, con lo cual **los cuidados resueltos en el marco de la solidaridad familiar ya no podrán ser sostenidos.** (4) Ello lo vemos a diario en la práctica clínica, donde se pone de manifiesto la gran demanda de la familia, requiriendo mayores facilidades para la atención en domicilio o la internación en un centro de complejidad intermedia para poder brindarle la atención que el AMD requiere.

Hasta el momento, muchas son necesidades insatisfechas.

El mundo envejece rápidamente y nos encontramos con el desafío de la atención humanizada de los AM con pérdida de la autonomía.

Países envejecidos

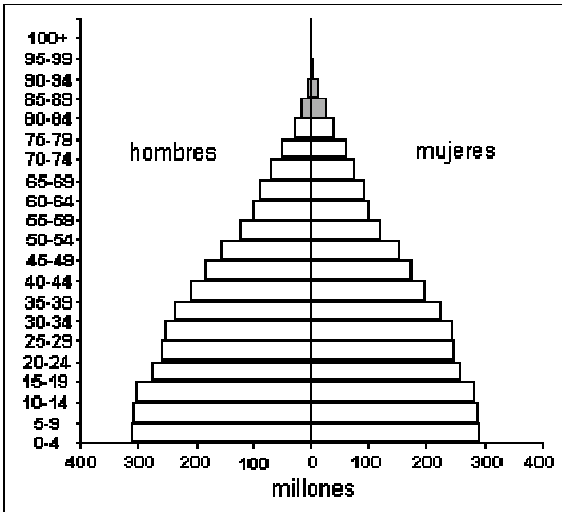
El mundo está experimentando una transformación demográfica sin precedentes. Antes de que pasen 50 años, habrá en el mundo por primera vez en la historia, más personas mayores de 60 años que menores de 15. Quizá lo más importante es que el aumento del número de personas de edad será mayor en los países en desarrollo (5), donde se encuentran contextos socioeconómicos frágiles, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas, y problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud no resueltos. Ello significa que, en la región, gran parte de la caída de la mortalidad se debe a descubrimientos médicos y tecnología (disminución de la mortalidad en los primeros diez años de vida, mejores tratamientos) y no a mayores niveles de vida de la población. (7)

El aumento de la proporción de personas mayores es cada vez más significativo en los países de la región, estimándose que para el 2050 representarán un 25,5% de la población total. Una población se considera envejecida, demográficamente hablando, cuando más del 12% de su población es mayor de 60 años. (1)

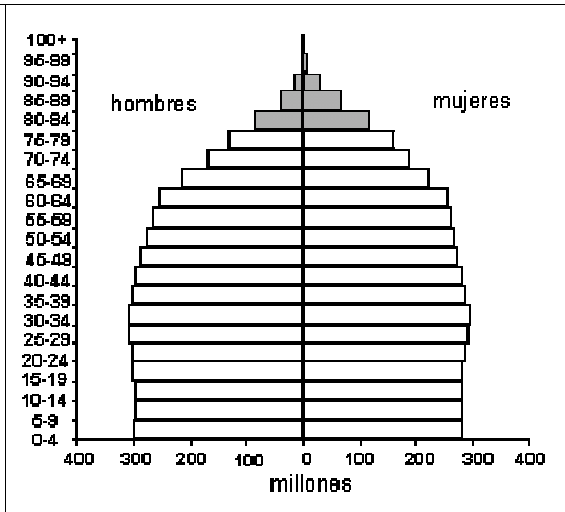
Para explicar el proceso de envejecimiento, lo fundamental son las variables de fecundidad y mortalidad. De acuerdo al movimiento de éstas, el envejecimiento será más o menos pausado. En la relación de éstas variables, la migración tiene un alto impacto.

Cuanto más reciente es el proceso de envejecimiento, éste se va a desarrollar con mayor rapidez y más difícil será la adaptación de las estructuras de salud, seguridad social, etc. (4). Si no se realizan las reformas necesarias para adaptar éstos sistemas al cambio demográfico, el gasto en salud, su sostenibilidad, el acceso y la calidad de atención podrían verse afectados (6). El proceso de envejecimiento tiene un fuerte dinamismo y acompaña al empobrecimiento de grandes núcleos poblacionales y al cambio de estructura familiar.

Debemos tener presente que el envejecimiento puede generar discapacidades y dependencia (a mayor edad las personas van incrementado el riesgo de caer en ésta condición), que requieren de servicios orientados para su atención integral. Naciones Unidas y sus organismos especializados han puesto especial acento en este tema y han insistido en la ampliación de la cobertura y calidad de los sistemas de protección social para resguardar a las personas frente a los riesgos vinculados con la vejez. (3)



Población Mundial 1998



Población Mundial Estimada 2050

Vejez y América Latina

En 1982, en Viena, se iniciaron los trabajos para realizar un Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento; impulsando encuentros y diálogos que permitan avanzar en acciones, programas y actividades que mejoren la calidad de vida del AM. (5)

La tarea del envejecimiento y el desafío de vivir una vejez activa, inserta en la comunidad social, es el desafío que debe enfrentar, en unidad, toda la sociedad. (5)

Posteriormente se han desarrollado diferentes reuniones de los países de Latinoamérica, para hacer frente a ésta situación; donde de acuerdo a los recursos e idiosincrasia de cada uno de ellos, se han desarrollado distintos programas.

La mayoría de los Programas que se están desarrollando en los países de América Latina, revalorizan la vejez y la importancia de la integración a la sociedad. La independencia, autonomía, prevención y el mantenimiento de la salud, promueven el desarrollo personal e intelectual, estimulando las relaciones intergeneracionales tanto en la familia como en la sociedad, tratando de mejorar el apoyo social para aquellos AM en condiciones de fragilidad.

Chile, tiene una amplia cobertura de todos los servicios sociales, actualmente se avanza sobre la calidad de los mismos. Posee un Fondo Nacional del AM y un Programa de servicios de Atención del AM que incluye viviendas protegidas, residencias de larga estadía, servicios de atención a la dependencia, servicios integrales de viviendas tuteladas, entre otros. Es el único país en Latinoamérica, que además de promocionar y estimular la actividad, autonomía, integración social y salud del AM, tiene un **Programa Nacional de Postrados** y se promueve la capacitación de cuidadores. Para aquellos que están en situación de fragilidad, se impulsa la figura de un "gestor de casos" que lo acompañará el resto de su vida, poniendo especial atención en prevenir la dependencia.

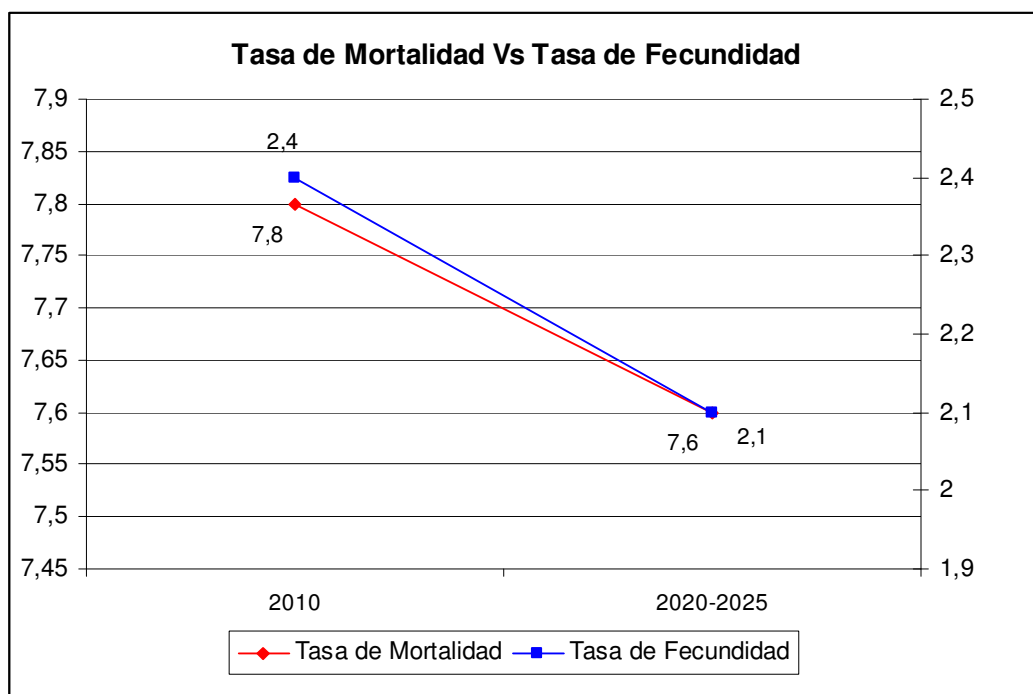
Vejez y Argentina

Argentina y Uruguay tienen las tasas más bajas de natalidad y mortalidad de la región y comenzaron el proceso de envejecimiento mucho antes que el resto de los países.

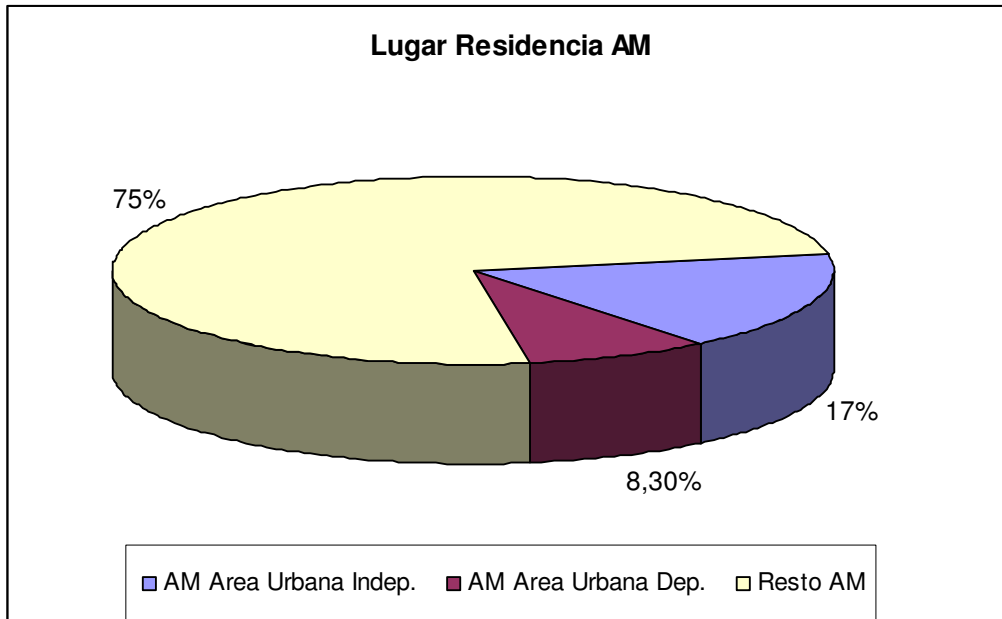
Comparando los distintos países de la Latinoamérica, **Argentina se encuentra en una etapa muy avanzada de envejecimiento** (1) los mayores de 60 años representarían alrededor de un 14 % de la población total actual (2).

Algunos datos demográficos de nuestro país (4):

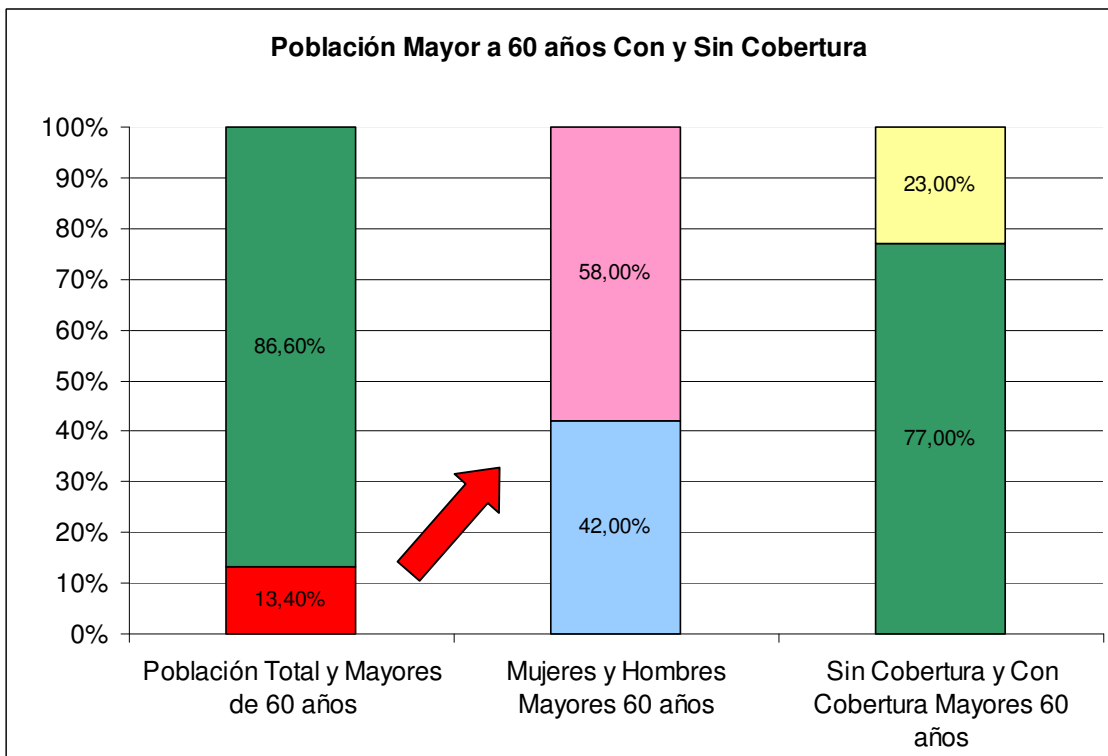
- Esperanza de vida: mujeres 79 años, hombres 71.5 años
- Tasa de fecundidad: 2.4 (2.1 para 2020 – 2025)
- Tasa de mortalidad: 7.8 (7.6 para 2020)



- En cuanto a los AM, aproximadamente un 25% se ubican en las áreas urbanas, y un 16.7% residen en forma independiente. (1)

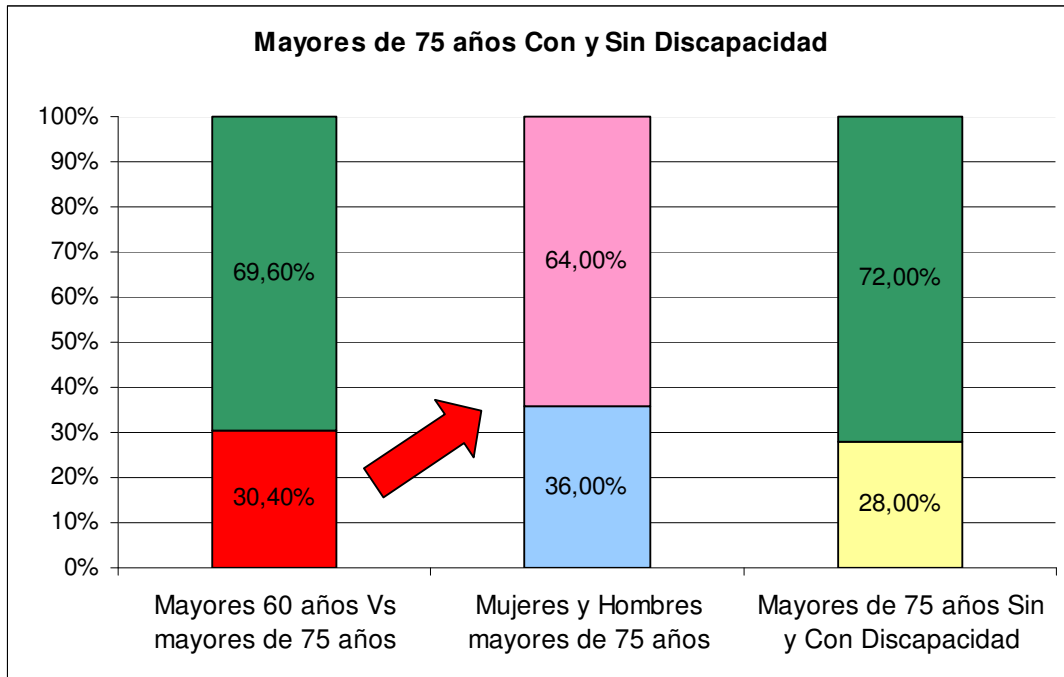


- La población mayor de 60 años representa el 13.4% de la población, de los cuales el 58% son mujeres y el 42% son hombres, de los cuales el 77% tiene cobertura social – plan privado – mutual, y el 23% no posee ninguna cobertura.



- La población mayor de 75 años representa el 30.4 % de los mayores de 60 años, de los cuales el 64% son mujeres y el 36 % son hombres. De ésta

población mayor de 75 años, el 72 % no presenta discapacidades y el 28 % presenta algún tipo de discapacidad.



Esta situación tenderá a aumentar en la medida que aumente la expectativa de vida sin mejorar la expectativa de vida saludable.

El cambio en la conformación demográfica trae aparejada una serie de fenómenos; entre ellos cabe mencionar: el peso creciente de los viejos-viejos, el aumento de los hogares unipersonales de personas de edad, la menor disponibilidad de redes de apoyo y, el aumento de la dependencia y la mayor necesidad de cuidados. (7)

La mayoría de las discapacidades son prevenibles a través de intervenciones oportunas, con lo cual no solo se obtiene una mejor calidad de vida para los AM, sino que también un gran ahorro en los costos resultantes de la dependencia, pérdida de productividad y cuidado de la salud.

Nuestro país, a través de la Seguridad Social, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores y PAMI, desarrolla los diferentes programas de acción.

Seguridad Social: El 73 % de los hombres mayores de 65 años y el 60% de las mujeres de 60 años perciben jubilación o pensión.

Desde ANSES apuntan a construir espacios de encuentro entre la gente y el sistema de seguridad social desde una perspectiva multidimensional.

Actualmente se desarrollan también los programas:

- “La voz de los más grandes”: programa multidimensional de acercamiento a las organizaciones de mayores de todo el país con jornadas de reflexión y agenda abierta.
- “Yo quiero a mi bandera”: es un homenaje a todos los AM como transmisores de valores y constructores de la Nación.
- “Espacio Cultural ANSES”: permite el disfrute de los bienes culturales.
- “La playa de los grandes”: son paradores de playa, área recreativa, yoga y cuidado de la salud.

Dirección Nacional de Políticas para AM: Se implementan diferentes líneas de acción:

- Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios: tiene como objetivo que los AM puedan envejecer en su domicilio y generar fuentes de trabajo. Se promueve un sistema progresivo de atención (cuidados domiciliarios – centros de día – residencias para AMD).
- Consejo Federal de AM: conformado con organismos que trabajan con AM, centros de jubilados, federaciones, etc.
- Voluntariado Social para AM: apunta a dejar de lado la imagen negativa de la vejez desde la participación de los AM y personas de mediana edad.
- Proyecto la experiencia cuenta: implica la transmisión de saberes y oficios tradicionales a los jóvenes apuntando a revalorizar la memoria y el rol de los AM en la sociedad.
- Residencias para AM: dispositivos para casos de alta dependencia, se prioriza la privacidad de las personas, los cuidados especiales y el confort; con un trabajo interdisciplinario especializado, respetando los derechos del residente.
- Programa de prevención de la Discriminación, Abuso y el Maltrato hacia los AM
- Apoyo financiero y técnico a programas educativos para AM
- Carrera de especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional: política de formación de recurso humano calificado, de carácter pública, gratuita y federal, auspiciada por la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Convención de los Derechos de los AM: apunta a proteger los derechos de los AM.

PAMI: a través de éste organismo se promueve y previene la salud, se realiza un seguimiento y atención de la dependencia en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social y la detección y atención de la vulnerabilidad económica y social.

Cuidados a Largo Plazo, Estado y Familias

El cuidado a largo plazo (CLP) del AM puede ser definido como “todas aquellas actividades que se llevan a cabo con el propósito de que los AM puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible”. Básicamente, brindar apoyo a los AM para realizar las actividades de la vida diaria durante un período indefinido de tiempo y generalmente va acompañado de rehabilitación y servicios médicos básicos. Este tipo de cuidado puede ser dispensado sin grandes requerimientos de tecnología ni conocimientos específicos (a diferencia de los cuidados médicos) (6) y no son cubiertos por el seguro de salud (público o privado), aseguradoras de riesgo de trabajo o seguro de invalidez en general; y son difíciles de afrontar con la pensión como fuente de ingreso (9).

En la mayoría de los países hay programas para AM, pero éstos se relacionan más con el cuidado de la salud que con los CLP y están, como tales, financiados por seguros de salud o por los presupuestos de los programas asistenciales de salud. Esta situación impone *per se* límites en los beneficios de los CLP que puedan ser proporcionados. Por un lado, los programas de salud están enfrentando problemas financieros y por otra parte los CLP incluyen beneficios no relacionados con el cuidado de la salud que no se pueden justificar en programas de salud. (9)

Muchas personas que necesitan de cuidados a largo plazo desarrollan la necesidad de cuidados en forma gradual y progresiva. Las necesidades de cuidado avanzan tanto para los AM como para personas con enfermedades crónicas o discapacidad, convirtiéndose en una necesidad de atención sobre una base más continua. Algunas personas necesitan de CLP en una instalación por un período corto de tiempo, mientras se recupera de una enfermedad o dolencia para que luego puedan ser atendidos en el hogar. Otras personas cuyas necesidades ya no puedan ser satisfechas en el hogar, pueden requerir de su traslado a hogares de cuidado u otro tipo de establecimiento con instalaciones adecuadas para una atención amplia. (8)

Conceptualmente los CLP pueden ser proporcionados por prestadores de cuidados formales (pagos) como enfermeras, médicos, asistentes sociales; e informales (no pagos) como lo son básicamente los miembros de la familia, vecinos, amigos, voluntarios. Los CLP pueden ser institucionales (cuando 3 ó más personas son cuidadas en el mismo lugar) o basados en el hogar y/o comunidad. Los CLP formales pueden ser financiados y organizados por el sector público (seguridad social, gobiernos federales, estatales o locales) o por el sector privado (ONG u organizaciones con fines de lucro) (9).

Las principales fuentes de cuidado en la vejez, son la familia, el Estado y el mercado.

En la medida que la protección social pública sea débil, la responsabilidad de los cuidados caerá con mayor fuerza en las familias, ya sea demandando la

transferencia de tiempo para brindar ayuda, de apoyo económico para financiar y externalizar el cuidado, o ambas. (6)

La oferta del cuidado por parte del Estado puede ser amplia y diversa, tanto en relación con su acceso como su forma de financiamiento y gestión, así como los servicios que proveen.

En cuanto al acceso, es posible distinguir dos modalidades:

- **Universal:** cuando el Estado se responsabiliza por los cuidados requeridos por todas las personas mayores con independencia de la situación económica.
- **Asistencial:** es de carácter subsidiario (únicamente cuando la persona mayor carece de apoyo familiar y/o económico).

El financiamiento puede provenir de la seguridad social o de los ingresos generados por el sistema impositivo en su conjunto.

La forma de entrega de los recursos a la población beneficiaria es igualmente variada. Puede transferirse a las instituciones que presten los servicios, directamente a los AM, o la entrega de un porcentaje de los recursos a la institución y el resto a los AM. También existe la posibilidad que los servicios de cuidado sean gestionados por los gobiernos locales.

En todo caso, sea cual sea la forma de provisión formal de los servicios de cuidado, el enfoque más aceptado es el de la "atención continuada" y bajo ésta perspectiva es que se ha producido a nivel internacional un replanteamiento del papel que deben jugar las residencias (solo para AM con mayor grado de fragilidad o dependencia) y los hospitales (destinado exclusivamente a aquellos individuos, dependientes o no, que requieran asistencia médica aguda).

Al planificar éstos servicios de "atención continuada" se deben promover la combinación de distintos tipos de servicios, considerando la heterogeneidad de los AM.

En éste contexto, los cuidados domiciliarios cobran gran importancia. Se propone internacionalmente, como una de las herramientas más efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores frágiles y sugieren su generalización como un servicio de los Estados.

De no optimizar ésta posibilidad, a nivel institucional se produciría una superpoblación de las residencias de larga estadía pública y una excesiva demanda de internaciones que sería imposible cubrir. Además, se incrementaría la permanencia crónica e innecesaria en hospitales públicos, que en algunos casos pasarían a convertirse en lugares de residencia para éstos AM frente a su imposibilidad de vivir solos. En el nivel social, se haría evidente una grave problemática, caracterizada por una enorme y creciente demandad de cuidados

desatendidos, la exclusión social de los AM, el abandono y la falta de respeto a sus derechos por parte del Estado y la sociedad en general. (7)

En cualquiera de las posibles modalidades de atención a las que pueden acceder los AM, lo importante es que la institucionalización sea la última alternativa y la menos utilizada.

En el Primer Foro de Envejecimiento y Salud (Madrid, 2003) se planteo "que la familia no puede continuar actuando como una ONG, cuya labor se caracteriza por la falta de apoyo económico, social y asistencial. Existe una imperiosa necesidad de reorganizar los recursos económicos y asistenciales, potenciando los cuidados domiciliarios, tanto sociales como sanitarios, e incluso soportando económicamente a aquellas personas que asumen directamente como cuidadores de sus familiares" (7).

La composición y estructura de los hogares están asociadas a factores demográficos, económicos y culturales que a la vez determinan su formación, cambios o disoluciones.

Se identifican dos tipos de hogares:

- **Multigeneracionales:** resultado de la insuficiencia de recursos, progresivo deterioro de las condiciones de salud del AM, dificultades de los hijos de independizarse económicamente de sus progenitores.
- **Unipersonales:** fuertemente relacionada con la viabilidad física y financiera del AM

En la familia, casi siempre son las mujeres quienes independientemente de las labores que realicen, deben procurar asistencia a las personas que envejecen en el hogar. Esta situación puede desembocar en una dificultad para el pleno desarrollo de las mujeres, ya que quizás no logran concluir sus estudios o no alcanzan estabilidad en un empleo remunerado.

El ingreso de la mujer al mundo laboral y el aumento inexorable de los AM, hace preveer que la capacidad de las familias para responder a la demanda de cuidados de los AM será cada vez más limitada con el paso del tiempo.

De un estudio realizado en Chile, se obtuvieron los siguientes datos en relación a los cuidadores de AMD:

El 83% de los cuidadores son familiares, de los cuales el 84% son mujeres.

El 17% son personas remuneradas.

El tiempo promedio de cuidado son 7años.

En cuanto al área de residencia, el cuidado de los AM en las áreas rurales está más relacionado con la carga afectiva, en las áreas urbanas sienten una obligación que limita la satisfacción de sus necesidades personales. (6)

Esta situación implica un gran desafío para las políticas públicas que han de ser capaces de generar intervenciones que entreguen servicios que incluyan la atención de los AM asegurando su máxima autonomía personal, tendientes a la plena integración de los mismos.

A partir de los años 90 se han ido formulando diferentes planteamientos, dirigidos a adaptar los sistemas de protección social a las nuevas realidades sociodemográficas, principalmente a través de un cuarto pilar, el de los servicios sociales para fortalecer la autonomía. Los servicios sociales están estratégicamente ubicados en la interfaz entre el sistema formal de protección social y las redes familiares y comunitarias. Estos, se dedican al apoyo personal, a la atención domiciliaria o residencial y se han desarrollado ampliamente en los países del Primer Mundo (7).

En la región la situación es diferente. El papel que puede desempeñar el Estado en la oferta de cuidados en la vejez opera en paralelo con la inversión en otros grupos poblacionales, y al existir una oferta segmentada de los servicios sociales, se considera que las necesidades de los AM compiten con los recursos que deberían destinarse a los niños. La comunidad por su parte, tiene en los AM, un grupo social con grandes posibilidades ya que requieren de servicios que pueden ser planificados u otorgados desde gobiernos locales y además constituyen una fuerza con tiempo de ocio (aquellos autoválidos) que puede desarrollar acciones en beneficio de si mismo y el entorno.

Varios países en Latinoamérica han desarrollado políticas para responder a este reto. Pese a ello, el principal obstáculo que enfrentan estas iniciativas es la falta de previsión y aseguramiento del presupuesto necesario para realizarlas cabalmente. (6)

El aumento de las personas de 75 años y más se incrementará intensamente en los próximos 50 años y con ello crecerá además el número de hogares unipersonales envejecidos. Ante este nuevo panorama es necesario modificar el papel del Estado en materia de cuidado de la vejez y realizar los esfuerzos necesarios dirigidos a apoyar a los AMD y sus familias para lograr cada vez mayor independencia y una mejor calidad de vida.

Para que las familias sean protagonistas en el cuidado de los AM, éstas deben recibir apoyo externo.

Algunas posibilidades de apoyo externo que están vigentes son:

- **Sistema de Internación domiciliaria:** regulado por la Resolución 201/2002, se considera una alternativa asistencial que piensa la salud desde un punta de vista integral ligado a los valores como la convivencia familiar, entorno,

afecto y responsabilidad participativa y conjunta; favoreciendo la disminución de los riesgos ocasionados durante la hospitalización como las infecciones intrahospitalarias, lesiones por decúbito, etc.

El servicio busca que el paciente desarrolle mayor autonomía y que la familia o quien la sustituya sea participe en el proceso de recuperación, ya que contando con el asesoramiento adecuado se convertirá en el principal sostén de los cuidados y tratamientos profesionales.

De acuerdo a la categorización del paciente y sus requerimientos, inicial y periódica se designará el esquema asistencial en domicilio (frecuencia de visitas del equipo de salud, aparatología necesaria para la asistencia, etc.); con 100% de cobertura, sin límite de tiempo.

Para aquellas internaciones domiciliarias complejas, con alto requerimiento asistencial), las Obras Sociales presentando el resumen de la Historia Clínica a la Administración de Programas Especiales pueden solicitar por vía de excepción el reintegro de los montos abonados por las prestaciones.

- **Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios:** tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de ancianos, personas con discapacidad y patologías crónicas invalidantes o terminales; capacitando a personas de la comunidad para desarrollar tareas de cuidados domiciliarios y promover y estimular sistemas locales de Internación Domiciliaria. Está financiado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, para el pago de becas a los interesados en realizar ésta capacitación.

Está compuesto por dos componentes:

Componente capacitación: formar personal especializado en el acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria (AVD), administración de medicamentos por vía oral, preparación de alimentos y la ingesta asistida, higiene y arreglo personal, acciones preventivas de accidentes, actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades, realización de trámites, colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.

Componente prestación: tendrá una actividad de capacitación presencial de un día por semana de 4 horas de duración y una actividad de servicio de atención a domicilio de 4 días por semana de 4 horas de duración por 6 meses. Simultáneamente cada cuidador deberá atender de 2 a 3 pacientes. Los servicios a brindar son de baja complejidad, para aquellos que no pueden realizar las AVD por si solos y necesitan ayuda para desarrollarla.

Los beneficiarios del Programa son AM de 60 años o más, personas con discapacidad (sin límite de edad), personas con patología crónica o terminal (sin límite de edad); que se encuentren en situación de vulnerabilidad social

y que los familiares obligados por ley a prestar asistencia a éstas personas acrediten ingresos insuficientes y cuya situación familiar sea evaluada por una trabajadora social.

Desafíos éticos y toma de decisiones

El costo de atención del adulto mayor, plantea un problema económico y social.

El aumento de las necesidades de atención, asociado con la disminución de los presupuestos contribuye a los desafíos éticos en el sistema de salud.

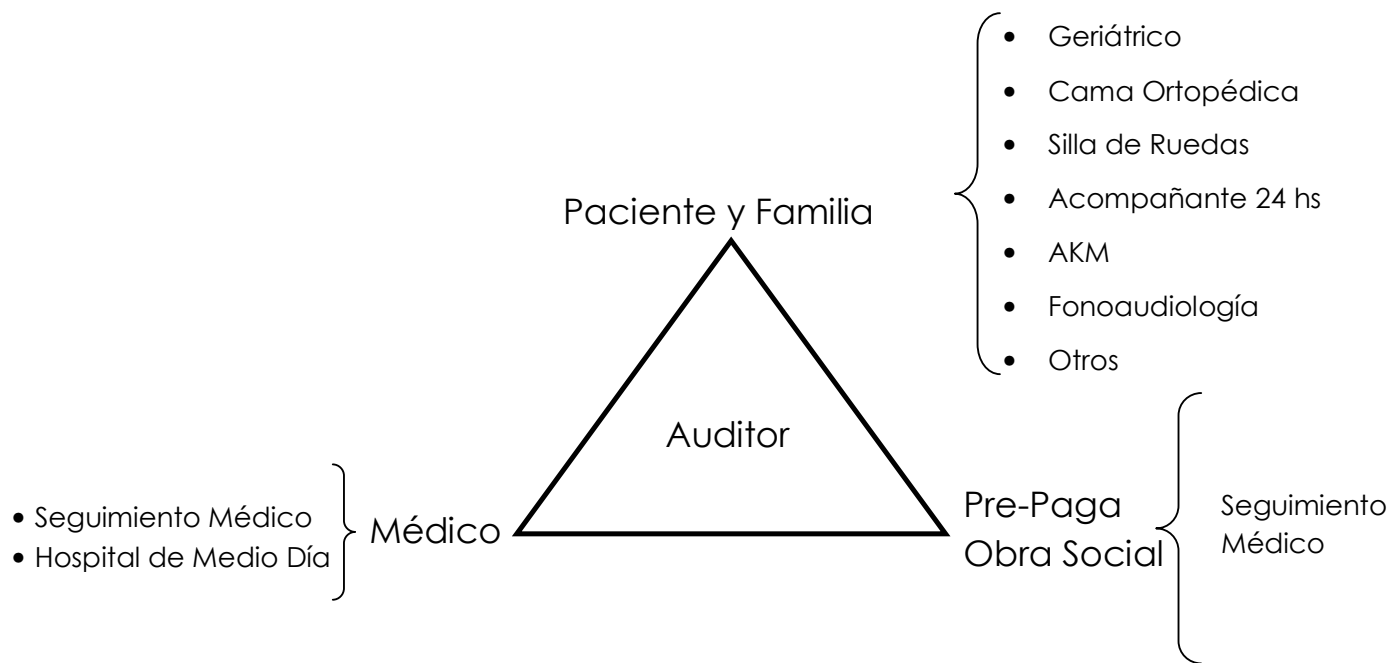
Aquellos funcionarios que deciden como distribuir un presupuesto de salud (ya sea público o privado) están obligados a tomar decisiones que en gran medida están relacionadas a la acción ética (lo que una persona debe / debería hacer en situaciones éticamente difíciles y por que).

En esta toma de decisiones hay muchas partes involucradas: los pacientes, la familia, los diferentes proveedores de salud y proveedores de cuidado.

Son problemas prevalentes lograr administrar al AMD todos los cuidados que socialmente son demandados y la estigmatización social del administrador de salud a la hora de realizar recortes presupuestarios para lograr un balance financiero con respecto a otros grupos etáreos que demandan atención.

El hecho de que parece no existir un límite bien definido en el imaginario social acerca de lo que el Estado / Obra Social / Pre paga debería proveer en recursos de cuidados de salud para éste grupo etáreo, aparece como un factor de conflicto a la hora de administrar presupuesto de atención médica.

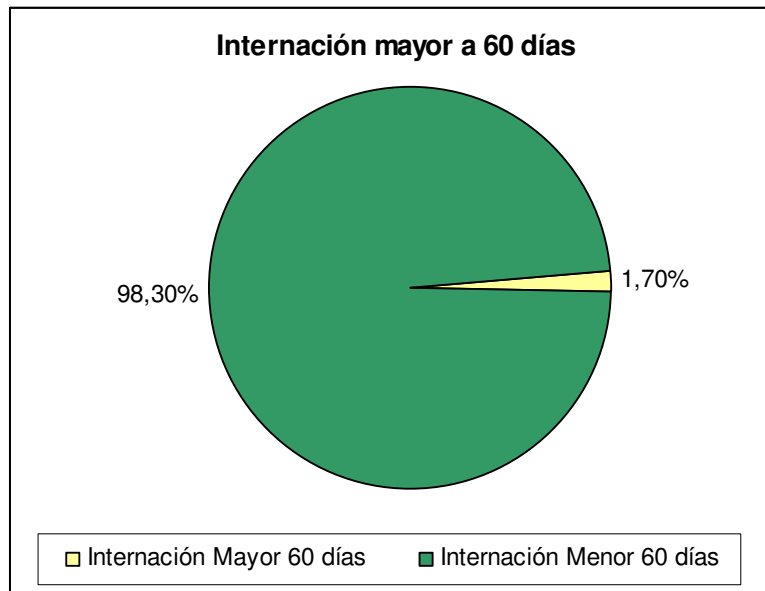
Los ejecutivos de salud no son libres de sentimientos de incertidumbre, frustración y soledad, como también de vulnerabilidad o "chivo expiatorio".(11)



Análisis de un ejemplo, costo de las internaciones sociales

Se tomó una muestra de pacientes de un centro de internación de agudos, en sala general, que ingresaron a la internación desde el 30/1/2009 hasta el 27/6/2010, del total ingresado (1731 pacientes), solo se tuvieron en cuenta aquellos que se prolongaron mas de 60 días por motivos sociales.

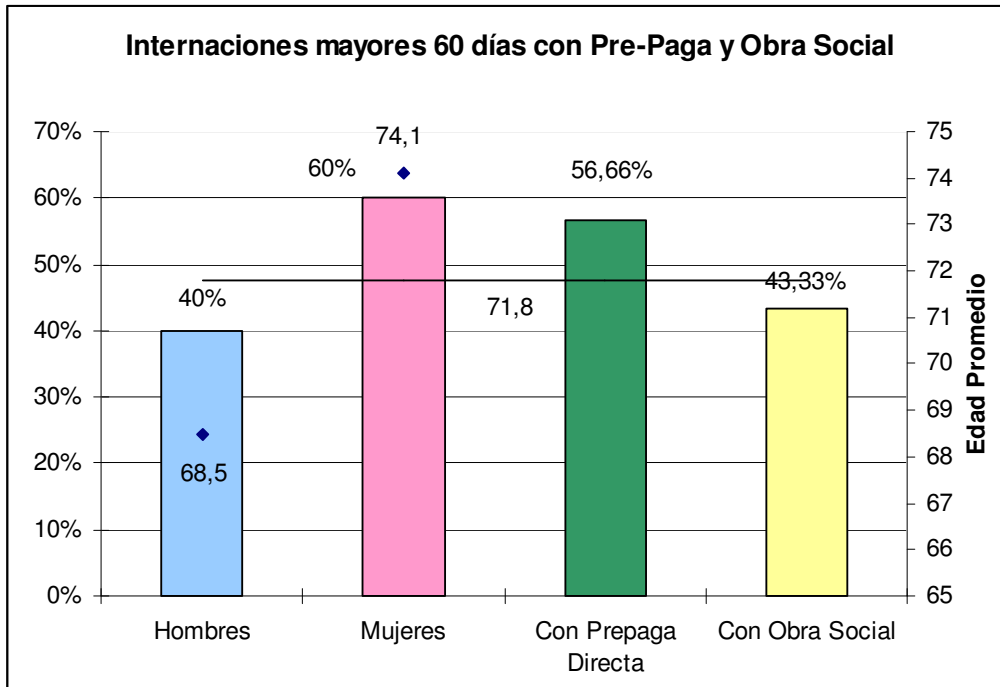
Las internaciones mayores a 60 días representan el 1.7% del total (30 pacientes).



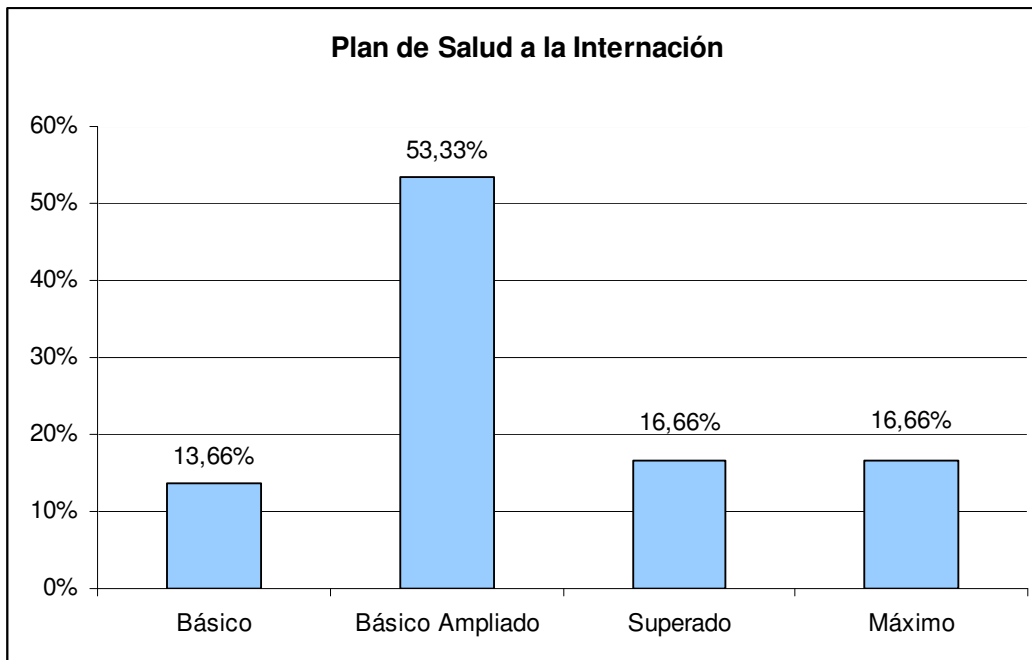
La edad promedio fue de 71.8 años (min. de 25 – máx. 99).

El 40% son hombres con un promedio de edad de 68.5 años, y el 60% mujeres con un promedio de edad de 74.1 años.

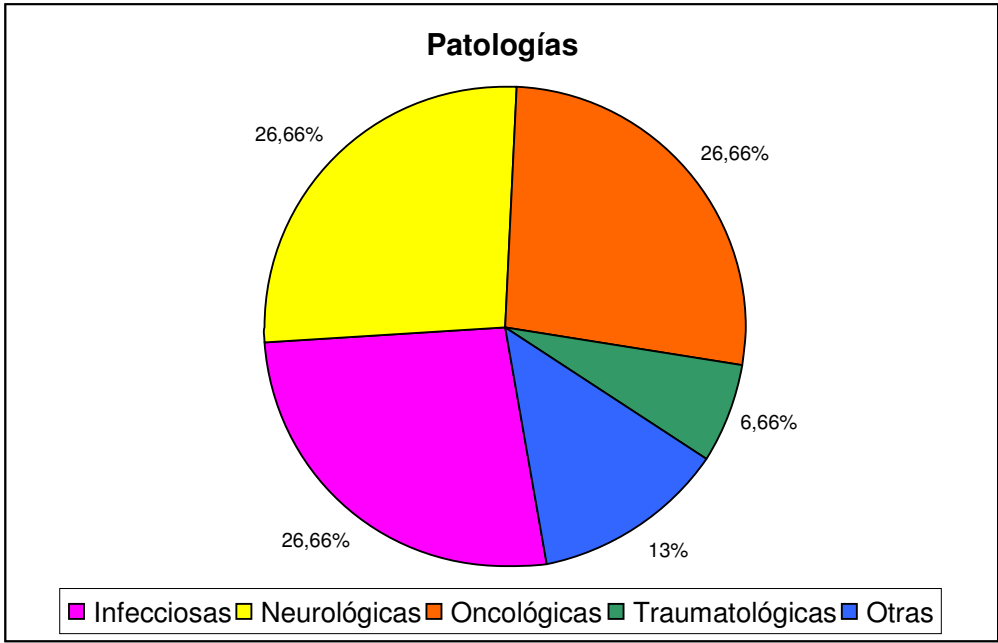
Al discriminarlos por plan de salud, pre pago directo o través de Obra social; el 43.33% posee el sistema de salud a través de Obra Social y el 56.66% es por sistema de pre pago directo.



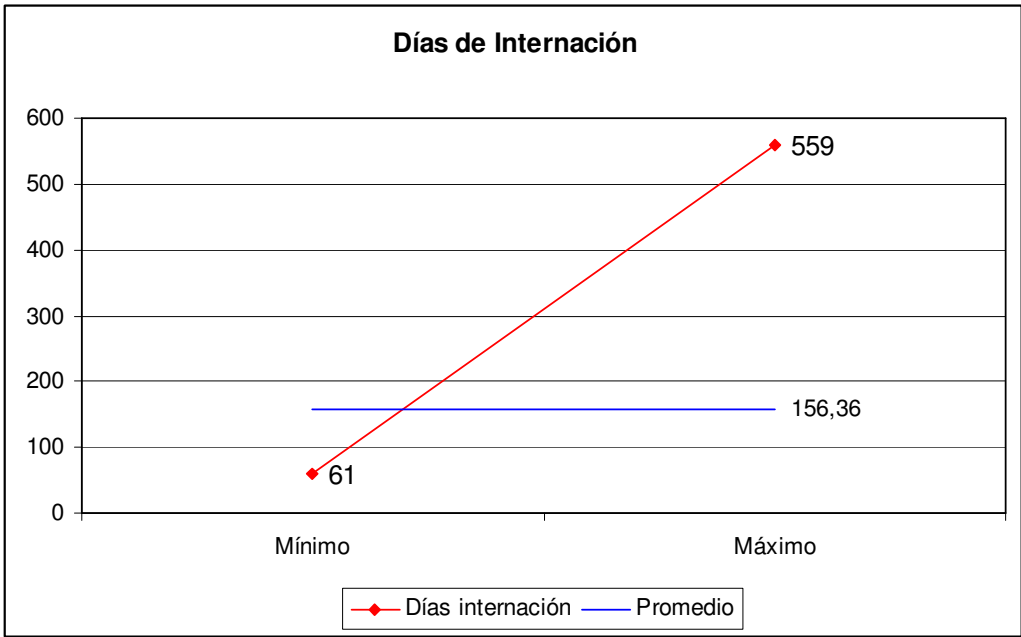
Si se discrimina a los pacientes por el plan de salud que poseía al momento de la internación, tratando de discernir el nivel social; el 13.66% tiene un sistema de salud básico, el 53.33 % un sistema de salud básico ampliado, 16.66% un sistema de salud superado y el 16.66% el plan de salud máximo.



Las patologías infecciosas, neurológicas y oncológica representan cada una el 26.66%, mientras que las traumatológicas el 6.66% y otras patologías el 13%.



En cuanto a los días de internación social el mínimo fue de 61 días con un máximo de 559 días, lo que lleva a un promedio de 156.36 días.



Se realizó una investigación en cuanto a los costos de los diferentes sistemas de salud:

Internación en Centro de Alta complejidad de agudos

Módulo clínico por día de internación \$ 1500 - \$1700

Internación en Centro de Mediana complejidad de agudos

Módulo clínico por día de internación \$1200

Internación en Centro de Rehabilitación

Sin mayores requerimientos (Ej. sin trastorno deglutorio o traqueostomía) \$ 450 por día

Con mayores requerimientos \$ 520 por día

Hospital de medio día

\$ 120 por día (habitualmente tres veces por semana)

Internación domiciliaria

Módulo Básico (médico 1 vez por semana, AKM, Enfermería 1 vez por día, fonoaudiología, descartables y medicación no de alto costo) \$600 por día

Módulos complejos (Oxígeno domiciliario, enfermería 24 hs., aspiración de secreciones, terapia ocupacional, fonoaudiología, etc.) \$870 a \$ 1000.

Prestaciones según complejidad

Enfermería \$30 a \$ 220 dependiendo de la complejidad del paciente y distancia

Visita médico clínico \$85

AKM sin aparatos \$36 a \$ 70

Cuidador en domicilio

No profesional, de lunes a viernes de 9 a 17 hs. \$ 1500 por mes. (\$ 50 por día)

Se realizó una comparación del gasto:

Internación	Días	Agudos	Internación Dom.	Centro de Rehabilitación	Cuidador
Menor	61	\$ 91.500	\$36.600 - \$53.000	\$27.450 - \$31.720	\$3.050
			-40% a -58%	-30% a -35%	
Mayor	559	\$ 838.500	\$335.400- \$486.300	\$251.500 - \$290.680	\$ 27.000
			-40% a -58%	-30% a -35%	
Promedio	156,36	\$ 265.812	\$93.816 - \$136.033	\$70.362 - \$81.307	\$ 7.800
			-35% a -51 %	-24% a -31%	

Suponiendo que los 61 días que permaneció ocupada la cama por una prestación básica social, la hubiese ocupado un paciente con una patología que requería de 5 días de internación, esa misma cama hubiese sido ocupada por 12.2 pacientes.

Conclusión:

Al igual que en otros países, los mas longevos son mujeres

Haciendo una correlación entre el plan de salud y el estrato social, los mas conflictivos, en cuanto al egreso, son los que tienen un plan de salud básico ampliado, que correspondería a la clase media trabajadora, que tiene a cargo a sus adultos mayores. El núcleo familiar trabaja y cuidar del AM cambia el ritmo de vida y trabajo del resto de la familia, o el AM vive solo y no tiene familiares.

A pesar de que las internaciones prolongadas representan un muy bajo porcentaje en la muestra seleccionada, los gastos que ocasionan son muy altos. Dada la alta demanda existente de camas para patologías agudas de rápido recambio (Ej. cirugías programadas) sería conveniente incentivar desde el ingreso de los pacientes con patologías que pueden convertirse en crónicas, la internación domiciliaria y comprometer a los familiares en la asistencia del paciente, para que no sea tan traumático el egreso al hogar.

Sería de gran ayuda trabajar en forma conjunta con Asistentes Sociales desde la internación en agudo, para conocer el núcleo familiar y cuales van a ser los requerimientos necesarios para la atención adecuada del AM en domicilio, incluyendo la necesidad de cuidadores en las horas que la familia trabaja.

Conclusión

El mundo envejece y Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de Latinoamérica, lo que implica un mayor gasto en salud y asistencia social y mayores dificultades para el acompañamiento general, especialmente para aquellos AMD.

Este envejecimiento se correlaciona con una menor tasa de fecundidad.

En los diferentes planes sociales se incentiva la integración y participación del AM en diferentes actividades sociales, pero no hay un real plan de integración y mantenimiento del AMD en el seno familiar.

La estructura y dinámica familiar cambió, las mujeres trabajan y ya no hay miembros de la familia disponibles para el cuidado.

Cuando en el seno de la familia se encuentra un AMD es importante el apoyo a la estructura familiar, ya sea en económico o asistencial.

Es importante la promoción de los sistemas de internación domiciliaria evitando internaciones prolongadas sociales, beneficiando al AMD al mantenerlo en su entorno. Cuando es inevitable la internación es necesario comprometer a la familia en el proceso de curación.

Sería de gran ayuda la inclusión permanente en el equipo de salud a las trabajadoras sociales para evaluar la situación familiar y así establecer los requerimientos necesarios para la atención adecuada del AMD.

El envejecimiento de la vejez, forma un escenario que obliga a ocuparse de la dependencia, a mayor edad las personas van incrementado el riesgo de caer en ésta condición.

En África se dice que cuando muere un anciano desaparece una biblioteca. Tal vez el proverbio varíe de un continente a otro, pero su significado es igualmente cierto en cualquier cultura. Las personas de edad son intermediarios entre el pasado, el presente y el futuro. Su sabiduría y experiencia constituyen un verdadero vínculo vital para el desarrollo de la sociedad.

Las personas de edad no son una categoría aparte. Todos envejeceremos algún día, si tenemos ese privilegio. Por lo tanto, no consideremos a las personas de edad un grupo aparte, sino como lo que nosotros mismos seremos en el futuro. Y reconozcamos que todas las personas de edad son personas individuales, con necesidades y capacidades particulares, y no un grupo en que todos son iguales porque son viejos.

Bibliografía

Naciones Unidas – Cepal (www.cepal.org). Boletín Número 7, Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe, Diciembre 2009. (7)

Naciones Unidas – Cepal – Asdi. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. Separata, Diciembre 2009. (1)

OPS sede Argentina – Conferencia Regional Intergubernamental sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe. Convención de derechos de las personas mayores, Buenos Aires, Mayo 2009. (2)

Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento. Declaración política, Madrid 2002. (5)

Declaración de Brasilia – II Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. Brasilia, Diciembre 2007 (3)

Seminario Internacional del Mercosur Ampliado sobre Buenas Prácticas en Políticas Gerontológicas. Buenos Aires, Junio 2010. (4)

Conferencia Interamericana de Seguridad Social (www.ciss.org.mx).

Edición 2006 Los retos del envejecimiento y discapacidad. Empleo y aseguramiento. Convenios Internacionales.

Capítulo 2: Cuidados a largo plazo y el bienestar de los adultos mayores en las Américas (9)

Capítulo 5: Conclusión y recomendaciones

Edición 2008. Innovando los Modelos de Aseguramiento social

Capítulo 6: Organización y Administración de los programas de Salud

Capítulo 10: Organización y Administración de los programas de cuidados a Largo Plazo (10)

Capítulo 14: Conclusiones y recomendaciones

Edición 2009 Evaluación de los Sistemas de Seguridad Social

Capítulo 5: Evaluación de los programas de cuidados de niños y de cuidados a largo plazo (8)

Revista seguridad social (CISS) – Comisión Americana Jurídico Social - Acciones educativas y de capacitación para la atención del adulto mayor.

INTA (Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos), Universidad de Chile. Situación de los cuidadores domiciliarios de Adultos Mayores Dependientes con pensión asistencial, Santiago de Chile, Mayo 2007 (6)

Naciones Unidas – CEPAL – Ministerio de Desarrollo Social, Secretaría Nacional de niñez, adolescencia y familia, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores – UNFPA. Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis?, Abril 2009 (7)

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) – Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, Chile, 2009

BMC Medical Ethics (www.biomedcentral.com) – Ethical challenges related to elder care. High level decision – makers' experiences – A. G. Momhifi, M. Kihlgum, V. Sorlie, Research article, 10/4/2007 (11)