

Cuba. Envejecimiento, Salud y Uso de los Servicios de Salud	Título
Gómez León, Madelín - Autor/a	Autor(es)
Novedades en Población (Año 2 no. 3 2006)	En:
La Habana	Lugar
CEDEM - Centro de Estudios Demograficos, Universidad de La Habana	Editorial/Editor
2006	Fecha
	Colección
Salud; Causas de muerte; Transición demográfica; Adultos; Servicios de salud; Sistemas de salud; Envejecimiento de la poblacion; Cuba;	Temas
Artículo	Tipo de documento
http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Cuba/cedem-uh/20100330091037/Cuba_envejimiento.pdf	URL
Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.0 Genérica http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
 Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
 Latin American Council of Social Sciences



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS
UNIVERSIDAD DE LA HABANA**

Cuba.
Envejecimiento, Salud y Uso de los Servicios de Salud.

Msc. Madelín Gómez León.

Ciudad de La Habana
Octubre, 2006.

© MSc. Madelín Gómez León, 2006
© Sobre la presente edición:
Centro de Estudios Demográficos (CEDEM)
de la Universidad de La Habana, 2006
Avenida 41 No 2003, Playa. Ciudad de la Habana
Cuba
ISBN: 959-7005-49-2

ISBN 959-7005-49-2



9 789597 005490

Tabla de Contenido

Capítulo	Página
Introducción	7
1. Aspectos Teórico-Methodológicos	9
1.1 Antecedentes	9
1.2 Enfoques teóricos	12
1.2.1 Teoría de la Transición Demográfica	12
1.2.2 Teoría de la Transición Epidemiológica	14
1.2.3 Teoría de la Transición Sanitaria	16
1.2.3.1 Evolución de los sistemas de salud	17
2. El envejecimiento de la población	20
2.1 El envejecimiento en Cuba	21
2.2 Comportamiento del envejecimiento en Ciudad de La Habana	23
2.2.1 Estado de salud	29
2.2.2 Factores socio-económicos relacionados con las limitaciones en las actividades de la vida diaria y la percepción de salud	33
2.3 Reflexiones parciales	36
3. El Sistema Nacional de Salud en Cuba	38
3.1 La Atención al Adulto Mayor en Cuba	41
3.2 Reflexiones parciales	47
4. Utilización de los servicios de salud por parte de los adultos mayores según características socio-económicas	48
4.1 Consultas al médico	50
4.2 Hospitalización	56
4.3 Consumo de medicamentos	62

Tabla de Contenido (Continuación)

4.4 Reflexiones parciales	70
Reflexiones finales	71
Bibliografía	73
Anexos	76

Tabla de Cuadros

No.	Título	Pág.
1	América Latina y el Caribe: Situación de los países según la etapa de la Transición Demográfica. Quinquenios 1950-1955, 1985-1990, 1995-2000	13
2	Porcentaje de la población de 60 años y más en Cuba y en las provincias más envejecidas. Año 2001	23
3	Población de Ciudad de La Habana de 60-74 y 75 años y más por grupos de edad según sexo. Año 2000. Porcentaje	24
4	Ciudad de La Habana, población de 60 años y más por grupos de edad y sexo según estado ocupacional al momento de la encuesta. Año 2000. Porcentaje ..	25
5	Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según niveles del índice socioeconómico. Año 2000	26
6	Porcentaje de población de 60 años y más según tipo de arreglo familiar por edad y sexo. Año 2000	27
7	Porcentaje de población que recibe algún tipo de ayuda, por edad y sexo. Año 2000	28
8	Porcentaje de población de 60 años y más según percepción del estado de salud por sexo y grupos de edad. Año 2000	29
9	Porcentaje de población de 60 años y más según realización de actividades físicas por grupos de edades y sexo. Año 2000	30
10	Cuba. Tipos de servicios orientados a los adultos mayores. Años seleccionados	45
11	Porcentaje de adultos mayores que asisten a los servicios médicos, según adonde asistieron por sexo	49
12	Ciudad de La Habana. Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron en los últimos 4 meses por sexo. Año 2000	56

Tabla de Figuras

No.	Título	Pág.
1	Cuba. Estructura de la población. Real y proyecciones. Años seleccionados	22
2	Porcentaje de enfermedades según sexo y edad	31
3	Limitaciones en las ABVD y en las AIVD según sexo y grupos de edad. Porcentajes	32
4	Probabilidad de percibirse en buena salud teniendo en cuenta cambios en variables socioeconómicas (Probit Regression Model)	35
5	Cuba, esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil. Años seleccionados.	39
6	Cuba. Estructura de las defunciones por edad. Años seleccionados	40
7	Porcentaje de adultos mayores que asisten a consulta según características socio- demográficas y sexo	50
8	Porcentaje de adultos mayores que asisten a consulta según cantidad de enfermedades crónicas por sexo	52
9	Porcentaje de adultos mayores que realizan consulta según enfermedad y sexo	53
10	Porcentaje de adultos mayores que realizan consulta según características socio-económicas y sexo	54
11	Porcentaje de adultos mayores que hacen consulta según percepción de salud, limitaciones funcionales y actividad física por sexo	55
12	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según cantidad de enfermedades crónicas. Ambos sexos	57
13	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según enfermedades y sexo	58

Tabla de Figuras (Continuación)

No.	Título	Pág.
14	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según variables socio- demográficas y sexo	59
15	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según características socio-económicas y sexo	60
16	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según percepción de salud, limitaciones funcionales y actividad física por sexo	61
17	Porcentaje de consumo de medicamentos de los adultos mayores según cantidad de medicinas y sexo	63
18	Porcentaje de adultos mayores que consumen medicinas según edad, enfermedades crónicas o deterioro cognitivo, limitaciones y autopercepción de salud por sexo	64
19	Porcentaje de adultos mayores que presentan enfermedades crónicas o deterioro cognitivo según cantidad de medicamentos por sexo	65
20	Porcentaje de adultos mayores que pagan medicinas según el gasto en medicina por sexo y edad	66
21	Porcentaje de adultos mayores que reciben algún ingreso por sexo y edad .	67
22	Porcentaje de adultos mayores según como efectúan pago de medicamentos por sexo y edad	68
23	Porcentaje de la Población Adulta Mayor que recibe alguna ayuda según enfermedades, limitaciones y percepción de salud por sexo	69
24	Figura 25. Porcentaje de los adultos mayores con Limitaciones Funcionales según si recibe apoyo por sexo	69

Introducción

Se ha documentado científicamente la relación que existe, entre los cambios socio-económicos y los cambios demográficos a través de la historia de la humanidad, tanto en uno como en otro sentido.

En la actualidad, en cuanto a los temas de población se refiere, se pone énfasis en el aumento del nivel de vida y el desarrollo social, no sólo en lo relacionado con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las muertes por causas evitables, sino también en cuanto a la calidad de vida de esos años que se ganan, teniendo en cuenta el estado de salud, así como las condiciones socio-económicas en que se van a vivir.

Teniendo en cuenta las características de Cuba como país en vías de desarrollo, con el alto nivel de envejecimiento de su población, se estudiará en el presente trabajo varios aspectos, cual es la situación del proceso de envejecimiento en nuestro país y específicamente en Ciudad de La Habana, a través del perfil sociodemográfico de los adultos mayores.

Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud es el encargado de proveer los servicios de salud de la población cubana, y cuenta con programas específicos para la atención de determinados sectores de la población, teniendo en cuenta las características del acelerado proceso de envejecimiento en el país, y las condiciones de salud de los adultos mayores, otro de los temas a abordar es el relacionado con algunos de los retos que debe enfrentar el Sistema Nacional de Salud en este sentido.

Se pretende con la realización de esta investigación, contribuir al estudio del envejecimiento de los adultos mayores en el país, a partir de la elaboración del perfil sociodemográfico de los adultos mayores de Ciudad de La Habana en el año 2000, así como identificar aquellos factores socio-económicos que puedan estar incidiendo en la utilización de los servicios de salud, por parte de los adultos mayores, para contribuir a la elaboración de las estrategias a corto y mediano plazo de las políticas sociales y de salud, encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida y la esperanza de vida saludable, en las condiciones del rápido envejecimiento que presenta Cuba.

Para la realización de este trabajo se consultaron fuentes de información relacionadas con los procesos de transición demográfica, transición epidemiológica y la transición sanitaria. Por otro lado también se consultó bibliografía especializada en el tema del envejecimiento en Cuba y en el Mundo para conocer su situación actual. Se obtuvo información demográfica y de salud a partir de los Anuarios Demográficos y Estadístico de la Oficina Nacional de Estadísticas y de los Anuarios Estadísticos de Salud de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública. La información de las condiciones de vida de este grupo de la población se obtuvo a partir de la Encuesta SABE, del año 2000.

También se contó con información sobre el funcionamiento de los sistemas de salud, y específicamente sobre el de Cuba, a partir de bibliografía consultada en el Ministerio de Salud Pública, la Dirección Nacional de Salud Pública y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad.

El trabajo se basó en el análisis descriptivo de la información recopilada, de las estimaciones de las prevalencias de los indicadores seleccionados a partir de los datos ponderados; análisis estadístico bivariado y multivariado para estudiar la asociación de las variables de interés.

1. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

1.1 Antecedentes

El cambio en la estructura por edades de la población tiene como una de las principales consecuencias, el envejecimiento de la población, situación que presentan numerosos países desarrollados que se encuentran en la última etapa de la transición demográfica. Esta situación se está presentando en algunos países subdesarrollados. Aunque existe mucha heterogeneidad entre ellos, los que se encuentran en las últimas etapas de la transición demográfica como Uruguay, Argentina y Cuba en América Latina ya presentan un avanzado proceso de envejecimiento¹.

Entre los principales temas del debate internacional actual, se encuentran los cambios demográficos y su impacto en la sociedad. A diferencia de lo que sucedió en los países desarrollados, que primero tuvieron un desarrollo económico, y luego envejeció su población en un período relativamente largo de tiempo, para los subdesarrollados no sucede así; sino que, en un período relativamente corto, y en ausencia de desarrollo que sustente las necesidades mínimas de un amplio sector de la población, se enfrentan al proceso de envejecimiento. Esto implica un importante desafío tanto para las familias de estas personas como para los gobiernos.

El tema del envejecimiento se viene estudiando en el país desde décadas atrás por diversas instituciones y especialistas en la materia.^{2, 3, 4}. En este sentido, las investigaciones han apuntado sobre la proporción y las consecuencias que en términos demográficos y para la sociedad, que representa el aumento de las personas adultas mayores en el país.

¹ Chackiel, Juan, *La dinámica demográfica en América Latina*, Serie Población y Desarrollo #52, CELADE, Chile, mayo del 2004.

² Hernández Castellón, Raúl, *El Proceso de La Revolución Demográfica en Cuba*, Editorial Ciencias Sociales. 2da Edición, Universidad de La Habana, Centro de Estudios Demográficos, mayo, 1986.

³ Hernández Castellón, Raúl, *Los Modelos de Atención a los Adultos Mayores en Cuba. Algunas consideraciones*, en Revista Novedades en Población. Difusión de los resultados científicos, de la necesidad a la realidad, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de la Habana, no. 1, enero-junio del 2005.

⁴ Benítez Pérez, María Elena, *Cuba. El Sistema de Salud frente a una población que envejece*, en la Octava Conferencia de Actuarios y Financistas a nivel internacional, Montevideo, Uruguay, Junio 2003.

En 1985 se realizó una encuesta para indagar sobre los Adultos Mayores a escala territorial, la Encuesta Nacional de Personas de 60 años y más, solicitada por el Ministerio de Salud Pública y acometida por el Instituto de Investigaciones Estadísticas del entonces Comité Estatal de Estadísticas (CEE) hoy Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), la cual posibilitó en aquella época tener un acercamiento a las características de los adultos mayores. Recientemente, en el año 2000, se elaboró la Encuesta del Proyecto Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas (SABE), dirigida a estudiar las condiciones de los Adultos Mayores en 7 ciudades de América Latina y el Caribe, en el caso de Cuba se hizo en Ciudad de La Habana. La encuesta estuvo organizada por la Oficina Panamericana de la Salud y realizada en nuestro país por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la ONE y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED).⁵

Desde el punto de vista de la sociedad, a pesar de los análisis y recomendaciones de los organismos internacionales, la mayoría de nuestros países latinoamericanos tienen como prioridad la inversión en salud pública para adolescentes y niños, como grupo poblacional en condiciones de riesgo. En tanto, las necesidades de salud de los adultos mayores, el desarrollo de infraestructuras para una sociedad que envejece, así como la formación académica de los médicos y enfermeras, no reciben en términos relativos toda la atención que requiere.

La OMS es uno de los organismos internacionales que promueve el envejecimiento saludable, y a la vez aboga por una atención especializada en relación con las necesidades de las personas mayores. En la 7ma Conferencia Mundial sobre Envejecimiento en Singapur, se expusieron tres principios a tener en cuenta para mejorar la atención a los adultos mayores:⁶

- Información, educación, comunicación y capacitación para los proveedores de atención de salud.
- Sistemas de manejo de la Atención de Salud.

⁵ Alfonso, Juan C.; León, Esther Ma; Menéndez, Jesús, *Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000*, Centro de Estudios de Población y Desarrollo; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, octubre de 2005.

⁶ Organización Mundial de la Salud, *La OMS lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento de la población*, 6 de septiembre, 2004, Ginebra.

- Entorno físico de los Centros de Atención de Salud.

La *fragilidad*⁷ del individuo depende de su salud física, su situación social y su estado mental. La fragilidad se gesta, en general, a lo largo de toda la vida y su consecuencia principal es la dependencia en varios niveles: desde la económica, la afectiva y la física, que puede llegar a comprometer el desempeño de las más elementales actividades de la vida cotidiana.

La disminución de los años de esperanza de vida saludables en la vejez está provocada por la presencia de enfermedades y discapacidades en las actividades funcionales, que aumentan con la edad⁸, tornando más frágil y dependiente al anciano por lo que puede necesitar apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas.

Esto determina que el aumento de la población de la tercera edad, conduce a una creciente demanda de servicios sociales y de salud, y por tanto, la elevación de los costos económicos en función de su supervivencia y la calidad de esta.

Si las desigualdades en salud son reflejo de las desigualdades sociales que están determinadas por factores socioeconómicos, ambientales y biológicos, entonces la prestación de los servicios de salud actuarían como mecanismos de redistribución de la riqueza, a la vez que constituyen un elemento primordial, junto con la educación, para aumentar el bienestar de la población.

⁷ **Fragilidad:** Es el fallo en la capacidad de integrar, los sistemas biológicos y sociales que se requieren para mantener la independencia del organismo. Concepto extraído de ponencia presentada por el Dr. Enrique Vega, *Longevidad VS Fragilidad*, en Evento Internacional Longevidad Satisfactoria, Ciudad de La Habana, 2004.

⁸ Gómez León, Madelín, *Extensión y calidad de la supervivencia*, trabajo de diploma presentado en opción a la Licenciatura en Economía, Facultad de Economía- Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana, Cuba, julio del 2003.

1.2 Enfoques Teóricos

1.2.1 Teoría de la Transición Demográfica

Este es un proceso, que está muy interrelacionado con factores socioeconómicos específicos, determinados por diferentes contextos históricos para cada país, por lo que, aunque es un proceso que nos sirve de referencia como tendencia general, hay que tener en cuenta las variaciones que se dan en cuanto al inicio de la transición, el valor de las variables que se analizan y su evolución en el tiempo, así como la incidencia de los cambios y diferencias que tienen las sociedades en el tiempo y entre sí.

En este sentido, recientemente autores como Bongaarts y Watkins (1996)⁹ han demostrado que a partir del siglo XX, los países que han iniciado la transición demográfica, lo han hecho a partir de niveles de desarrollo cada vez más bajos, dándole mayor importancia a las interacciones sociales que se establecen a nivel internacional en la actualidad.

Recientemente se han desarrollado investigaciones encaminadas a ampliar o replantear la teoría de la transición demográfica que incluya las experiencias de la evolución demográfica, sobre todo de los países que empezaron su transición en el siglo XX. Beaver (1975)¹⁰, asocia la evolución de la transición demográfica al proceso de modernización¹¹, el desarrollo socio-económico, la industrialización y la urbanización en estos países.

Otros autores, como Caldwell (1976)¹², apuntan que en países donde no se han dado cambios significativos de desarrollo socio-económico o de modernización, la disminución de la fecundidad en específico, se debe al desarrollo y expansión de los medios de

⁹ Bongaarts, John y Susan Cotts Watkins (1996), "Social interactions and contemporary fertility transitions", Population Council Research Division Working Paper, N° 88, Nueva York, Population Council.

¹⁰ Matanyaire, Sandra D., *The AIDS Transition: impact of HIV/AIDS on the demographic transition of black/African South Africans by 2021*, University of the Western Cape., November 2004. p. 16.

¹¹ **Modernización:** Según Naciones Unidas (2002), se define como el resultado de la industrialización, la urbanización, educación, el empoderamiento de la mujer y cambios socio-económicos sustanciales, en Matanyaire, Sandra D., *The AIDS Transition: impact of HIV/AIDS on the demographic transition of black/African South Africans by 2021*, University of the Western Cape., November 2004. p. 16.

¹² Idem 10, p. 18.

comunicación y de educación, que propagan información al respecto. La evidencia empírica del estudio de este proceso, sobre todo para el caso de países de América Latina y el Caribe, demuestra la heterogeneidad en períodos recientes en cuanto al inicio y culminación de la transición y el valor que alcanzan las variables en períodos más cortos. (Cuadro 1)

Cuadro 1. América Latina y el Caribe: Situación de los países según la etapa de la Transición Demográfica. Quinquenios 1950-1955, 1985-1990, 1995-2000.

1950-1955			
Transición incipiente	Moderada	Plena	Avanzada
Bolivia 2,3 Brasil 2,9 Chile 2,3 Colombia 3,1 Costa Rica 3,1 Ecuador 2,6 El Salvador 2,8 Guatemala 2,8 Haití 1,6 Honduras 3,0 México 2,8 Nicaragua 3,1 Panamá 2,7 Paraguay 3,1 Perú 2,6 R. Dominicana 3,0 Venezuela 3,4		Argentina 1,6 Cuba 1,9	Uruguay 1,1
135,8 millones (84,3%)		23,0 millones (14,3%)	2,2 millones (1,4%)
1985-1990			
Transición incipiente	Moderada	Plena	Avanzada
Bolivia 2,6 Haití 2,8	Nicaragua 3,2 Guatemala 3,0 Honduras 3,2 Paraguay 3,0	Ecuador 2,4 Perú 2,3 Costa Rica 2,5 Panamá 2,2 Venezuela 2,5 México 2,4 El Salvador 2,3 Colombia 2,1 R. Dominicana 2,3 Brasil 1,9	Chile 1,8 Argentina 1,3 Cuba 1,1 Uruguay 0,8
13,6 millones (3,1%)	20,8 millones (4,8%)	338,5 millones (78,4%)	59,4 millones (13,7%)
1995-2000			
Transición incipiente	Moderada	Plena	Avanzada
Haití 2,1	Guatemala 3,0 Bolivia 2,4 Nicaragua 2,7 Honduras 2,8	Perú 2,0 El Salvador 2,2 Paraguay 2,6 Ecuador 2,0 Venezuela 2,0 México 2,0 R. Dominicana 1,9 Colombia 1,9 Panamá 1,9	Costa Rica 1,8 Chile 1,3 Brasil 1,3 Argentina 1,2 Muy avanzada Uruguay 0,8 Cuba 0,6
8,4 millones (1,6%)	31,1 millones (6,1%)	226,8 millones (44,3%)	245,7 millones (48,0%)

Fuente: Chackiel, Juan, *La dinámica demográfica en América Latina*, Serie Población y Desarrollo #52, CELADE, Chile, mayo del 2004, diagrama 1, p. 14.

1.2.2 Teoría de la Transición Epidemiológica

Los primeros estudios sobre la relación existente entre los patrones de mortalidad, morbilidad, fertilidad y la organización de los servicios de salud, y por otro lado los procesos económicos, provienen principalmente de Frederiksen (1969)¹³. No fue hasta 1971, por Omran, que se acuñó el término de *transición epidemiológica*, el cual proporcionó una reconceptualización más acabada sobre la dinámica de las causas de muerte en las poblaciones.¹⁴

La teoría de la transición epidemiológica se define como *el proceso a largo plazo del cambio en las condiciones de salud de una población, incluidos los cambios en los patrones de enfermedad, invalidez y muerte.*¹⁵

Estos cambios en las condiciones de salud, según Lalonde¹⁶, están relacionados con los siguientes determinantes que interactúan entre sí y determinan los patrones tanto de morbilidad como de mortalidad:

- I. Biología Humana (genética, envejecimiento)
- II. Medio Ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial, y sociocultural)
- III. Estilos de Vida (modos de vida y de consumo)
- IV. El Sistema de Asistencia Sanitaria (sector de salud)

No obstante presentar diferentes manifestaciones por grupos de países, la transición epidemiológica comprende cuatro procesos fundamentales de cambio en la configuración

¹³ Gómez, Rubén Darío, *La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?*, Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, La Habana, septiembre de 2001.

¹⁴ Frenk, Julio, *La Salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/toc.htm>. (Consultado noviembre del 2005)

¹⁵ Idem 13, p. 47.

¹⁶ Lalonde, M., *A new perspective on the health of Canadians*, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1994, en *Medicina preventiva y salud pública*, G. Piédrola Gil, J Del Rey Calero, M. Domínguez Carmona, 9na edición, 1994, p. 8.

del perfil de salud de una población, que tiene en cuenta los cambios en la mortalidad, la morbilidad y la incapacidad:

- 1) la composición por causa de la mortalidad
- 2) la estructura por edad de la mortalidad
- 3) el peso relativo de la morbilidad *versus* la mortalidad en el panorama epidemiológico
- 4) el significado social de la enfermedad.

El primer efecto de la transición epidemiológica es un cambio en las principales causas de muerte, pasando de predominar las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción, a las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones (como el VIH/SIDA).

El segundo sentido del cambio tiene que ver con la estructura por edad de la mortalidad. Ya que la carga principal de las enfermedades y la muerte se traslada de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad. Esto se da como consecuencia de distintos factores sociodemográficos, que hacen que en un inicio, con la disminución de la mortalidad (por causas de muerte infecciosas y parasitarias) aumente la población en las edades más jóvenes, aumentando la supervivencia en el tiempo a edades más adultas, en que empiezan a incidir en mayor medida las enfermedades crónicas y limitaciones funcionales propias de la edad. Este hecho afecta la composición del patrón de la morbilidad, pues la proporción creciente de personas de edad avanzada, hace que aumente la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas.

El tercer sentido del cambio epidemiológico estriba en el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad, a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante. Un factor primordial es el incremento relativo de las enfermedades crónicas, que por definición tienen una mayor duración que los padecimientos agudos. Este hecho se combina con la disponibilidad de servicios y cuidados de salud que permiten prolongar la vida por muchos años. El resultado es un incremento en la prevalencia y la duración de las enfermedades crónicas, así como un descenso de la calidad de la supervivencia.

Como resultado de los cambios anteriores, la transición epidemiológica conlleva a una transformación profunda en el significado social de la enfermedad. La combinación aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente, provoca que la enfermedad pase a ser de un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, a constituirse en un estatus crónico, y que por lo general afecta a las personas de la tercera edad, limitando su bienestar y desarrollo social.

Otro autor, Lerner¹⁷, casi simultáneamente a Omran, presenta un trabajo en el cual postula *la transición de la salud*, concepto más amplio que el desarrollado por Omran, ya que incluye elementos de las concepciones y las conductas sociales en torno a los determinantes de la salud, por lo tanto la transición epidemiológica sería un componente dentro de la transición de la salud o transición sanitaria que analizaremos en el siguiente epígrafe.

1.2.3 Teoría de la Transición Sanitaria.

Desde 1973, y en un contexto más amplio que el propuesto por Omran en la transición epidemiológica, Lerner se refiere a tres estadios secuenciales que él denomina: *baja vitalidad, control creciente de la mortalidad y ampliación de la noción de salud*. Aunque su concepción del cambio era también lineal, Lerner destaca la importancia de los determinantes sociales y de comportamiento en la salud de las poblaciones. En la década de los 80', el término Transición Sanitaria designaba un conjunto de aproximaciones, formuladas como un marco conceptual general y dinámico, explicativo y no solo descriptivo, de las condiciones de salud de las poblaciones¹⁸.

La Transición Sanitaria en su conceptualización más aceptada en el mundo científico, define el estado de salud como *una dimensión gradual del ser humano que oscila entre la salud positiva (concepto que a su vez designa el desarrollo biopsicosocial y el bienestar) y el irreversible estado de la muerte*. Entre ambos extremos existen múltiples estados, que incluyen la enfermedad, y las discapacidades temporales o permanentes.¹⁹

¹⁷ Idem 13, p. 25.

¹⁸ Idem 14, p. 46.

¹⁹ Idem 14, p. 47.

La salud de las poblaciones comprende dos dimensiones que constituirían el objeto de análisis de la teoría: las condiciones de salud y la respuesta que se da a dichas condiciones; ambas categorías corresponden a la Transición Epidemiológica y a la Transición de la Atención Sanitaria, respectivamente.

La Transición Sanitaria no concibe la transición como un período cronológico unidireccional, sino como un proceso dinámico de transformaciones, donde los patrones de salud y enfermedad aparecen, desaparecen o reemergen como respuesta a los cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos que tienen lugar.

La Transición de la Atención Sanitaria entonces, se definiría como *la transformación que experimentan los patrones de la respuesta social organizada, a las condiciones de salud*. Dichos cambios están determinados en cada región por su grado de desarrollo social, económico y tecnológico, y deberían dar respuesta a la transición epidemiológica.

Al respecto, Frenk resalta que durante la primera mitad del siglo XX se adoptó un modelo de asistencia médica hospitalaria de alta complejidad técnica, al cual siguió un enfoque integral de atención primaria basado en la comunidad. Sin embargo, “en los países de medianos o bajos ingresos, los sistemas de atención continúan sin resolver viejos problemas como las bajas coberturas, la concentración urbana de recursos, el atraso tecnológico y la baja productividad y adicionalmente enfrentan el crecimiento de las instituciones, la diversificación de los recursos humanos, el crecimiento de los costos, la dependencia científica y tecnológica y la calidad deficiente de la atención”.²⁰

1.2.3.1 Evolución de los Sistemas de Salud.

Los regímenes de morbilidad y mortalidad de la población han cambiado como consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica, trayendo consigo un aumento de la esperanza de vida, aparejado al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas. La transición sanitaria como vimos, determina cambios en cuanto

²⁰ Idem 14, p. 49.

a la acción social frente a la prevención y el tratamiento con éxito de enfermedades letales, las cuales, se han logrado controlar a través de la atención a la salud.

Durante la historia de la Atención de Salud en el mundo, se han dado numerosos intentos por alcanzar mejores niveles de salud en el hombre. Los primeros trabajos y debates a nivel internacional se dan a partir de las primeras conferencias sanitarias internacionales y los trabajos de Moll (1940-1945), publicados en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y de Howard-Jones (1974) en Crónicas de la OMS.

No es hasta 1948, con la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, que se reconoce el derecho a la salud para todos los pueblos y naciones. Pero este reconocimiento solo se llegó a expresar de manera formal, tuvieron que pasar muchas décadas para que explícitamente se incluyeran objetivos y estrategias en función de este principio. En 1977, en la Asamblea Mundial, se define como objetivo social de los gobiernos y de la OMS para los futuros decenios, *el logro para todos los ciudadanos del mundo de un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva*, a través de la Meta de SPT-2000, con el Enfoque de Atención Primaria de Salud.²¹

Los sistemas de salud por lo general miden su accionar en cuanto a indicadores cuantitativos, y que tienen un alto valor social como es el hecho de salvar una vida, reflejado en la tasa de mortalidad, y la mortalidad infantil por ejemplo. No obstante, existen muchas más acciones desde los sistemas de salud que por ser difícil de cuantificar o de comparar, no se analiza su impacto directo en la calidad de vida de la población, y son intangibles, o de difícil medición, como por ejemplo el alivio del dolor y el sufrimiento, la corrección de invalideces y deformidades anatómicas.

La provisión de estos servicios de salud, está organizada por lo general en todos los países a partir de los sistemas de salud, los cuales se crean para dar una respuesta social organizada y estructurada a las condiciones de salud de una población, teniendo una tendencia hacia la creciente complejidad de estos servicios. En función de determinar la provisión del servicio de salud, existe un intenso debate que tiene en cuenta el valor de la

²¹ Montejo de la Torre, Ernesto; López Pardo, Cándido; et al., *Salud para todos. Sí es posible*, Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, Capítulo 1, p. 15-24., La Habana, 2004.

salud de la población para la sociedad y por otro los servicios de salud y su forma de proveerlos (si privada o pública).

La participación del Estado en la provisión de los servicios de salud se da a partir de la vinculación de tres mecanismos principales: regulación, financiamiento y prestación directa de servicios. La vinculación directa o no por parte del Estado en uno o más mecanismos determinará el grado de control sobre el servicio final.

Históricamente, es posible identificar cuatro principios que se tienen en cuenta para la provisión de los servicios de salud:

- *el poder de compra*, que simplemente considera la atención de la salud como un elemento más de la economía de mercado;
- *el nivel de pobreza*, que ha sido la base de la asistencia pública mediante la cual el Estado proporciona determinados servicios a quienes carecen de medios para adquirirlos;
- la *prioridad socialmente percibida*, que ha encontrado su expresión en la seguridad social y que permite a ciertos grupos definidos como estratégicos hacer contribuciones financieras para adquirir un derecho efectivo a servicios de salud y otras prestaciones;
- la *ciudadanía*, que implica el acceso universal al definir la atención de la salud como un derecho social de todos los habitantes.

A lo largo de la historia, los países han usado indistintamente uno o varios de estos principios para la provisión de servicios de salud. Por ejemplo, la Unión Europea tiene como objetivos a largo plazo lograr el acceso a la atención sanitaria para todos, un alto nivel de calidad de la oferta, y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.²²

En el caso de numerosos países como Alemania, Australia y Reino Unido, asumen el principio de ciudadanía, presentan 100% de cobertura de salud, por lo que garantizan el acceso universal de la población al sistema de salud. Es de destacar, que según estudios

²² Comisión de la Unión Europea, *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores. Garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*, 5 de diciembre, 2001, geninfo/legal_notices_es.html. (Consultado noviembre del 2005)

realizados, los resultados en cuanto a niveles de morbilidad y salud no se comportan de manera homogénea para toda la población, sino que se ha comprobado que están relacionados con las desigualdades socioeconómicas de los diferentes sectores de la población a pesar de contar con el acceso universal.²³

Otros países como México y Costa Rica utilizan una combinación de los dos primeros principios para proporcionar la atención de salud, cofinanciado por el Estado e instituciones privadas, y busca ampliar la cobertura de salud a través de programas dirigidos a determinados sectores como grupos de indígenas entre otros. En Tanzania por ejemplo se usa el principio de la prioridad socialmente percibida, ya que tienen derecho a la atención de salud todos los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65 años.

2. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

El año 1999 se declaró como "El Año de la Persona Mayor", un claro signo del reconocimiento por la comunidad internacional de que la población mundial está envejeciendo significativamente.

El demógrafo francés Jean-Claude Chesnais señala que el envejecimiento de la población se puede definir también "como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno no es sólo la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de jóvenes menores de 15 años".²⁴

Aunque está en continuo debate el hecho de enmarcar en determinada edad el envejecimiento, que se plantea que la edad cronológica no es un indicador de las capacidades funcionales del adulto mayor, sino que estas varían de acuerdo a cada persona. En la actualidad se distingue la tercera edad a partir de los 60 años y en algunos países europeos 65 años, y se le denomina cuarta edad a partir de los 75 años.

²³ Dror, D., Jacquier, C. *Microseguro: extensión del seguro de salud a los excluidos*, Revista Internacional de Seguridad Social, Vol. 52, Núm. 1, 1999.

²⁴ Marín, Clara, *Envejecimiento de la Población y sus repercusiones sobre el sector de la Salud en Cuba*, CELADE, Santiago de Chile, 1995, p. 8.

Se hace esta diferencia ya que aunque a partir de los 60 o 65 años empiezan a surgir determinados cambios en el organismo y en el comportamiento asociados a la vejez, es en la cuarta edad cuando se ven más evidentes los cambios y limitaciones físicas y mentales que los afectan por lo avanzado de los años, también se usa el término del anciano o viejo frágil, para los mayores de la tercera edad que presentan problemas severos de salud física y mental²⁵, y los de la cuarta edad.

Este aumento de las personas mayores, y sobre todo de los más viejos (85 y más), plantea un reto a la sociedad, que va desde la independencia del anciano tanto económica como social; la atención que necesita por parte de la familia afectiva y material, y los cuidados de salud que se incrementan en las edades avanzadas. Estas presiones demográficas recaerán sobre los sistemas de atención de salud y de seguridad social, tanto económica como social, que precisarán de políticas y programas sociales y económicos que se correspondan con las necesidades de este creciente grupo de la población.

En este sentido, los sistemas de salud deberán atender cada vez a más personas con enfermedades crónico- degenerativas, se introducen cambios en la demanda de equipos médicos, los medicamentos, los tipos de consultas, los servicios de fisioterapia y rehabilitación entre otros servicios asociados al incremento de este sector de la población.

2.1 El envejecimiento en Cuba.

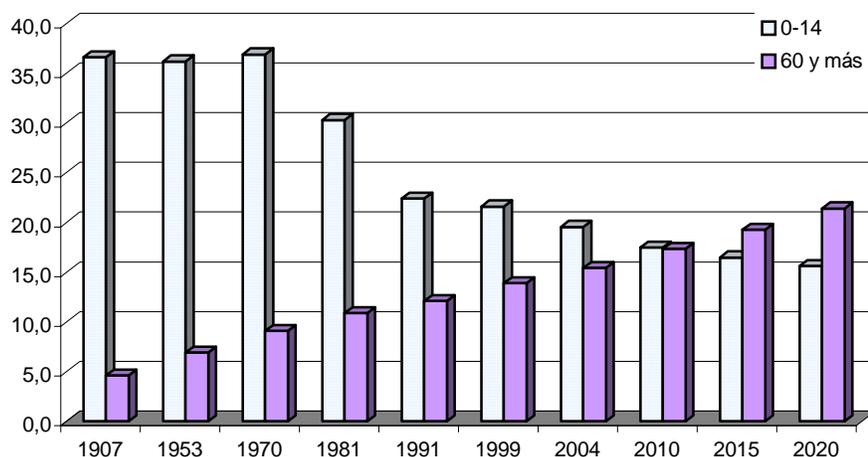
Una de las formas de mostrar gráficamente el envejecimiento de la población de un país es a través de las pirámides de población. A partir de la evolución de la fecundidad y la mortalidad en diferentes períodos, se va invirtiendo la forma de la pirámide, como consecuencia de la disminución de los nacimientos, que hace reducir en el tiempo las cohortes más jóvenes, junto con la disminución de la mortalidad que provoca que más personas lleguen a vivir más años y por tanto se ensancha la pirámide, primero en el centro y posteriormente en la cúspide. Este comportamiento distingue la evolución de la

²⁵ CEPAL, *Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, Brasil, 2002, p. 78.

población cubana durante los últimos 30 años, proceso por el cual está tendiendo a cambiar la configuración de la pirámide.²⁶

En el (Figura 1) se observa como evoluciona la proporción de jóvenes (0-14 años) con respecto a los adultos mayores (60 y más). Mientras que los jóvenes han seguido un proceso de decrecimiento, como habíamos analizado producto de la disminución de la fecundidad en el tiempo, los adultos mayores han aumentado su proporción. Se espera que esta proporción en el 2010 sea cerca del 17% para los adultos mayores, mientras que los jóvenes serán algo más del 17% de la población total. Hacia el 2020 ya habrá cambiado el sentido de la relación, siendo mayor el porcentaje de la población adulta mayor (21,4%) que el de los jóvenes (15,6%) dentro del total de la población.

Figura 1. Cuba. Estructura de la población. Real y Proyecciones. Años seleccionados



Fuente: Elaboración propia a partir del **Anuario Estadístico de Cuba, 2001**. CEPDE- ONE, Publicación electrónica, ISBN 959-7119-27-7. La Habana, diciembre 2002, II.12, p. 39. y de Información para Estudios en Población y Desarrollo con enfoque de género, 2004. CEPDE-ONE, publicación electrónica. La Habana, diciembre 2004, capítulo I, Capítulo de Proyecciones.

²⁶ Idem 8.

2.2 Comportamiento del envejecimiento en Ciudad de La Habana.

Cuba presenta un avanzado proceso de envejecimiento, en el 2001 la población de 60 años y más representaba el 14.5% del total estando en el segundo grupo de envejecimiento según la última clasificación de CELADE, y ya en el 2004, tenía un 15.4% de población de más de 60 años, clasificando en el último grupo de envejecimiento. Como se observa en el Cuadro 2, se presentan las tres provincias más envejecidas del país. En el año 2004, Villa Clara es la provincia más envejecida con algo más del 18% de población mayor de 60 años, seguida por Ciudad de La Habana, con más de 17% y después Sancti Spíritus, con casi un 17% en ese mismo año.

Cuadro 2. Porcentaje de la población de 60 años y más en Cuba y en las provincias más envejecidas.		
	2001	2004
Cuba	14.5	15.4
Villa Clara	17.4	18,6
Ciudad de La Habana	17.1	17,7
Sancti Spíritus	15.9	16,9

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

En este epígrafe se analizarán las características fundamentales del envejecimiento en Ciudad de La Habana, para lo conformación del perfil sociodemográfico de la segunda provincia más envejecida del país.

En el Cuadro 3 se presentan la proporción de adultos mayores de Ciudad de La Habana según sexo y edad, teniendo que casi un 60 % son del sexo femenino (59.10%), para un 40.9% de hombres. Esta feminización de los adultos mayores se agudiza a medida que aumenta la edad, llegando a ser en el grupo de 75 y más de casi el 60% de mujeres. Esto se explica por las diferencias en los patrones de mortalidad que favorecen a las mujeres.

Cuadro 3. Población de Ciudad de La Habana de 60-74 y 75 años y más por grupos de edad según sexo. Año 2000. Porcentaje.

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
60-74	56.5	43.5	100
75 y más	64.9	35.1	100
Total	59.1	40.9	100

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Uno de los factores sociales que afectan en mayor medida a los adultos mayores es la interacción social, la cual se va perdiendo a medida que aumenta la edad. En este caso, se midió si la persona trabajaba o no al momento de la encuesta (Cuadro 4), resultando que solo el 20.6% de los adultos mayores estaban trabajando, y como es de esperar es mayor la proporción en los más jóvenes (26.9%) que en los más viejos (6.6%). Por sexos podemos ver una clara diferenciación, siendo los hombres los que más trabajan, 36.1% con respecto a las mujeres, 9.9%.

Cuadro 4. Ciudad de La Habana, población de 60 años y más por grupos de edad y sexo según estado ocupacional al momento de la encuesta. Año 2000.
Porcentaje.

Empleo Actual	Grupos de edades		Sexo		Total
	60-74	75 y más	Mujeres	Hombres	
Trabajan	26.9	6.6	9.9	36.1	20.6
No Trabajan	73.1	93.4	90.1	63.9	79.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Estudios en otros contextos muestran que alrededor del 30% de los adultos mayores latinoamericanos están insertos en el mercado de trabajo, frente al 15% que registran los adultos mayores de países europeos.²⁷ En el caso de Ciudad de La Habana, el 20% trabajaba, siendo los más jóvenes los que se encuentran en esta situación, lo cual incluye al pensionado que sigue trabajando con contrata, y es una forma de aumentar el ingreso, o los que continúan trabajando después de la edad de retiro, que su ingreso es mayor que si se retiraran.

²⁷ Guzmán, José Miguel; Sosa, Zulma, *Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Boletín Informativo*, CELADE/CEPAL, División de Población, Santiago de Chile, marzo de 2002, p. 35.

A través del índice socioeconómico²⁸, se buscó establecer un nivel de bienestar de los adultos mayores teniendo en cuenta determinadas variables de tipo social y económicas. (Cuadro 5) En este sentido, los resultados muestran que más de la mitad de los adultos mayores se encuentran en un nivel medio (59%), en nivel bajo se encuentran un 12.4% y en nivel alto un 28.6% de los adultos mayores.

Cuadro 5. Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según niveles del índice socioeconómico. Año 2000.

Sexo	bajo	medio	alto	total
Total	12.4	59.0	28.6	100.0
Hombres	11.6	58.2	30.2	100.0
Mujeres	13.0	59.6	27.4	100.0
edad				
60-74	11.6	60.2	28.2	100.0
75 y más	14.3	56.2	29.5	100.0

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Se puede observar que hay poca variación por sexo para el nivel medio, mientras que en el nivel bajo se encuentran un porcentaje un poco mayor de mujeres y en el alto de hombres. Para ambos grupos de edad vemos que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel medio, siendo mayor entre los más jóvenes (60.2%) con respecto a los más viejos (56.2%), mientras que el nivel alto se mantiene muy similar en ambos grupos de edad, entre el 28% y el 29%, en el nivel bajo, los de 75 y más son los que tienen mayor proporción (14.3%) con respecto a los más jóvenes (11.6%).

²⁸ El índice socioeconómico se elaboró a partir de 5 dimensiones: vivienda, ingresos, medio ambiente, educación y equipamiento del hogar, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005, Capítulo de Anexo General.

Las condiciones socioeconómicas influyen en el nivel de vida de la población, y por tanto en las condiciones de salud y bienestar. Según este estudio, hay un 12% de esta población que tiene niveles mínimo de condiciones, que es uno de los factores determinantes del estado de salud (visto anteriormente) por lo que es un sector que está en riesgo social, que debe tenerse en cuenta, tanto por el sector de salud, como la seguridad social, para evitar un mayor deterioro de estas condiciones y tratar de incidir en estas con el objetivo de disminuir sus efectos en el estado de salud y en general en sus condiciones de vida.

En el Cuadro 6 se observa cómo algo más de la mitad viven con otras personas y sin cónyuge (51.1%), y un 21.9% de los adultos mayores viven solos o con su cónyuge. Este es un segmento de las personas que se les debe prestar atención especial ya que son personas que además de vivir solas, en ocasiones no tienen algún familiar o allegado que pueda ayudarlos en caso de necesitar algún apoyo.

Cuadro 6. Porcentaje de población de 60 años y más según tipo de arreglo familiar por edad y sexo. Año 2000.

Tipos de arreglos familiares	grupos de edad		sexo		total
	60-74	75 y más	mujeres	hombres	
Solo o Con Cónyuge	24.1	17.3	18.2	27.3	21.9
Con Cónyuge y otros	32.2	15.9	15.9	43.5	27.2
Con otros sin Cónyuge	43.7	66.8	65.9	29.2	51.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-71119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Los hombres viven más con cónyuge y otras personas (43.5%), mientras que las mujeres, más de la mitad viven con otras personas sin cónyuge (65.9%). Por edad vemos que la mayor proporción se da para ambos grupos viviendo con otros sin cónyuges, aumentando mucho más en los más viejos (66.8%) que en los más jóvenes (43.7%).

Con respecto a la forma en que reciben ayuda (Cuadro 7), más del 90% de los adultos mayores, tanto en mujeres como en hombres reciben algún tipo de ayuda. Las mujeres para casi todos los tipos de ayuda recibieron más que los hombres, con excepción de los servicios y otros tipos de ayuda.

Cuadro 7. Porcentaje de población que recibe algún tipo de ayuda, por edad y sexo. Año 2000.

Tipos de Ayuda	Recibe Ayuda		
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
Sexo			
Alguna Ayuda	93.0	94.0	91.6
Dinero	70.2	78.2	58.6
Servicios	84.1	82.3	86.6
Cosas	78.8	81.2	75.2
Compañía	16.8	18.9	13.7
Otro	23.3	22.4	24.5
Grupos de edad	60-64	65-74	75 y más
Alguna Ayuda	92.2	92.5	94.5
Dinero	69.3	68.6	73.0
Servicios	82.9	82.6	87.0
Cosas	74.5	76.1	86.2
Compañía	17.7	15.1	18.3
Otro	21.2	23.6	24.7

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Por los grupos de edad se evidencia como ha medida que aumenta la edad, aumentan todos los tipos de ayuda. Es de destacar como la compañía de las personas que no co-residen con el adulto mayor, a los adultos mayores es baja, en menos del 20% tanto por sexo, como para todos los grupos de edad, aspecto muy importante en el bienestar psicológico sobre todo en los adultos mayores.

2.2.1 Estado de salud

Un indicador importante para analizar el estado de salud de los adultos mayores es su percepción de salud. En este se excluyeron aquellas personas que no podían responder por sí mismos. Más de la mitad de los adultos mayores tiene una percepción de su salud como regular o mala (57.7%), en las mujeres aumenta a 61.5% y en los hombres es menor, de 52.1%. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Porcentaje de población de 60 años y más según percepción del estado de salud por sexo y grupos de edad. Año 2000.

Sexo	Percepción del estado de salud*	Grupos de edad		
		60-74	75 y más	total
Ambos sexos	Excelente/muy bien/bien	35.9	30.8	34.3
	Regular/mal	61.0	50.3	57.7
		100.0	100.0	100.0
Mujeres	Excelente/muy bien/bien	28.7	27.7	28.4
	Regular/mal	67.0	50.7	61.5
		100.0	100.0	100.0
Hombres	Excelente/muy bien/bien	45.2	36.5	42.9
	Regular/mal	53.0	49.6	52.1
		100.0	100.0	100.0

* Se excluyeron a las personas con deterioro cognitivo.

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Analizando por grupos de edad, vemos que para ambos sexos disminuye el porcentaje de personas que se considera en un estado de salud regular o malo cuando aumenta la edad.

Otro aspecto muy importante es la realización de actividades físicas, que está muy vinculado a la funcionalidad física de los adultos mayores, y también se relaciona con la presencia de algunas enfermedades en estas edades. (Cuadro 9)

Se encontró que el 76.6% de los adultos mayores no realizan actividad física²⁹, aumentando este valor en las mujeres (81.4%) con respecto a los hombres (69.8%). Por grupos de edad vemos que disminuye mucho más la actividad física, a medida que aumenta la edad, estando por encima del 80% la no actividad física, tanto para mujeres como hombres.

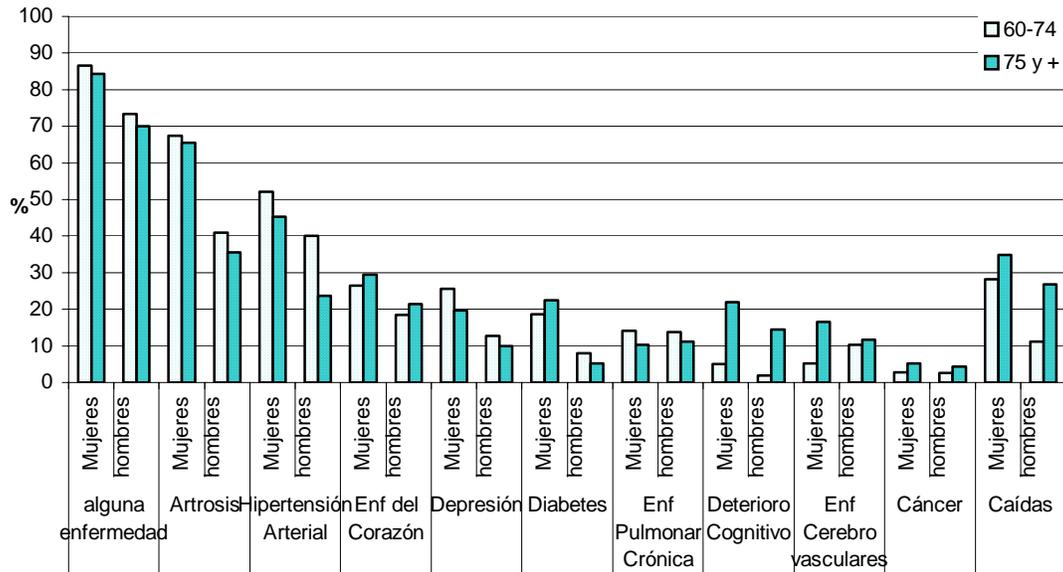
Cuadro 9. Porcentaje de población de 60 años y más según realización de actividades físicas por grupos de edades y sexo. Año 2000.				
Sexo	Realizan Actividad Física	% por grupos de edad		Total
		60-74	75 y más	
Ambos sexos	Si	26.1	16.9	23.3
	No	73.8	83.0	76.6
		100.0	100.0	100.0
Mujeres	Si	20.1	15.3	18.5
	No	79.8	84.5	81.4
		100.0	100.0	100.0
Hombres	Si	33.8	19.9	30.2
	No	66.2	80.1	69.8
		100.0	100.0	100.0

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

²⁹ Se refiere a si hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado, tres veces a la semana.

El presentar al menos una enfermedad crónica en los adultos mayores se encuentra en más de un 70% de la población estudiada, llegando a ser en las mujeres de más de un 80%. (Figura 2)

Figura 2. Porcentaje de Enfermedades según sexo y edad.



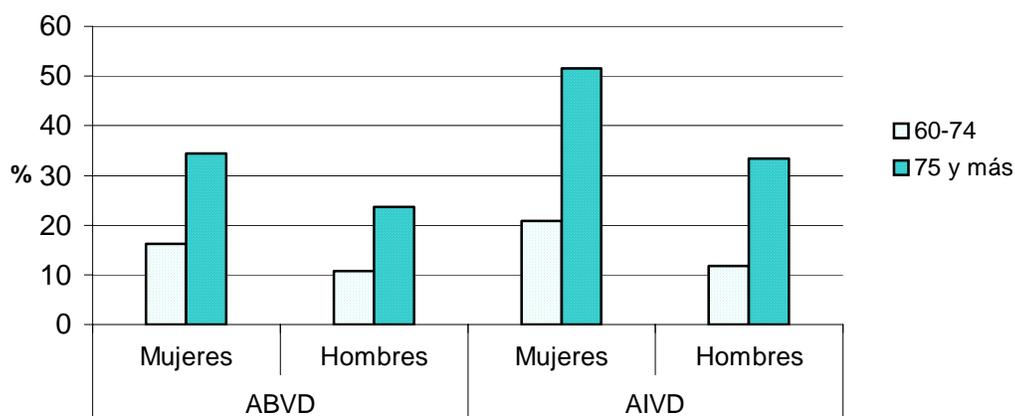
Fuente: Elaborado por la autora a partir de: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

En casi todas las enfermedades, las mujeres presentan mayor prevalencia que los hombres, excepto en las enfermedades cerebrovasculares para los de 60-74 años. La artrosis es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en los adultos mayores, siendo en las mujeres de más de un 65% y para los hombres de más de un 35%. Las enfermedades crónicas que más afectan a los adultos de más de 75 años son la artrosis, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, deterioro cognitivo, enfermedades cerebro vasculares y el cáncer, con respecto a los de 60-64 años.

Las caídas es una variable que se incluye en el estudio por las implicaciones que para los adultos mayores tienen, ya que por lo general conducen a discapacidades temporales y en no pocos casos llegan a ser severas. Las mujeres tienen mayor porcentaje de caídas que los hombres, mientras que los más viejos tienen más caídas, llegando a ser en las mujeres de casi un 35% y en los hombres casi 30%.

En cuanto a presentar al menos una limitación en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (Figura 3), las mujeres presentan más limitaciones que los hombres, en los dos grupos de edad, y entre los viejos viejos, las mujeres tienen más de un 30% y en los hombres más de un 20% con limitaciones.

Figura 3. Limitaciones en las ABVD y en las AIVD según sexo y grupos de edad. Porcentajes.



Fuente: Elaborado por la autora a partir de: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Tanto para hombres como para mujeres, presentan más limitaciones en al menos una de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que en las ABVD. Para las mujeres pasa de alrededor de un 20% para las más jóvenes a más de un 50% en las más viejas, mientras que en los hombres, va de algo más de 10% a poco más de 30%.

2.2.2 Factores socioeconómicos relacionados con las limitaciones en las actividades de la vida diaria y la percepción de salud.

Según la literatura especializada, determinados factores relacionados con los estilos de vida, condiciones económicas, nivel de educación, arreglos familiares entre otros, inciden directamente en las condiciones de salud de la población.

En este epígrafe se exploran algunos de estos factores socioeconómicos en relación con las limitaciones funcionales y la percepción de salud de los adultos mayores.

Primero se realizó un análisis descriptivo bivariado a través del Test Chi-cuadrado y un análisis multivariado, a partir del modelo de Regresión logística, para evaluar si eran significativas o no las variables con relación a la percepción de salud y las limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria (presentar al menos una limitación en una de las ABVD o las AIVD).

El análisis bivariado nos dio como resultado que, para percepción de salud, de las variables independientes no fueron significativas: la edad y los arreglos familiares, o sea que en el resto de las variables estudiadas hay dependencia con la percepción de salud. En el caso de las limitaciones en las Actividades de la vida Diaria sólo no fue significativo el nivel socioeconómico. (Anexo 1)

Para profundizar en el análisis se realizó el análisis multivariado, para buscar una relación entre las variables pero en su conjunto. Para percepción de salud resultan no significativas: la edad de 70-74 años con respecto a la variable de referencia que es 75 años y más, los arreglos familiares, situación conyugal, nivel de educación secundaria con respecto al primario, y el nivel socio-económico. Para las limitaciones en ADL-IADL se vuelven no significativos el estado conyugal y el nivel socio-económico.

Luego se aplicó un modelo de regresión Probit para evaluar el cambio para distintas categorías de las variables. A partir de los resultados del anexo 2, se puede observar como en el caso de las personas que tienen de 60 a 69 años tienen un 26% más de probabilidad de no presentar limitaciones que los de 75 años. Que las personas con nivel universitario tienen un 15% más de probabilidad de no presentar limitaciones que los que son de nivel primario, los hombres tienen casi un 10% más de probabilidad de no presentar limitaciones que las mujeres y así para todas las variables.

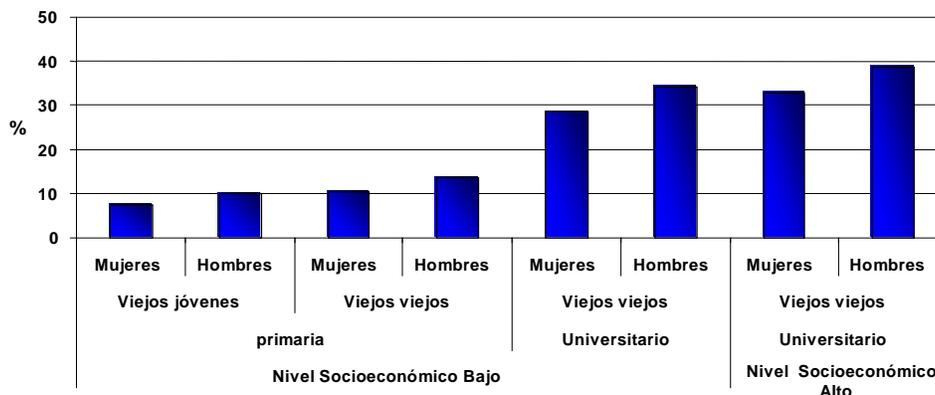
De forma general se podría decir que en el caso de tener buena funcionalidad física, evaluada por no presentar limitaciones en AVD, presentan una mejor situación las personas que se encuentran entre las edades de 60 a 74 años, los que no presentan enfermedades, tienen nivel de educación secundario o más, viven solos o con cónyuge y son hombres.

En el caso de percepción de salud sería, los que no presentan enfermedades crónicas tienen un 39 % más de probabilidad de percibirse en buena salud que los que si presentan enfermedades crónicas, y así también para todas las variables.

Por tanto, se podría decir que las personas que se perciben en buena salud con respecto al resto de los adultos mayores estudiados no presentan enfermedades crónicas, no tienen limitaciones en AVD, tienen nivel de educación universitario, son hombres y tienen más de 75 años.

A partir del modelo de regresión Probit ajustado se calcularon las probabilidades asociadas a distintas categorías de las variables. (Figura 4)

Figura 4. Probabilidad de percibirse en buena salud teniendo en cuenta cambios en variables socioeconómicas. (Probit Regression Model)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Considerando la población que tiene bajo nivel socio-económico, encontramos que dentro de los que tienen nivel primaria, los hombres más jóvenes se perciben en mejor salud que las mujeres más jóvenes, y que a su vez se perciben en mejor salud los más viejos que los más jóvenes. Si comparamos dentro del nivel socioeconómico bajo, para los que son universitarios esta proporción aumenta en casi el doble en los hombres viejos, mientras que en las mujeres se triplica la probabilidad de percibirse en buena salud. Dentro de los universitarios, si consideramos los que tienen nivel socioeconómico alto aumenta la probabilidad en casi un 10 % en los hombres y un poco menor para las mujeres.

Entonces tenemos dos resultados importantes, que las diferencias más importantes de percibirse en buena salud vienen dadas por tener nivel de educación alto o bajo, en este caso, los que tienen nivel universitario tienen mejor percepción de su salud.

En trabajos cubanos sobre la relación del nivel de educación y el estado de salud también se ha verificado esta relación, a mayor nivel de educación, menor mortalidad o morbilidad.³⁰

Por otro lado, que el cambio de nivel socioeconómico bajo a alto, tiene poca variación en la probabilidad de percibirse en buena salud, como sucede en otros contextos que no sea el cubano.³¹

Como muestran las variables analizadas, el nivel de educación es un factor importante en la percepción de salud de los adultos mayores y en menor medida el nivel socioeconómico. Y se destaca también que hay un diferencial por sexo en todas las subpoblaciones estudiadas.

2.3 Reflexiones parciales

Según lo analizado hasta aquí, se dan diferencias importantes entre hombres y mujeres, y entre los adultos mayores más jóvenes y los más viejos. Esto está en correspondencia con lo expuesto anteriormente según autores y trabajos realizados en otros países.

Por ejemplo que los más viejos (más de 75 años) y las mujeres, tienen menos nivel de educación que los más jóvenes, lo que es resultado del aumento del nivel de educación de la población en general. Por lo que cada vez llegarán a la tercera edad, personas más instruidas, y por tanto, su comportamiento y expectativas de la vida serán distintas.

Por otro lado, más de la mitad de los adultos mayores tienen una percepción de su salud regular o mala. Los más viejos se perciben mejor que los más jóvenes, no obstante tienen más limitaciones en las actividades de la vida diaria, y un alto porcentaje de enfermedades, siendo estos porcentajes también mayores en las mujeres, en concordancia con el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas que predominan en este sector de la población, al igual que lo encontrado en otros contextos. Como consecuencia, se puede decir que necesitarán más servicios de salud como

³⁰ Herrera León, Lorenzo, Patrón y nivel de la sobrevivencia fetal en Cuba. 1998-2002, Trabajo de aspirante a Doctor en Ciencias Económicas, Centro de Estudios Demográficos, La Habana, diciembre 2005.

³¹ House JS, Kessler RC, Herzog AR., *Age, socioeconomic status, and health*, Milbank Q. 1990; 68(3):383-411. PMID: 2266924 [PubMed - indexed for MEDLINE] (Consultado diciembre del 2005)

consultas, medicamentos y rehabilitación para hacerle frente a estas enfermedades y discapacidades que por lo general se prolongan en el tiempo.

Es importante resaltar que el 93% de los adultos mayores reciben algún tipo de ayuda, en mayor proporción los más viejos y las mujeres. Puede estar en relación por un lado, con la necesidad de ayuda que presentan estas personas para cubrir sus necesidades, y en segundo lugar, del nivel de responsabilidad y relación afectiva que se da para con nuestros padres y abuelos por parte de nuestra sociedad.

En cuanto al nivel socioeconómico de los adultos mayores, tenemos que casi el 60% se encuentran en nivel medio. En el grupo de nivel bajo se encuentran casi el 12% de los adultos mayores, los cuales se deben atender de manera diferenciada para que aquellas dificultades o condiciones económicas que presenten, no les afecte su salud y su bienestar en general.

En la literatura sobre estos temas, se establece por lo general la relación entre las condiciones socioeconómicas y el nivel de salud. En el estudio realizado, para el caso de la relación entre nivel socioeconómico y nivel educacional con la percepción de salud, no se encontró un grado importante de variación entre tener nivel socioeconómico bajo o alto y sí en el caso del nivel de educación.

3. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN CUBA.

Cuba fue el primer país en crear un Ministerio o Secretaría de Sanidad y Beneficencia en 1909³². Hacia 1958, Cuba contaba con 67 hospitales generales, uno solo rural, varios especializados en ortopedia, psiquiátricos, oncológicos, de maternidad, entre otros, los cuales se concentraban en las principales ciudades del país, Ciudad de La Habana y Santiago de Cuba fundamentalmente.

A partir del Triunfo de la Revolución, se da en el país un aumento del nivel de vida de la población como resultado de un conjunto de medidas encaminadas a elevar las condiciones de vida de la población. Con este objetivo se desarrolló en el país una política social enfocada en dar una atención priorizada a la salud y la educación, y eliminar las desigualdades fundamentalmente en las zonas rurales, tradicionalmente las más atrasadas.

A partir de 1969 el Sistema Nacional de Salud, basándose en el principio de ciudadanía, reconoce el derecho de toda la población a recibir de forma gratuita los servicios de salud. A partir de ese momento el Estado asumió la responsabilidad de financiar y proveer a la vez, de forma pública y gratuita estos servicios, al igual que la educación.³³

En función de brindar la atención primaria de salud, se crearon los policlínicos, que tenían servicios de atención externo (laboratorio clínico, rayos X, etc.) que no clasificaban como hospitales. Para esto se construyeron nuevas edificaciones, aunque también se utilizó la infraestructura ya existente de las clínicas privadas de menor escala.

A inicios de 1984, Cuba comenzó una nueva modalidad de atención primaria denominada "Médico de la Familia", y con ello, los planes de enseñanza médica se reformaron, y se creó la especialidad de Medicina General Integral. El médico de la familia que empieza a formarse está capacitado con los conocimientos básicos de epidemiología general, higiene del medio, prevención y promoción de salud, entre otras materias necesarias, que

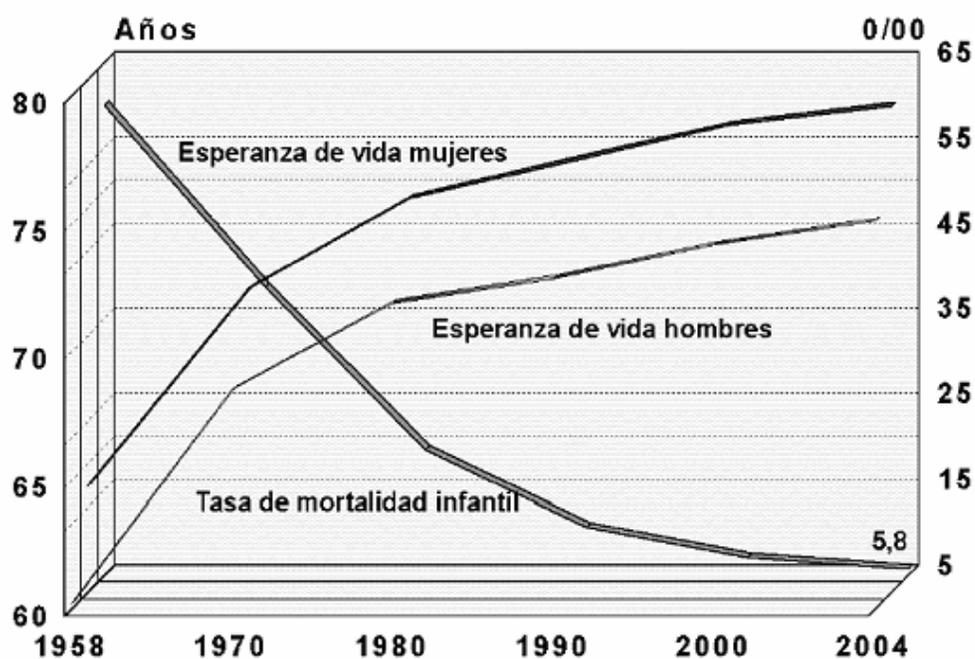
³² Idem 2, p. 40.

³³ Idem 21, p. 30.

le permiten operar con una concepción más amplia sobre los determinantes del estado de salud de la población y tiene, en la familia, el centro de su atención.³⁴

El nivel de la esperanza de vida al nacer, de casi 40 años a inicios del siglo, aumentó a casi 60 años a finales de la década del 50, y en el período 2001-2003 77 años. Por otro lado la mortalidad infantil disminuyó de casi 200 muertes por cada 1000 nacidos vivos a cerca de 60 defunciones a finales de la década de 1950, y disminuyó hasta 6,3 muertes por cada 1000 nacidos vivos para el período 2001-2003. (Figura 5)

Figura 5. Cuba, esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil. Años seleccionados.



Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas, *Anuario Estadístico de Cuba, 2004*, Ciudad de la Habana, 2005.

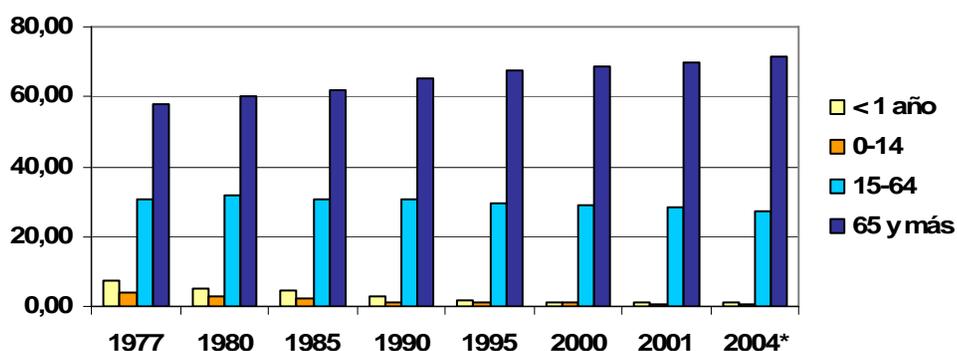
³⁴ *Ibídem.*

Actualmente el programa relacionado con la creación de los policlínicos integrales constituye uno de los elementos más importantes de transformación en el sistema de salud cubano, ya que a partir de las nuevas funciones asumidas por esa instancia se descentraliza más la atención de salud del nivel secundario hacia el nivel primario. Los policlínicos cumplen con las funciones de atención médica integral de excelencia a personas, familias, grupos y la comunidad, con enfoque biopsicosocial.

Como se ha analizado anteriormente, la transición demográfica y la epidemiológica en Cuba ha conducido a un aumento de los adultos mayores en el país, así como un aumento de las enfermedades crónico degenerativas, que provocan que la mayor cantidad de defunciones se de en las últimas etapas de la vida.

En la Figura 6, se muestra como ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, la proporción de muertes de menores de un año y de 0-14 años, mientras que las muertes en edades mayores de 65 años ha tenido un incremento sostenido y ya son más del 70 por ciento en el 2004. Entonces, ha aumentado el riesgo de morir por enfermedades no trasmisibles, incrementándose en las últimas décadas en correspondencia con el envejecimiento de la población.

Figura 6. Cuba. Estructura de las defunciones por edad. años seleccionados.



2004* Datos provisionales

Fuente: Elaborado por la autora a partir de: Centro de Estudios de Población y Desarrollo, **Información para Estudios en Población y Desarrollo con enfoque de Género, 2004**, Ciudad de la Habana, abril de 2005, y Dirección Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública, **Anuario Estadístico de Salud, 2004**, Ciudad de La Habana, 2004, ISSN: 1561-4425.

Los servicios de salud por tanto, se enfrentan principalmente, no solo a cuidar de la salud de los niños, que padecen enfermedades generalmente de corta duración, muchas infecciosas, las más frecuentes prevenibles por vacunación, que se curan solas, que cuando requieren hospitalización es casi siempre por períodos cortos y de tratamiento en general barato, sino a prestar asistencia y servicios a personas con enfermedades degenerativas, crónicas, que generalmente terminan en la muerte y que cuando requieren hospitalización, es por períodos largos y con costos por tratamiento muy elevados.

3.1 La atención al adulto mayor en Cuba.

En este sentido, y frente a los cambios en la dinámica y estructura de la población se ha hecho inevitable acometer un plan de acción y atención diferenciado que cubra las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que permitan elevar la calidad de vida de las personas con edades avanzadas.

Hace varias décadas que el país viene generando esfuerzos en cuanto a la atención de los adultos mayores, puesto que es un hecho que, aunque se ha agudizado en los últimos años, ya venía avizorándose desde décadas atrás. En 1974 se creó el primer Programa de Atención al Adulto Mayor en el país. A partir del año 1984 se comienza a estudiar en Cuba la especialidad de geriatría, dándole impulso al desarrollo de la gerontología y la geriatría.³⁵

Se crea el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED) en 1992, una institución docente e investigativa en función de analizar los aspectos del envejecimiento poblacional y sus requerimientos en múltiples frentes de la vida social.

Recientemente, en 1996 se crea por el CITED, el Programa Integral de Atención al Adulto Mayor. Este programa tiene un enfoque comunitario e institucional, e incluye no sólo problemas de salud, sino seguridad social, deportes, cultura, legislación, entre otros, con acciones dirigidas a la atención comunitaria, la atención institucional y la atención

³⁵ Hernández Castellón, Raúl, *Estudio comparativo sobre el envejecimiento de la población en España y Cuba: Análisis de planes de acción*, Centro de Estudios Demográficos, Ciudad de La Habana, julio 2003.

hospitalaria. Como propósito principal del Programa de Atención al Adulto Mayor se tiene:³⁶

“Contribuir a lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud, en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucradas en esta atención. Se debe tener en cuenta como protagonistas a la familia, la comunidad y al propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.”

Entre las soluciones y actividades que se han promovido para cumplimentar estos objetivos se encuentran:

- Los Círculo de Abuelos, encaminados a promover la práctica del ejercicio físico sistemático, actividades culturales y sociales, mediante los ejercicios matutinos -bajo la asesoría de un personal calificado-, paseos, celebración de cumpleaños colectivos, entre otras.
- Los Hogares de Día o Casas del Abuelo. A diferencia de los asilos de ancianos, estos tienen un régimen seminterno, donde realizan actividades recreativas, físicas y sociales que inciden positivamente en su salud, y se les garantiza desayuno, merienda, almuerzo, comida y asistencia médica hasta la tarde en que regresan a sus casas.

Servicios y nuevos programas dirigidos a los adultos mayores.

Están definidos por el Sistema Nacional de Salud, una serie de programas y servicios específicos para la atención de los adultos mayores. El primer contacto con los servicios de salud de los adultos mayores se realiza a partir de la Atención Primaria de Salud, a través del médico de la familia. En este contexto los adultos mayores reciben una atención integral en los aspectos de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación, atendiendo al grupo dispensarial en que se encuentren³⁷:

³⁶ Prieto Ramos, et al, *Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas*, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, 2da edición, Ciudad de la Habana, Cuba, 1996.

³⁷ Idem 5.

- Grupo I (sano)
- Grupo II (en riesgo de enfermar)
- Grupo III (con enfermedades crónicas)
- Grupo IV (Discapacitados)

Según esta distribución el adulto mayor frágil o en estado de enfermedad se transfiere al Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), este corrobora el diagnóstico, estableciendo un Plan de Atención para cada caso.

Existe una red de apoyo de servicios socio-sanitarios y económicos que se aplican a cada caso de acuerdo al diagnóstico y las necesidades que presenten. Estos pueden ser³⁸:

- Cuidados subagudos: se realizan en el domicilio o en Unidades de Atención Primaria, Instituciones Sociales y Hospitales de Día Geriátricos. Está dirigido a personas que necesitan cuidados de 3 a 6 meses.
- Cuidados a largo plazo: realizado principalmente por los EMAG, que cuentan con: nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta. Estas instituciones tienen una interrelación estrecha con el Nivel Primario y el Hospitalario.

Por el creciente número de personas de la tercera edad y sus características, se han creado nuevos programas y servicios sanitarios en función de los adultos mayores, los cuales todavía están en plena implementación y expansión a todos los niveles del sector de salud y en todas las provincias, por lo que aún resultan insuficientes en cantidad y cobertura³⁹:

- Equipos de Atención Multidisciplinaria Gerontológica (EMAG): Servicio que se presta por un equipo multidisciplinario compuesto por médico (especialista de medicina familiar u otro), enfermera, trabajadora social y psicólogo, cuya labor está dirigida a la atención a adultos mayores frágiles y en estado de necesidad.
- Ingresos domiciliarios de continuidad: es un servicio médico-social que continúa el tratamiento comenzado en los niveles de atención hospitalaria.

³⁸ Idem 5, p 15.

³⁹ Ibídem, p.16.

- Centros Comunitarios de Salud Mental del Área de Salud: centro que presta servicios de salud mental, brinda cobertura a los problemas identificados, desempeña una labor preventiva con grupos de riesgo y vulnerables, así como ofrece servicios de orientación.
- Servicios de suministro de ayudas técnicas: Servicio que se brinda a personas necesitadas de ayudas técnicas (sillas de ruedas, camas Fowler, oxígeno, etc.)
- Salas o Servicios de Geriátrica: servicio médico social y de rehabilitación de un Hospital Clínico Quirúrgico o General (Municipales, Provinciales o Nacionales) que se dirige como servicio vertical para adultos mayores (AM).
- Hospital de Día Geriátrico: servicio médico –rehabilitatorio– social de continuidad en el tratamiento del AM hospitalizado y en algunas ocasiones proveniente de la comunidad, que oferta los servicios de rehabilitación, subagudos y terminales.
- Servicios de Cuidados Paliativos: servicios médicos y de apoyo no curativos, para pacientes con enfermedades terminales (esperanza de vida de menos de 6 meses).
- Nuevos programas de asistencia social para pagar la atención de un cuidador para los ancianos encamados que viven solos o con cónyuge del adulto mayor solamente.
- Las nuevas regulaciones en términos de asistencia social para apoyar a las personas que están encamadas y requieren un cuidador y la familia trabaja (pago parcial o total de salario a un cuidador)

Si analizamos la evolución de algunos indicadores relacionados con la atención a los adultos mayores (Cuadro 10), vemos que, aunque todavía son insuficientes, hubo un incremento en el valor de los indicadores, por ejemplo la formación de geriatras ha aumentado, de 187 que había en 1997, en el 2004 se elevan a 352; las salas de geriátricas han tenido un leve incremento, en comparación con la cantidad de consultas de geriátrica realizadas, llegando a ser en el 2001 de 101713; y las casas de abuelos han aumentado mucho más que los hogares de ancianos, estando en correspondencia a las dificultades económicas que llevan la creación de hogares de ancianos, pero sobre todo por la concepción de que al adulto mayor no se le debe excluir de su medio social, y las casas de abuelos han resultado una solución muy favorable y aceptada para ello.

Cuadro 10. Cuba. Tipos de servicios orientados a los adultos mayores. Años seleccionados.

	1997	1999	2001	2004
Geriatras	187	-	301	352
Salas de geriatría	23	32	35	-
Consultas de geriatría	54 626	-	101 713	-
Casas de abuelos	63	96	146	178
Hogares de ancianos	-	129	140	141

- No se cuenta con información para esos años.

Fuente: Hernández Castellón, Raúl, *Estudio comparativo sobre el envejecimiento de la población en España y Cuba: Análisis de planes de acción*, Centro de Estudios Demográficos, Ciudad de La Habana, julio 2003; Dirección Nacional de Estadísticas, *Anuario Estadístico de Salud, 2004*, Ciudad de La Habana, 2005.

A partir del año 2000, se creó la Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida, presidida directamente por el Ministerio de Salud Pública, al cual están asociados 18 ministerios e institutos de investigación.⁴⁰ Uno de sus objetivos fue crear un Programa de Salud y Calidad de Vida, entre cuyas acciones estuviera fomentar estilos de vida saludables, y constituir grupos de investigación con instituciones para desarrollar indicadores de esperanza de vida en salud para evaluar progresos y posibles barreras.

Como parte de los programas priorizados de la Revolución en los últimos años, la salud ha tenido un lugar importante. En función de ello, se han invertido cuantiosos recursos financieros en reparar, modernizar y construir los nuevos centros de atención médica, en todo el país.⁴¹

⁴⁰ Carlos Lage, *Acuerdo # 3790 del Consejo de Ministros*, Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, La Habana, Octubre, 2000.

⁴¹ Discurso pronunciado por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, Primer Secretario del Comité Central del Partido Comunista de Cuba y Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros, en ocasión del aniversario 47 de su entrada en Pinar del Río, en el acto por la culminación del montaje de los grupos electrógenos en esa provincia. Pinar del Río, 17 de enero de 2006.

En el marco del Taller de Esperanza de Vida Saludable⁴², se abordaron diversos temas vinculados con mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. En este sentido se recomendaron entre otras, las siguientes acciones:

- Debe preverse que el rápido crecimiento de la población adulta mayor pudiera crear un desbalance entre la oferta y la demanda de ayudas a personas de edad con discapacidad.
- Debe dotarse al Modelo de la Atención Primaria de Salud de las tecnologías que permitan responder con eficacia al rápido envejecimiento de la población.
- Se recomiendan dos formas no excluyentes de elevar la esperanza de vida libre de discapacidad: mejorar la atención a los enfermos y mejorar la atención de las personas sanas para que no enfermen.
- Es necesario perfeccionar la gestión de información y conocimiento a nivel internacional, nacional y local. Deben incrementarse los contenidos de envejecimiento y vejez en los planes curriculares de la universidad médica, así como deben potenciarse estos elementos en las áreas investigativas y de extensión universitaria. La educación en la tercera edad se considera de vital importancia.
- Se requiere realizar estudios longitudinales sobre envejecimiento en el país así como documentar los resultados de las investigaciones y de las estrategias de promoción y prevención.

La pérdida de salud en los adultos mayores tiene asociados costos tangibles e intangibles para el adulto mayor y para la sociedad. Los programas y servicios de salud que se brindan a los adultos mayores tienen un alto costo económico para el Estado, ya que es el responsable de proveerlos en nuestra sociedad. También los problemas de salud implican costos para el adulto mayor o su familia, que en ocasiones puede exceder la capacidad de respuesta ante esta situación, provocando un riesgo mayor de vulnerabilidad social. Por otra parte hay costos intangibles de difícil medición, pero que tienen vital importancia en cuanto al estado de ánimo de los adultos mayores y su salud en general. (Ver Anexo 5)

Dentro de las estrategias de los programas priorizados de la Revolución, se ha visto el impacto en la reanimación económica del sector de Salud, no obstante quedan

⁴² Organización Panamericana de Salud, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, *Conclusiones preliminares del Taller de Esperanza de Vida Saludable*, Ciudad de La Habana, enero 2006.

pendientes la recuperación de diferentes áreas y capacidades perdidas durante los años de Período Especial, los cuales se recogen como parte de las Proyecciones del Ministerio de Salud Pública⁴³:

- Incrementar la cobertura y acceso de servicios necesarios a una población cuyo envejecimiento progresivo es incuestionable.
- Mejorar la sostenibilidad de estos programas de salud que tienen altos costos por las implicaciones tecnológicas y la demanda de atención creciente a medida que la vida se prolonga.
- Este contexto futuro precisará de enfoques preventivos y de promoción de salud, así como del desarrollo de servicios y tecnologías con mayor capacidad resolutive, lo que inexorablemente producirá un incremento de los costos de la atención.
- Reorientación de los servicios, fortalecimiento del policlínico y excelencia en la atención médica integral. Integración programática en el Programa de Atención Integral a la Familia. Reorientación de la práctica del médico de familia hacia la promoción y prevención de salud.

3.2 Reflexiones parciales

Haciendo una síntesis de lo analizado en este capítulo, tenemos que el Sistema Nacional de Salud en Cuba tiene como responsabilidad fundamental brindar una atención de salud gratuita y universal. Entre sus objetivos está mejorar las condiciones de salud de la población para elevar la calidad de vida, a través de determinados programas encaminados a brindar una atención diferenciada a aquellos sectores de la población que se encuentran en desventaja.

En función de esto se han trazado estrategias como la Atención Primaria de Salud, para acercar lo más posible los servicios de salud a los que lo necesiten, y prácticas de promoción y prevención de salud desde este nivel básico de atención.

⁴³ Ministerio de Salud Pública, *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015*. Documento de trabajo, informe preliminar, Ciudad de La Habana, 2005.

Actualmente el programa relacionado con la creación de los policlínicos integrales constituye uno de los elementos más importantes de transformación en el sistema de salud cubano, asumiendo nuevas funciones, con el fin de descentralizar más la atención de salud del nivel secundario hacia el nivel primario.

Dentro de los programas del Ministerio de Salud, ha cobrado importancia la atención hacia las personas de la Tercera Edad, reconociendo la necesidad por parte de los adultos mayores de una atención especializada, así como servicios sociales y de salud que no requieren otros segmentos de la población. En función de esto se creó el Programa Integral de Atención al Adulto Mayor, así como numerosos servicios y subprogramas que van dirigidos específicamente a estos.

4. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS.

Se reconoce que el estado de salud de una población incide directamente en la demanda de servicios de salud. Los adultos mayores, como se ha analizado anteriormente, presentan un patrón de enfermedades de tipo crónico-degenerativo. Esto implica que en ocasiones, estén afectando a un mismo individuo más de una enfermedad a la vez; también, que al estar el individuo un período mayor de tiempo afectado por éstas, el tratamiento y/o medicación para su control también se prolonguen en el tiempo.

Es por esto que se analiza a continuación, en el caso de los adultos mayores en Ciudad de La Habana para el año 2000, si determinados factores demográficos y socioeconómicos pueden estar incidiendo o creando diferenciación, en el grado de utilización de los servicios médicos. Para esto se examinará la incidencia de estos factores en asistir a una consulta médica en los últimos doce meses, y si estuvo hospitalizado al menos una noche en los últimos 4 meses.

Si analizamos el Cuadro 11, se encuentra que casi la mitad de las consultas de salud realizadas por los adultos mayores se efectúan en el consultorio médico, seguido por el hospital, el policlínico y la casa del entrevistado. En el caso de las mujeres es de 11.2%, siendo en mayor proporción esta atención domiciliaria que en los hombres que es de 5.8%.

La hospitalización de los adultos mayores en su domicilio es una modalidad de reciente implementación, puede deberse a las limitaciones físicas y funcionales que estos presentan, y el grado de deterioro de su estado de salud, siempre y cuando el cuidado médico que necesiten pueda brindársele en el hogar. Entre las enfermedades crónico-degenerativas están algunas de larga duración y que pueden ser atendidas en el hogar, con el seguimiento permanente del médico de familia y la enfermera.

Esta acción favorecería psicológicamente al paciente, que al ser adultos mayores, por lo general les crea trastornos psicológicos cuando los sacan de su medio social, y por otro lado alivia las presiones de hospitalización del Sistema de Salud, traspasando la responsabilidad de la atención a los médicos de familia.

Cuadro 11. Porcentaje de adultos mayores que asisten a los servicios médicos, según adonde asistieron por sexo.

Lugar de la consulta últimos doce meses.	Total	Hombres	Mujeres
Consultorio médico	46.1	44.8	46.7
Hospital	33.6	36.5	32.1
Policlínico	10.3	11.6	9.7
Casa del entrevistado	9.4	5.8	11.2
Otro	0.6	1.3	0.3
	100.0	100.0	100.0

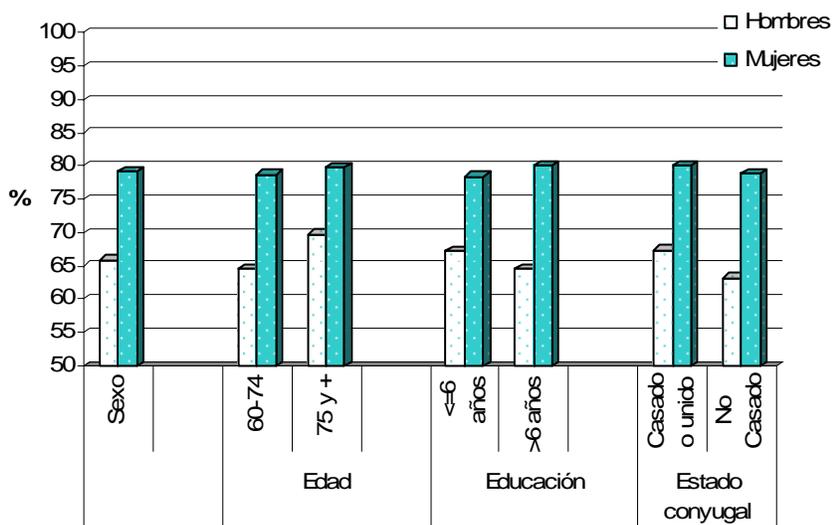
Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, *SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000*, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

4.1 Consultas al médico

Con relación a asistir al médico se encontró asociación significativa con la variable sexo. (Figura 7) Del total de mujeres, casi el 80% asistió a alguna consulta en los últimos doce meses, y para los hombres fue del 65%. Esto quiere decir que 4 de cada 5 mujeres de 60 años o más y 2 de cada 3 hombres asistieron a consulta, lo que representa un número considerable de personas mayores que debe atender el sistema de salud.

Analizándolo por grupos de edad, se encontró que no hay asociación significativa con asistir a consulta si pertenece a un grupo u otro de edad, es decir que el tener entre 60 y 74 años o estar en el grupo de 75 años o más no se puede asociar a la concurrencia a consulta. No obstante, en los hombres se da un ligero aumento del porcentaje de hombres de 75 años o más que asisten a consulta con respecto a los que tienen 60 a 74 años, de un 65% a un 70%.

Figura 7. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores, según características socio-demográficas y sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Esta descrito en la literatura especializada que las mujeres tienen una mayor tendencia a asistir a consulta que los hombres en cualquier contexto, dado que tienen a lo largo de su

vida un contacto más cercano con los servicios médicos, por diferencias de roles. Ya sea por cultura o tradición, las mujeres son por lo general las encargadas de llevar a los hijos al médico y son las que cuidan también a los enfermos, por tanto les resulta más natural asistir al médico. En el caso de los hombres, aumenta ligeramente asistir a consulta cuando tienen más edad, lo cual puede estar relacionado con el aumento de las enfermedades y limitaciones que presentan, y que necesiten por tanto de la asistencia médica.

En el caso del nivel de educación, tampoco se encontró significación estadística con el hecho de asistir a consulta, no obstante, se puede observar que en los hombres, los que tienen menor nivel de educación, presentan un ligero aumento en la proporción de asistencia a consulta, con respecto a los que tienen mayor nivel de educación. (Figura 8) Este hallazgo en cuanto a la no asociación entre el nivel de educación y el acceso a los servicios de salud contrasta con lo encontrado en la bibliografía analizada anteriormente, ya que se había encontrado que era una variable importante tanto para el estado de salud como para el acceso a los servicios.

Hay que destacar que en otros contextos el nivel de educación está muy relacionado con el nivel de ingresos, y por lo general los sistemas de salud en el mundo cuentan con una variedad de servicios de salud, privados y públicos, como los seguros médicos de cobertura total o parcial entre otros, los cuales presentan un acceso diferenciado en cuanto a nivel de ingresos y de educación, como en lo encontrado en el caso de Brasil⁴⁴ y en otros países desarrollados⁴⁵.

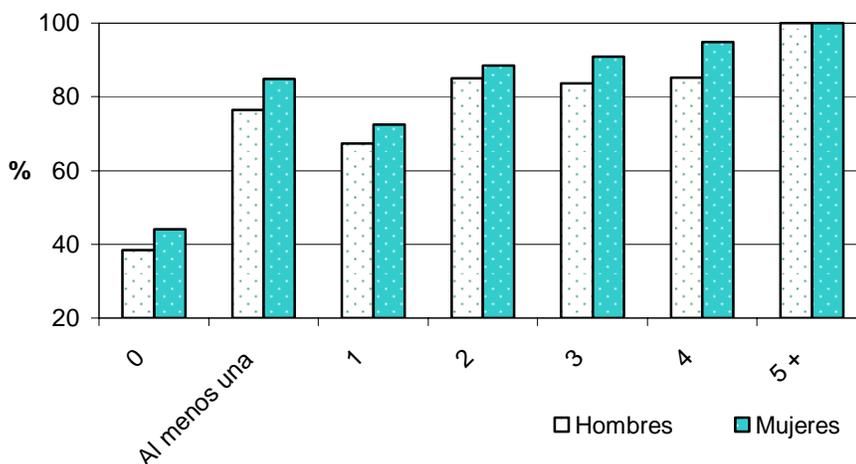
El estado conyugal no fue significativo con asistir a consulta, aunque para los dos sexos se muestra que tienen un ligero mayor porcentaje de asistencia a consulta los que están casados o unidos con respecto a los no casados. (Figura 7)

⁴⁴ Lebrão M. Lúcia, Oliveira Duarte, Yeda, *SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento- O Projeto Sabe no município de Sao Paulo: uma abordagem inicial*, ISBN: 85-87943-30-8. 1ra Edición, OPS, Brasília, 2003.

⁴⁵ Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et. Al., *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe*, The EU Working Group on socioeconomic inequalities in health, Lancet 1997.

En el caso de las enfermedades crónicas⁴⁶ si tienen relación significativa con asistir a consulta, quiere decir, en este caso que el asistir a consulta está muy relacionado con el hecho de tener o no enfermedades, y la cantidad de enfermedades. En la Figura 8 vemos que en el caso de las personas que no presentan enfermedades crónicas, asisten al médico al menos una vez en el último año, más de un 30%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. El presentar al menos una enfermedad hace que aumenten las consultas a más de un 70% en los hombres y más de un 80% en las mujeres.

Figura 8. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores, según cantidad de enfermedades crónicas y sexo.

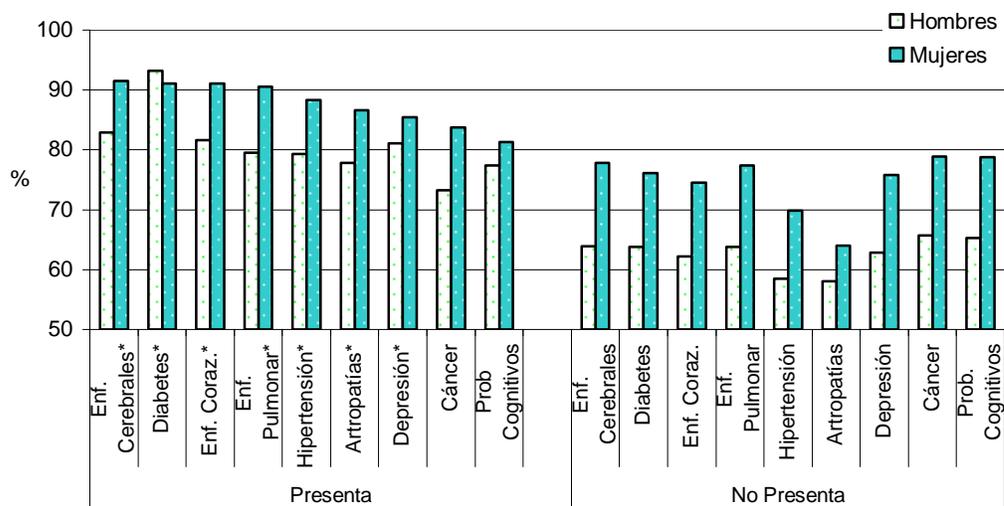


Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

⁴⁶ Enfermedades crónicas: Enfermedades cerebrovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares y cáncer.

En la Figura 9, vemos como se dijo anteriormente, que las personas que presentan enfermedades van más a consulta que las que no presentan, tanto para hombres como mujeres y en todas las enfermedades estudiadas. Del total de mujeres, asisten a consulta alrededor de un 90% por enfermedades cerebrovasculares, del corazón, de los pulmones y por diabetes. Por el resto de las enfermedades van alrededor del 80%. Para los hombres, es menor el porcentaje que asiste a consulta, tanto en los que presentan como los que no presentan con respecto a las mujeres, con excepción de la diabetes.

Figura 9. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores según enfermedades y sexo.



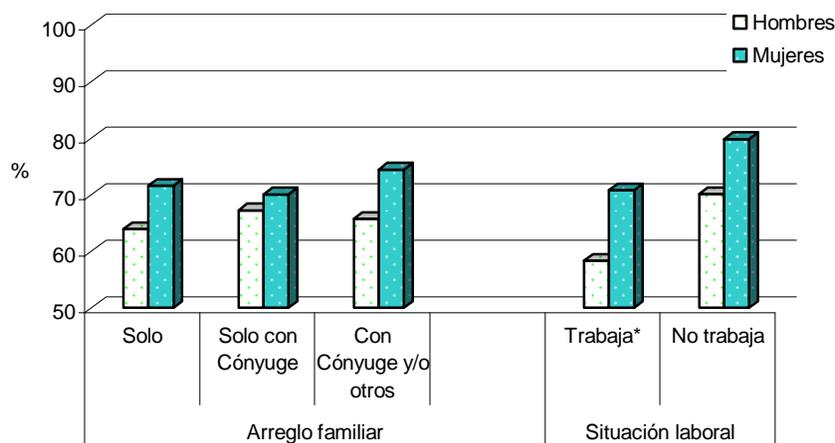
Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Como se observó anteriormente, existe un diferencial por sexos tanto en la presencia de enfermedades, como en asistir a una consulta médica, las mujeres son las que más enfermedades tienen y las que más asisten al médico.

Si analizamos la realización de consultas según los arreglos familiares (Figura 10), se observa que hay un comportamiento similar para los que viven solos y los que viven con cónyuge, aunque en el caso de vivir con cónyuge y/o otros, en las mujeres aumenta a

cerca del 75% las que hicieron consulta, con respecto a alrededor de 70% en solo y solo con cónyuge.

Figura 10. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores según características socio-económicas y sexo.

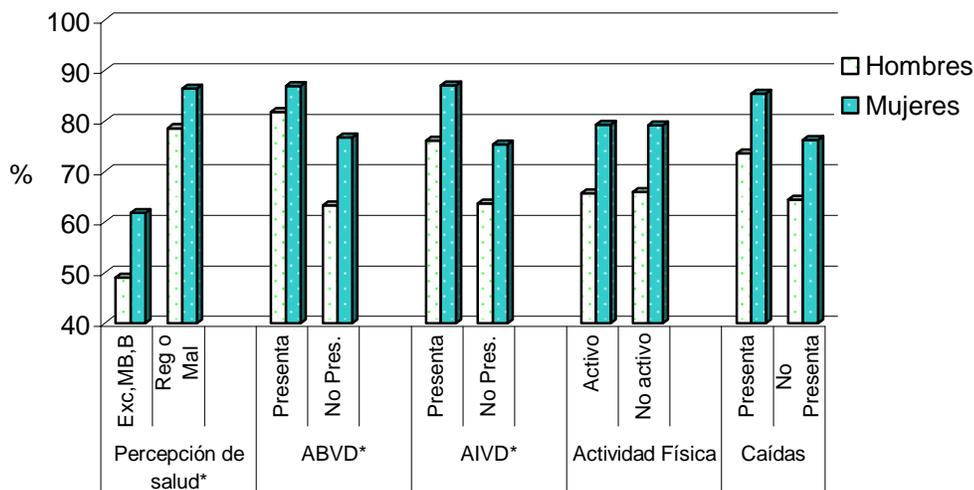


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Con relación a la situación laboral se dan importantes cambios. Del total de hombres que trabajaban, cerca del 55% asistió al médico, mientras que del total de los que no trabajaban fueron casi el 70%. Para las mujeres sucede parecido, lo que en mayor proporción.

La percepción de salud, que no está asociada directamente a alguna enfermedad en particular, sino a la propia apreciación de la persona, sí influye directamente en la asistencia al médico. Del total de mujeres, las que se perciben regular o mal, acuden en alrededor de un 85%, con respecto al total de mujeres que se perciben excelente, muy bien o bien que van en un 60%. En los hombres también es importante este indicador, ya que los que se sienten regular o mal, asisten a consulta en casi un 80%, mientras que del total que se sienten bien van menos de un 50%. (Figura 11)

Figura 11. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores según percepción de salud, limitaciones funcionales y actividad física por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Las limitaciones en las actividades de la vida diaria también tienen asociación significativa con asistir a consultas, los que presentan limitaciones van más al médico que los que no tienen. La variable de actividad física no aporta diferencias para la realización de consultas. Los adultos mayores que presentan caídas en los últimos doce meses, van más a consulta.

El análisis bivariado realizado (Anexo 3), muestra que las variables que tuvieron significación estadística fueron el sexo, la situación laboral, y las enfermedades crónicas. Posteriormente se realizó un análisis multivariado de regresión Probit y se encontró significación estadística en las mismas covariables reportadas anteriormente: sexo, situación laboral y la tenencia de alguna enfermedad crónica. (Anexo 4) El análisis probit muestra como las mujeres tienen 7,9 veces más probabilidad de ir a consulta médica que los hombres, los que no están trabajando tienen 8,4 veces más probabilidad de ir al médico que el que se encuentra trabajando y la tenencia de alguna enfermedad crónica

eleva en 38,8 veces la probabilidad de ir al médico con relación a las personas que no padecen de alguna de esas enfermedades.

4.2 Hospitalización

El Sistema Nacional de Salud está concebido en función de brindar la mayor cantidad de servicios de salud en el primer nivel de atención, el cual organiza sus servicios de salud desde la prevención de enfermedades, hasta el ingreso domiciliario atendido por el médico y la enfermera de la familia, en los casos que esto procede, el segundo nivel de hospitalización se realiza en los Policlínicos Principales de Urgencias (PPU) y en los hospitales.

De aquí que el porcentaje de adultos mayores que han estado ingresados en hospitales es bajo, y responde solo a los que estuvieron ingresados en un hospital al menos una noche en los últimos cuatro meses. Se hospitalizaron el 6.1% de los adultos mayores, siendo ligeramente superior en las mujeres que en los hombres (Cuadro 12).

Cuadro 12. Ciudad de La Habana. Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron en los últimos 4 meses por sexo. Año 2000.

Hospitalización	Total	Hombres	Mujeres
Cuba	6.1	5.9	6.2
Brasil	5.9	7.1	5.1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE de Cuba, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005, y la Base de Datos de SABE de Brasil, en Encuesta SABE- **Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe**, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2005.

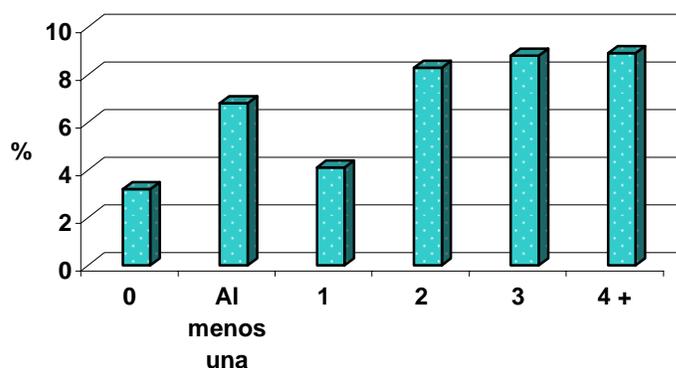
Comparando este nivel de hospitalización con otros contextos, en este caso la información para Brasil, que realizó la misma encuesta SABE, organizada por la OPS, se constata que el nivel de hospitalización en el estudio para Brasil es semejante en cuanto al nivel de los porcentajes, teniendo que las mujeres cubanas presentan una pequeña

proporción de ingresos hospitalarios que las brasileñas, mientras que en los hombres es al contrario, los cubanos presentan menos proporción que los brasileños.

Cuando se analiza la hospitalización de los adultos mayores, según la presencia de enfermedades crónicas (Figura 12), se observa que se duplica el porcentaje de personas hospitalizadas cuando se tiene al menos una enfermedad crónica, con relación a los que no presentan enfermedades crónicas.

Si analizamos el nivel de hospitalización según la cantidad de enfermedades crónicas, hay un aumento de la proporción de hospitalizaciones a medida que aumenta el número de enfermedades, duplicándose el porcentaje de personas hospitalizadas cuando presentan 2 o más enfermedades con relación a una enfermedad. Esto puede deberse al agravamiento del estado de salud cuando se tienen más de una enfermedad, sobre todo en el caso de los adultos mayores que necesitan la hospitalización, provocando una complicación en el cuadro de salud.

Figura 12. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según cantidad de enfermedades crónicas. Ambos sexos.



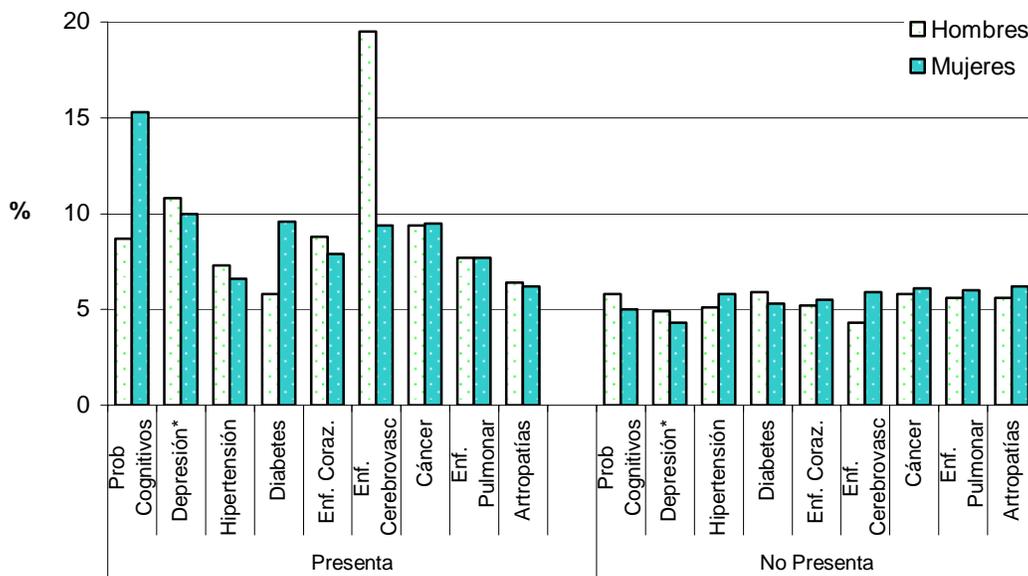
Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Si analizamos el nivel de hospitalización según la cantidad de enfermedades crónicas, hay un aumento de las hospitalizaciones a medida que aumenta la cantidad de éstas, duplicándose el porcentaje de personas hospitalizadas cuando presentan 2 o más enfermedades con relación a una enfermedad.

Por lo general, tanto en hombres como en mujeres, la presencia de enfermedades hace que aumente el porcentaje de hospitalización. (Figura 13) En el caso de la depresión, presenta asociación significativa con la hospitalización, teniendo que la proporción de hospitalizaciones cuando tienen la enfermedad, aumenta en el doble con respecto a los que no la tienen, tanto para hombres como para mujeres.

En el caso de las mujeres, la diabetes y el deterioro cognitivo, son enfermedades que tienen asociación significativa con la hospitalización. La proporción de hospitalizaciones cuando presentan diabetes aumenta en el triple, mientras que cuando presentan deterioro cognitivo es del doble con respecto a las que no presentan estas enfermedades.

Figura 13. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según enfermedades y sexo.

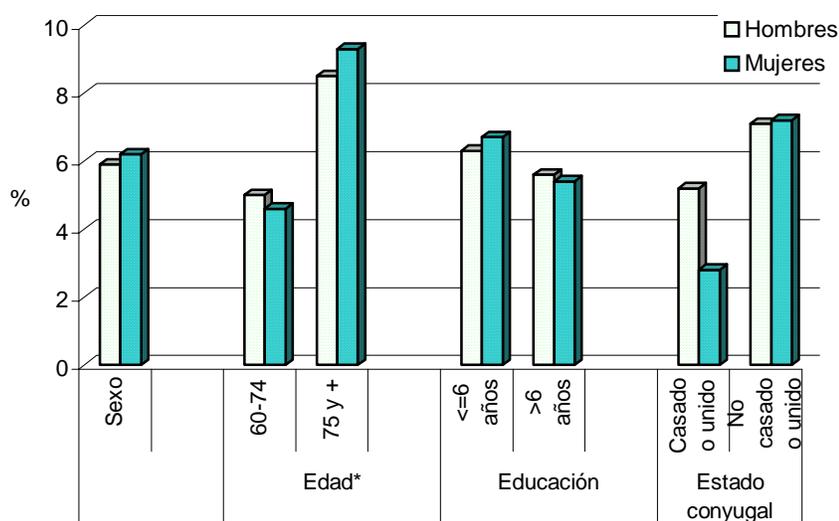


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

En los hombres, la enfermedad cerebrovascular presenta asociación significativa con la hospitalización, aumentando casi cinco veces la proporción de hospitalización cuando se tiene enfermedad cerebrovascular.

Los variables estudiadas en la Figura 14, revelan que en el caso del sexo, no se da una variación importante en los niveles de hospitalización. Con relación a la variable edad si hay una diferencia estadísticamente significativa, cuando la persona tiene 75 años o más, el por ciento de hospitalización es mayor (más de un 8%), teniendo mayor porcentaje las mujeres, con respecto a poco más de 4% en el grupo de 60-74 años.

Figura 14. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según variables socio- demográficas y sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

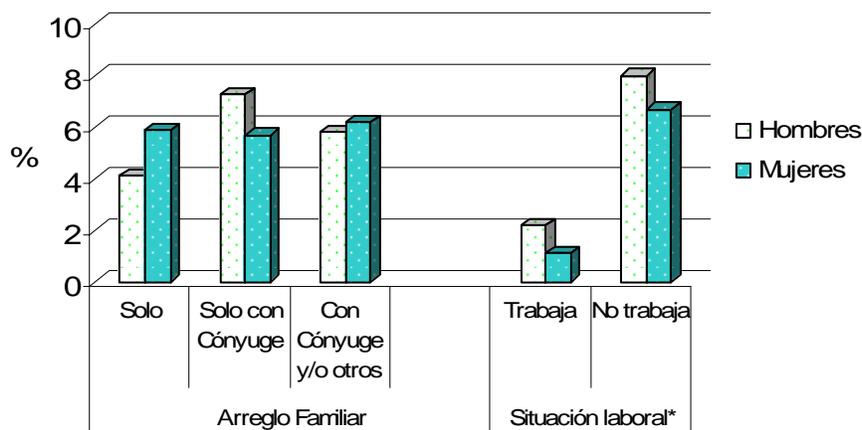
Entre la hospitalización y el nivel de educación, se tiene que, los que tienen 6 años o menos de estudio, del total de mujeres cerca del 7% se hospitalizan y en los hombres es

cerca de 6%; los que tienen más de 6 años de estudio tienen un menor porcentaje de ingresos hospitalarios.

En cuanto al estado conyugal también es significativo el hecho de que los que no están casados o unidos, tanto en hombres como en mujeres se hospitalizan cerca del 7%, mientras que los que están casados o unidos del total de hombres se hospitalizaron el 5%, siendo menor en las mujeres, cerca del 3%.

En cuanto a los arreglos familiares (Figura 15) se tiene que los que viven solos, tienen menos hospitalizaciones, que los que viven solos con cónyuge y los que viven con cónyuge y/o otros. En el caso de vivir solo con el cónyuge, del total de hombres se hospitalizaron el 7,3%, siendo mayor que en las mujeres que viven solas con cónyuge.

Figura 15. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según características socio-económicas y sexo.

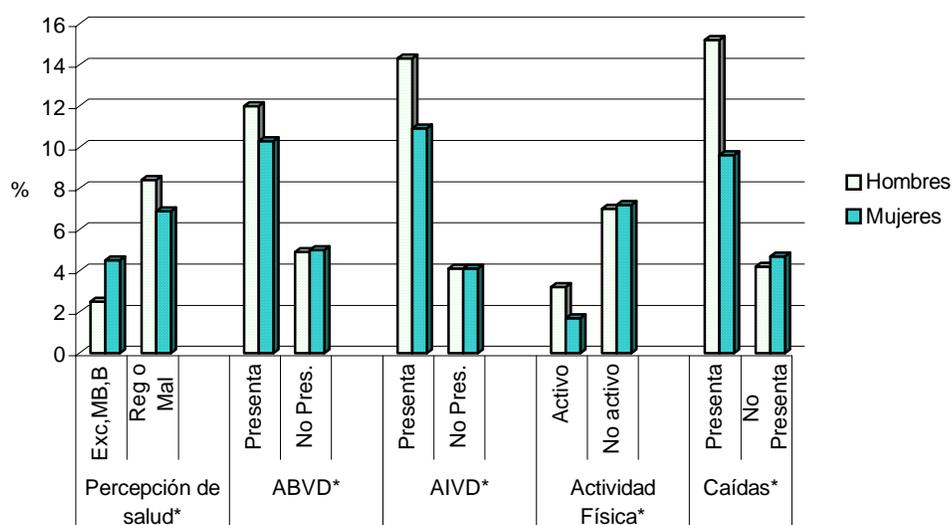


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

La situación laboral es estadísticamente significativa con relación a la hospitalización. Del total de mujeres que trabajaban, el 1,1% se hospitalizó, mientras que de las que no trabajaban se hospitalizó el 6,7%. En el caso de los hombres sucede de forma semejante, se hospitalizan más los que no trabajan. Tanto para los que trabajan como los que no trabajan, los hombres se hospitalizan más que las mujeres.

Las variables relacionadas con la percepción de salud, limitación en las actividades funcionales, la actividad física y las caídas (Figura 16) son estadísticamente significativas con relación a la hospitalización. Al igual que sucedió en asistir a consultas, en la hospitalización influye la percepción de salud, los que se sienten regular o mal tienen mayor porcentaje de hospitalización, y es mayor en hombres que en mujeres.

Figura 16. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según percepción de salud, limitaciones funcionales y actividad física por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Tener limitaciones en las actividades de la vida diaria, tanto en instrumentales como en las básicas, aumenta el porcentaje de hospitalización, siendo mayor en los hombres, en ABVD es de 12% y en AIVD de 14%. Con relación a las mujeres, del total que presenta limitaciones, cerca del 10% se hospitaliza entre las que presentan tanto limitaciones básicas como instrumentales. Los que no presentan, tienen entre un 4 y un 5% de hospitalización para ambos sexos.

En relación con la realización de actividad física y la hospitalización, aumenta el porcentaje de hospitalización en los que no realizan actividad. Del total de mujeres, las hospitalizadas que no realizan actividades son el 7,2%, mientras que las que sí realizan actividades solo se hospitalizan menos de 2%. Para los hombres sucede de forma similar en los que no realizan actividad física, mientras que los que sí realizan actividad física, tienen mayor grado de hospitalización.

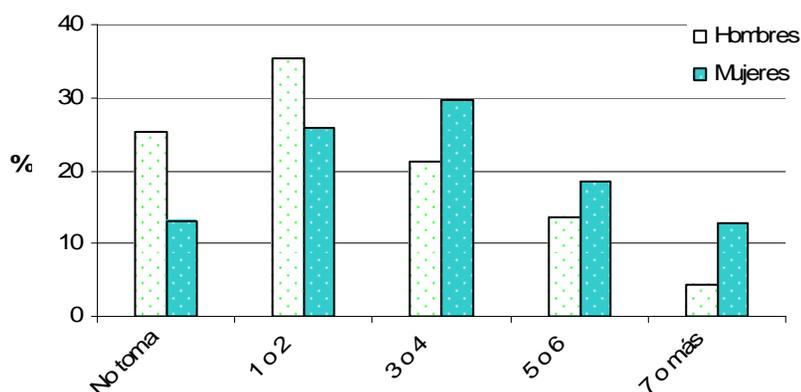
La hospitalización en relación con las personas que tuvieron caídas en los últimos doce meses, es superior a los que no presentaron caídas, en el caso de las mujeres se duplica el porcentaje, y entre los hombres se triplica.

4.3 Consumo de medicamentos

Los adultos mayores que consumen medicamentos presentan diferencias por sexo, un 25% de los hombres no consumen medicamentos, mientras que en las mujeres son un 13% las que no consumen medicamentos. Por tanto, hay mayor proporción de mujeres que consumen medicamentos que de hombres. (Figura 18)

Si analizamos la cantidad que se consume, en 1 o 2 medicamentos son los hombres los que tienen mayor por ciento de consumo, para ir disminuyendo la proporción de personas que consumen a medida que aumenta la cantidad de medicamentos, y las mujeres presentan igual comportamiento que los hombres, pero en una mayor proporción que estos. (Figura 17)

Figura 17. Porcentaje de consumo de medicamentos de los adultos mayores según cantidad de medicinas y sexo.

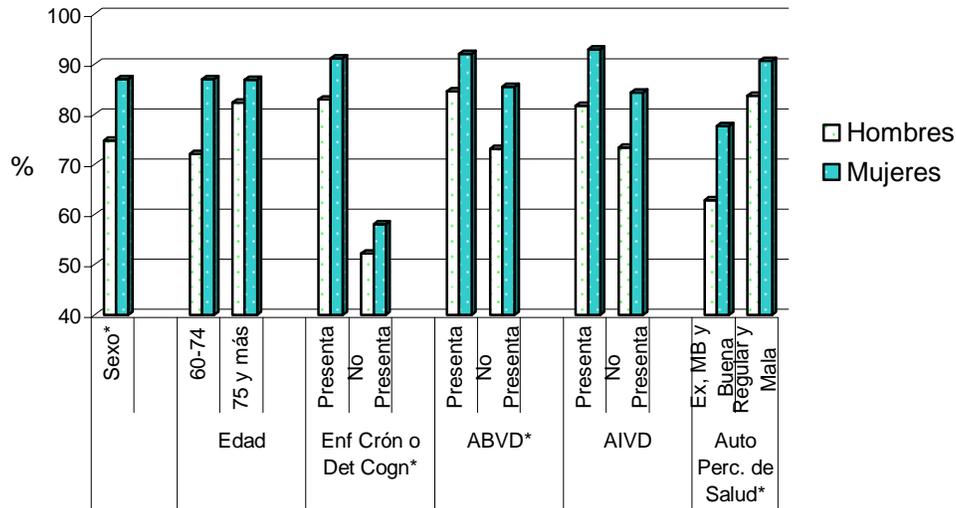


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

El sexo en relación con el consumo de medicamentos es estadísticamente significativo (Figura 19), las mujeres tienen mayor porcentaje de consumo de medicamentos que los hombres, como se analizó en la figura anterior. Con respecto a la edad, se dan diferencias en el caso de los hombres, los más viejos consumen más que los más jóvenes, mientras que las mujeres no presentan diferencias en el consumo por edad.

Presentar enfermedades crónicas o deterioro cognitivo con relación a tomar medicina es estadísticamente significativo (Figura 18). Del total de hombres que presentan enfermedades, algo más del 80% consume medicamentos, y en las mujeres es de más del 90%. Los que no presentan enfermedades tienen mucho menor porcentaje de consumo de medicamentos, cerca de 50% en los hombres y casi 60% de las mujeres. La presencia o no de limitaciones en las actividades de la vida diaria tiene relación con tomar medicinas, su consumo aumenta en los que presentan las limitaciones tanto en ABVD como en AIVD y para ambos sexos.

Figura 18. Porcentaje de consumo de medicamentos de los adultos mayores según edad, enfermedades crónicas o deterioro cognitivo, limitaciones y autopercepción de salud por sexo.

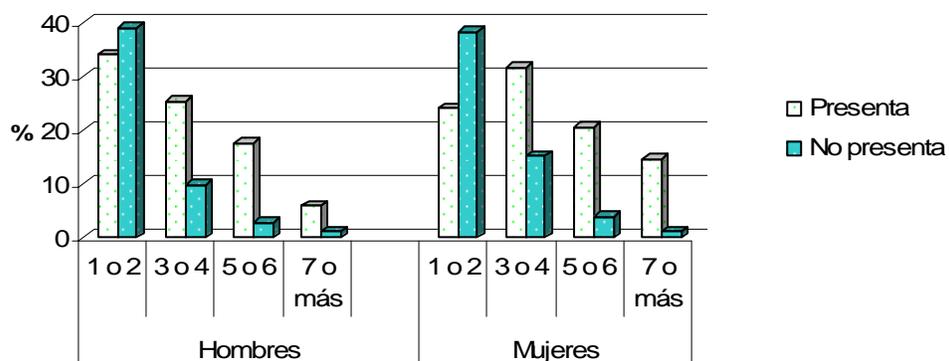


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

La percepción de salud con relación a tomar medicinas es estadísticamente significativa, de los que tienen una percepción de salud regular o mala, las mujeres consumen medicamentos en un 90%, mientras que en los hombres es de un 83%. El consumo de medicamentos disminuye considerablemente en los que se sienten excelente muy bien o bien, del total de hombres es el 62,8% y en las mujeres del 77%.

En cuanto a la relación entre las enfermedades crónicas o deterioro cognitivo con la cantidad de medicinas que consumen (Figura 19), se encontró que en relación a tomar uno o dos medicinas, los hombres que presentan enfermedades se encuentran en mayor proporción que las mujeres. Ha medida que aumenta la cantidad de medicinas que toman, son las mujeres las que consumen más.

Figura 19. Porcentaje de consumo de medicamentos de los adultos mayores que presentan enfermedades crónicas o deterioro cognitivo según cantidad de medicamentos por sexo.

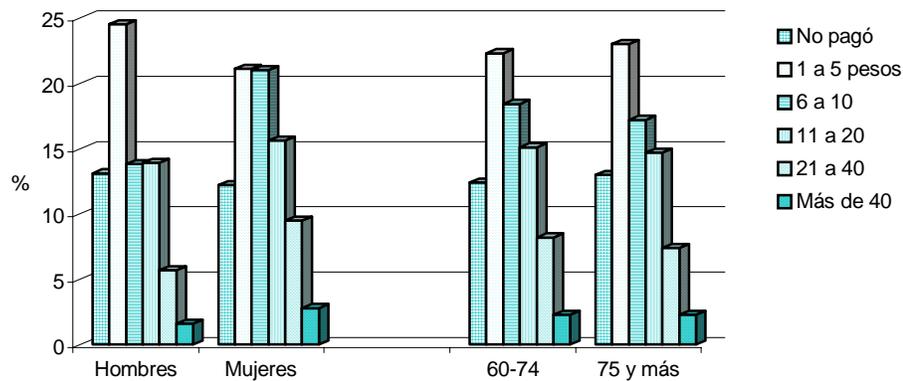


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Con relación al pago de las medicinas según su costo (Figura 20), se encontró que tanto en las mujeres como en los hombres, los que no pagaron las medicinas están entre un 12 y un 13% respectivamente.

Cuando el gasto en medicamentos fue de 1 a 5 pesos, se encontró que lo pagó el 25% de los hombres, mientras que en las mujeres fue de casi 20%. Ha medida que aumenta el gasto, disminuye la proporción de personas que gastan en medicamentos tanto en hombres como en mujeres, aunque la proporción de mujeres que gastan más es mayor que en los hombres.

Figura 20. Porcentaje de adultos mayores que pagan medicinas según el gasto en medicinas por sexo y edad.

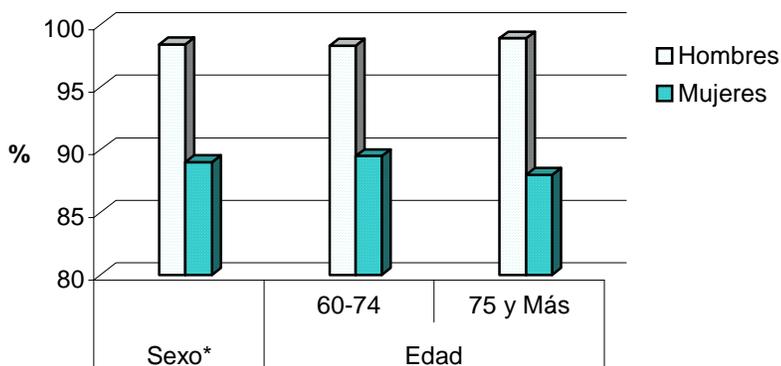


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Teniendo en cuenta la edad, vemos que no se encontraron diferencias significativas en el pago de los medicamentos entre los más jóvenes y los más viejos, teniendo un comportamiento similar por edad para todos los grupos de gastos en medicinas.

Con relación a la disponibilidad de ingresos (Figura 21), se encontró en los adultos mayores diferencias estadísticamente significativas por sexo, siendo mayor el porcentaje de hombres que recibe algún ingreso que las mujeres. Por edad no se aprecian diferencias en recibir ingresos entre los más jóvenes y los más viejos.

Figura 21. Porcentaje de adultos mayores que reciben algún ingreso por sexo y edad.

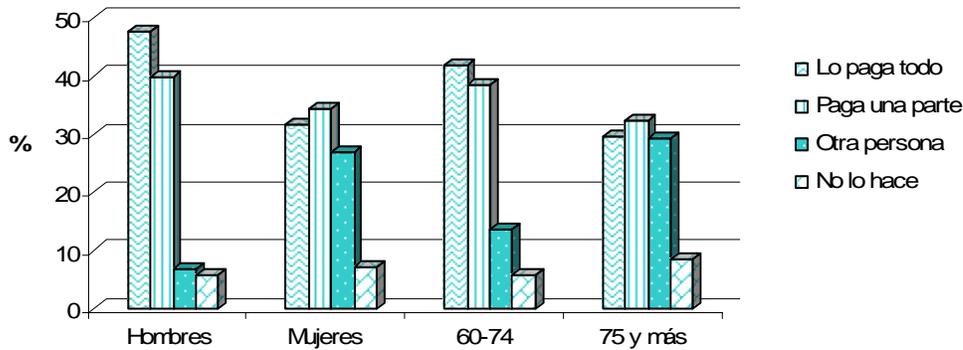


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

De acuerdo a como los adultos mayores efectúan el pago de medicamentos (Figura 22), en los hombres los mayores porcentajes se encontraron en lo paga todo o una parte, mientras que en las mujeres tienen un menor porcentaje de pagar todo o una parte, aumentando considerablemente la proporción de mujeres que el pago lo realiza otra persona.

En cuanto a las diferencias por edad, se encontró que los hombres y los más jóvenes se comportan de manera similar, y los más viejos y las mujeres también de manera similar.

Figura 22. Porcentaje de adultos mayores según como efectúan pago de medicamentos por sexo y edad.



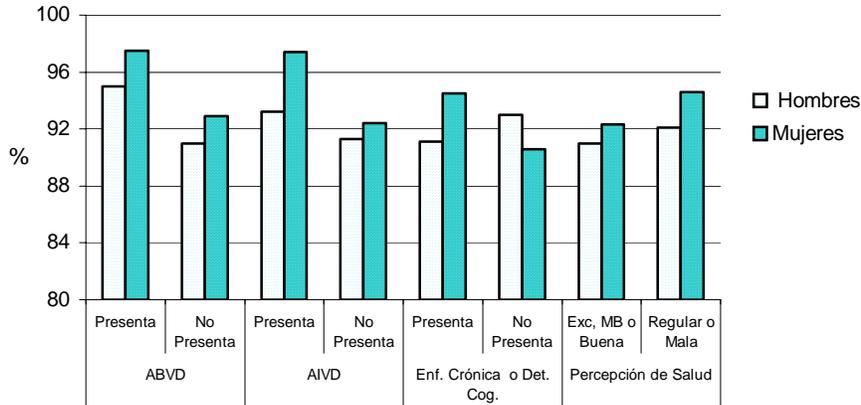
Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Las diferencias por sexo de pagar los medicamentos, están dadas principalmente porque existe una mayor proporción de hombres que trabajan o que trabajaron en algún momento de su vida y reciben alguna pensión, mientras que por lo general las mujeres, tienen un alto grado de amas de casa, que nunca trabajaron y que dependían económicamente del cónyuge, en el caso de las mayores de 75 años se encuentran en peor situación, ya que hay más mujeres viudas por tanto no tienen su pareja para hacerle frente a los gastos y por tanto acudir a familiares u otros.

Analizando la población adulta mayor según si recibe alguna ayuda⁴⁷, se observa que las mujeres reciben más ayuda que los hombres, y la presencia de alguna limitación funcional o enfermedad incrementa la proporción de personas que reciben alguna ayuda, excepto en los hombres con enfermedades crónicas o deterioro cognitivo. Con relación a la percepción de salud, los que la perciben como regular o mala, tienen mayor proporción de personas que reciben ayuda con relación a los que se perciben con buena salud. (Figura 23)

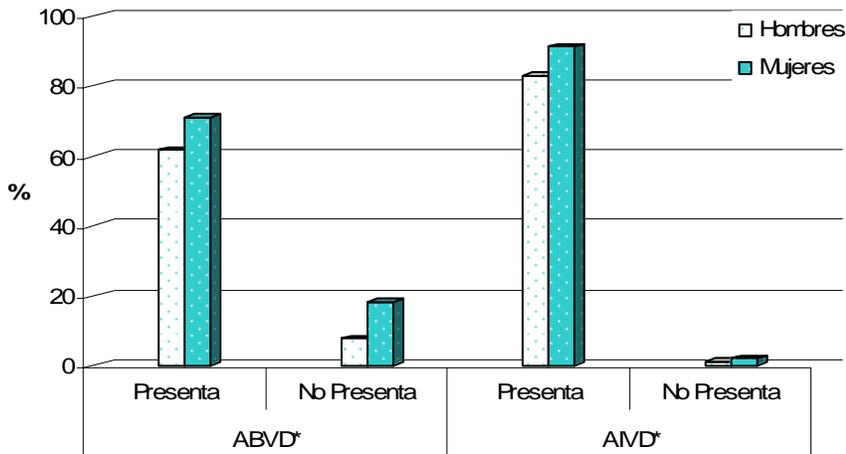
⁴⁷ Recibir alguna ayuda en: dinero, servicios, cosas, compañía y otros.

Figura 23. Porcentaje de la población adulta mayor que recibe alguna ayuda según enfermedades, limitaciones y percepción de salud por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Figura 24. Porcentaje de limitaciones funcionales de los adultos mayores según si recibe apoyo por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Teniendo en cuenta las redes de apoyo de las personas que presentan limitaciones funcionales (Figura 24), se observa que las personas que presentan limitaciones en las ABVD y en las AIVD, reciben apoyo en mayor proporción que las que no presentan, siendo mayor en las AIVD que en las ABVD, tanto en hombres como en mujeres. Se da un diferencial por sexo en recibir apoyo a favor de las mujeres.

4.4 Reflexiones parciales

A modo de resumen de las condiciones o características que presentan los adultos mayores en cuanto al uso de los servicios médicos tenemos:

En realización de consultas en el último año, más de las dos terceras partes de los adultos mayores asistieron a consulta, siendo mayor la proporción en mujeres. En el análisis estadístico realizado se obtuvo una asociación significativa de determinadas variables de los adultos mayores con relación a asistir a consulta, estas son el sexo, la situación laboral, las enfermedades crónicas, la percepción de salud y las limitaciones funcionales.

En el caso de las hospitalizaciones, menos de la décima parte de los adultos mayores estuvo al menos una noche en los últimos cuatro meses hospitalizado. Las variables que tienen asociación significativa son la edad, el estado de salud y la situación laboral para ambos sexos.

Un elevado porcentaje de adultos mayores consumen medicinas, teniendo entre las variables que tienen asociación significativa el sexo, la percepción de salud, las enfermedades, las limitaciones funcionales tanto en hombres como en mujeres.

El porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos se diferencia en cuanto a sexo, no así por edad. El pago de los medicamentos está influido por el sexo y la edad, en este caso las mujeres y los más viejos pagan menos los medicamentos por sí solos.

La mayoría de los adultos mayores recibieron algún tipo de ayuda. Las variables que más influyeron en la proporción de los que recibieron ayuda son el sexo, las enfermedades,

las limitaciones funcionales y la percepción de salud. Este indicador es importante para visualizar una subpoblación que puede estar en situación de riesgo, que serían los adultos mayores que no cuentan con redes de apoyo, tanto a nivel familiar como social.

Reflexiones finales

El estudio del perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores arrojó un diferencial importante en desventaja de las mujeres y los adultos mayores de mayor edad en cuanto a nivel de educación, presencia de enfermedades y limitaciones funcionales.

Estos resultados pueden contribuir a explicar el bajo nivel del diferencial por sexos de la esperanza de vida en Cuba. En este sentido, las mujeres cubanas viven más que los hombres, pero, comparando el nivel de esperanza de vida con países que tienen similar valor, las mujeres cubanas viven menos años que lo que les correspondería vivir.

Estos programas y acciones en función de los adultos mayores todavía son de reciente implementación, lo cual unido a las condiciones económicas del país, hace que su desarrollo no esté en correspondencia con la proporción de adultos mayores que presenta el país, creándose un desequilibrio entre las necesidades sociales y de atención de salud de los adultos mayores en el país y la oferta de estos.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, el asistir a consulta en el último año estuvo relacionado significativamente con el sexo, la situación laboral, la percepción de salud, las enfermedades crónicas y las limitaciones funcionales.

Por otro lado, el haber estado hospitalizado en los últimos cuatro meses estuvo relacionado significativamente con la edad, la situación laboral, las limitaciones funcionales y las enfermedades.

Se corroboran en el estudio realizado que existen tanto factores biológicos, como socio-económicos que influyen en las condiciones de salud en los adultos mayores, y que también se verifican en el caso del acceso diferenciado a los servicios de salud. En este sentido se hallaron diferencias principalmente por sexo, situación laboral y presencia de enfermedades crónico-degenerativas.

Resulta importante a destacar que no se halló asociación significativa entre el nivel de educación y el uso de ambos servicios de salud, por lo cual no se cumple la hipótesis planteada al respecto inicialmente, y que estaba sustentada en cuanto a la importancia de esta variable en otros contextos.

Teniendo en cuenta que la población de la tercera edad en el país en la actualidad es de alrededor del 15%, y las condiciones socio-económicas y de salud que estos presentan, se requiere de servicios de salud especializados y otros servicios sociales, que resultan insuficientes, de acuerdo con su demanda en la actualidad.

Según las proyecciones de población, se espera que hacia el 2020, la población adulta mayor sea superior al 20%, por lo que este aumento implicará en el corto y mediano plazo un aumento de la demanda de estos servicios, provocando un aumento de los costos en cuanto a la atención diferenciada a este segmento de la población.

En función de lograr una esperanza de vida saludable y un envejecimiento con mayor calidad, ya se están dando pasos en nuestra sociedad, con la elaboración de programas y políticas que integren los distintos sectores, para dar un mayor impulso en los próximos años a las estrategias trazadas.

Bibliografía

Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, Formato Electrónico, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Benítez Pérez, María Elena, **Cuba. El Sistema de Salud frente a una población que envejece**, en la Octava Conferencia de Actuarios y Financistas a nivel internacional, Montevideo, Uruguay, Formato Electrónico, Junio 2003.

Bongaarts, John y Susan Cotts Watkins (1996), "Social interactions and contemporary fertility transitions", Population Council Research Division Working Paper, N° 88, Nueva York, Population Council.

Castro Ruz, Fidel, Discurso pronunciado en ocasión del aniversario 47 de su entrada en Pinar del Río, en el acto por la culminación del montaje de los grupos electrógenos en esa provincia. Pinar del Río, 17 de enero de 2006.

Chackiel, Juan, **La dinámica demográfica en América Latina**, Serie Población y Desarrollo #52, CELADE, Chile, mayo del 2004.

Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, Organización Panamericana de Salud, **Conclusiones preliminares del Taller de Esperanza de Vida Saludable**, Ciudad de La Habana, enero 2006.

CEPAL, **Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas**, Brasil, 2002.

Comisión de la Unión Europea, El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores. Garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera, [geninfo/legal_notices_es.html](#), 5 de diciembre, 2001. (Consultado noviembre del 2005)

Dror, D., Jacquier, C. **Microseguro: extensión del seguro de salud a los excluidos**, Revista Internacional de Seguridad Social, Vol. 52, Núm. 1, 1999.

Frenk, Julio, **La Salud de la población. Hacia una nueva salud pública**, <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/toc.htm>. (Consultado noviembre del 2005)

Gómez León, Madelín, **Extensión y calidad de la supervivencia**, trabajo de diploma presentado en opción a la Licenciatura en Economía, Facultad de Economía- Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana, Cuba, julio del 2003.

Gómez, Rubén Darío, **La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?**, Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, La Habana, septiembre de 2001.

Guzmán, José Miguel; Sosa, Zulma, **Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Boletín Informativo**, CELADE/CEPAL, División de Población, Santiago de Chile, marzo de 2002.

Herrera León, Lorenzo, **Patrón y nivel de la sobrevivencia fetal en Cuba. 1998-2002**, Trabajo de aspirante a Doctor en Ciencias Económicas, Centro de Estudios Demográficos, La Habana, diciembre 2005.

Hernández Castellón, Raúl, **Estudio comparativo sobre el envejecimiento de la población en España y Cuba: Análisis de planes de acción**, Centro de Estudios Demográficos, Ciudad de La Habana, julio 2003.

Hernández Castellón, Raúl, **El Proceso de La Revolución Demográfica en Cuba**, Editorial Ciencias Sociales. 2da Edición, Universidad de La Habana, Centro de Estudios Demográficos, mayo, 1986.

Hernández Castellón, Raúl, **Los Modelos de Atención a los Adultos Mayores en Cuba. Algunas consideraciones**, en Revista Novedades en Población. Difusión de los resultados científicos, de la necesidad a la realidad, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de la Habana, No. 1, Formato Electrónico, enero-junio del 2005.

House JS, Kessler RC, Herzog AR., **Age, socioeconomic status, and health**, Milbank Q. 1990; 68(3):383-411. PMID: 2266924 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Lage Dávila, Carlos, **Acuerdo # 3790 del Consejo de Ministros**, Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, La Habana, Octubre, 2000.

Lalonde, M., **A new perspective on the health of Canadians**, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1994, en **Medicina preventiva y salud**

pública, G. Piédrola Gil, J Del Rey Calero, M. Domínguez Carmona, 9na edición, 1994.

Lebrao M. Lúcia, Oliveira Duarte, Yeda, **SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento- O Projeto Sabe no município de Sao Paulo: uma abordagem inicial**, ISBN: 85-87943-30-8. 1ra Edicáo, OPS, Brasilia, 2003.

Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et. Al., **Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe**, The EU Working Group on socioeconomic inequalities in health, Lancet 1997.

Marín, Clara, **Envejecimiento de la Población y sus repercusiones sobre el sector de la Salud en Cuba**, CELADE, Santiago de Chile, 1995.

Matanyaire, Sandra D., **The AIDS Transition: impact of HIV/AIDS on the demographic transition of black/African South Africans by 2021**, University of the Western Cape., November 2004.

Ministerio de Salud Pública, **Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015**. Documento de trabajo, informe preliminar, Ciudad de La Habana, 2005.

Montejo de la Torre, Ernesto; López Pardo, Cándido; et al., **Salud para todos. Sí es posible**, Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, La Habana, 2004.

Organización Mundial de la Salud, **La OMS lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento de la población**. 6 de septiembre, 2004, Ginebra.

Prieto Ramos, et al, **Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas**, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, 2da edición, Ciudad de la Habana, Cuba, 1996.

ANEXOS

Anexo 1. Análisis Estadístico de Variables Seleccionadas.

	<u>Análisis Descriptivo (Bivariado)</u>	<u>Análisis Multivariado</u> (Modelo Regresión Logística)	<u>Percepción de</u>	<u>Limitaciones en</u>	<u>Percepción</u>	<u>(AVD)</u>
	<u>Salud</u>	<u>(AVD)</u>	<u>Salud</u>	<u>Salud</u>	<u>(AVD)</u>	<u>(AVD)</u>
NS: No Signif.						
S: Significativo						
Sexo (Ref: Mujer)	S	S	S	S	S	S
Edad	<u>NS</u>	S				
60-69			S	S		
70-74			<u>NS</u>	S		
75+ (var Ref.)						
Arreglos familiares	<u>NS</u>	S	<u>NS</u>	S		
Casado o unido	S	S	<u>NS</u>	<u>NS</u>		
Nivel de Educ.	S	S				
Primaria (Var Ref.)						
Secundaria o			<u>NS</u>	S		
Pre universitario						
Universitario			S	S		
Enfermedades Crónicas	S	S	S	S		
Nivel Socioeconómico	S	<u>NS</u>	<u>NS</u>	<u>NS</u>		
Limitaciones en AVD	S		S			

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Anexo 2. Análisis multivariado con Modelo de Regresión Probit.

Limitaciones en Actividades de la vida diaria (AVD) (no presenta)

Variable	Categoría	Categoría de referencia	Cambio
Edad	60-69	(75 +)	0.2603
Enfer. Crónicas	No presenta	(Presenta)	0.1745
Nivel Educación	Universitario	(Primario)	0.1561
Edad	70-74	(75 +)	0.1474
Arreg. Familiares	Solo o con esposo	(con otros)	0.0967
Sexo	Hombres	(Mujeres)	0.0965
Nivel Educación	Secundaria o Preuniv.	(Primaria)	0.0828

Percepción de salud (E, MB, B)

Variable	Categoría	Categoría de referencia	Cambio
Enfer. Crónicas	No presenta	(Presenta)	0.3800
Limit. en AVD	No presenta	(Presenta)	0.2717
Nivel Educación	Universitario	(Primaria)	0.2699
Edad	75 +	(60-69)	0.0704
Sexo	Hombres	(Mujeres)	0.0594

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Anexo 3. Análisis Descriptivo Bivariado, asistir a consulta médica en los últimos 12 meses según covariables por sexo.

	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Asistió	No As.	Asistió	No As.	Asistió	No As.
Sexo *	73,7	26,3	65,9	34,1	79,1	20,9
Edad						
60-74	72,5	27,5	64,5	35,5	78,7	21,3
75 y más	76,3	26,3	69,8	30,2	79,7	20,3
Nivel Educación						
Hasta Primaria	74,5	25,5	67,3	32,6	78,4	21,6
Media o superior	72,6	27,4	64,6	35,4	80,1	19,9
Estado Conyugal						
Casado o Unido	71,7	28,3	67,4	32,6	80,1	19,9
Divorc, Viudo, Soltero	75,0	25,0	63,2	36,8	78,8	21,2
Arreglos Familiares						
Solo	71,6	28,4	64,0	36,0	75,6	24,4
Con Cónyuge solo	70,1	29,9	67,3	32,7	75,7	24,3
Con Otros y/o Cóny.	74,5	25,5	65,8	34,2	79,8	20,2
Trabaja	*		*		**	
Si	76,7	23,3	70,2	29,8	79,9	20,1
No	61,9	38,1	58,4	41,6	70,8	29,2
Ingreso Total						
Si	73,6	26,4	65,7	34,3	79,5	20,5
No	75,2	24,8	79,2	20,8	74,7	20,5
Nivel Socioecon.						
Bajo	73,2	26,8	62,8	37,2	80,1	19,9
Medio	73,4	26,6	68,4	31,6	77,2	22,8
Alto	76,7	23,3	74,6	25,4	78,0	22
Enfermedades Crón.	*		*		*	
Presenta	81,7	18,3	76,4	23,6	84,8	15,2
No Presenta	40,8	59,2	38,4	61,6	44,1	55,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Anexo 4. Asistir a Consulta en los últimos 12 meses según variables que dieron significativas. (Análisis multivariado. Regresión Probit)

			Cambio
Sexo	Mujer	(Refer: Hombre)	0.0790
Trabaja	No Trabaja	(Refer: Trabaja)	0.0843
Enf. Crónica	Presenta	(Refer: No Presenta)	0.3875

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Anexo 5. Costos tangibles e intangibles relacionados con la pérdida de salud en los adultos mayores.

Costos Tangibles

Para el Sistema Nacional de Salud

Preparación del personal especializado en geriatría, fisiatría entre otras especialidades.

Equipos y tecnología de avanzada

Medicamentos

Instrumentos o medios de apoyo a los adultos mayores como: andador, bastón, sillas de ruedas, entre otros.

Atención profesional y seguimiento a los hogares de ancianos, círculos de abuelos y casas del abuelo.

Reparación y construcción de salas de geriatría y otras edificaciones propias para la atención de los adultos mayores.

Gastos por concepto del Programa Integral de Atención al Adulto Mayor.

Para el adulto mayor y sus familiares

Disminución de las capacidades para la actividad laboral.

Disminución de los ingresos por concepto de pensión o jubilación.

Gastos en medicamentos y alimentación

Gastos en pago a cuidadores o compañía

Pérdida de horas de trabajo por parte de la familia para atender al adulto mayor.

Gastos en transporte relacionados con la atención médica.

Gastos en investigaciones relacionadas con los adultos mayores.

Costos Intangibles

Pérdida de autonomía.

Pérdida de capacidades físicas y mentales

Reorganización familiar para la atención al adulto mayor con discapacidad o enfermedad

Disminución de la interacción social

Sufrimiento

Inseguridad

Pérdida de años de vida saludable

Fuente: Elaboración propia a partir del esquema orientado por Gálvez, A. M., Especialista en Economía de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, enero 2006.