

mientras los hombres prefieren los espacios informativos (79,9%) y deportivos (51,5%), las mujeres priorizan las novelas (67,1%) y programas informativos (62,5%).

El 88,2% de las personas de 60 años y más ven televisión entre una vez al día y al menos una vez a la semana y prefieren, por este orden, las novelas, programas informativos/noticieros, películas, musicales y humorísticos. Los espacios menos gustados son los infantiles, de participación, dibujos animados, culturales y variados.

El 88,7% de las adultas mayores observan la televisión, en tanto los hombres lo hacen en un 87,7%. Resultan interesantes las diferencias que existen en cuanto a la preferencia por el tipo de programas, mientras los hombres prefieren los espacios informativos/noticieros (69,9%) y películas (57,3%), las mujeres priorizan las novelas (90,9%), musicales (52,5%) y programas humorísticos (51,0%).

IV. LA SALUD PÚBLICA Y LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

La salud es una de las dimensiones primordiales a considerar ante cualquier acción que se defina para atender el envejecimiento demográfico, por ello en esta parte del trabajo se presentan algunos datos y comentarios sobre la situación de salud de las personas de 60 años y más dado el ascendente crecimiento numérico de este grupo de población en el país, especialmente los que sobrepasan los 74 años.

El envejecimiento poblacional hace crecer considerablemente la demanda y los costos de los servicios y cuidados de salud, es una situación de alta complejidad para lo cual el sector salud requiere de tiempo y organización para prepararse y reajustarse a las nuevas condiciones donde hay que atender y orientar pacientes en edades avanzadas, caracterizados por lo general, por una alta carga de morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles de larga duración, las cuales tienen como antecedentes comportamientos o factores de riesgos asumidos en otras etapas de la vida.

No hay duda que una población saludable proporciona mayores oportunidades y beneficios a la sociedad, por ello la OMS en un informe para el día mundial de la salud en el 2012 reconoce que el envejecimiento de las poblaciones es un asunto prioritario para la organización, pero en cada país el enfrentamiento debe ser abordado desde un plano multisectorial, donde intervengan todas las dimensiones de la sociedad (OMS, 2012).

IV.1 Prevención y promoción en salud, bases fundamentales para un envejecimiento saludable.

En el envejecimiento de las personas existen determinantes que no están relacionados con los sistemas de salud y que empiezan a ejercer su influencia en las primeras etapas de la vida de cada individuo, ante esta disyuntiva el sector salud debe considerar sistemas capaces de prestar la atención que necesitan los pacientes crónicos, pero a la vez lograr disminuir los factores de riesgo que conllevan a muchas de esas enfermedades. La OMS recomienda, como uno de los pilares fundamentales para que los países logren que sus poblaciones puedan lograr una vida saludable, el trabajo del sector salud en articulación con otros sectores de la sociedad en la promoción de salud durante todas las etapas de la vida y en particular en la vejez, promover la buena salud y los comportamientos saludables para todas las edades permite prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas.

Entender que el sedentarismo es dañino para la salud, mantener hábitos alimenticios adecuados acompañados de una dieta saludable, evitar el consumo de alcohol y no fumar pueden reducir el riesgo de contraer enfermedades crónicas en la vejez, como son las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la discapacidad visual, la pérdida de la audición y la demencia. Incluso algunas personas padecen varias enfermedades crónicas a la vez o son portadoras de varios factores de riesgo que pueden conducir a algunas de las anteriores enfermedades.

El aumento de la sobrevivencia hace que las personas viven más años, pero a la vez estas personas tienen un mayor riesgo de padecer al menos de una enfermedad crónica, como la hipertensión o diabetes mellitus, situación que no se encuentra determinada exclusivamente por el paso de los años, muchas veces es el

reflejo de la acumulación de factores de riesgo en las distintas etapas de la vida. Por ello la importancia de tratar de reducir al mínimo la prevalencia y consecuencias de las enfermedades crónicas, mediante la detección precoz y tratamientos apropiados a las mismas, así como de sus factores de riesgo modificables. Por ejemplo la prevención y el correcto tratamiento de la hipertensión arterial puede reducir o retardar la presencia de las enfermedades cardiovasculares en la población adulta mayor, que es una de las principales carga de morbilidad y la principal causa de muerte en este grupo poblacional.

No obstante, siempre las personas de edad avanzada seguirán desarrollando enfermedades crónicas no transmisibles. Lo revelador en el caso de poblaciones de alto y acelerado grado de envejecimiento como Cuba, donde el número de personas de esas edades crece rápidamente, y por tanto crecen también la cantidad de personas con un deterioro de la salud patente, es que el reajuste y reacomodo en las formas de administrar tratamientos inmediatos y de calidad, tanto dentro, como fuera, del régimen hospitalario debe ser de manera tan rápida, que la preparación y el aprendizaje de los profesionales de la salud y otros sectores tiene que ser en la práctica.

Otro efecto fundamental del envejecimiento es el aumento de la discapacidad, con la consiguiente necesidad de mayor apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), lo que constituye una situación de alta complejidad para el sistema de salud y la sociedad en su conjunto. La discapacidad es una de las consecuencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y el aumento de la edad, problemas como las cataratas, los errores de refracción, la demencia y la artrosis causan deterioros sensoriales, cognitivos y físicos que limitan la capacidad de las personas mayores para mantener una vida activa. Entre las recomendaciones de la OMS para atenuar y paliar algunos de los problemas asociados a la discapacidad se encuentra facilitar el acceso a los programas de rehabilitación en entornos favorables donde se puedan.

Las dificultades en las condiciones de salud en la vejez significan una carga para el individuo en sí mismo, para la familia y la sociedad. Por ello es importante que las personas de edad tengan acceso a servicios de atención de la salud que satisfagan sus necesidades, que incluya la atención preventiva, curativa y de cuidado continuado a largo plazo para aquellas personas que en un determinado momento pierden la capacidad para ejercer su propio cuidado.

De igual manera los organismos internacionales muestran preocupación por la sostenibilidad de los modelos predominantes de apoyo y cuidado a los ancianos en la mayoría de los países, basados en la atención informal, incluida la que se practica por parte de la familia, con cuidadores que en ocasiones están poco preparados para esas funciones, que con frecuencia padecen altos niveles de tensión, problemas psicológicos y mala salud física. Por otro lado, a medida que aumenta el número relativo de personas mayores y disminuye la proporción de adultos más jóvenes disponibles para cuidarlas, se pone en riesgo esta modalidad del cuidado, de manera que es importante trabajar en alternativas que den respuesta a esa imperante necesidad de la población. En este sentido es recomendable capacitar y preparar a los encargados de atender a las personas mayores y a los profesionales de la salud. Esta preparación debe ser extensiva a la familia y la comunidad, particularmente cuando se trata de ofrecer atención de largo plazo a personas de edad avanzada que no tienen capacidad para auto atenderse.

IV.2 El sistema de salud pública en Cuba³⁵

La salud en Cuba es considerada como un derecho humano y concebida como uno de los elementos claves en la estrategia de desarrollo del país. Según el artículo 50 del capítulo VII de la Constitución de la República todo ciudadano independientemente de su sexo, raza, edad o condición social tiene derecho a la atención y protección de su salud, la responsabilidad fundamental de hacer cumplir este artículo recae sobre el Ministerio de Salud Pública. En la práctica estos aspectos se consolidan en el marco de un sistema

³⁵ Gran parte de los aspectos abordados en este capítulo fueron tomados de: ONE-CEPDE (2004). Cuba: La esperanza o expectativa de vida 2001-2003. –Cálculos y análisis por sexo y edades-.La Habana y del capítulo VI de la publicación ONE-CEPDE (compiladores) (2005). Cuba 10 años después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. La Habana.

único de salud pública gratuita y de accesibilidad universal, afincado básicamente en la atención primaria donde la prevención y la promoción de salud juegan un papel de primer orden.

El sistema de atención a la salud se mantiene en constante perfeccionamiento, y reordenamiento, con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad donde se involucra al individuo, la familia y la comunidad. En este quehacer hay que destacar el programa del Médico y Enfermera de la Familia que atienden a una población pequeña en áreas geográficas preestablecidas, pudiendo integrar y coordinar las diferentes acciones en materia de salud que permita elevar el estado de salud de la población.

Las proyecciones del Ministerio de Salud Pública para el año 2015³⁶, reconoce en su prólogo que “Las experiencias acumuladas, las actuales condiciones de salud, el capital humano creado, el nivel de desarrollo alcanzado por el Sistema y los escenarios políticos, económicos y sociales del país nos permitió trabajar sobre bases objetivas y científicas en el diseño de una estrategia a largo plazo que considera, de manera integral, todos los componentes y determinantes del Estado de Salud de la Población, con un enfoque de riesgo”. En este sentido las proyecciones para el 2015 contemplan dentro de sus propósitos a los factores relacionados con el ambiente y el comportamiento, y reconoce que no son acciones exclusivas del sector salud, pero sin embargo le corresponde al sector identificarlos y relacionarlos con la situación de salud para que, con un trabajo multisectorial puedan ser tratados.

Por otro lado se identifican grupos poblacionales especiales para el abordaje en materia de salud, como es el caso de los adultos mayores, y se reconoce que el envejecimiento de la población será el escenario predominante, y que por ello las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud prevalecerán e incidirán significativamente en la estructura de la morbilidad y la mortalidad, lo que implicará darle mayor primacía al enfoque preventivo y de promoción de salud, así como al desarrollo de servicios y tecnologías con mayor capacidad resolutive, lo que inexorablemente producirá un incremento de los costos de la atención, más aún si se considera que se producirá un incremento en la invalidez y la discapacidad.

La Doctora Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud en su visita a Cuba en Julio de 2014, impartió una conferencia ante directivos de salud y de otros sectores y refiriéndose al envejecimiento poblacional y al cambio epidemiológico que se asocia a ese proceso manifestó:

“El cambio de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no transmisibles como las principales causas de muerte a nivel mundial tiene una profunda repercusión. Este es un cambio sísmico que requiere modificaciones radicales desde las propias bases de pensamiento de la salud pública. La mayoría de los sistemas de salud en el mundo en desarrollo fueron creados para el manejo de eventos breves, como el nacimiento o las infecciones agudas. No fueron creados para el manejo a largo plazo de padecimientos crónicos, con sus costosas y exigentes complicaciones.

La salud pública tiene que mover su centro de atención de la cura a la prevención, de una atención a corto plazo a una atención a largo plazo, del parto, las vacunas y los antibióticos a cambiar el comportamiento humano, de actuar aisladamente a actuar de manera concertada con múltiples sectores y asociados. Por ello, es muy bueno ver a tantos sectores del gobierno representados en esta conferencia.

Queda claro que la prevención es por mucho la mejor opción pero, como estrategia de cara al futuro, tiene dos retos principales. En primer lugar, las causas que dan origen a las enfermedades crónicas se encuentran en sectores no sanitarios, y aun así, la salud enfrenta lo peor de estas enfermedades, pero posee poco control sobre los factores de riesgo. La salud y sus profesionales pueden abogar por legislaciones sólidas en materia de tabaquismo y alcoholismo, más ejercicio y una dieta más saludable.

Nosotros podemos tratar las enfermedades e incluso emitir las facturas médicas. No obstante, el sector de la salud por sí solo no puede rediseñar los entornos sociales para promover estilos de vida más saludables. El desempeño y la contribución de la educación, la agricultura, la nutrición, el

³⁶ Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. Editorial Ciencias Médicas Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. La Habana, 2006.

*medioambiente y el comercio son decisivos. Un enfoque multisectorial es importante para promover un estilo de vida saludable y para reducir la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles. Los gobiernos no pueden asumir que las enfermedades crónicas son sólo un problema de salud que el sector de la salud puede manejar por sí solo. Nosotros no podemos hacerlo. En lo concerniente al trabajo de prevención, los gobiernos necesitan asumir y ejercer una responsabilidad primordial. Sólo el compromiso a los más altos niveles gubernamentales es suficiente para garantizar que todos los sectores del gobierno desempeñen su papel en la reducción de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles debido a que los costos de manejo, tratamiento y pago del tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles no son asequibles, incluso para los países más ricos del mundo*³⁷.

Las reflexiones anteriores refuerza la responsabilidad del sector salud y la sociedad en su conjunto para enfrentar el envejecimiento poblacional, las proyecciones y programas tienen que pasar a acciones concretas que permita a un país como Cuba con pocos recursos, pero con mucha voluntad de trabajar por el bienestar de su población lograr intervenciones viables y sostenibles en el tiempo, donde se puedan aprovechar eficientemente las oportunidades del envejecimiento.

En Cuba existe un sistema estructurado de prevención y control de factores de riesgos para determinadas enfermedades, entre ellos los factores de riesgos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles, donde las acciones de promoción, educación y prevención de salud van dirigidas a modificar favorablemente los hábitos y estilos de vida que tienen que ver con disminuir los niveles de obesidad y sedentarismo en la población estimulando la práctica de una vida activa y de una dieta saludable; así mismo se busca disminuir el alcoholismo y el tabaquismo.

Además en el país hay un interés en la preparación, calificación y recalificación del personal que presta servicios de atención y cuidado a la salud en todos los niveles del sistema, dotándolo de un mayor nivel científico técnico con un enfoque integral de la medicina.

Se destaca también la introducción continúa de la tecnología más actualizada en el sector, buscando métodos diagnósticos y de intervención menos invasivos para el paciente, y por tanto menos costosos para la sociedad. Existe una red de servicios de alta tecnología y capacidad resolutive de amplia cobertura y nivel de acceso. Otro aspecto de relevancia en el sistema de salud es el continuo desarrollo de la investigación científica y técnica, donde varios centros de investigaciones tienen un avanzado desarrollo y reconocimiento internacional por sus aportes científicos.

En cuanto a la atención a las personas de 60 años y más, desde los años setenta el país comienza a institucionalizar la atención, en 1974 surge el primer programa de Atención Integral al Adulto Mayor que tenía dentro de sus propósitos fundamentales el desarrollo de la geriatría, y en 1995 comienza a funcionar el Programa de Atención al Adulto Mayor que se sustenta básicamente en la atención primaria desde la comunidad y en instituciones de salud. Los procesos de promoción, prevención y educación de la salud adquieren una singular importancia para lograr un envejecimiento saludable, los papeles protagónicos recaen en la propia población adulta mayor, el médico y la enfermera de la familia, y las instituciones comunitarias como los círculos y casas de abuelos.

Cuando se pretende analizar las condiciones de salud de los adultos mayores, es importante analizar de conjunto la transición demográfica y la transición epidemiológica, como se mencionó anteriormente, la primera se caracteriza, por el paso de niveles altos no controlados de fecundidad y mortalidad a niveles bajos y controlados, que trae aparejado una transformación de la estructura por edad; y la segunda se caracteriza por el paso del predominio de enfermedades infecciosas y agudas (patrón que se presenta en poblaciones jóvenes) a un patrón con predominio de enfermedades crónicas y degenerativas propio de

³⁷ Chan, Margaret (2014) Conferencia pronunciada por la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, sobre "La Salud en la Agenda de Desarrollo post 2015" el 17/07/2014 ante directivos de salud. La Habana, Cuba

poblaciones envejecidas. A medida que se reduce la prevalencia de las enfermedades infecciosas como causa de muerte, la esperanza de vida al nacer aumenta, entonces más personas llegan a edades adultas, las que viven por más tiempo, es decir hay presencia de una mayor cantidad de personas de edad avanzada en la población susceptibles a contraer enfermedades crónicas.

En el proceso hermanado de las dos transiciones el sector salud se constituye en uno de los ejes fundamentales del cambio, por ejemplo la integración y aplicación del programa materno-infantil en el país ha incidido en la reducción de la mortalidad infantil que de niveles de 37,9 en 1965 disminuye a 4,2 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en el año 2012, el descenso es del orden del 89%. La reducción del número de fallecidos en el primer año de vida, permite que más personas se integren a los contingentes de población sobreviviente, las que viven más tiempo al ser objetos de otros beneficios y acciones, como: el programa de vacunación, el sistema de tratamiento de agua potable, los sistemas de higienización y recogida de desechos sólidos, la vigilancia de los factores de riesgos para evitar enfermedades transmisibles y no transmisibles, y la propia organización del sistema de salud pública en los tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

Entre otro de los resultados que exhibe la población cubana en materia de salud se encuentra la esperanza de vida al nacimiento la que se posiciona entre las más alta del mundo con un valor de 78,45 años en el periodo 2011-13 para ambos sexos, aspectos ya comentados.

Algunos indicadores sobre la disponibilidad de recursos y la prestación de servicios de atención a la salud explican los anteriores resultados. En el tabla IV.1 se aprecia como el presupuesto del sector salud se incrementa considerablemente en el tiempo, de igual manera ocurre con el gasto per cápita anual.

El empeño en la preparación de personal altamente calificado se aprecia en el aumento del número de médicos, entre 1970 y el 2013 se multiplicó por 14 veces pasando de 6 mil 152 médicos a 86 mil 698 de un momento al otro, en consecuencia aumentó el número de médicos por cada 10 mil habitantes de 7,2 a 75,0. Lo mismo sucede con los estomatólogos, el incremento es considerable en los 43 años se multiplicaron por más de 11 veces, en 1970 existían mil 366 profesionales de esa especialidad y al concluir el año 2013 se habían incrementado a 15 mil 249 estomatólogos.

En general también hay un crecimiento en el total de trabajadores del sector en el período al multiplicarse por algo más de tres veces, el incremento privilegia al personal más calificado como médicos y estomatólogos.

El aumento en la prestación de servicios se observa en el promedio anual de consultas médicas y estomatológicas por habitante, las primeras pasan de 4,1 en 1970 a 7,3 en el 2013 y las segundas se multiplican por tres veces en el período.

Tabla IV.1 Cuba. Indicadores de recursos y servicios de salud. 1970-2013

CONCEPTO	1970	1980	1990	2000	2010	2013
Gasto del sector salud (MMP)	216,4	440,2	1045,1	1857	47922,1	49016,2
Gasto sector salud por Hab.	25,25	45,01	98,56	165,99	426,49	439,06
Número de Médicos	6 152	15 247	38 690	65 997	76 506	83 698
Médicos por 10 000 Habitantes.	7,2	15,6	36,5	59	68,1	75
Habitantes por médico	1 395	641	274	170	147	133
Número de Estomatólogos	1 366	3 646	6 959	9 917	12 144	15 249
Estomatólogos por 10 000 Habitantes.	1,6	3,7	6,6	8,9	10,8	13,7
Habitantes por Estomatólogo	6 276	2 682	1 524	1 128	925	732
Trabajadores de la salud ^{a/}	133 890	157 933	298 708	359 653	535 305	481 960
Promedio de consultas médicas por Hab. ^{a/}	4,1	4,6	6,4	7,2	7,0	7,3
Promedio de consultas estomatológicas por Hab. ^{a/}	0,7	1,0	1,4	2,4	1,7	2,1

^{a/}La información que aparece para el año 1970 corresponde a 1975.

Fuente: MINSAP (2014) Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud, 2013. La Habana.

Existe un programa de inmunización que protege a la población contra 13 enfermedades, con una cobertura de vacunación prácticamente completa para el menor de un año.

Según el Anuario Estadístico de Salud de 2013 el Sistema Nacional de Salud dispone de 152 hospitales, 131 salas de terapia intensiva, 451 policlínicos, 118 clínicas estomatológicas, 142 hogares maternos, 13 institutos de investigación y 743 bibliotecas médicas.

Además existen 36 servicios de geriatría, 126 hogares de ancianos, 240 casas de abuelos y 31 hogares de impedidos. Hay un incremento y fortalecimiento de los servicios de rehabilitación integral en todos los niveles de atención, y se avanza en la modalidad de rehabilitación domiciliaria (Ministerio de Salud Pública, 2014).

En cuanto a la atención a los adultos mayores, si bien la concepción privilegia la atención comunitaria a través del médico y enfermera de la familia, los médicos especializados o dedicados a la geriatría resultan aún insuficientes; para el 2013 existían 498 especialistas y otros 286 no especialistas que brindan este tipo de atención, es decir 3,8 médicos dedicados a la geriatría por cada 10 mil habitantes de 60 años y más.

IV.3 La presencia de enfermedades crónicas, limitaciones y autopercepción de salud en las personas de 60 años y más

La Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ENEP)³⁸ del 2010-2011 proporciona información interesante sobre la presencia de determinados padecimientos que tiene la población de 60 años y más. El poder acercarse a los patrones de morbilidad resulta de importancia como insumo para diseñar acciones efectivas en el tratamiento adecuado de los procesos salud-enfermedad en este grupo poblacional.

Según los resultados de la mencionada encuesta el 82,2% de la población de 60 años y más padecen al menos de una enfermedad crónica no transmisible. En el caso de las mujeres la proporción asciende al 88,4%, mientras que para los hombres es de 75,2%; se adelanta en el Informe de esa investigación que ese comportamiento puede estar relacionado con una mejor declaración de las mujeres y/o a una mayor propensión para asistir al médico que eleva la probabilidad de conocer el diagnóstico de las enfermedades que padecen. Con relación a la edad se aprecia que los que pertenecen al grupo de los denominados “viejos-viejos” (75 y más) cerca del 90% padece de alguna enfermedad crónica, como se ha mencionado este grupo crecerá mucho más rápido que el de 60-74 años lo que significa que posiblemente el número de personas con alguna enfermedad crónica crezca significativamente en los próximos años.

El contar con esta información le permite al sector salud poder confrontarla con los registros de población dispensarizada y así poder orientar mejor las pesquisas y los controles de enfermedades y los tratamientos adecuados en este grupo poblacional.

La hipertensión arterial además de ser en sí misma una enfermedad, representa un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, y las enfermedades cerebrovasculares. La encuesta reporta que un 56,4% de los adultos mayores son hipertensos, es la enfermedad con mayor presencia en esta población; las mujeres se declararon como hipertensas el 63,5% y en el caso de los hombres el 48,5%. Según los grupos de edad casi el 60% de los mayores de 74 años son hipertensos, y alrededor del 55% de los que tienen entre 60 y 74 años.

Esta enfermedad en algunos casos resulta asintomática y por lo tanto no se diagnostica. En otras ocasiones aunque tenga su diagnóstico no tiene un tratamiento efectivo. Esta es una enfermedad muchas veces silente y que no entorpece el desempeño de otras funciones, prueba de ello es que de las

³⁸ ONEI (2011) Oficina Nacional de Estadística e Información y Colectivo de autores. **Resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional. 2011.** Primer Informe. UNFPA, ONEI, CEPDE, Edición 2011.

enfermedades crónicas presentadas en el tabla IV.2, la única que tiene menos de un 30% de interferencia marcada para la realización de las actividades normales es la hipertensión arterial, por ello su vigilancia y seguimiento se vuelve de mucha utilidad para la detección precoz.

Tabla IV.2 Cuba. Proporción de personas de 60 años y más que padecen alguna enfermedad crónica por grupos de edad y sexo, según tipo de enfermedad

ENFERMEDAD CRÓNICA QUE PADECE	Total	Grupos de edad		Sexo		Por ciento
		60-74	75 y más	Hombres	Mujeres	Mucha interferencia en actividades normales
Hipertensión Arterial	56,4	55,2	59,5	48,5	63,5	26,7
Artritis, reumatismo o artrosis	36,3	33,8	42,3	28,7	43,1	41,7
Cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria, angina, infarto, etc.	18,2	14,8	26,2	14,6	21,4	45,4
Diabetes mellitus	17,6	16,4	20,3	12,5	22,1	36,7
Problemas nerviosos o psiquiátricos	16,9	16,4	17,9	10,8	22,3	36,8
Catarata	13,5	9,7	22,7	11,4	15,4	42,6
Enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema	12,0	11,5	13,0	9,6	14,1	41,0
Demencia	4,5	2,2	10,1	3,5	5,5	61,7
Embolia, derrame, isquemia o trombosis cerebral	6,2	4,7	9,9	5,7	6,7	49,9
Al menos padece una enfermedad crónica	82,2	79,4	88,7	75,2	88,4	...

Fuente: ONEI (2011) Oficina Nacional de Estadística e Información y Colectivo de autores. **Resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional. 2011.** Primer Informe. UNFPA, ONEI, CEPDE, Edición 2011.

Otros padecimientos muy frecuentes en los adultos mayores cubanos según los resultados de la ENEP son la artritis, el reumatismo o artrosis, más del 36% sufren de alguno de ellos. Estos son padecimientos que ejercen mucha interferencia en el desarrollo de las actividades normales, casi el 42% de los que declararon padecer estas enfermedades refieren sentirse muy limitados y se conoce que este tipo de dolencia tiene impactos directos sobre la carga de discapacidad. Dentro de las mujeres un 43% declaró tener alguna de estas enfermedades, el porcentaje de hombres con padecimientos osteoarticulares es de 28,7%. Como la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles una proporción mayoritaria del grupo de 75 años y más las padecen.

Las enfermedades del corazón están presentes en un 18,2% de la población adulta mayor, estos padecimientos son los responsables de una de las primeras causas de muerte en la población cubana y de la primera causa de muerte en este subgrupo poblacional. Más del 45% de los que padecen enfermedades del corazón sienten una alta limitación para desarrollar las actividades normales.

Otro padecimiento con significativa presencia en la población de edad cubana es la diabetes mellitus, cerca del 18% se declararon como portadores de este padecimiento, es una enfermedad que internacionalmente su incidencia y prevalencia han aumentado, asociado fundamentalmente al incremento del sobrepeso, a malos hábitos alimentarios y al aumento de la edad. En la actualidad resulta una causa significativa de morbilidad, discapacidad y mortalidad, y constituye un factor de riesgo para otras enfermedades.

Enfermedades como los trastornos nerviosos o psiquiátricos también están presentes en una proporción importante en los adultos mayores de Cuba, el 36,8% de los que declararon estos trastornos aducen que le provocan muchas limitaciones en sus actividades normales. Alrededor del 22% de las mujeres de 60 años y más se ven afectadas por esta dolencia.

En la propia ENEP, 2010 se indagó acerca de la dependencia e independencia funcional, se encontró que la mayoría de los adultos mayores del país tienen capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse, levantarse, deambular en el hogar y utilizar el servicio sanitario. El 90,1% no tiene ninguna limitación. En el grupo de edad 60-74 años este porcentaje se eleva al 95%, mientras en los que tienen 75 y más el porcentaje se reduce al 76,6%.

Tabla IV.3 Cuba. Población de 60 años y más por sexo y según condición funcional, autopercepción de salud y presencia de depresión

CONCEPTO	60-74			75 y más			Total		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
% de población sin limitación en actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	95,7	96,1	95,4	76,6	81,6	72,5	90,1	92,0	88,3
% de población sin limitación en actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)	82,0	83,1	80,9	45,0	49,6	41,2	71,0	73,7	68,6
% de población con buena autopercepción del estado de salud	42,2	50,5	34,5	32,5	35,8	29,9	39,5	46,4	33,1
% de población sin problemas de depresión	84,8	83,1	81,0	77,8	82,4	73,7	83,1	87,2	79,1

Fuente: ONEI (2011) Oficina Nacional de Estadística e Información y Colectivo de autores. **Resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional. 2011.** Primer Informe. UNFPA, ONEI, CEPDE, Edición 2011.

En cuanto a lo que se conoce como actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), relacionadas con cocinar, manejar el dinero, ir solo a lugares como la iglesia y el médico, hacer quehaceres del hogar, comprar sus alimentos, llamar por teléfono, tomar los medicamentos, se aprecia que solo el 71% de los adultos mayores declararon no tener limitación. En el caso del grupo de 75 años y más la proporción de los que expresaron no sentirse limitados para estas funciones es solo de un 45%. Quiere esto decir que al menos dentro de los denominados “viejos viejos” un 55% de ellos necesitan de determinada ayuda para realizar este tipo de actividades. Este es un aspecto importante a considerar en el diseño de políticas y de implementación de acciones, por ejemplo, el grupo de 75 años y más en el 2010-2011 estaba compuesto por poco menos de medio millón de personas, lo que significa que alrededor de 275 mil necesitaban algún tipo de apoyo para realizar las AIVD, si se supone que las limitaciones para las AIVD se mantendrán igual en el tiempo³⁹ entonces para el año 2045 en que se pronostica que este grupo sobrepasará el millón y medio de personas habrán 900 mil de ellas requiriendo de algún apoyo por alguna limitación en las AIVD, lo que significa un desafío de magnitud considerable para la sociedad.

Otro aspecto de relevante interés estudiado en la ENEP, 2010 tiene que ver con la autopercepción del estado de salud, independientemente del subjetivismo que pueda imprimir al análisis este tipo de pregunta, los resultados permiten una aproximación para conocer aspectos vinculados al estado emocional de este grupo poblacional, cuestiones que han sido poco investigadas. Los resultados apuntan que solo el 39,5% de los adultos mayores declararon tener un buen estado de salud, un 49% considera que es regular y poco más del 11% opina que su estado de salud es malo. La autopercepción de las mujeres siempre es más desfavorable que la de los hombres. Estos elementos resultan de mucho valor para el diseño y manejo de políticas de educación que permita la preparación individual de cómo afrontar y asumir las etapas de la vida que tiene que ver con el retiro de la vida activa y la vejez, como se ha reconocido en la búsqueda de un envejecimiento saludable y activo, una de las cuestiones de primer orden a manejar tienen que ver con factores emocionales y psicológicos.

Se encontró también que un 17% de la población adulta mayor padecía de alguna depresión, en el grupo de 60-74 alrededor de un 15% manifestaron este dolencia y en el de 75 años poco más un 22%. Las mujeres parecen más propensa a padecer de eventos depresivos que los hombres, un 20% de declararon padecer de algún tipo ya sea leve o establecida, en particular se acentúa para las que tienen 75 años y más, entre quienes la proporción se eleva a un 26%.

³⁹ Solo como supuesto, se espera que si hay mejoras en las condiciones de salud habrá disminución en las limitaciones para desarrollar las AIVD

IV.4 La mortalidad de las personas de 60 años y más

Igual que sucede en otras partes del mundo donde las transiciones demográfica y epidemiológica son avanzadas con un alto envejecimiento poblacional, la mayor parte de las muertes ocurren en personas de 60 años y más, con un cambio en el perfil epidemiológico que hace que las defunciones se concentren en las causas de muerte vinculadas a enfermedades crónicas no transmisibles y de larga duración.

Tabla IV.4 Cuba. Indicadores de tendencia central del total de muertes y las de 60 y más, por sexo. 1987-96,1997-06 y 2007-13

INDICADORES GENERALES DE LAS MUERTES	1987-1996			1997-2006			2007-2013		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Muertes totales									
Total de muertes (U)	733 764	409 809	323 955	785 218	428 810	356 408	614 990	330 557	284 433
Promedio anual (U)	73 376	40 981	32 396	78 522	42 881	35 641	87 856	47 222	40 633
Edad media (años)	67,3	66,1	68,8	70,7	69,0	72,7	73,0	71,1	75,1
Edad mediana (años)	72,5	70,5	73,5	74,5	72,5	76,5	75,5	74,5	77,5
Edad modal (años)	81,0	80,0	82,0	82,0	80,0	85,0	83,0	80,0	83,0
Muertes de 60 años y más									
Total de muertes (U)	534 642	290 688	243 954	604 185	318 573	285 612	497 015	258 182	238 833
Promedio anual (U)	53 464	29 069	24 395	60 419	31 857	28 561	71 002	36 883	34 119
% de muertes del total	72,9	70,9	75,3	76,9	74,3	80,1	80,8	78,1	84,0
Edad media (años)	78,4	77,9	79,0	79,1	78,3	80,0	79,6	78,5	80,8
Edad mediana (años)	78,5	77,5	78,5	78,5	76,5	79,5	78,5	77,5	80,5
Muertes de 75 años y más									
Total de muertes (U)	342 073	180 299	161 774	392 987	197 489	195 498	325 525	158 983	166 542
Promedio anual (U)	34 207	18 030	16 177	39 299	19 749	19 550	46 504	22 712	23 792
% de muertes del total	46,6	44,0	49,9	50,0	46,1	54,9	52,9	48,1	58,6
% de muertes de 60 y +	64,0	62,0	66,3	65,0	62,0	68,4	65,5	61,6	69,7
Edad media (años)	84,0	83,7	84,3	84,9	84,4	85,4	85,5	84,9	86,2
Edad mediana (años)	82,5	82,5	83,5	83,5	82,5	83,5	83,5	83,0	84,5

Fuente: Cálculos a partir de los ficheros digitales de las muertes anuales elaborados y revisados por el MINSAP.

Como se aprecia en la tabla IV.4 el número promedio anual de defunciones, interrelacionado precisamente con el envejecimiento poblacional, se incrementa en los últimos 27 años, pasando de algo más de 73 mil en el período 1987-1996 a cerca de 88 mil en el período 2007-2013. La edad media de las muertes se desplazó en el mismo período en casi seis años de 67,3 a 73,0 años, por su parte la edad mediana que era de 72,5 años en 1987-96 se corrió en tres años hacia 2007-13 (75,5 años) lo que significa un movimiento hacia edades mayores del momento de morir. En cuanto a la edad modal también se produce un traslado a un valor mayor en dos años, para 1987-1996 la moda de las defunciones era de 81 años, y en el período 2007-13 era 83 años.

Las defunciones de las personas de 60 años representaron el 72,9% del total en 1987-1996, proporción que ha ido ascendiendo para llegar a un 80,8% en el período 2007-2013, las muertes de la población femenina adulta mayor en ese periodo fueron de alrededor del 84%, mientras que en el caso de los hombres las defunciones de 60 años y más constituyen el 78% del total.

El incremento en el número absoluto de defunciones de personas de 60 años y más está en correspondencia con el aumento numérico de los integrantes de este grupo de edad, se reconoce que las

condiciones de mortalidad han mejorado para este segmento de población, pero también se está más próximo al límite biológico de la vida. La edad media también muestran movimientos hacia edades más avanzadas, este corrimiento en la edad media es más elevado en la población femenina que en la masculina, dado la mayor cantidad de mujeres con 75 años y más por la sobremortalidad masculina.

El número de defunciones en los mayores de 74 años aumenta considerablemente, pasan de 34 mil como promedio anual en 1987-96 a poco más de 46 mil en 2007-2013, es decir de representar el 46,6% del total de defunciones en el primer momento pasan a representar el 52,9% en 2007-2013. Las muertes de los llamados “viejos viejos” significaron más del 64% de las defunciones de 60 años y más durante todos los períodos. En el caso de las mujeres el aumento en la proporción de fallecidas de esta edad con relación al total y con relación a las muertes de 60 años y más es mayor que los hombres.

El análisis por causa de muerte permite complementar el estudio, en el año 2012 el 86,7% de las muertes de la población cubana de 60 años y más se agruparon en ocho causas que aparecen detalladas en el tabla IV.5, siete de esas causas tienen que ver con enfermedades crónicas, algunas de ellas de larga duración, es decir que la mortalidad en el país en el grupo de las personas adultas mayores tiene el patrón típico de países con transición epidemiológica avanzada.

En particular las enfermedades del corazón y tumores malignos son las responsables del 51,4% de las muertes totales en la población adulta mayor, si se le suman las enfermedades cerebrovasculares la proporción aumenta al 62,4%. Para las mujeres estas tres causas de muerte agrupan el 60,5% y en los hombres el 64,2%. En el grupo de 60-74 años estas causas son responsables del 68% de las muertes y en el caso de los de 75 años y más el 59,5% de las defunciones son por estas enfermedades.

Muchas veces se dice que la forma de morir es el reflejo de la forma en que se vive, algunas enfermedades crónicas son susceptibles al retraso en su aparición o incluso a ser eliminadas si se controlan determinados factores de riesgos nocivos para la salud. Por ello es importante el control de esos factores de riesgo, el diagnóstico de forma temprana de las enfermedades y el tratamiento adecuado a las mismas, los ejemplos recurrentes son la hipertensión y la diabetes mellitus, en ambos casos si se logran cambios en los estilos y hábitos de vida, como por ejemplo en la alimentación y en la actividad física, puede darse un retraso o no ser portador de la enfermedad.

Tabla IV.5 Cuba. Principales causas de muerte en población de 60 años y más. 2012

CAUSA DE MUERTE	Unidad								
	Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
	Total	60-74	75 y +	Total	60-74	75 y +	Total	60-74	75 y +
Enfermedades del corazón (I05-I52)	19 565	6 258	13 307	9 836	3 712	6 124	9 729	2 546	7 183
Tumores malignos (C00-C97)	17 619	8 446	9 173	10 503	5 038	5 465	7 116	3 408	3 708
Enfermedades. cerebrovasculares (I60-I69)	7 946	2 338	5 608	3 874	1 328	2 546	4 072	1 010	3 062
Influenza y neumonía (J09-J18)	4 832	907	3 925	2 484	515	1 969	2 348	392	1 956
Demencia y Alzheimer (F01-F03; G30)	3 709	403	3 306	1 499	196	1 303	2 210	207	2 003
Accidentes (V01-X59, Y85-Y86)	3 469	706	2 763	1 480	478	1 002	1 989	228	1 761
Enfermedades. crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	3 048	1 206	1 842	1 721	641	1 080	1 327	565	762
Enfermedades. de las arterias y vasos capilares (I70-I79)	2 463	576	1 887	1 223	359	864	1 240	217	1 023
Otras causas	9 626	4 205	5 421	5 079	2 463	2 616	4 547	1 742	2 805
Total	72 277	25 045	47 232	37 699	14 730	22 969	34 578	10 315	24 263
% de las ocho causas del total	86,7	83,2	88,5	86,5	83,3	88,6	86,9	83,1	88,4

Fuente: Cálculos a partir de los ficheros digitales de las defunciones anuales elaborados y revisados por el MINSAP.

Para simplificar el análisis se introduce un indicador propuesto por Arriaga⁴⁰, “los años de vida perdidos”, este indicador aunque hipotético, es capaz de vincular las funciones de la tabla de mortalidad con la información por causa de muerte, y expresa la cantidad de años más que debiera haber vivido una persona que fallece a una determinada edad. Para el análisis en este trabajo se supone que las personas que llegan a los 60 años deben vivir 30 años más, lo que bajo este supuesto, significa que todo el que fallece antes de los 90 años muere prematuramente.

Lo relevante en este análisis es que de forma sencilla se aprecia sobre cuáles tipos de morbilidad el sector salud debe poner mayor empeño para mejorar las condiciones de mortalidad.

Los resultados señalan que los hombres pierden dos años más que las mujeres en el grupo 60-74 años, ellos pierden en total 5,75 años de vida y ellas 3,66 años. Los tumores malignos son los que ocasionan más años de vida perdidos tanto en hombres como en mujeres en este grupo poblacional; los primeros pierden 2,09 años que representan el 36% del total de años perdidos en la población masculina. Las mujeres pierden 1,05 años que significan el 38% del total. Por las enfermedades del corazón en este grupo de edad los hombres pierden 1,54 años y las mujeres 1,05, para el 27% y 29% del total de años perdidos en cada sexo respectivamente. Por la tercera causa de muerte en este grupo poblacional, las enfermedades cerebrovasculares se pierden 0,55 y 0,42 años hombres y mujeres respectivamente que representa el 9,6% y 11,4% de los años perdidos para sendos sexos.

Tabla IV.6 Cuba. Años de vida perdidos entre los 60 y 90 años por las principales causas de muerte en población de 60 años y más. 2012

CAUSA DE MUERTE	Años			
	Hombres		Mujeres	
	60-74	75-90	60-74	75-90
Enfermedades del corazón (I05-I52)	1,54	0,36	1,05	0,35
Tumores malignos (C00-C97)	2,09	0,32	1,41	0,18
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	0,55	0,15	0,42	0,15
Influenza y neumonía (I09-I18)	0,21	0,12	0,16	0,09
Demencia y Alzheimer (F01-F03; G30)	0,08	0,08	0,09	0,10
Accidentes (V01-X59; Y85-Y86)	0,20	0,06	0,09	0,08
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (I40-I47)	0,27	0,06	0,23	0,04
Enfermedades de las arterias y vasos capilares (I70-I79)	0,09	0,05	0,05	0,05
Otras causas	0,72	0,14	0,15	0,14
Total	5,75	1,34	3,66	1,17

Fuente: Cálculos a partir de los ficheros digitales de las defunciones anuales elaborados y revisados por el MINSAP.

En los denominados “viejos viejos” la causa que más años de vida perdidos ocasiona son las enfermedades del corazón tanto en hombres como en mujeres, por esta causa se pierden 0,36 y 0,35 años respectivamente.

⁴⁰ Arriaga, Eduardo (1996). “Los años de vida perdidos: su utilización para medir los niveles y cambios de la mortalidad” en: Notas de Población, Año XXIV, No 63. CELADE. Santiago de Chile