

Informe anual sobre el estado de los adultos mayores hispanos:
Perspectivas desde el campo - Resaltando desigualdades

Septiembre 26, 2023

2023

Desigualdades en la Salud

Las desigualdades en la salud son diferencias en el estado de salud o en la distribución de recursos de salud entre diferentes grupos de población, que surgen de las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Los dos principales grupos de causas fundamentales de las desigualdades en la salud son: 1) Los mecanismos intrapersonales, interpersonales, institucionales y sistémicos que organizan la distribución de poder y recursos de manera diferencial a lo largo de líneas de raza, género, clase, orientación sexual, estatus migratorio, expresión de género, etc. 2) La asignación desigual de poder y recursos, incluyendo bienes, servicios y atención social, que se manifiesta en condiciones sociales, económicas y ambientales desiguales, también conocidas como determinantes sociales de la salud..

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425845/>

Consejo Nacional Hispano para el Adulto Mayor
2201 12th St NW, Suite 101
Washington, DC 20009
www.nhcoa.org

Yanira Cruz, MPH, DrPH
Presidenta/CEO

Nota: A lo largo de este informe, utilizamos los términos “Hispano” y “Latino” de manera intercambiable.

Cita sugerida:

Consejo Nacional Hispano para el Adulto Mayor. 2023 Informe Anual sobre el estado de los adultos mayores hispanos: Perspectivas desde el campo - Resaltando desigualdades.
Washington, D. C.: Consejo Nacional Hispano para el Adulto Mayor; 2023.

AGRADECIMIENTOS

El Consejo Nacional Hispano para el Adulto Mayor (NHCOA) está agradece aquellos que contribuyeron al Informe Anual sobre el Estado de los Adultos Mayores Hispanos: Perspectivas desde el Campo - Resaltando Desigualdades. Este informe fue producido con el apoyo de varias organizaciones e individuos comprometidos con el bienestar de los adultos mayores hispanos, sus familias y cuidadores. Su ayuda fue invaluable.

Un agradecimiento especial se extiende a aquellos que participaron en nuestras encuestas y seminarios web. Estos participantes incluyen adultos mayores, cuidadores y proveedores de servicios que dedicaron su tiempo, compartieron sus historias personales y percepciones, y brindaron recomendaciones.

Reconocemos al personal de NHCOA que contribuyeron su tiempo y esfuerzo en la elaboración de este informe. Christine Perez, Pedro Lima, Fatima Velez, Margarita Navas, Marcela Cabrera, Ricardo Posada, Ana Guzmán y Christina Pacheco desempeñaron roles significativos en el desarrollo, organización y análisis de los datos.

Christine Perez y Christina M. Pacheco redactaron el informe, y Fatima Velez estuvo a cargo del diseño. Marcela Cabrera realizó la traducción al español, mientras que todo el equipo de NHCOA participó en la edición del informe. La presidenta y directora ejecutiva, Dra. Yanira Cruz, dirigió la implementación del estudio y la producción del informe.

Finalmente, nos gustaría expresar nuestro más profundo agradecimiento a nuestros patrocinadores, quienes, con sus generosas contribuciones, nos permitieron recopilar los datos para respaldar la creación de este informe. A través del apoyo de nuestros financiadores, tuvimos la oportunidad de aprender de los adultos mayores hispanos, sus familias y cuidadores, y de involucrarlos en discusiones que contribuyeron significativamente a las recomendaciones incluidas en el informe.

Estos patrocinadores son Lilly, PhRMA, Pfizer, Better Medicare Alliance, Novo Nordisk, Eisai, Verizon y Elevance Health.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

Basándonos en los hallazgos presentados en este informe, NHCOA ha desarrollado varias recomendaciones para líderes locales, estatales y nacionales. También promovemos recomendaciones específicas de miembros de la comunidad hispana, organizaciones comunitarias y líderes de base. NHCOA presenta las siguientes recomendaciones para ayudar a abordar las desigualdades en la salud que enfrentan muchos estadounidenses latinos:

1. El Congreso debe llegar a un acuerdo presupuestario y evitar un cierre del gobierno federal.

Un cierre del gobierno podría impactar directamente a millones de trabajadores federales que enfrentarían retrasos en sus salarios, incluyendo a muchos de los aproximadamente 2 millones de miembros del personal militar y más de 2 millones de trabajadores civiles en todo el país. Más allá de los trabajadores federales, un cierre podría tener efectos de gran alcance en los servicios gubernamentales, muchos de los cuales son fundamentales para los adultos mayores, sus familias y cuidadores. Se ha advertido que un cierre podría perturbar los mercados financieros. Además, una interrupción en los servicios gubernamentales podría socavar la confianza del público en el gobierno para cumplir con sus deberes esenciales.

2. Destinar fondos utilizando una interpretación amplia de “salud” que incluya los determinantes sociales de la salud y considere la equidad en la salud.. Los legisladores deben considerar la definición de “salud” para incluir todos los aspectos de los determinantes sociales de la salud (las condiciones en las que las personas viven, aprenden, trabajan y juegan que afectan una amplia gama de riesgos y resultados de salud) y asignar esos fondos en consecuencia. Además, la equidad en la salud debe ser una consideración primordial en la distribución de fondos.

3. NHCOA aplaude la aprobación bipartidista del Acta de Modernización y Aseguramiento de la Responsabilidad de los Administradores de Beneficios Farmacéuticos (MEPA) por parte del Comité de Finanzas del Senado de los EE. UU. Instamos al Congreso a seguir trabajando en conjunto para reducir el costo de los medicamentos recetados para aquellos que los necesitan. Los administradores de beneficios farmacéuticos (BM) son el vínculo crucial entre las compañías que fabrican medicamentos recetados, las aseguradoras de salud que los cubren, las farmacias que los venden y los pacientes que dependen de ellos. Los BM determinan qué medicamentos cubrirán los planes de salud y desempeñan un papel esencial en la fijación de los precios que los pacientes ven en el mostrador de la farmacia. Los funcionarios electos son responsables de trabajar juntos para reducir el creciente costo de las recetas médicas en las que los pacientes confían.

4. Abordar la prohibición de la cobertura de medicamentos contra la obesidad en el Medicare Parte D, instituida por la Ley de Modernización del Medicare en 2003.

La obesidad afecta al 42% de los adultos en los Estados Unidos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) encontraron que los adultos no hispanos negros tenían la prevalencia ajustada por edad más alta de obesidad, con un 49.6%, seguidos por los adultos hispanos con un 44.8%. Las personas obesas tienen un mayor riesgo de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2. La obesidad está relacionada con costos adicionales; un estudio encontró que los gastos gubernamentales totales relacionados con la obesidad, que incluyen gastos de Medicaid y Medicare y desembolsos federales, se estimaron en \$91.6 mil millones anuales. Esto representa aproximadamente el 30% del gasto de Medicare. La obesidad es un problema grave en los adultos mayores y, aunque Medicare cubre algunos tratamientos para la obesidad, como la Terapia Conductual Intensiva y la cirugía bariátrica, no cubre medicamentos contra la obesidad. La cobertura también depende del tipo de plan de Medicare que tenga una persona. Incluir medicamentos aprobados por la FDA y otros tratamientos contra la obesidad en la cobertura de Medicare ayudaría a que más adultos mayores gestionen activamente su peso y reduzcan sus riesgos para la salud. Proporcionar acceso a diversas opciones terapéuticas es esencial para una atención equitativa y centrada en la persona.

5. Continuar financiando y priorizando la investigación y el tratamiento del Alzheimer y la demencia.

El Congreso debe renovar su compromiso para garantizar que se siga invirtiendo en la investigación del Alzheimer y la demencia para lograr avances en este campo. Con una inversión sólida y constante, los científicos pueden avanzar más rápidamente en el conocimiento básico de la enfermedad, explorar formas de reducir el riesgo, descubrir nuevos biomarcadores para el diagnóstico temprano y la orientación de medicamentos, y desarrollar posibles tratamientos. La legislación bipartidista actualmente en consideración que se enfoca en el Alzheimer y la demencia incluye:

- a. Ley de Responsabilidad e Inversión en el Alzheimer (S. 134 / H.R. 620).
- b. Ley de Reautorización de NAPA (S. 133 / H.R. 619).

6. Priorizar y mejorar la educación sobre la osteoporosis, la detección, la prevención de fracturas y el tratamiento para abordar las desigualdades que existen con esta enfermedad. Colaborar con organizaciones comunitarias que lleguen a poblaciones prioritarias puede garantizar una educación culturalmente receptiva y el empoderamiento de los pacientes para abordar este problema en las clínicas. A pesar de un informe histórico del Cirujano General en 2004 y las recomendaciones específicas de sociedades nacionales y científicas clave destinadas a priorizar y mejorar la osteoporosis y la prevención de fracturas, la implementación ha quedado rezagada. Muchos pacientes no reciben la información necesaria sobre la prevención y no se someten a pruebas para diagnosticar la osteoporosis o establecer su riesgo de padecerla. Lo más importante es que la mayoría de los pacientes con fracturas relacionadas con la osteoporosis no son diagnosticados con osteoporosis y no reciben ninguno de los tratamientos efectivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

7. Fomentar políticas gubernamentales y promulgar legislación que requiera un análisis de sesgo y equidad en las decisiones políticas y la legislación en todos los niveles.

Al igual que informar a los legisladores sobre el impacto financiero de la legislación propuesta o solicitar declaraciones de impacto económico sobre proyectos de ley relevantes, la legislatura debe adoptar un procedimiento para desarrollar y considerar el análisis de equidad y los efectos de cualquier cambio en la política.

8. El NIH y otras agencias federales deben diseñar y poner a disposición oportunidades de financiamiento para aumentar la Investigación Participativa Basada en la Comunidad que requiera que una parte significativa de los fondos se entregue a socios comunitarios..

Los Institutos Nacionales de Salud y otras agencias federales de subvenciones deben fomentar enérgicamente las asociaciones con organizaciones comunitarias para implementar y difundir subvenciones. También es esencial contar con más oportunidades de financiamiento de agencias federales para investigadores minoritarios en ciencia, medicina y salud pública que se centren en poblaciones de adultos mayores. Además, las oportunidades de financiamiento federales deben diseñarse para abordar la ciencia de las disparidades en la salud.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL COVID-19

9. Trabajar con estados y líderes nacionales para identificar estrategias para involucrar a las comunidades hispanas más afectadas por COVID-19 en la vacunación, refuerzos y tratamiento.

Colaborar con estados y líderes nacionales, como NHCOA, para desarrollar estrategias innovadoras para involucrar a las comunidades latinas en la vacunación y refuerzos de COVID-19. Históricamente, las comunidades resilientes fueron desproporcionadamente afectadas por la pandemia. El gobierno debe priorizar llegar a las comunidades marginadas utilizando clínicas locales, clínicas móviles y proveedores culturalmente competentes, como trabajadores de salud comunitarios.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos	3
Recomendaciones de Política	4
Desigualdades en la Salud entre los Hispanos en Estados Unidos	9
COVID-19 y los Hispanos en Estados Unidos	10
Actualización de la vacuna de refuerzo COVID-19 2023 - 2024	10
Osteoporosis y los Hispanos en Estados Unidos	12
Introducción	12
Métodología	13
Resultados	13
Demografía de los Participantes (N= 519)	13
Etnicidad por Región Latinoamericana	14
Conocimiento	14
Creencias	16
Comportamientos	16
Enfermedad de Alzheimer	17
Introducción	17
Ley de Reautorización NAPA (S. 133 / H.R. 619)	18
Ley de Responsabilidad e Inversión en el Alzheimer (S. 134 / H.R. 620)	18
Ley BOLD de Infraestructura para el Alzheimer	19
Medicamentos Recetados para Tratar la Obesidad	20
Nuevas oportunidades para el tratamiento de la obesidad	20
Preguntas relacionadas con el acceso y la asequibilidad continúan	20
Medicaid	20
Medicare	21
Ampliación de la Cobertura de Medicare para Adultos con Obesidad	21
Administradores de Beneficios Farmacéuticos (BM)	22
Introducción	22
Preocupaciones con respecto a los BM y los Adultos Mayores Hispanos	23
La Reforma de Descuentos Ahorraría Dinero a los Pacientes	23
Los BM Deben Compartir los Ahorros	24



DESIGUALDADES EN LA SALUD ENTRE LOS HISPANOS ESTADOUNIDENSES

La población latina es el grupo racial y étnico minoritario más grande en los Estados Unidos. Con aproximadamente 60.6 millones de personas, representa más del 18% de la población de los Estados Unidos, un porcentaje que se espera que aumente a más del 26% para el año 2050. Sin embargo, los hispanos estadounidenses enfrentan varios desafíos en cuanto a la salud. Los determinantes sociales de la salud, que incluyen el acceso a la atención médica, la vivienda asequible, la educación, el empleo y los ingresos, afectan la capacidad de una persona para tener buenos resultados de salud. Los individuos latinos tienen la tasa más baja de cobertura de seguro de salud entre los grupos raciales y étnicos y a menudo carecen de un médico de atención primaria. En comparación con los blancos no hispanos, los latinos tienen ingresos familiares medios más bajos y mayores cargas de costos de vivienda, trayectos laborales más largos, menos acceso a espacios verdes seguros para la actividad física, mayores niveles de estrés en la salud mental y más discriminación en muchos niveles. Esto genera una amplia variedad de desigualdades en enfermedades crónicas para los latinos. En comparación con los blancos, los latinos tienen más probabilidades de tener obesidad, diabetes, enfermedad hepática e hipertensión arterial mal controlada; tienen mayores riesgos de cáncer de estómago, cervix e hígado; y tienen más probabilidades de ser diagnosticados en etapas más avanzadas de la enfermedad debido a su exclusión de programas de detección, ensayos clínicos y atención preventiva.

A medida que la población latina en los Estados Unidos aumenta, es esencial mejorar su salud en general.



COVID-19 Y LOS HISPANOS ESTADOUNIDENSES

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto muchas desigualdades para los latinos y otros grupos de población. Los latinos, que están altamente representados en trabajos de primera línea en hospitales, transporte, hospitalidad e industrias agrícolas, experimentaron un mayor porcentaje de casos de COVID-19 per cápita en muchos estados. Las personas latinas también murieron por COVID-19 a más del doble de la tasa de los blancos durante la pandemia. Una de las razones de esta alta tasa de mortalidad en la comunidad latina fue la falta de información clara sobre el COVID-19 y la desinformación compartida a través de las redes sociales. Si bien las disparidades en la aceptación de al menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19 se han reducido y revertido para los latinos que recibieron al menos una dosis (67%), menos personas han recibido la dosis actualizada de refuerzo bivalente de la vacuna y los latinos tienen aproximadamente la mitad de probabilidad que los blancos de haber recibido este refuerzo.

US Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. Cancer and Hispanic Americans. Accessed June 30, 2021. <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=4&lvlid=61>

Refuerzo actualizado COVID-19 para 2023-2024

A partir del 12 de septiembre de 2023, las vacunas actualizadas contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech y Moderna para 2023-2024 fueron recomendadas por los CDC para su uso en los Estados Unidos. Las vacunas actualizadas para 2023-2024 contra el COVID-19 se dirigen más específicamente a la variante XBB de la variante Ómicron y podrían restaurar la protección contra el COVID-19 grave que podría haber disminuido con el tiempo.

**Manténgase seguro a si mismo, a su familia y comunidad;
¡agenda una cita para vacunarte hoy mismo!**

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Mantente al Día con las Vacunas COVID-19. 15 de septiembre de 2023. Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias (NCIRD), División de Enfermedades Virales. Atlanta, GA. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/stay-up-to-date.html#:~:text=Everyone%20aged%205%20years%20and,of%20updated%20COVID%2D19%20vaccine.iu>

OSTEOPOROSIS Y LOS HISPANOS ESTADOUNIDENSES

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una de las principales causas de discapacidad en adultos mayores y puede afectar gravemente la calidad de vida. Aunque más de 50 millones de personas en los Estados Unidos tienen osteoporosis, muchas aún no saben mucho al respecto, y persisten mitos. La osteoporosis es una condición en la que los huesos se vuelven menos densos y más propensos a fracturarse. Si no se previene o no se trata, la pérdida ósea puede progresar de manera indolora hasta que un hueso se rompe, típicamente en la cadera, columna vertebral o muñeca. Una fractura de cadera puede limitar la movilidad y llevar a la pérdida de independencia, y las fracturas vertebrales pueden resultar en la pérdida de estatura, postura encorvada y dolor crónico. Existe la idea errónea de que la osteoporosis solo afecta a mujeres blancas. Sin embargo, un artículo recientemente publicado en el Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad mostró que el porcentaje de adultos hispanos con osteoporosis (14.7%) fue mayor en comparación con adultos blancos no hispanos (12.9%) y adultos negros no hispanos (6.8%). La prevalencia ajustada por edad de la osteoporosis en hombres puertorriqueños fue del 8.6%, en comparación con el 2.3% en hombres blancos no hispanos y el 3.9% en hombres mexicano-americanos.

En colaboración con Elevance Health, el Consejo Nacional Hispano para el Adulto Mayor (NHCOA) llevó a cabo una encuesta nacional para comprender mejor el conocimiento, las actitudes y las creencias de los latinos sobre la osteoporosis. Encuestamos a 530 latinos, y el 19.4% informó que un médico les había dicho que tenían osteoporosis.



MÉTODOLOGÍA

En 2023, NHCOA, a través de un grupo de promotores de salud, recopiló encuestas de 530 latinoamericanos en Nuevo México, Texas, Florida y California. Las encuestas se recopilaron mediante papel y bolígrafo y se introdujeron en un formulario de encuesta electrónica. Las encuestas se llevaron a cabo en inglés y español. El análisis se realizó con SPSS.

4 QuickStats: Percentage of Adults Aged ≥50 Years with Osteoporosis, by Race and Hispanic Origin — United States, 2017–2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:731. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7019a5external icon>.

RESULTADOS

DATOS DEMOGRÁFICOS (N=519)*

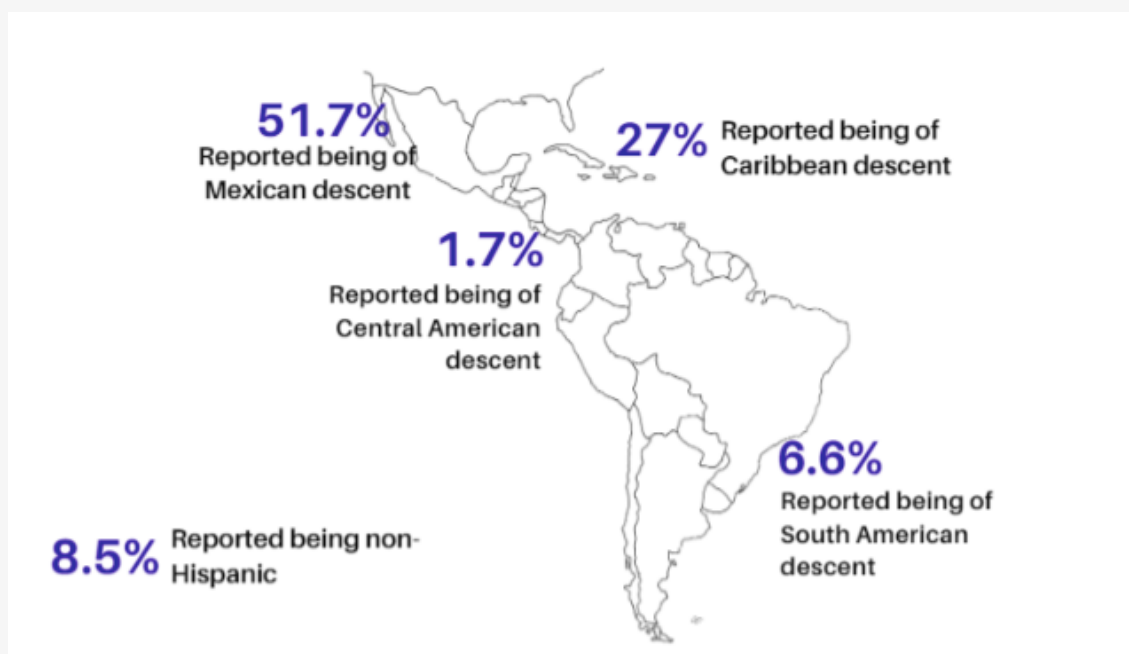
El número total de encuestados que respondieron a la pregunta sobre la edad dicta la cantidad total de respuestas. En otras palabras, la población total en este contexto se determina por el número de personas que participaron en la encuesta y proporcionaron información sobre su edad.

	Ages 18-60 N=258 n (%)	Ages 61+ N=261 n (%)
Gender: Female	181 (70.2%)	193 (73.9%)
Marital Status: Single, Divorced, Widowed	90 (34.9%)	161 (61.7%)
Education Level		
≤ Highschool	190 (74.2%)	205 (80.7%)
Some College	23 (9.0%)	19 (7.5%)
≥ College Graduate	43 (16.8%)	30 (11.8%)
Household		
Lives Alone	39 (15.5%)	80 (34.0%)
Children (under the age of 18) in the in the home	171 (70.1%)	51 (22.0%)
Relies on a caregiver	21 (8.1%)	97 (37.2%)

Tuvimos una distribución de edad relativamente equitativa entre aquellos de 18 a 60 años y aquellos de 60 años en adelante. Sin embargo, independientemente de la edad, la gran mayoría de los encuestados fueron mujeres. Hubo más encuestados en la categoría de edad de 61 años o más que estaban solteros, divorciados o viudos (61% frente al 34.9%). Cuando examinamos la educación, observamos diferencias, pero en general, la mayoría de los encuestados en ambos grupos de edad tenían una educación de secundaria o menos (74.2% para los encuestados de 18 a 60 años y 80.7% para los encuestados de 61 años o más).

En cuanto a la composición del hogar, los adultos mayores tenían más probabilidades de vivir solos (34.0% frente al 15.5%), mientras que los adultos de 18 a 60 años eran más propensos a tener hijos menores de 18 años en el hogar (70.1% frente al 22.0%). Los adultos mayores también eran más propensos a depender de un cuidador para ayudarles con sus tareas diarias (37.2% frente al 8.1%).

Origen étnico por región de América Latina

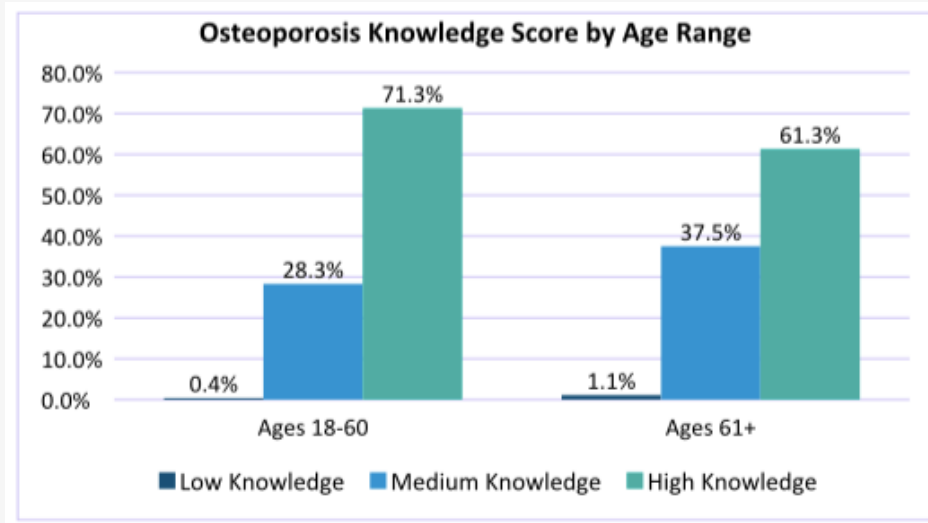


Conocimiento

NHCOA realizó una serie de 19 preguntas de conocimiento verdadero o falso sobre la osteoporosis. A partir de esas preguntas, se desarrollaron las siguientes puntuaciones de conocimiento:

- **Bajo conocimiento** se representa con 1 a 7 respuestas correctas.
- **Conocimiento medio** se representa con 8 a 13 respuestas correctas.
- **Alto conocimiento** se representa con 14 a 19 respuestas correctas.

La mayoría de los encuestados (66.3%) tenían un “Alto Conocimiento”. También se observó una diferencia estadísticamente significativa por edad entre el conocimiento bajo/medio y el conocimiento alto ($p = 0.016$). Esto indica que las personas más jóvenes y las de mayor edad pueden tener niveles de conocimiento diferentes en relación con la osteoporosis.



En general, el 89.1% de todos los encuestados han oído hablar de la osteoporosis. La encuesta reveló algunas oportunidades significativas para la educación entre todos los encuestados:

- Solo el 33.6% de los encuestados pudo identificar correctamente que una persona con osteoporosis probablemente no tendrá síntomas como dolor antes de sufrir una fractura.
- Menos de la mitad (42.8%) identificó correctamente que las mujeres blancas tienen el mayor riesgo de osteoporosis.
- Aproximadamente el 20% no pudo identificar que las sardinas y el brócoli son buenas fuentes de calcio para las personas que no pueden consumir productos lácteos.
- El 62.8% creía erróneamente que los suplementos de calcio por sí solos podrían prevenir la pérdida de hueso.
- Solo el 10.2% de los encuestados creía que los suplementos de vitamina D no son adecuados para mantener la salud ósea.
- El 18.3% no identificó el alto consumo de sal como un factor de riesgo para la osteoporosis.
- El 26.6% de los encuestados no sabía que existen múltiples pruebas de detección utilizadas para diagnosticar la osteoporosis.

-
- Algunos encuestados no establecieron una conexión entre la osteoporosis y el peso corporal (16.4%), el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol (21.7%) y la actividad física (17%).

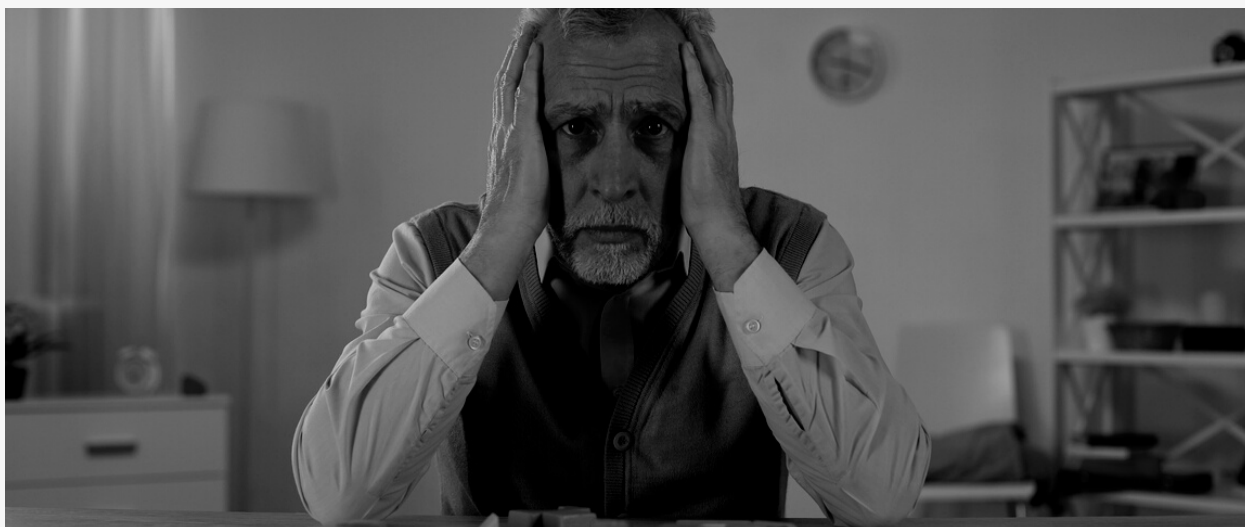
Creencias:

- 35.5% de todos los encuestados considera que tiene huesos débiles.
- 39.1% pensaba que tenía muchas probabilidades de desarrollar osteoporosis.
- 42.5% pensaba que sus antecedentes familiares les exponían a un mayor riesgo de padecer osteoporosis.

Comportamientos:

- Mientras que el 72.6% de todos los encuestados informaron tener acceso a un lugar para hacer ejercicio, solo el 45.5% informó hacer ejercicio regularmente.
- El 80.6% de todos los encuestados informaron consumir alimentos ricos en calcio.
- Solo el 41.1% informó seguir una dieta equilibrada.
- El 33.8% compartió que había sufrido una fractura importante o hueso roto.
- El 31.3% tiene un historial actual o pasado de fumar.
- El 20% consume ocho o más bebidas alcohólicas por semana en promedio.
- El 46.4% toma suplementos de calcio; el 52.5% toma suplementos de vitamina D.
- El 33.4% ha tenido una prueba de detección recomendada por un médico para la osteoporosis; el 34.9% ha tenido una densitometría ósea (DEXA).

A medida que nuestras poblaciones envejecen, el peso de las desigualdades en la osteoporosis aumentará drásticamente. NHCOA hace un llamado al gobierno para que tome medidas decisivas en respuesta a la osteoporosis, que afecta a individuos, familias y comunidades.



ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Introducción

La enfermedad de Alzheimer se proyecta que triplique sus tasas para el año 2060, según los datos más recientes de los CDC. Pero mientras que todos corren el riesgo de desarrollar esta devastadora enfermedad a medida que envejecen, se prevé que los hispanos y latinos, definidos como personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otras culturas u orígenes hispanos, tengan el aumento más significativo. Para el año 2060, se estima que 3.2 millones de hispanos y latinos vivirán con la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas. Según la Asociación de Alzheimer, aproximadamente el 13% de los hispanos mayores de 65 años tienen Alzheimer u otra forma de demencia, pero se necesita más investigación para comprender realmente estas disparidades.

Hispanics are **1.5 times more likely** than Whites to have dementia, yet more research is needed to understand why.

~9 out of 10 Hispanics (85%) say it is important for Alzheimer's and dementia care providers to understand their ethnic/racial background and experiences.

~6 in 10 (57%) believe that significant loss of memory or cognitive abilities is a normal part of aging.

Sabemos que los hispanos y latinos tienen más probabilidades de tener factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, como:

- Bajo estatus socioeconómico
- Enfermedades cardiovasculares
- Hipertensión arterial
- Obesidad
- Depresión
- Diabetes

Además, los latinos tienden a desarrollar síntomas siete años antes que los blancos. Aproximadamente el 33% de los hispanos informaron haber enfrentado discriminación en la atención médica. El sesgo y la discriminación pueden resultar en una renuencia a buscar atención médica si surgen signos y síntomas de la enfermedad de Alzheimer u otras afecciones médicas. El estudio realizado por la Asociación de Alzheimer señaló que solo el 44% de los latinos que notaron signos de deterioro cognitivo hablaron con su médico acerca de sus síntomas. Muchos latinos creen que la pérdida de memoria o la reducción de las capacidades cognitivas son inevitables en el envejecimiento, lo que destaca la necesidad crítica de una educación adicional.

Para abordar estas marcadas desigualdades, necesitamos involucrar, reclutar y retener a hispanos/latinos y otras poblaciones diversas en la investigación y los ensayos clínicos sobre la enfermedad de Alzheimer, y necesitamos que el gobierno continúe priorizando esta enfermedad. Algunas leyes recientes y pendientes sobre el Alzheimer y otras demencias incluyen:

Ley de Reautorización de NAPA (S. 133 / H.R. 619)

Esta legislación bipartidista se basaría en el progreso logrado en la lucha contra el Alzheimer y otras demencias en la última década mediante la reautorización de la Ley del Proyecto Nacional del Alzheimer (NAPA) (P.L. 111-375), promulgada en 2011. La Ley de Reautorización de NAPA enfatiza la importancia del envejecimiento saludable y la reducción de riesgos para la enfermedad de Alzheimer. La legislación subrayaría y abordaría las desigualdades en salud para las comunidades marginadas.

Ley de Rendición de Cuentas e Inversión en Alzheimer (S. 134 / H.R. 620)

La ley original, la Ley de Rendición de Cuentas en Alzheimer, se promulgó en 2014, pero expirará en 2025. El Congreso puede renovar su compromiso con la investigación sobre el Alzheimer y la demencia a través de la Ley de Rendición de Cuentas e Inversión en Alzheimer bipartidista (S. 134/ H.R. 620). Esta legislación requeriría que los Institutos Nacionales de Salud (NIH) continúen presentando un Presupuesto de Juicio Profesional anual al Congreso para garantizar que la investigación sobre el Alzheimer y la demencia reciba financiamiento a los niveles necesarios para lograr los objetivos del Plan Nacional para Abordar la Enfermedad de Alzheimer.

El Acta de Infraestructura Audaz para el Alzheimer

En diciembre de 2018, el Congreso aprobó abrumadoramente el Acta de Infraestructura Audaz para el Alzheimer. La ley dirige al Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) a fortalecer la infraestructura de salud pública en todo el país mediante la implementación de intervenciones efectivas para el Alzheimer centradas en 17 problemas de salud pública, como aumentar la detección temprana y el diagnóstico, reducir el riesgo y prevenir hospitalizaciones evitables. Establecerá los Centros de Excelencia en Salud Pública para el Alzheimer y las Demencias Relacionadas, proporcionará fondos a departamentos de salud pública estatales, locales y tribales, y aumentará el análisis de datos y la presentación oportuna de informes.

Medicamentos Recetados para Tratar la Obesidad

Para las comunidades latinas, la epidemia de la obesidad ha alcanzado proporciones críticas, con muchos estados y comunidades informando que la obesidad latina es abrumadora. En 2013, la Asociación Médica Estadounidense (AMA) reconoció oficialmente la obesidad como una enfermedad. Según la Oficina de Salud de Minorías, casi el 80% de las mujeres latinoamericanas se clasifican como con sobrepeso u obesas, en comparación con el 64% de las mujeres blancas no hispanas. En 2018, los latinoamericanos tenían 1,2 veces más probabilidades de ser obesos que los blancos no hispanos. Observamos tendencias similares entre los jóvenes latinoamericanos, con jóvenes aproximadamente 1,8 veces más propensos a ser obesos en comparación con los jóvenes blancos no hispanos. Los CDC también informaron que los latinos eran el grupo de población con la segunda mayor prevalencia de obesidad en adultos, con una impresionante tasa del 47,8 por ciento, segunda solo después de los negros/afroamericanos. Al comparar las tasas de sobrepeso, que incluyen las tasas de obesidad, los latinos superaron a la población general en diez puntos porcentuales. Las personas con sobrepeso y obesidad tienen más probabilidades de sufrir hipertensión arterial, altos niveles de grasas en la sangre, diabetes y colesterol LDL, factores de riesgo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares.

Nuevas oportunidades para el tratamiento de la obesidad

Un grupo relativamente nuevo de medicamentos utilizados para la pérdida de peso ha surgido, ofreciendo nuevas oportunidades para el tratamiento de la obesidad. Inicialmente aprobados para tratar la diabetes tipo 2, los agonistas del GLP-1 (péptido similar al glucagón tipo 1), como el Ozempic, el Rybelsus y el Wegovy de Novo Nordisk (semaglutida) y el Mounjaro de Eli Lilly (tirzepatida), son agentes altamente efectivos para la pérdida de peso. Sin embargo, estos medicamentos son costosos cuando se adquieren de forma particular. El manejo médico del peso sigue siendo una de las opciones para el tratamiento del exceso de peso, y los avances recientes han revolucionado la forma en que tratamos la obesidad.

Quedan preguntas relacionadas con el acceso y la asequibilidad

Medicaid

Cuando se usan para perder peso, la cobertura de Medicaid de estos medicamentos está actualmente limitada, con algunos estados tomando medidas para ampliar la cobertura. Los estados pueden decidir si cubren los medicamentos para perder peso bajo Medicaid, lo que lleva a políticas de cobertura variables en los estados. Según el Programa de Rebajas de Medicamentos de Medicaid, los programas de Medicaid deben cubrir casi todos los medicamentos aprobados por la FDA de un fabricante participante para indicaciones médicamente aceptadas. Sin embargo, los medicamentos para perder peso están incluidos en un pequeño grupo de medicamentos que pueden excluirse de la cobertura, y por lo tanto, algunos estados no cubren los medicamentos para perder peso en Medicaid, y otros solo cubren los medicamentos para la obesidad grave con comorbilidades u otras restricciones.

Medicare

Medicare proporciona cobertura para ciertos tratamientos de la obesidad, como la terapia conductual. Sin embargo, Medicare no cubre muchos tratamientos para la pérdida de peso, incluyendo medicamentos antiobesidad. Esta falta de cobertura para estos tratamientos crea lagunas en la continuidad de la atención para adultos mayores con obesidad. Limita las opciones de tratamiento para los beneficiarios, lo que puede plantear desafíos para los pacientes de bajos ingresos.

Williams E, Burns A, Rudowitz R. Medicaid utilization and spending on new drugs used for weight loss. KFF. September 8, 2023. <https://www.kff.org/policy-watch/medicaid-coverage-of-and-spending-on-new-drugs-used-for-weight-loss/>

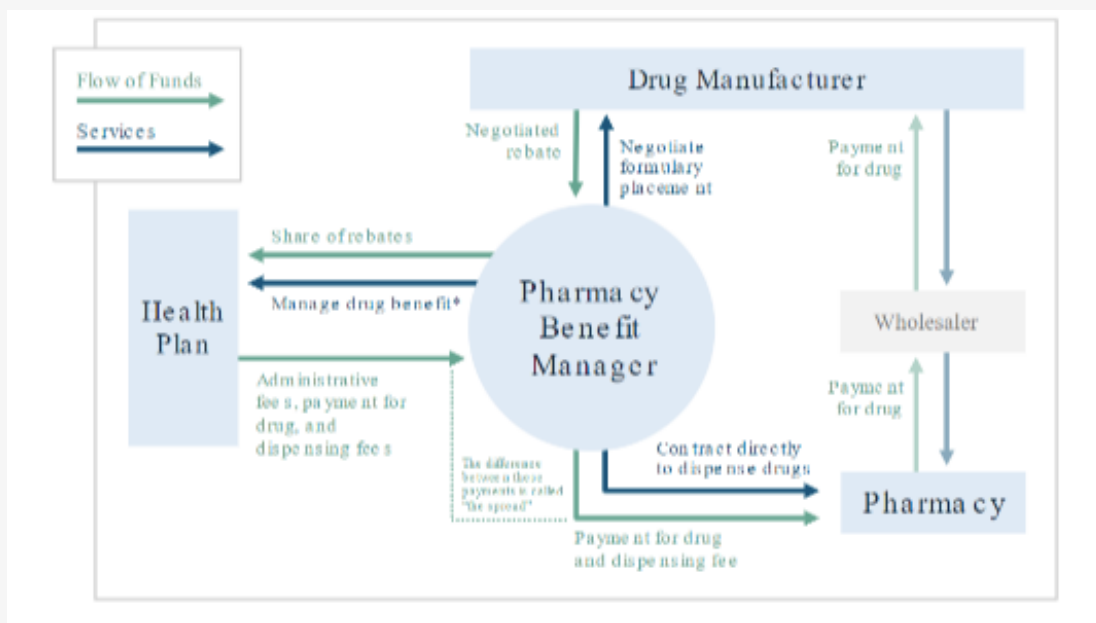
Ampliar la cobertura de Medicare a los adultos con obesidad

Incluir medicamentos aprobados por la FDA y otros tratamientos antiobesidad en la cobertura de Medicare ayudaría a que más adultos mayores gestionen activamente su peso y reduzcan sus riesgos para la salud. Proporcionar acceso a diversas opciones de terapia es esencial para brindar una atención equitativa centrada en la persona. El Treat and Reduce Obesity Act (TROA) es un proyecto de ley bipartidista diseñado para permitir que el CMS aclare que los medicamentos antiobesidad aprobados por la FDA pueden estar cubiertos bajo la Parte D.

Gestores de prestaciones farmacéuticas (PBM)

Introducción

“Los administradores de beneficios de farmacia, o PBMs por sus siglas en inglés, gestionan los beneficios de medicamentos recetados en nombre de las aseguradoras de salud, los planes de medicamentos de la Parte D de Medicare, grandes empleadores y otros pagadores. Al negociar con los fabricantes de medicamentos y las farmacias para controlar el gasto en medicamentos, los PBMs tienen un impacto significativo detrás de escena en la determinación de los costos totales de los medicamentos para las aseguradoras, en la forma en que los pacientes acceden a los medicamentos y en la determinación de cuánto se paga a las farmacias” Los PBMs durante mucho tiempo han evitado un escrutinio adecuado por su papel en inflar el costo de los medicamentos recetados para los pacientes. Inicialmente creados como intermediarios para negociar precios entre planes de salud e aseguradoras para confirmar la elegibilidad de un paciente y administrar los beneficios del plan, ahora los PBMs operan prácticamente sin control y manipulan el sistema en beneficio de su economía. Aunque la mayoría desconoce su existencia, los PBMs contribuyen significativamente a los altos costos de los medicamentos y a la reducción del acceso al tratamiento.



Pharmacy Benefit Managers and Their Role in Drug Spending, Commonwealth Fund, April 2019.

<https://doi.org/10.26099/njmh-en20>

Preocupaciones sobre los PBM y los adultos mayores hispanos

- Los PBMs carecen de transparencia en su proceso de negociación. Operando con un velo de ambigüedad, rara vez se presiona a los PBMs para que expliquen la razón detrás de los precios de los medicamentos que figuran en sus listas.
- Los modelos de negocios de los PBMs contienen incentivos desalineados que aumentan los precios. Un ejemplo de esto es que los ingresos de los PBMs se derivan del precio de un medicamento en lugar del costo de los servicios que proporcionan. Esto puede llevar a que los PBMs mantengan los precios de los medicamentos altos en beneficio propio y, a su vez, perjudiquen a los pacientes. Esto afecta especialmente a las comunidades hispanas, que ya enfrentan otras barreras para recibir atención y costos elevados.
- Tres PBMs controlan casi el 80% del mercado de medicamentos recetados, lo que permite a los PBMs obligar a las farmacias a firmar contratos en los que los medicamentos se les venden a precios más altos. Esto, desafortunadamente, aumenta los costos para los pacientes en el mostrador.
- Las farmacias que no pueden cumplir con las demandas de los PBMs no pueden adquirir o vender el medicamento, lo que significa que los pacientes en ciertas ubicaciones, incluidos los adultos mayores hispanos, pueden no poder acceder a los tratamientos que necesitan en las farmacias de su elección. Alejar a los pacientes de las farmacias ha resultado en la desaparición de farmacias comunitarias ubicadas de manera desproporcionada en vecindarios marginados.
- El Modernizing and Ensuring PBM Accountability (MEPA) Act, aprobado en el Comité de Finanzas del Senado, abordaría las preocupaciones de los PBMs con respecto a la transparencia, la desvinculación de los ingresos de los PBMs de los precios de los medicamentos y la equidad en los contratos. Es probable que este proyecto de ley sea votado por el Senado este otoño.

La reforma de los descuentos de los PBMs ahorraría dinero a los pacientes

- La reforma de los descuentos de los PBMs es otro tema que merece atención y que no está incluido en el MEPA Act.
- Muchos adultos mayores hispanos tienen dificultades para pagar los tratamientos que necesitan, mientras que los PBMs de Medicare Parte D reciben descuentos y rebajas.
- Los fabricantes de medicamentos otorgan miles de millones de dólares en rebajas a los PBMs para que las pasen a los pacientes en el mostrador de la farmacia. Estas rebajas están destinadas a los pacientes que rara vez ven la luz del día y son embolsadas por los PBMs con fines de lucro. Esto es inherentemente injusto y agrava el problema de sequibilidad de los medicamentos recetados experimentado por los adultos mayores hispanos.
- El Pharmacy Benefit Manager Reform Act requeriría que los PBMs entreguen el 100% de las rebajas, tarifas y todos los demás descuentos alternativos a los pacientes en la farmacia. Este proyecto de ley fue aprobado por el Comité de Ayuda, Educación, Trabajo y Pensiones del Senado este verano y fue enviado al Líder de la Mayoría para programar una votación.

Los PBMs deberían compartir los ahorros

- Otro problema que debe mencionarse es la incapacidad de los PBMs para compartir los ahorros que reciben con los pacientes a quienes supuestamente sirven.
- Los pacientes hispanos mayores no siempre se benefician de los precios negociados por los PBMs. En cambio, el "beneficio" solo ayuda financieramente a los PBMs que negocian el precio con los fabricantes.
- Un ejemplo clave es la insulina, que hace dos años se encontró que había disminuido en precio neto en un 53% y se presentó como prueba del valor agregado de los PBMs para los pacientes. Sin embargo, el precio de lista aumentó un 141%, que es el precio establecido por los PBMs y vendido a las farmacias. Esto ciertamente no beneficia a los adultos mayores hispanos, que incluso pueden ver que los costos aumentan.
- Nuestro país debería exigir a los PBMs que apliquen los ahorros que reciben a los precios de lista a los que venden los medicamentos, de modo que el costo de los medicamentos sea más asequible para los pacientes hispanos mayores.

PATROCINADORES

UNA VEZ MÁS, NHCOA AGRADECE A SUS PATROCINADORES:





Consejo Nacional Hispano para el Adulto Mayor (NHCOA)
2201 12th St NW, Suite 101
Washington, DC 20009
Oficina: 202.347.9733
Correo Electrónico: nhcoa@nhcoa.org
Sitio web: www.nhcoa.org

Yanira Cruz, MPH, DrPH
Presidenta/CEO

GRACIAS