

ENFOQUES DE LA SITUACION DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.

Cuba /2004

Dra. Yuselis Malagón Cruz
Especialista I Grado en Higiene y Epidemiología
Dra. Adialys Guevara González
Especialista I Grado Bioestadística Médica

Introducción

Las tendencias actuales hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han impactado sobre el envejecimiento poblacional, constituyendo uno de los retos más importantes para las sociedades modernas si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

El comportamiento del envejecimiento en Cuba esta a nivel de los países más desarrollados y constituye un logro de las políticas de salud implementadas desde el inicio de nuestra revolución. Siendo una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

Actualmente el 15% de los cubanos excede de los 60 años y se estima que para el 2015 más del 20% de la población del país este representada por este grupo.

Esta situación es el resultado lógico de la evolución sociodemográfico del país, pero por la rapidez y magnitud que alcanza, hacen que el envejecimiento poblacional sea identificado como uno de los aspectos más relevantes a considerar dentro de las estrategias para el desarrollo socioeconómico del país.

La prolongación de la vida debe ir acompañada de una mejora de la calidad de la vida de quienes alcanzan esta etapa, siendo imprescindible el conocimiento del estado de salud de este sector, así como sus demandas.

El desafío de una ancianidad saludable ha dejando de ser una excepción y privilegio para convertirse en una oportunidad en países como el nuestro, con una esperanza de vida que rebasa los 77 años y programas que apuntan a una calidad de vida cada vez mejor.

Características demográficas

Una persona de 60 años sujeta a las condiciones de mortalidad del período 1969-71 podía vivir 18.5 años más, esa misma persona sujeta a las condiciones de mortalidad del período 2001-03 puede vivir 21.48 años. Lo mismo ha sucedido con “los viejos-viejos”, alguien que hubiera llegado a los 80 años bajo el patrón de mortalidad de 1969-71 podía

aspirar a cumplir hasta 86.17 años, esa misma persona amparada en las condiciones de mortalidad de 2001-03 podía aspirar a sobrepasar su 88 cumpleaños.

En el año 2003, debido al proceso del envejecimiento poblacional, esta población ascendió a 1689326 lo que representó el 15% del total de población; colocando a nuestro país en la cuarta y última fase de la transición demográfica. La población femenina predomina discretamente debido a su mayor expectativa de vida: 52.1% y 47.9% hombres.

Las provincias más envejecidas del país en el 2004 fueron, Villa Clara y Ciudad de la Habana, con un 18.2% y 17.4% respectivamente de población de 60 años y más con respecto a su población total.

Programa de Atención al Adulto Mayor

El primer programa de atención integral al adulto mayor surge en 1974, teniendo dentro de sus propósitos fundamentales el desarrollo de la Geriatria como especialidad.

En 1995 se inicia el "Programa de Atención al Adulto Mayor" el cual se sustenta en la atención comunitaria, hospitalaria y demás instituciones de salud. Su objetivo es brindar una atención integral a la población de la tercera edad, para satisfacer sus necesidades de salud cada vez más crecientes, dado al comportamiento del envejecimiento poblacional.

Tabla 1
Indicadores de unidades y servicios en instituciones y en la comunidad.
Cuba 2003-2004

Indicadores	2003	2004
	No	No
EMAG*	402	434
GOR**	1097	1156
Casas de abuelos	170	178
Círculos de abuelos	14416	14482
Hogares de ancianos	141	141
Camas en hogares de ancianos	9842	9931
Servicios hospitalarios	37	38

Fuente: Registros de la UATS del adulto mayor.

*Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológico

**Grupos de Orientación y Recreación

Atención comunitaria

La atención comunitaria se logra mediante los procesos de promoción, prevención y atención primaria, donde juegan un rol protagónico:

- Los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (EMAG), con 434 en el año 2004, lo cual significó un incremento en relación al año precedente, creándose en el país 32 nuevos Equipos Multidisciplinarios. Los mismos no solo brindan una atención integral, sino además especializada.
- Los Grupos de Orientación y Recreación ascendieron a 1156 en el 2004 (59 más en este año); paso significativo que le brinda al adulto mayor la posibilidad de incorporarse a la vida social, los prepara para enfrentar los problemas del diario vivir, así como a adquirir estilos de vida sanos.

El médico y enfermera/ro de la familia, asistentes sociales domiciliarias y otras instituciones comunitarias, brindan también atención y cuidados a este grupo etáreo; sobre los cuales es necesario seguir incrementando las alternativas de capacitación

Existen programas sociales dirigidos especialmente al adulto mayor solo o sin redes de apoyo familiar, que tienen carácter intersectorial, donde el Ministerio del Trabajo y el de Salud Pública juegan un rol protagónico. Ambos con un objetivo único, cubrir las necesidades económicas y psicosociales de este sector de la población.

Las casas de abuelos, los círculos de abuelos, la incorporación al plan de alimentación domiciliaria y extradomiciliaria, servicio de consejería y ayuda por teleasistencia, entre otros, son programas que denotan logros en lo que a salud en este grupo de edad se refiere.

En el 2004 se contaba en el país con 178 casas de abuelos, ocho más que en el año precedente, con 5129 de los AM incorporados para un 0.3%. Nueve de las provincias tienen casas de abuelos en todos los municipios; quedan aún 25 municipios sin estas, a expensas principalmente de La Habana y Matanzas.

Los círculos de abuelos nacionalmente se van incrementando en número y participantes. En el año 2004 se contaba en el país con 14482, y el 42.6% de los adultos mayores incorporados, cifra mayor a la del año 2003 (40.7% de los AM incorporados). Vale destacar el gran incremento en las provincias de Ciudad de La Habana 15 000 participantes más y Granma con 8000.

Se aprecian resultados muy positivos en la atención domiciliaria en ancianos que viven solos; en el año 2004, 110093 recibieron atención para un 73.3% del total que podían necesitar dicho servicio; cifra superior a la del año 2003, donde se alcanzó un 63.3%. A

pesar de ello, no podemos estar satisfechos, pues es necesario continuar incrementando en número y calidad los servicios y redes de apoyo comunitario, para de esta forma mejorar la calidad de vida en este grupo de edad.

Atención en instituciones de salud

La atención secundaria al ser más especializada se brinda a través de la red de hospitales y hogares de ancianos.

En el año 2004 se contaba con 141 hogares de ancianos, para un total de 9931 camas, de ellas 1081 desactivadas, representando el 10.8% de las camas de dotación, estando afectadas todas las provincias en este rubro; dado fundamentalmente por problemas estructurales, déficit de camas y colchones (Ciudad Habana, Matanzas y Cienfuegos son las provincias más afectadas en este sentido).

Existen problemas con el estado constructivo de algunos hogares de ancianos (Ciudad Habana, Matanzas y Pinar del Río provincias más afectadas); así como dificultades con el avituallamiento y carencia de personal (paramédico, de enfermería, fisioterapeutas, dietitas y psicólogos).

Todo ello puede acarrear serios problemas, pues a pesar que lo ideal es mantener a este adulto mayor en la comunidad; hay casos en los que se hace necesario el uso de los Hogares.

Se debe continuar trabajando en la eliminación de los factores que dificultan la ocupación de las plazas diurnas en los hogares de ancianos (Hospital de día). Aspectos relacionados con la ubicación geográfica, la búsqueda del anciano tributario de este servicio, dificultades con el transporte, etc; han conllevado a que solo el 56.2% de las plazas disponibles en el país se encuentren ocupadas. Esto se comporta de igual manera en la totalidad de las provincias.

Hospitales

Se incrementa a 38 el número de servicios hospitalarios en el país durante el año 2004. Se produce un descenso en el número de ingresos y egresos en este mismo año (24026 y 24080 respectivamente) en relación al año precedente; así como un incremento en relación al número de fallecidos, con una cifra de 143 defunciones más en el 2004 (1792) en relación al año anterior.

El número de camas reales se redujo de 832 en el año 2003 a 781 en el 2004, dado esto fundamentalmente por problemas estructurales y déficit de las mismas.

Es necesario continuar desarrollando la capacitación de los recursos humanos involucrados en esta atención, sobre todo en el manejo en los diferentes servicios, muy especialmente en los Servicios de Urgencias y Emergencias Médicas; así como lograr una mayor calidad en las historias clínicas (con especial atención en las defunciones). Las provincias con mayor número de fallecidos fueron: Holguín (432), Ciudad de La Habana (239) y Pinar del Río (154).

Recursos humanos

Tabla 2.
Indicadores de recursos humanos para la atención al AM. Cuba 2003-2004

Recursos humanos	2003	2004
Especialistas en Geriátría	198	255
Residentes de geriatría	72	52

Fuente: Registros de la UATS del adulto mayor.

En los últimos años se ha revolucionado la atención geriátrica, contando el año 2004 con 255 médicos, cifra mayor a la del 2003 (198). Los residentes disminuyeron en el período 2003 – 2004, en 20 plazas menos.

Es necesaria la formación de nuevos especialistas en Gerontología y Geriátría, pero la capacitación del resto del personal de salud involucrado en la atención de este grupo de edad para mejorar la calidad en su competencia y desempeño también es sumamente vital.

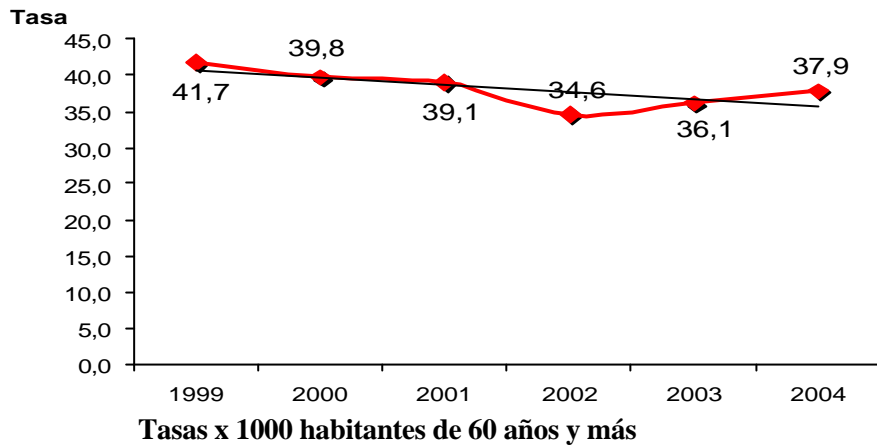
Análisis de la Mortalidad

Mortalidad proporcional

El porcentaje de defunciones del adulto mayor se ha incrementado en los últimos años. En el 2003 el 77.7% de las defunciones se presentaron en personas mayores de 60 años, incrementándose a 78.7% en el 2004, producto de la dinámica demográfica del país que unida a la mejora de las condiciones sanitarias, propicia la prolongación de la vida y en consecuencia la muerte a edades mas avanzadas.

Mortalidad general en el grupo de 60 años y más.

Gráfico 1: Mortalidad general en adultos mayores. Cuba, 1999-2004.



Habitantes (hab)

La mortalidad general para este grupo de edad en los últimos años, se ha mantenido con discreta tendencia al descenso, siendo más notable en el grupo de 75 y más. A pesar de que en el 2004 el riesgo de morir en la población geriátrica fue de 3790.8×10^5 habitantes de 60 años y más, lo que representó un discreto incremento con relación al año anterior (3728.9×10^5 hab).

Las principales causas de muerte en este grupo poblacional se corresponden con las afecciones propias de las edades avanzadas. Las tres primeras causas son: enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares, las cuales en el año 2004 reportaron cifras superiores a las del año precedente.

Como cuarta causa de muerte, en 60 años y más, se destaca la influenza y neumonía, enfermedad con similar comportamiento a las mencionadas anteriormente. Alcanzó una cifra mayor en el año 2004 (369.4×10^5 hab de la edad) en relación al 2003 (319.9×10^5 hab de la edad), lo cual traduce un aumento de 1.20 veces la tasa del 2003.

Se observa sobremortalidad masculina para todas las causas seleccionadas, excepto para las enfermedades cerebrovasculares donde los niveles de mortalidad son ligeramente superiores en las mujeres.

Las tasas más elevadas de mortalidad en la población durante el año 2004 se registraron en las provincias Matanzas, Ciudad de La Habana y La Habana, con cifras de 40.4, 40.3 y 40.1 por 1000 hab de la edad respectivamente, sobrepasando la media nacional

Mortalidad por causas

Enfermedades no transmisibles

Tabla 3 Mortalidad por enfermedades no transmisibles seleccionadas en adultos mayores. Cuba, 2003-2004.

Enfermedades No Transmisibles	2003		2004	
	No.	Tasa	No.	Tasa
Enfermedades del corazón	17531	1052.5	18040	1081.4
Tumores Malignos	13540	812.9	13995	838.9
Enfermedades cerebrovasculares	7150	429.3	7214	432.4
Diabetes Mellitus	1270	75,2	1489	89,3
Demencia y alzheimer	2081	123.2	2269	136.0
ECVRI**	2459	145,6	2579	154,6
Suicidio	535	31,7	568	34,0
Accidentes	2522	149,3	2533	151,9

Fuente: Registros de la Dirección Nacional de Estadística

* Tasa por 100 000 habitantes de 60 años y más

** Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores

Enfermedades del corazón

Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte en el grupo de edad de 60 años y más; en el año 2004 el riesgo de morir por esta causa fue mayor en relación al año 2003, con tasas de 1081.4×10^5 hab de la edad y 1052.5×10^5 hab de la edad, respectivamente. Todo ello dado por la ocurrencia de 509 defunciones más durante el año 2004.

Los mayores niveles de mortalidad por enfermedades del corazón correspondieron a la cardiopatía isquémica, con un riesgo de morir de $795.1 \times 100\ 000$ hab de la edad, tasa superior a la observada en el año 2003 (777.0×10^5 hab de la edad). Factores como la HTA, cifras elevadas de colesterol sérico, hábito de fumar, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, alcoholismo, entre otros, contribuyeron significativamente en el comportamiento de esta enfermedad; quedando otros no modificables como la edad y el sexo, que también jugaron un papel importante.

Los mayores valores de mortalidad por cardiopatía isquémica durante el 2004 se registraron en Ciudad Habana, Holguín y Cienfuegos, con tasas de 978.4, 902.1 y 895.5 por 10^5 hab de la edad respectivamente.

Es necesario para contrarrestar estos resultados, continuar desarrollando la red cardioquirúrgica nacional, tanto el completamiento de los servicios actuales como la apertura de nuevos servicios; continuar con la expansión del SIUM, incrementar el uso temprano de

la estreptoquinasa recombinante, incremento del uso de la angioplastia coronaria, lograr una cobertura adecuada de medicamentos de utilidad probada y mantener capacitado a todo el personal involucrado.

Tumores malignos

Continúa en el segundo lugar entre las principales causas de muerte para este grupo de edad. En el 2004 el riesgo de morir por esta causa fue de 838.9×10^5 hab de 60 años y más, lo cual representó un discreto incremento del riesgo de morir con relación al año precedente (812.9×10^5 hab de la edad). Los mayores niveles de mortalidad por tumores malignos para ambos sexos durante el año 2004, correspondió al localizado en traquea, bronquios y pulmón. Seguidos por el cáncer de próstata y colon, en el caso de los hombres, y en el caso de las mujeres, por el de colon y mama.

Se estima que aplicando el conocimiento existente se puede prevenir la cuarta parte de todos los canceres, así como curar la tercera parte usando las tecnologías actuales de diagnóstico y tratamiento (WHO, 2002).

En este sentido, es necesario lograr el diagnóstico en estadio in situ del cáncer de mama (garantizar la cobertura con mamografía al 100% de las mujeres mayores de 50 años como método de pesquisa y a toda mujer con indicación para diagnóstico), incrementar la proporción de casos diagnosticados en estadio I en cáncer de colon y próstata, así como lograr calidad de la atención en todo paciente con cáncer, a través del cumplimiento de las Guías de Diagnóstico y Tratamiento recomendados por el Grupo Nacional de Oncología, como medio para alcanzar mayores tasas de sobrevivencia.

Cerebrovasculares

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se ha mantenido como tercera causa de muerte para el grupo de edad de 60 y más. En el año 2004 el riesgo de morir en la población geriátrica por esta causa fue de 432.4×10^5 hab de 60 años y más, cifra discretamente superior a la del año anterior (429.3×10^5 hab). Se observó un predominio de las causas oclusivas con respecto a las hemorrágicas, lo que constituye el patrón de comportamiento esperado en esta etapa de la vida.

La necesidad de incrementar el componente educativo sobre la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo modificables de estas enfermedades, la necesidad del aumento de los servicios hospitalarios especializados de atención, reorientar el enfoque terapéutico hacia nuevos medicamentos que cambian el pronóstico de estos pacientes, desarrollar la cirugía endovascular y trombolisis, utilizar los medios diagnósticos y la rehabilitación oportuna, así como la insuficiente capacitación del personal involucrado en la atención de estos pacientes, han constituido elementos que atentan contra la obtención de cifras halagüeñas en este sentido.

Las provincias con más altas tasas de mortalidad por esta causa en el 2004 fueron: La Habana (515.2), Cienfuegos (512.0) y S de Cuba (510.9).

Otras enfermedades crónicas no transmisibles que alcanzan niveles de mortalidad elevados en estas edades son: la diabetes mellitus, demencia, accidentes y suicidios.

Diabetes Mellitas

La mortalidad por diabetes mellitus en el 2004 aumentó en relación al año 2003 (75.2×10^5 hab), al obtenerse una tasa preliminar de 89.3×10^5 hab. La necesidad de mejorar las acciones de los programas de prevención, control y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y del programa de hemodiálisis y trasplantes renales, pueden estar influyendo en este comportamiento; si tenemos en cuenta que las principales causas de muerte en diabéticos son las enfermedades cardiovasculares y la insuficiencia renal crónica.

Las provincias con más altas tasas de mortalidad por esta causa en el 2004 fueron la Isla de la Juventud (147.6), Ciudad de La Habana (133.4) y Cienfuegos (124.1).

Demencia Alzheimer

En el año 2003 el 99.4% de los fallecidos con demencia y alzheimer tenían 60 años o más; para el año 2004 el 99.0% de los fallecidos se encontraban en este grupo de edad.

Tabla 3 Mortalidad por demencia y alzheimer en el grupo de 60 años y más. Cuba 2003-2004.

Causa	2003		2004	
	No	%	No	%
Demencia y Alzheimer	2081	123.2	2269	136.0

Fuente: Registros de la Dirección Nacional de Estadística.

* Tasa por 100 000 habitantes de 60 años y más.

El riesgo de morir por esta causa en el año 2004 fue de 136.0×10^5 hab de 60 años y más, cifra superior a la del año anterior (123.2×10^5 hab de la edad).

En el caso que sea factible un tratamiento específico para la demencia, sobre todo las de causas secundarias, debe comenzarse lo antes posible, pues una intervención tardía lleva al paciente a un deterioro permanente.

Suicidio

A pesar que la mortalidad por suicidio de manera general y para ambos sexos ha presentado una tendencia considerable a la disminución a partir de 1993, aún más marcada en el grupo de 75 años y más; este comportamiento no se presentó de igual forma en el año 2004, con una tasa de 34.0×10^5 habitantes, lo cual significó un incremento en relación al año 2003 (31.7×10^5 hab).

La mortalidad por suicidio en la población de 60 años y más se encuentra dada fundamentalmente por causas multifactoriales: biológicas, psicológicas y sociales (desatención, enfermedades crónicas concomitantes, soledad, discapacidad, etc). La magnitud de la incidencia del intento suicida es mayor para el sexo femenino, pero se reportan más fallecidos por suicidio en los hombres de 60 años y más, lo que hace suponer que en este sexo y en este grupo de edad el intento suicida es más letal, sobre todo en el grupo de 75 años y más.

Se necesita continuar trabajando con los grupos de riesgo en este grupo etáreo, con el objetivo de disminuir aún más el intento suicida. Para ello es necesaria la interrelación con los Centros Comunitarios de Salud Mental y los Grupos de Ayuda Mutua, así como lograr la extensión de la capacitación en salud mental a todos los territorios y continuar desarrollando la Psicogeriatría.

Las provincias con más altas tasas de mortalidad por esta causa en el 2004 fueron Holguín (54.6), Sancti Spíritus (52.6) y La Habana (51.0).

Accidentes

Los accidentes son la sexta causa de muerte para las personas de 60 años y más en Cuba. Esta entidad alcanza niveles de mortalidad elevados en estas edades, con tasa de 151.9 por 10^5 hab de la edad durante el 2004, cifra superior a la reportada en el año 2003 (149.3 x 10^5 hab de la edad).

La mayor contribución corresponde a las **caídas accidentales**. En el año 2003 el 90% de los fallecidos con una caída accidental eran de 60 años y más, y para el 2004 el 90.6%.

Tabla 4 Mortalidad por caídas accidentales en personas de 60 años y más. Cuba 2003-2004.

CAUSA	2003		2004	
	No	Tasa	No	Tasa
Caídas accidentales	1560	92.3	1587	95.1

Fuente: Registros de la Dirección Nacional de Estadística
Tasa por 100 000 hab de 60 años y más.

El riesgo de morir por esta causa para el año 2004 fue de 95.1 x 10^5 hab de la edad, cifra superior a la del año 2003 (92.3 x 10^5 hab de la edad).

Para obtener cambios positivos, es necesario realizar la búsqueda y detección precoz de los factores involucrados en el riesgo de caer, primer paso para lograr un programa de prevención de un problema mayor en Geriatría; considerando como factores de riesgo intrínsecos (cambios en la visión, audición, trastornos neuromusculares) y extrínsecos

(factores multiambientales, generalmente el hogar). En el primer caso se hace necesario la realización del examen periódico de salud recomendado a las personas de este grupo de edad, y en el segundo caso, insistir en la necesidad de evaluar la seguridad del medio que rodea al adulto mayor, en especial al que presenta otros factores de riesgo asociados.

El adulto mayor fallece en muchos casos debido a las secuelas que resultan de la caída accidental. En el 2003 el 99.1% de los que fallecieron 1 año después de una caída accidental, tenían 60 años y más, y en el 2004 el 99.2%.

El 29.6×10^5 hab de 60 años y más fallecieron un año después como resultado de secuelas por una caída accidental.

La fractura de cadera es la complicación más frecuente de las caídas accidentales, siendo considerada la consecuencia más grave. Su incidencia aumenta con la edad y es más alta en las mujeres.

Es imprescindible una adecuada atención de esta problemática una vez identificado el riesgo de caída, con el objetivo fundamental de evitarlas y manejar bien las complicaciones que de ella deriven y puedan dar al traste con la vida del paciente. Una rehabilitación oportuna y multidimensional (corrección de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y funcionales) puede prevenir consecuencias fatales.

Las tasas más elevadas de mortalidad por esta causa en la población de 60 años y más durante el 2004, se registraron en las provincias Santiago de Cuba, Sancti Spíritus y Villa Clara con cifras 144.7, 131.5 y 131.3 por 100000 hab de la edad respectivamente.

Transmisibles

Tabla 2: Mortalidad por enfermedades transmisibles seleccionadas en adultos mayores. Cuba, 2003-2004.

Enfermedades no transmisibles	2003		2004	
	No.	Tasa	No.	Tasa
ERA	5446	322,4	6196	371,4
EDA	161	9,5	187	11,2
TB	26	1,5	24	1,4

Fuente: Registros de la Dirección Nacional de Estadística

* Tasa por 100 000 habitantes de 60 años y más

** Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores

Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA)

Las ERA constituyen en el grupo de 60 años y más un serio problema de salud, no solo por el elevado número de atenciones médicas que ello reporta, sino además por las complicaciones severas que se asocian y pueden llevar a la muerte al paciente.

En los últimos 5 años, se aprecia un incremento en el riesgo de morir por ERA. Esta tendencia al aumento se produce a expensas principalmente del grupo de 75 años y más. Este ascenso se ve propiciado por factores propios asociados al envejecimiento (inmunosenescencia, el propio envejecimiento del aparato respiratorio, la disminución de la capacidad física y mental, etc), conjuntamente con la presencia de otras enfermedades asociadas (EPOC) y el elevado consumo de cigarrillos; son factores que favorecen el agravamiento de las infecciones respiratorias comunes, lo que pudo contribuir a este comportamiento. Se impone además un adecuado manejo con el paciente, tanto por parte del medio familiar, como por el equipo de salud, con el fin de evitar complicaciones.

En el 2004 se incrementó el riesgo de morir por esta causa en relación al año 2003 (369.4 y 319.9 respectivamente). Durante el 2004 el mayor riesgo de morir por ERA correspondió a Matanzas, La Habana y Cienfuegos, con cifras de 600.4, 499.4 y 421.2, por 10^5 habitantes de 60 años y más respectivamente.

Enfermedades Digestivas Agudas (EDA)

Desde hace varios años la mortalidad por EDA en el adulto mayor no constituye un problema de salud significativo para nuestro país, observándose una tendencia a la disminución del riesgo de morir por esta causa, la cual se hace más manifiesta en el grupo de 75 años y más. Constituye aun objeto de preocupación, pues se conoce que con acciones efectivas, se puede llegar a obtener cifras prácticamente nulas en el riesgo de morir por esta enfermedad.

En el año 2004 se alcanzó una cifra de 11.2 por 10^5 habitantes, lo que significó un incremento con relación al año 2003 (9.5×10^5 hab), aportando el mayor número de casos el grupo de 75 años y más.

Es necesario elevar la percepción de riesgo por esta causa desde el ámbito familiar, pues las acciones oportunas y eficaces determinan que el adulto mayor llegue o no con severas complicaciones a la institución de salud.

Las provincias con más altas tasas de mortalidad por EDA en el adulto mayor en el año 2004 fueron Ciego de Ávila (20.2), Ciudad de La Habana (14.5) y Santiago de Cuba (13.8).

Tuberculosis (TB)

Esta enfermedad reemergente presentó una tasa de 1.4×10^5 habitantes, lo que significó un discreto decremento comparada con la del 2003 (1.5×10^5 hab).

A partir de 1996, la tendencia ha sido descendente para todas las edades de este grupo poblacional, con una marcada disminución en el grupo de 75 años y más. Estos resultados están relacionados con la mejoría en la atención a este grupo poblacional, el tratamiento oportuno y eficaz, y a la priorización del programa.

Los mayores riesgos de morir por TB en el año 2004 correspondieron en orden de importancia a Camagüey, Guantánamo y Las Tunas, con tasas de 4.7, 4.4. y 3.9 por 10⁵ hab de la edad respectivamente.

Morbilidad

Enfermedades no transmisibles

Tabla 3: Morbilidad por enfermedades no transmisibles seleccionadas en adultos mayores. Cuba, 2003-2004.

Enfermedades No Transmisibles	2003		2004	
	No.	Tasa	No.	Tasa
Cardiopatía isquémica	8916	527,8	7634	457,6
Tumores malignos				
Enfermedades cerebrovasculares	4158	246,1	3056	183,2
Diabetes Mellitus	11313	669,7	10930	655,2
Intento Suicida	619	36,6	523	31,3
Enfermedades Hipertensivas	45166	2673,6	31631	1896,1

* Tasa por 100 000 habitantes de 60 años y más

** Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores

Fuente: Registros de la Dirección Nacional de Estadística

Para las enfermedades crónicas no transmisibles sujetas a dispensarización, las tasas de prevalencia más altas correspondieron a la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y a la cardiopatía isquémica, con cifras de 1896.1, 655.2 y 457.6 por 100000 hab de la edad respectivamente en el año 2004.

Para todas las causas analizadas, se observa una tendencia a la disminución en las tasas de incidencias. El número de casos reportados por estas causas en el año 2004 fue inferior al de años precedentes.

Enfermedades transmisibles

Tabla 4: Morbilidad por enfermedades transmisibles seleccionadas en adultos mayores. Cuba, 2003-2004.

Enfermedades No Transmisibles	2003		2004	
	No.	Tasa	No.	Tasa
ERA	432166	255,8	437955	262,5
EDA	76893	45,5	79041	47,4

* Tasa por 100 000 habitantes de 60 años y más

** Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores

Fuente: Registros de la Dirección Nacional de Estadística

ERA

La población mayor de 60 años se encuentra entre uno de los grupos de edades más vulnerables a las ERA, constituyendo esta una de las causas más comunes de consultas médicas y hospitalización en este grupo de edad.

En el 2004 se reportaron 262.5 atenciones por 1000 habitantes, lo que constituyó un incremento con relación al año 2003 (255.8 x 1000 hab).

La baja cobertura en la utilización de la vacuna antigripal ha constituido una determinante en el comportamiento de las ERA en este grupo etáreo (se ha demostrado el impacto positivo en la erradicación de la ERA en el anciano con el empleo de la vacunación), ya que durante este año no contamos con la cobertura necesaria para vacunar a todos los adultos mayores de 65 años, priorizándose solo a los residentes en hogares y ancianos frágiles.

Las provincias con más altas tasas de atenciones médicas prestadas en el adulto mayor en el 2004 fueron Sancti Spíritus (410.8), Ciudad de La Habana (294.0) y Matanzas (291.7).

EDA

La disminución del riesgo de enfermar por esta causa ha sido la tendencia de las enfermedades diarreicas agudas en los últimos años en el grupo de 60 años y más; a pesar de ser una realidad el hecho que se encuentran entre las enfermedades transmisibles que más casos reportan a este grupo y que en los dos últimos años los resultados no fueron alentadores.

El número de atenciones médicas durante el 2004 aumentó con relación al año precedente, 47.4 y 45.5 respectivamente.

Este comportamiento apunta a las dificultades con la calidad del agua y la baja percepción de riesgo de la población.

Las provincias con más altas tasas de atenciones médicas prestadas en el adulto mayor en el 2004 fueron Ciudad de La Habana, Isla de La Juventud y La Habana (69.5, 53.5 y 5.08 por cada 1000 hab de más de 60 años).

Consideraciones finales

- El envejecimiento de la población cubana es una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes, derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Ello exige un mayor perfeccionamiento de los servicios sociales y en especial de los servicios de salud destinados a este sector de la población.
- El patrón causal de morbilidad y mortalidad en este grupo de edad es típico de esta etapa de la vida. Las tres primeras causas de muerte en este grupo de edad lo ocupan las crónicas no transmisibles: enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares; donde la prevención debe ser desde edades precedentes a fin de asegurar una longevidad con calidad.
- La influenza y neumonía persiste con niveles de mortalidad elevados, constituyendo la cuarta causa de muerte en el grupo de 60 años y más. Ello implica una importante reserva de reducción de la mortalidad por su posible evitabilidad a partir de acciones curativas y preventivas.
- La hipertensión arterial constituyó la enfermedad de más alta prevalencia reportada para ambos sexos, problema de salud prioritario, teniendo en cuenta que es un factor de riesgo importante para otras enfermedades que se ubican dentro de las primeras causas de muerte en el país.

Recomendaciones

- Definir e incorporar nuevos indicadores que permitan la información necesaria para la implementación de acciones dentro de la problemática del adulto mayor.
- Desarrollar programas de capacitación que sistematicen los conocimientos en todo el personal de salud involucrado, en los temas de envejecimiento y atención al adulto mayor.
- Proyectar nuevas investigaciones que permitan la identificación de problemas y establecer mejoras en las estrategias de trabajo.

Bibliografía consultada

- 1- Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Malines R, et al. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001: 171-195.
- 2- Informes estadísticos de la Dirección Nacional del Adulto Mayor. La Habana; 2004.
- 3- MINSAP. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Actualización. Cuba; 1997.
- 4- MINSAP. Dirección de Estadísticas, (2005). “Anuario Estadístico de Salud, 2003. República de Cuba”. La Habana.
- 5- MINSAP. Dirección de Estadísticas, (2005). “Anuario Estadístico de Salud, 2004. República de Cuba”. La Habana.
- 6- MINSAP. Dirección de Estadísticas, (2005). “Temas de Estadísticas de Salud”. República de Cuba. La Habana; 2002: 147-162.
- 7- MINSAP. UATS: Comportamiento esperado de eventos de salud seleccionados para el año 2003. La Habana; 2002: 67-72.
- 8- MINSAP. UATS: Comportamiento esperado de eventos de salud seleccionados para el año 2004. La Habana; 2003.
- 9- MINSAP. UATS: Comportamiento esperado de eventos de salud seleccionados para el año 2005. La Habana; 2004: 60-66.
- 10- ONE, (Diferentes años). Serie de Anuarios Demográficos de Cuba. La Habana.
- 11- CEE, INSIE, (1985). “La esperanza de vida de Cuba y provincias. Años 1982-1983” La Habana.
- 12- CEE, INSIE y CEDEM, (1990). “La esperanza de vida de Cuba y provincias”. Periodo 1986-1987. La Habana.

CENTRO DE INVESTIGACIONES
DEL ENVJECIMIENTO, LONGEVIDAD Y SALUD

