

## GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

**Título: Comportamiento de la mortalidad por las primeras cuatro causas en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006.**

**Autoras:** Dra. Yuselis Malagón Cruz\*  
Dra. Virginia Ranero Aparicio\*\*  
Dra. Ludmila Brene s Hernández \*\*\*  
Dra. Adialys Guevara González\*\*

\* Especialista de 1er Grado en Higiene y Epidemiología

\*\* Especialista de 1er Grado en Bioestadística

\*\*\*Especialista de 1er Grado en Geriatria y Gerontología

Email: [yuselis.cruz@infomed.sld.cu](mailto:yuselis.cruz@infomed.sld.cu)

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

### **Resumen**

La población cubana está envejeciendo, ello implica una atención cada vez más compleja de sus adultos mayores, requiriéndose de información exhaustiva sobre su mortalidad y morbilidad y así establecer estrategias que mejoren la calidad de vida de estos. Para describir el comportamiento de la mortalidad general según principales causas de muerte en adultos mayores de Cuba durante los años 2002-2006 se realizó un estudio descriptivo retrospectivo.

Se seleccionaron las cuatro primeras causas de muerte según la X Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se calcularon tasas de mortalidad general y específica por las cuatro primeras causas, grupos de edad y sexo para cada año seleccionado y mortalidad proporcional. Durante el período analizado, el riesgo de morir por todas las causas en adultos mayores tendió al ascenso, excepto en el 2006 donde decreció un 5.7%, 2910 fallecidos menos que en el 2005, siendo el riesgo mayor en el grupo de 75 y más años. Las enfermedades crónicas ocuparon las tres primeras causas seguidas por la Influenza y Neumonía. Los adultos mayores aportaron cada año más del 70% de las defunciones de este grupo etáreo y el 55% y más a la mortalidad general del país. Concluimos que el patrón causal de mortalidad es típico de esta etapa de la vida. Se logró en el 2006 una reducción de la mortalidad en tres de las cuatro causas analizadas, con excepción de los tumores malignos. El tratamiento oportuno, la rehabilitación adecuada serán pilares necesarios para disminuir mortalidad así como intervenir en las condiciones sociales y ambientales.

**Palabras Claves:** adultos mayores, mortalidad y causas de muerte

- **Introducción:**

La mortalidad es uno de los componentes fundamentales y determinantes del tamaño y estructura de la población, aunque probablemente es el fenómeno demográfico mejor estudiado, su enfoque global y sobre todo el análisis de sus aspectos específicos constituyen siempre problemas de actualidad.

Dentro de la medicina, la mortalidad tiene mayor relevancia para la administración de salud por ser un indicador confiable del estado de salud y se considera la principal fuente de información sobre las enfermedades que padece la población.<sup>(1)</sup>

Actualmente se dedican grandes esfuerzos al desarrollo de indicadores basados en las estadísticas de mortalidad, demostrando así que la información potencial sobre el estado de salud que brinda los datos de mortalidad dista mucho de estar agotada.<sup>(2)</sup>

La importancia de los datos de mortalidad fue reconocida mucho tiempo antes de que se hubiera desarrollado un concepto más amplio de la salud pública. El primer ejemplo de recuento sistemático de las muertes se remonta a la peste bubónica en Inglaterra en el siglo XVI y a mediados del siglo XVII, John Graunt institucionaliza la recolección sistemática de las muertes y sus causas, aplicando la primera metodología de tabla de vida a estos datos. Durante los siguientes siglos, la caracterización de la salud de las poblaciones se ha basado en la mortalidad y sobrevivencia <sup>(3)</sup>.

Los datos de mortalidad no solo representan las herramientas para evaluar el riesgo de muerte en una población y la repercusión de las enfermedades en la salud, sino también la gravedad de las mismas y la sobrevivencia experimentada por la población. Son insumos esenciales en el análisis de la situación de salud, la vigilancia en salud pública, la programación y evaluación de programas y políticas de salud. Además, pueden usarse para medir la magnitud general y absoluta de la mortalidad de una población, medir la gravedad de las enfermedades y la repercusión de causas específicas de muerte sobre la misma, analizar la sobrevivencia y calcular las tablas de vida que permitan estimar la esperanza de vida de individuos y grupos de población y evaluar y mejorar los servicios de salud <sup>(4)</sup>.

La mortalidad mantuvo niveles sumamente elevados hasta épocas recientes, el avance científico técnico, el desarrollo de la Medicina y la Epidemiología redujeron notablemente las epidemias. El dominio del hombre sobre el medio circundante ha contribuido al descenso de la mortalidad en el mundo <sup>(5)</sup>. Sin embargo, los mismos logros sociales, económicos y educativos que condujeron a la rápida disminución de la mortalidad también han traído consigo un descenso de la fecundidad, produciéndose un rápido fenómeno de envejecimiento de las poblaciones <sup>(6)</sup>.

Hoy existen 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, cifra que se duplicará para el 2025 y que ascenderá a casi 200 mil millones para el 2050, cuando se contará con más personas mayores de 60 años que con niños menores de 15 años <sup>(7,8)</sup>.

Cuba no queda exenta de este fenómeno. En la actualidad cuanta con un 15.9% de su población envejecida colocando a nuestro país en la cuarta y última fase de la transición demográfica y para el 2025, con un cuarto de su población con 60 años y más, será el país más envejecido de América Latina y el Caribe. En el 2050, se encontrará entre los países más envejecidos del mundo, pues su proporción de personas de 60 años y más superará la media del total de países considerados como desarrollados en el mundo <sup>(9)</sup>.

Como consecuencia de la transición demográfica que experimenta la mayoría de los países, incluido Cuba, este envejecimiento traerá consigo un incremento de las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, procesos osteodegenerativos y otros. Habrá una mayor demanda de atención por su carácter de enfermedades crónicas para las cuales no existe un tratamiento definitivo.

Si tenemos en cuenta que el país aspira alcanzar una esperanza de vida de 80 años, entonces la atención a los adultos mayores deberá ser cada vez más compleja, y requerirá además de información exhaustiva sobre las causas de mortalidad y morbilidad de este grupo poblacional que permita el establecimiento de nuevas estrategias y la toma de decisiones en salud.

Según la Oficina Nacional de Estadística (ONE) no hay suficientes estudios sobre la mortalidad del adulto mayor en el país. Esperamos que esta investigación y las que de ella se derivarán, sobre todo en los aspectos cualitativos, se conviertan en un aporte para el logro de este propósito.

Teniendo en cuenta la importancia del tema realizamos el presente estudio con la finalidad de dar respuesta a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cómo se ha comportado la mortalidad por las primeras cuatro causas en los adultos mayores de Cuba durante el periodo 2002-2006?
2. ¿Qué grupos de edad y sexo han sido más afectados según las causas seleccionadas?
3. ¿Como contribuyen las defunciones de los adultos mayores a la mortalidad general?
4. ¿Cuánto aportan las defunciones de adultos mayores por sexo y por grupos de edad a la mortalidad específica de este grupo etáreo?

- **Objetivos:**

**General:**

- Describir el comportamiento de la mortalidad general según las principales causas de muerte en los adultos mayores de Cuba durante los años 2002-2006.

**Específicos:**

1. Describir el comportamiento de la mortalidad en los adultos mayores de forma general y según variables demográficas, años 2002-2006.
2. Identificar la contribución de la mortalidad en los adultos mayores a la mortalidad general.
3. Describir el aporte por sexo y grupos de edad de los adultos mayores a la mortalidad en este grupo etáreo.

4. Identificar las primeras cuatro causas de muerte en los adultos mayores y el aporte de estas a la mortalidad general y en mayores de 60 años.
5. Describir el comportamiento de cada una de las cuatro primeras causas según variables seleccionadas.

- **Método**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para el análisis de la mortalidad general y por las primeras cuatro causas en los adultos mayores de Cuba durante el período 2002 – 2006.

El universo que dó constituido por el total de fallecidos de 60 y más años durante el periodo seleccionado.

Los datos de las defunciones se obtuvieron directamente de las bases de datos de mortalidad de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública. Estos datos fueron agrupados por causa, grupos de edades y por sexo. La información sobre población fue obtenida de las proyecciones de población al cierre del 31 de diciembre de cada año que realiza la Oficina Nacional de Estadísticas.

La variable grupos de edad se dicotomizó en: 60-74 años, 75 y más.

El sexo se consideró según sexo biológico de pertenencia (femenino y masculino).

Con relación a la clasificación de la causa de muerte se siguieron las normas internacionales establecidas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se utilizó la X Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Se seleccionaron las cuatro primeras causas de muerte en los adultos mayores:

1. Enfermedades del Corazón (I05-I52)
2. Tumores Malignos (C00-C97)
3. Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)
4. Influenza y Neumonía (J09-J18)

Las enfermedades del corazón se desglosaron por tipo en:

- ✓ Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)
- ✓ Infarto agudo del miocardio(I21-I22)

- ✓ Otras enfermedades isquémicas (I24-I25)
- ✓ Enfermedades hipertensivas (I10-I15).
- ✓ Enfermedades reumáticas crónicas del corazón (I05-I09)
- ✓ Otras formas de enfermedades del corazón (I26-I28, I30-I33, I39-I41, I43, I46, I51-I52)

Los tumores malignos se desglosaron según localización seleccionándose los siguientes por existir programas de salud dirigidos a su prevención y detección temprana:

- ✓ Traquea, bronquios y pulmón (C33-C34)
- ✓ Próstata (C61)
- ✓ Mama (C50)
- ✓ Labio, cavidad bucal y faringe (C00-C14)
- ✓ Cuello del útero (C53)

Se calcularon las tasas de mortalidad general y específicas por las cuatro primeras causas, grupos de edad y sexo para cada año seleccionado (Tasas calculadas por 1000 habitantes).

Además se calculó la mortalidad proporcional en adultos mayores de forma general y por causas, sexo y grupos de edad. Se emplearon las siguientes fórmulas:

$$\text{Tasa de Mortalidad general} = \frac{\text{Total de defunciones en adultos mayores}}{\text{Total de población de 60 y más}} * 1000 \text{ hab}$$

$$\text{Tasa de Mortalidad específica por grupos de edad } x = \frac{\text{Total de defunciones en grupo de edad } x}{\text{Total de población de grupo de edad } x} * 1000 \text{ hab}$$

$$\text{Mortalidad proporcional grupo edad } x = \frac{\text{Total de defunciones grupo edad } x}{\text{Total de defunciones}} * 100 \text{ hab}$$

$$\text{Mortalidad proporcional sexo } x = \frac{\text{Total de defunciones sexo } x}{\text{Total de defunciones}} * 100 \text{ hab}$$

$$\text{Mortalidad proporcional causa } x \text{ y grupo edad } x = \frac{\text{Total de defunciones causa } x \text{ grupo edad } x}{\text{Total de defunciones grupo edad } x} * 100 \text{ hab}$$

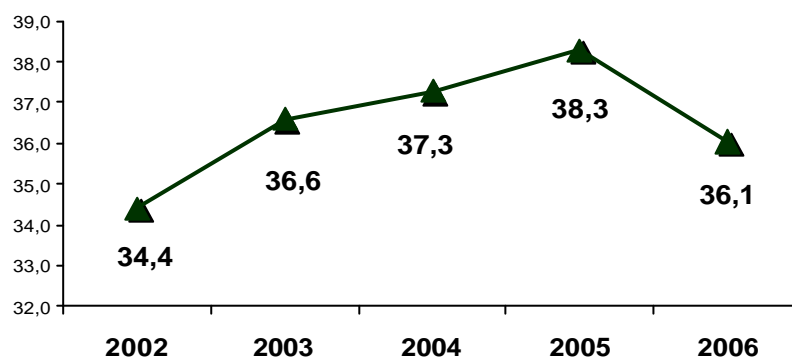
(Tasas y proporciones calculadas utilizando la población y defunciones de cada año seleccionado).

Dentro de las enfermedades del corazón se calculó la mortalidad proporcional en 60 y más años por tipo de enfermedad respecto a la mortalidad en adultos mayores. Para el caso de los Tumores malignos también se calculó mortalidad proporcional según tipo de localización del tumor.

Todo el procesamiento estadístico se realizó de forma automatizada mediante el uso de una computadora Pentium IV. Se utilizó el programa Stata versión 7.0 para tabular los datos de mortalidad y el programa EXCEL para el cálculo de las tasas de mortalidad y la mortalidad proporcional, así como para la realización de los gráficos. Los resultados del estudio se presentaron en forma tabular y gráfica, lo que nos permitió arribar a conclusiones y recomendaciones. Como procesador de texto se utilizó el Microsoft Word para Windows XP.

- **Resultados**

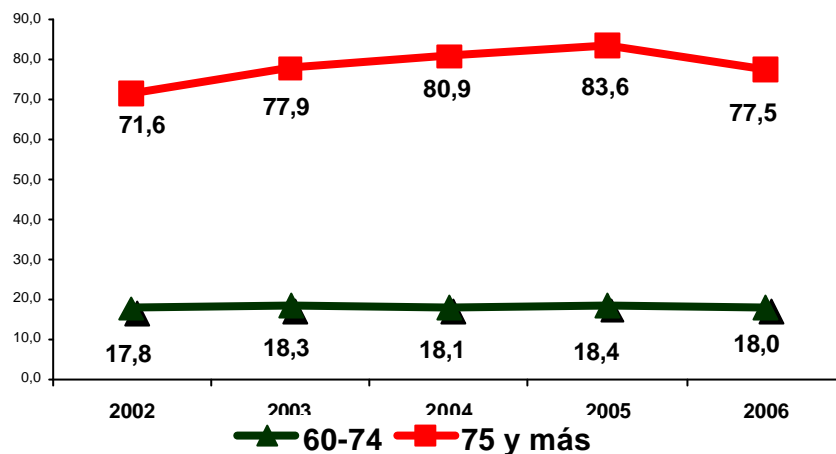
**Gráfico 1: Tasas\* de Mortalidad General de los adultos mayores.**  
Cuba, 2002-2006



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.  
\* Tasa por 1000 habitantes.

Como se aprecia en el gráfico 1, las tasas de mortalidad general en adultos mayores presentaron un ligero incremento durante el período 2002-2005, descendiendo en el 2006, año en que se produjeron 2910 muertes menos que en el 2005, lo que representa un 5.8% de decremento en dicha tasa.

**Gráfico 2: Tasa de Mortalidad específica por grupos de edad en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006**

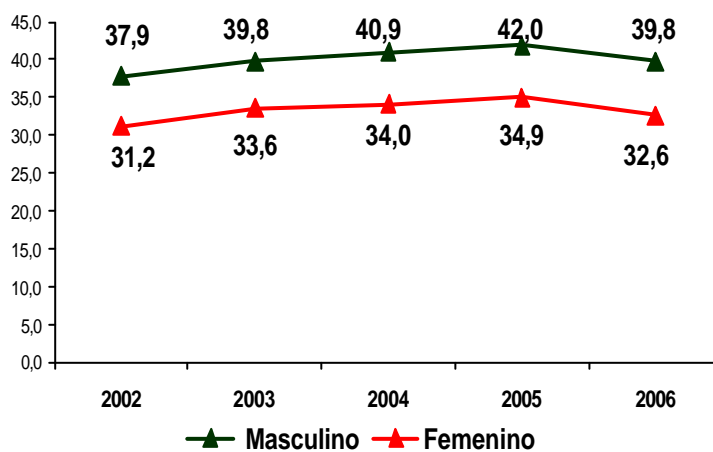


Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

\* Tasa por 1000 habitantes.

Durante estos años la mayoría de las defunciones de adultos mayores se presentaron en el grupo de 75 y más (aproximadamente entre 36 000 y 44 000 fallecidos por año), siendo este el que presentó mayor riesgo de morir. En ambos grupos de edad el riesgo de morir se redujo en el 2006 respecto al año anterior, (7.3% respecto a 1.9% en el grupo de 60 a 64).

**Gráfico 3: Tasas de Mortalidad Específica por sexo en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006**

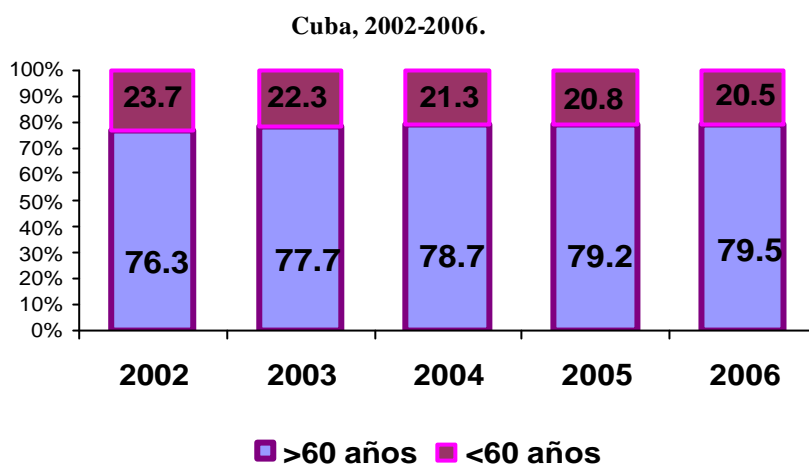


Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.



En el análisis por sexos (gráfico 3) se aprecia una sobremortalidad masculina similar a lo que ocurre en el resto del mundo, con un incremento en el riesgo de morir en ambos sexos desde el 2002 hasta el 2005, ya para el 2006 este riesgo disminuye.

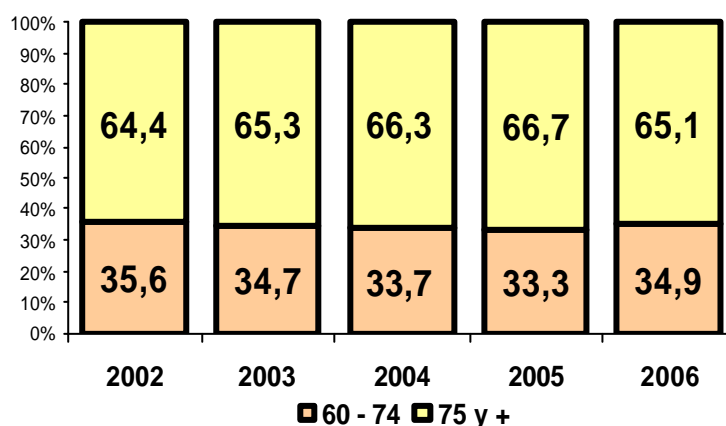
**Gráfico 4: Aporte de los adultos mayores al total de defunciones.**



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

El gráfico 4 muestra la contribución de los adultos mayores a la mortalidad en el país. A partir del 2002 el grupo atáreo de 60 años y más aportó más del 75% al total de fallecidos del país, alcanzando para el 2006 la cifra significativa de 79.5%. Este aporte ha ido en incremento.

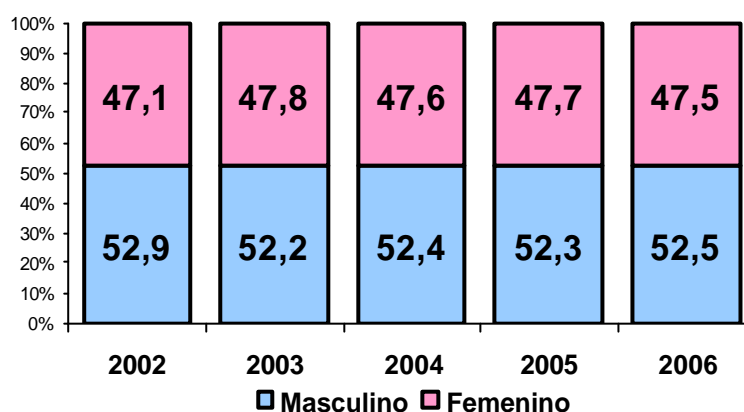
**Gráfico 5: Aporte de las defunciones por grupos de edad al total de defunciones en los Adultos Mayores. Cuba, 2002-2006**



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

Respecto al aporte de las muertes por grupos de edad, (gráfico 5) encontramos que el grupo de 75 y más aportó más del 60% de las defunciones ocurridas en los adultos mayores durante todos los años estudiados, aporte que se fue incrementando gradualmente hasta el 2005 en dicho grupo y por tanto que fue descendiendo de 60-64, sin embargo, en el 2006 pese a que continúan los “más viejos” aportando un porcentaje más elevado, es llamativo que este disminuyó respecto al 2005, mientras que en grupo 60-64 ocurrió lo contrario.

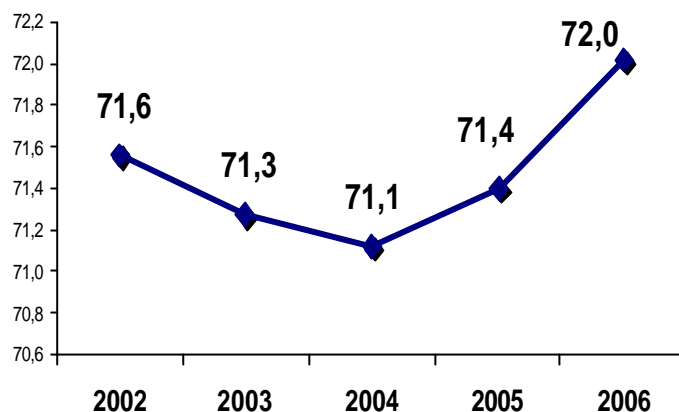
**Gráfico 6: Aporte de las defunciones por sexo al total de defunciones en los AM. Cuba, 2002-2006**



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

En el gráfico 6 se desglosan las defunciones por sexos, vemos que se ha mantenido el mayor aporte del sexo masculino, sin embargo no existen grandes diferencias en el aporte entre uno u otro sexo.

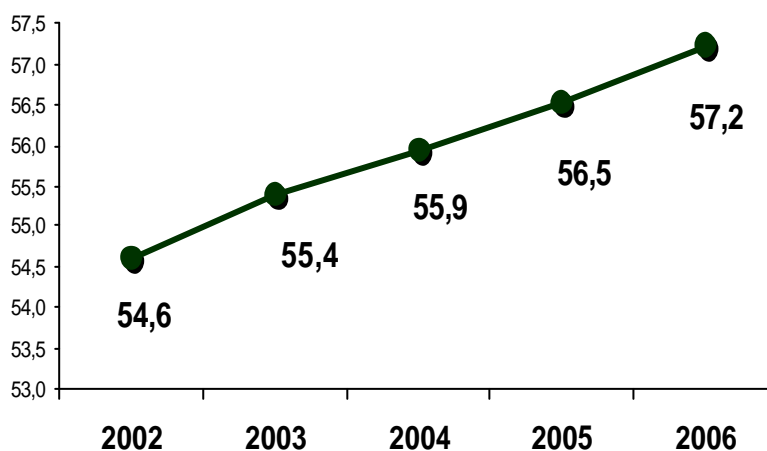
**Gráfico 7: Aporte de las defunciones por las 4 primeras causas de muerte en los Adultos Mayores al total de defunciones en los Adultos Mayores. Cuba, 2002-2006.**



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

Al realizar el análisis de la mortalidad según las primeras cuatro causas de muerte en los adultos mayores (Enfermedades del Corazón, Tumores Malignos, Enfermedades cerebrovasculares, Influenza y Neumonía) encontramos (gráfico 7) que en los cinco años analizados las defunciones por estas causas han representado más del 70% del total de muertes ocurridas a partir de los 60 años, aporte que discretamente se incrementó en el 2006 respecto al resto de los años analizados.

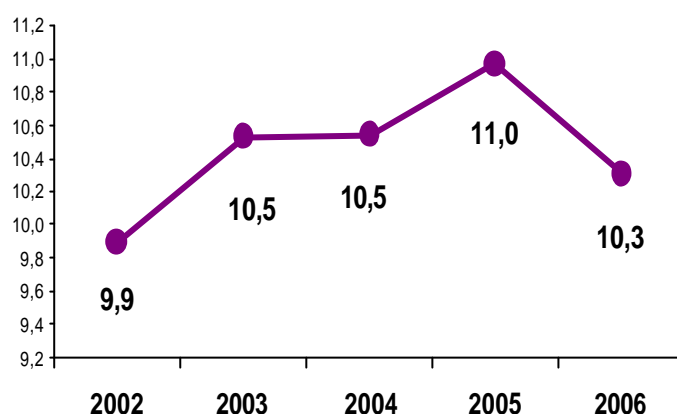
**Gráfico 8: Aporte de las defunciones por las 4 primeras causas de muerte en los Adultos Mayores al total de defunciones. Cuba, 2002-2006.**



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

Como se aprecia en el gráfico 8, las defunciones por las cuatro primeras causas en los adultos mayores aportaron durante el quinquenio analizado, mas de un 50% al total de defunciones ocurridas en el país, aporte que mantuvo una ligera tendencia al incremento durante dicho período.

**Gráfico 9: Tasas\* de Mortalidad por Enfermedades del Corazón en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006.**

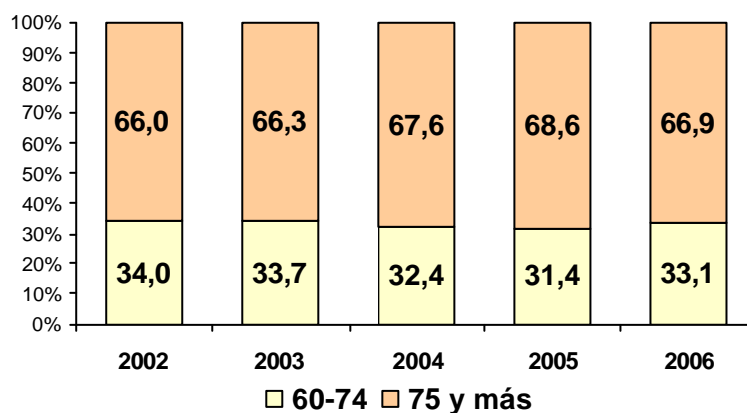


\*Tasa por 1000 habitantes de 60 años y más

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

La tasa de mortalidad por enfermedades del corazón en los adultos mayores ha mostrado tendencia a permanecer relativamente estable durante el período analizado, aunque se observa en el gráfico 9 un ligero decremento de la misma durante el año 2006.

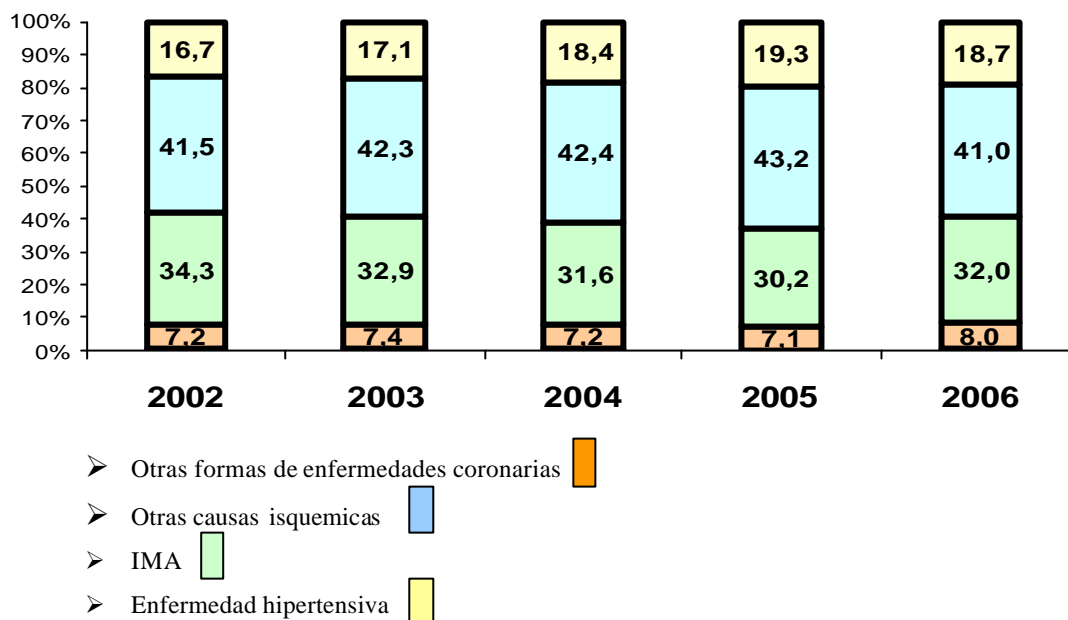
**Gráfico 10: Mortalidad Proporcional por Enfermedades del Corazón según grupos de edad. Cuba, 2002-2006**



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

El gráfico anterior evidencia claramente el mayor aporte que ofrecen los adultos mayores de 75 años y más a las defunciones por enfermedades del corazón.

**Gráfico 11: Mortalidad Proporcional por tipo de Enfermedades del Corazón en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006.**

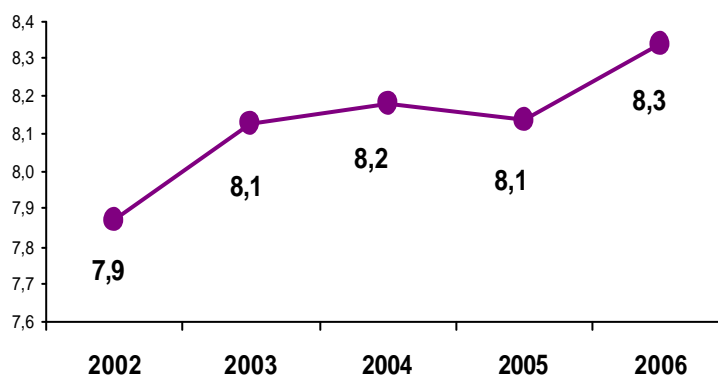


\*Tasa por 1000 habitantes de 60 años y más

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

Dentro de estas enfermedades del corazón son precisamente las enfermedades isquémicas las de mayor aporte a la mortalidad en los adultos mayores cubanos, a pesar de un leve decremento en la tasa en el pasado año, (gráfico 11), seguido por el IMA, el cual luego de un discreto decremento en el período 2002-2005, presenta nuevamente ligero incremento en la tasa de mortalidad por dicha causa en los grupos de edades de 60 años y más.

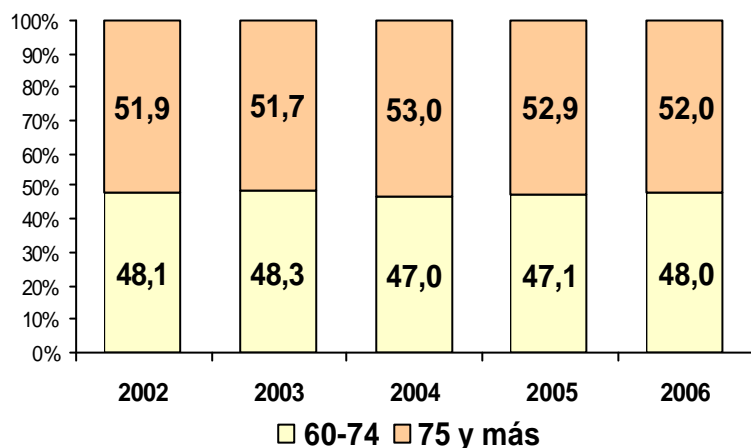
**Gráfico 12: Tasas\* de Mortalidad por Tumores Malignos en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006.**



\*Tasa por 1000 habitantes de 60 años y más

La segunda causa de mortalidad en los adultos mayores son los tumores malignos. Como se aprecia en el gráfico 12, estos han mostrado tendencia al ascenso en el quinquenio analizado.

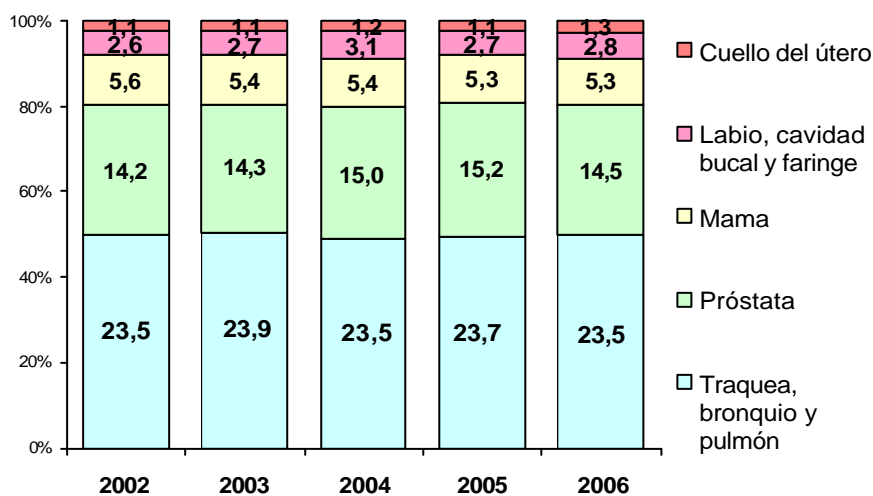
**Gráfico 13: Mortalidad Proporcional por Tumores Malignos según grupos de edad. Cuba, 2002-2006.**



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

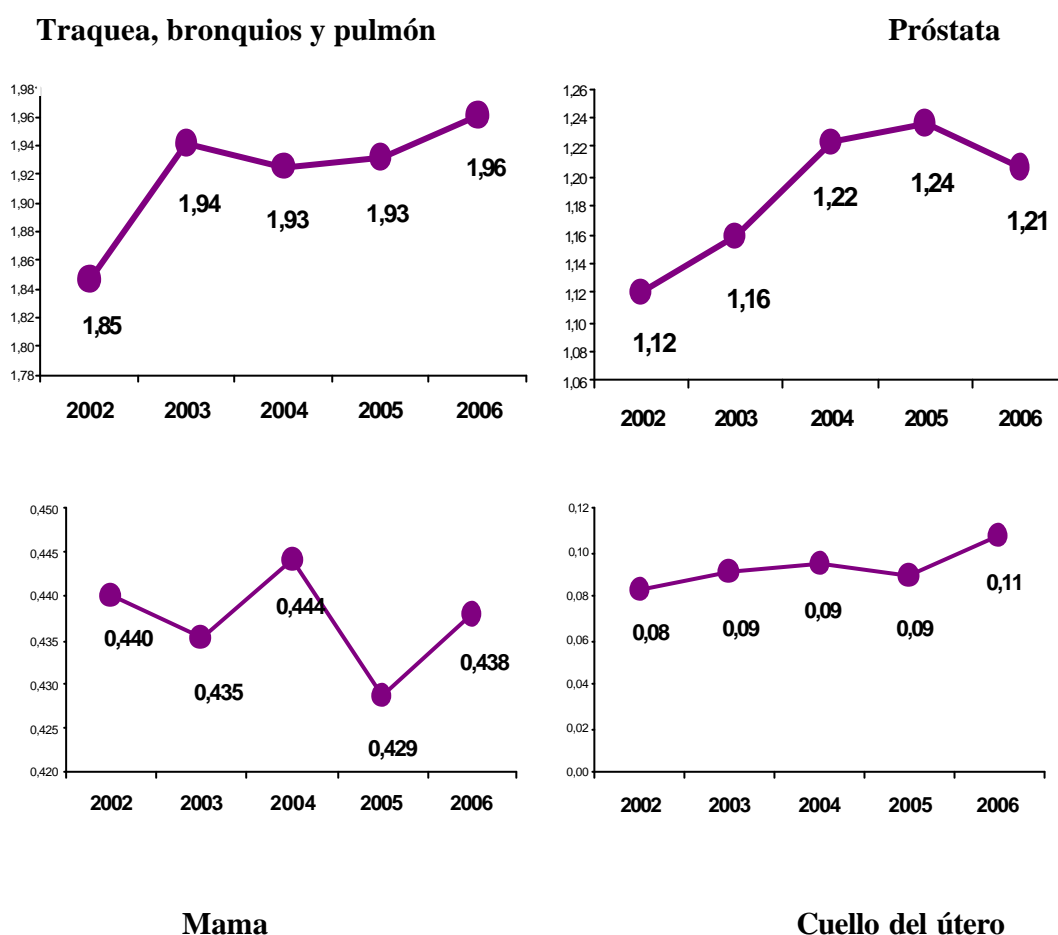
Aunque los viejos viejos continúan exhibiendo mayores tasas de mortalidad por esta causa, se observa tendencia a igualar dichas cifras en el grupo de viejos jóvenes, gráfico 13.

**Gráfico 14: Mortalidad proporcional por localización de los Tumores Malignos en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006.**



Atendiendo a los tipos de tumores que tomamos en cuenta en nuestra investigación corresponden a los tumores de las vías respiratorias inferiores el mayor aporte a la mortalidad por esta causa en los adultos mayores, datos expuestos en el gráfico 14, específicamente localizados en tráquea, bronquios y pulmón, seguidos por el cáncer de próstata y el cáncer de mama. La mortalidad por cada una de estas localizaciones mencionadas muestra una tendencia a mantenerse estable.

**Gráfico 15: Tasas\* de Mortalidad por Tumores Malignos según localización en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006**

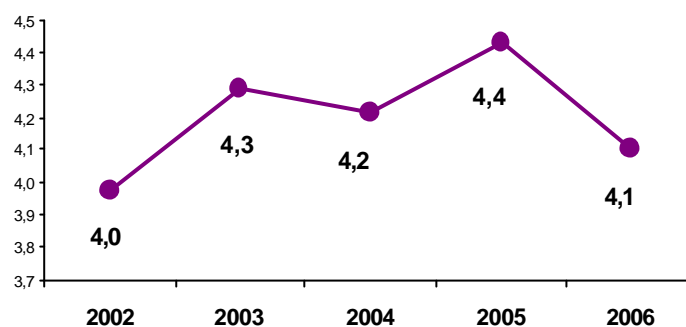


\*Tasa por 1000 habitantes de 60 años y más

El comportamiento de las tasas de mortalidad por tumores malignos según su localización en los adultos mayores, desglosado en el gráfico 15, muestra ligera tendencia al incremento de las mismas para los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, así como en próstata y

cuello del útero. En el caso de las tasas de mortalidad por neoplasias de mama en los adultos mayores se observan oscilaciones en el comportamiento de las mismas, con mayor elevación durante el año 2004 y durante el pasado año, aunque en menor cuantía en este último.

**Gráfico 16: Tasas\* de Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006.**

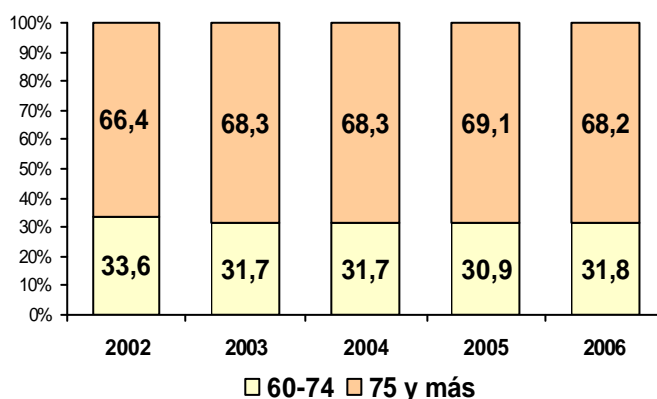


\*Tasa por 1000 habitantes de 60 años y más

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP

La tercera causa de muerte en los adultos de 60 años y más continúan siendo las enfermedades cerebrovasculares, coincidiendo con las causas de muerte para todos los grupos de edades en Cuba. El riesgo de morir por estas enfermedades ha mostrado tendencia a mantenerse estable durante este último quinquenio, con un alza durante el 2005 y posterior decremento en el 2006, datos reflejados en el gráfico 16.

**Gráfico 17: Mortalidad Proporcional por Enfermedades Cerebrovasculares según grupos de edad. Cuba, 2002-2006**

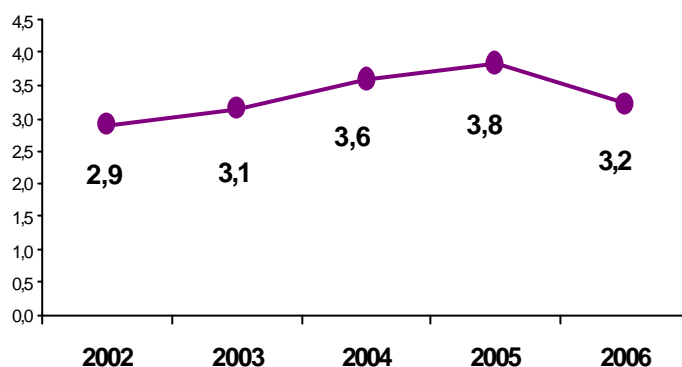


Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.



El gráfico 17 muestra la contribución por grupos de edades a la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, esta es fundamentalmente a expensas de los mayores de 75 años, los cuales incrementaron su aporte hasta el 2005, reduciéndose discretamente a partir del 2006. En cambio los “viejos jóvenes” disminuyeron su aporte hasta el 2005, incrementándose en el 2006.

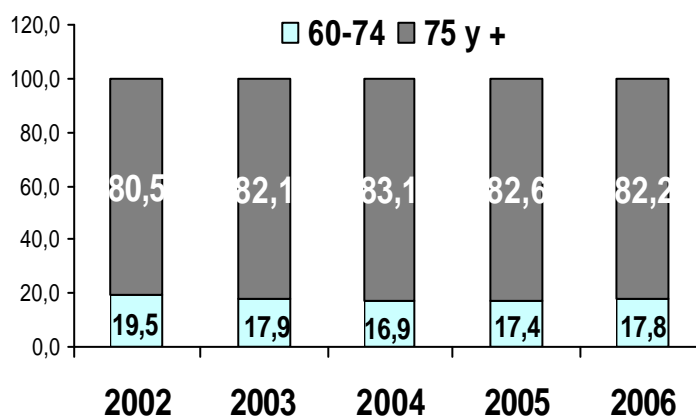
**Gráfico 18: Tasas\* de Mortalidad por Influenza y neumonía en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006**



\*Tasa por 1000 habitantes de 60 años y más  
Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

La cuarta causa de muerte en estas edades es la Influenza y Neumonía, observándose en los últimos 4 años un incremento en el riesgo de morir. Ya en el 2006 la tasa descendió respecto al 2005, pese a ello, entre el año inicial y final del quinquenio la tasa muestra un 10.3% de incremento.

**Gráfico 19: Mortalidad proporcional por Influenza y neumonía según grupos de edad. Cuba, 2002-**



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP. 2006

Respecto al aporte de las defunciones por esta cuarta causa y grupos de edad, también son los "viejos-viejos" los que más aportan. Hasta el 2004 la contribución de este grupo a la mortalidad se fue elevando discretamente, ya en el 2005 y 2006 se reduce. En cambio en los "viejos-jóvenes" el aporte por esta causa se comienza a elevar a partir del 2004.

- **Discusión**

La dinámica demográfica actual caracterizada por la tendencia hacia una menor fecundidad y mayor esperanza de vida, unida a la mejora de las condiciones sanitarias, ha propiciado en la población cubana la prolongación de la vida y en consecuencia la muerte a edades más avanzadas.

Por ello, el descenso de la mortalidad general observado en el pasado año podría estar relacionada con las medidas tomadas por la dirección de nuestro país encaminadas a lograr una mayor esperanza de vida y por ende a la mejoría en la atención a estos grupos de edad, así como del desarrollo de servicios y tecnologías con mayor capacidad resolutive como el mejoramiento del transporte sanitario, la creación de terapias intensivas municipales, servicios de rehabilitación a nivel municipal, entre otros.

En cuanto al comportamiento observado en el riesgo de morir por grupos de edad, se puede decir que era de esperar una mayor mortalidad en el grupo de los "viejos-viejos". La mortalidad está íntimamente relacionada con la variable edad y no se distribuye de una manera equitativa y al azar entre los diferentes grupos. En general, las probabilidades de morir son más altas a edades cada vez mayores.

Por otra parte, debido a las transiciones demográficas y epidemiológicas que se están produciendo, la mortalidad se desplaza secundariamente hacia edades cada vez mayores<sup>(10)</sup>. No obstante, la disminución marcada del riesgo de morir observada en el 2006 en el grupo de 75 años y más respecto al grupo de 60-64, pensamos lleva un análisis posterior a través de investigaciones ulteriores, pues el decremento de la mortalidad en este año estuvo dado en gran medida por el descenso de la mortalidad en los más viejos.

El comportamiento por sexos, también era de esperar, pues se conoce que las mujeres cubanas viven como promedio 4 años más que los hombres, y al arribar a los 60 años la diferencia en la esperanza de vida a esa edad es algo más de 2 años <sup>(11)</sup>, aunque hay que resaltar que el diferencial por sexo se estrecha, lo que es característico de nuestro país, pues en el resto del mundo no sucede igual. Por tanto, se requiere de investigaciones posteriores que esclarezcan este hecho.

El incremento en el aporte de los adultos mayores al total de defunciones pudiera ser explicado como antes señalamos por la rapidez del proceso de transición demográfica en nuestro país<sup>(11)</sup>, que ha conllevado a un incremento en la proporción de adultos mayores y que está obligando al desarrollo en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud de una política integrada en la atención al adulto mayor para enfrentar el reto que impone este envejecimiento poblacional.

Las cuatro primeras causas de muerte en los adultos mayores coinciden al realizar el análisis de las causas para todos los grupos de edades de nuestro país<sup>(12)</sup>.

Figuran como protagonistas las **enfermedades crónicas no transmisibles**, hallazgo consecuente con los adelantos tecnológicos y el envejecimiento de la población. Enfermedades de no fácil manejo, donde la prevención debe ser efectuada desde las edades precedentes a fin de asegurar la prolongación y mejora de la calidad de vida de quienes llegan a edades avanzadas. Se basa entonces en tratar de cambiar estilos de vidas insanos, tarea sumamente compleja. La **influenza y neumonía** aún persiste con niveles de mortalidad elevados, constituyendo la cuarta causa de muerte en el grupo de 60 años y más.

Las enfermedades del corazón continúan siendo la principal causa de muerte en Cuba desde hace más de 40 años <sup>(10)</sup>, a pesar de que la tasa de mortalidad por estas enfermedades ha continuado disminuyendo discretamente. Los adultos mayores son quienes más contribuyen al total de defunciones por esta causa, dada la elevación en la prevalencia e incidencia de enfermedades relacionadas con el proceso de aterosclerosis en el organismo, entre las que se incluye de manera significativa la cardiopatía isquémica.

El mayor aporte que ofrecen los adultos mayores de 75 años y más a las defunciones por enfermedades del corazón, muestra la relación de estas patologías con el incremento de la edad.

En nuestro país se llevan a cabo una serie de medidas encaminadas a reducir el riesgo de morir por enfermedades del corazón, tales como: se desarrolla la red cardio-quirúrgica nacional, se han expandido los servicios del Sistema Integral de Urgencias Médicas, se incrementa el uso temprano de la estreptoquinasa recombinante y de la angioplastia coronaria, se ha ampliado la cobertura de medicamentos, se trabaja en aras de lograr mayor accesibilidad y perfeccionamiento de los servicios de rehabilitación<sup>(13)</sup>, por solo mencionar algunas medidas.

En lo que a tumores malignos respecta, la tendencia a igualar las cifras en el grupo de viejos jóvenes con los viejos viejos evidencia la propensión al incremento de estas enfermedades malignas en edades más tempranas de la vida, fenómeno que no solo está ocurriendo en nuestro país sino también en países más desarrollados y en vías de desarrollo.

La mortalidad por las localizaciones mencionadas, algunas de las cuales no son las más frecuentes pero si las de más fácil pesquisa, reflejan la necesidad de medidas de promoción y prevención más eficaces para lograr reducciones en la morbimortalidad, así como el incremento en el pesquaje de los mismos en las localizaciones en que pueda efectuarse (próstata, mama, cáncer bucal, cuello del útero), lo cual propiciaría el diagnóstico en estadios precoces de la enfermedad y contribuiría a la disminución en la mortalidad por dichas neoplasias malignas. 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).

Son numerosas las medidas que se llevan a cabo por parte del Ministerio de Salud Pública para reducir el riesgo de morir por esta causa, entre ellas están: alcanzar cobertura con calidad en los programas de pesquisa, lograr como mínimo un 80 % de pruebas citológicas realizadas en mujeres de 25 a 60, un 70 % o más de Mamografías realizadas en

mujeres de 50 a 64, un 70 % o más de exámenes bucales en población de 35 y más, actualizar, divulgar y cumplir las Guías de Diagnóstico y Tratamiento en Oncología, tener disponibilidad de los recursos indispensables para el diagnóstico (Anatomía Patológica, Laboratorio, Radiología y Medicina Nuclear) y tratamiento adecuado de todo caso de cáncer (especialmente quimioterapia y radioterapia), ampliar la producción nacional de productos de uso oncológico: citostáticos, medicamentos de soporte y nuevos productos de la biotecnología<sup>(13)</sup>, entre otros.

Vale destacar la necesidad de reevaluar los programas de cáncer de cuello y mama, pues estos tipos de tumores han tendido a mantenerse o elevarse en las adultas mayores durante los últimos años, sin embargo, estas mujeres salen muy precozmente del pesquisaje.

Es importante insistir en la necesidad de una evaluación exhaustiva del paciente geriátrico por parte del oncólogo, pues consideramos primordial el dar respuesta a interrogantes como: ¿Qué peculiaridades deben ser evaluadas en un adulto mayor?, ¿Los diferentes tipos de cáncer se presentan de forma diferente en este grupo de edad?, ¿Cómo pueden complicar el tratamiento las condiciones de salud relacionadas a estas edades?, ¿Cuáles son los riesgos potenciales y las limitaciones de la quimioterapia y la radioterapia en este grupo de pacientes ?

En el caso de las enfermedades cerebrovasculares, a pesar de que en el último año analizado disminuyó el riesgo de morir por dicha causa, es necesario continuar trabajando con vistas a incrementar los servicios hospitalarios especializados de atención, continuar desarrollando la cirugía endovascular y trombolisis, el uso del doppler transcraneal como parte del examen físico neurológico, en el diagnóstico de las ECV, la utilización de los medios diagnósticos de formas complejas mediante la TAC, IRM, el ecodoppler carotídeo y vertebral, así como la angiografía por sustracción digital, realizar, como parte de la prevención secundaria, el tratamiento quirúrgico (endarterectomía) o intervencionista (angioplastia/stent) de la estenosis carotídea sintomática, realizar el tratamiento precoz para aislar aneurismas intracraneales sangrantes de la circulación cerebral con cirugía (clipaje) o

con neuroradiología intervencionista (Coil Endovascular), reorientar el enfoque terapéutico hacia nuevos medicamentos que cambian el pronóstico de estos pacientes<sup>(13)</sup>, lograr una rehabilitación oportuna y eficaz en aras de reducir al mínimo las discapacidades, continuar elevando el nivel de conocimientos del personal involucrado en la atención a estos pacientes.

A pesar del avance de la ciencia en su lucha contra las enfermedades infecciosas, las IRA siguen siendo una de las principales causas de muerte en el anciano. La población mayor de 60 años se encuentra entre uno de los grupos de edades más vulnerables a las IRA, constituyendo una de las causas más comunes de consultas médicas y hospitalización en este grupo de edad. Crean un serio problema de salud por las complicaciones severas que se le asocian y pueden llevar a la muerte al paciente<sup>(10)</sup>.

Más del 90% de las defunciones atribuidas a esta causa en el país ocurren en adultos de 60 años y más<sup>(10)</sup>. Este incremento se ve propiciado por factores propios asociados al envejecimiento (senectud inmunológica, disminución de la capacidad física y mental, etc.), conjuntamente con la presencia de otras enfermedades asociadas (EPOC) y el elevado consumo de cigarrillos<sup>(14)</sup>, son factores que favorecen el agravamiento de las infecciones respiratorias comunes, lo que pudo contribuir a este comportamiento.

A pesar de la discreta reducción de la mortalidad por esta causa en el 2006, es necesario para continuar disminuyendo este indicador, lograr el cumplimiento de la vacunación antigripal siempre que sea posible en toda la población de adultos mayores, en caso contrario continuar priorizando los grupos de mayor riesgo (hogares de ancianos, casas de abuelos, diabéticos, asmáticos), además de realizar la vacunación oportunamente y en correspondencia con la cepa que esté en circulación, por otra parte se incluye la realización de un diagnóstico precoz, una conducta terapéutica adecuada y una buena rehabilitación .

Hasta aquí hemos hecho alusión a una serie de medidas que se vienen implementando con el objetivo de disminuir la mortalidad en los adultos mayores por estas causas, sin embargo, sin dejar de reconocer la importancia de las mismas, pensamos que se debe hacer mayor énfasis en una atención personalizada, según las características de este grupo de edad, para

lograr un tratamiento adecuado de las enfermedades, es decir la geriatrización de todo el personal involucrado en la atención a este grupo de población. Debemos reorientar estrategias, cambiar estilos de vidas, intervenir en las condiciones sociales y ambientales, la educación, el ambiente laboral, el aire, el agua, el no-tabaco, la alimentación saludable, el ejercicio, etc. En fin, el futuro será transformar la medicina de curativa a preventiva y para ello será necesario un abordaje integral, que incluya la acción intersectorial, multidisciplinaria, la organización de los servicios, y que llegue hasta la participación poblacional y al individuo como principal promotor de estas acciones.

- **Conclusiones**

- En el periodo analizado (2002-2006) el riesgo de morir por todas las causas en los adultos mayores ha tenido una tendencia al ascenso, excepto en el 2006 donde se observó un decremento respecto al año precedente. Dicho riesgo fue mayor en el grupo de 75 y más años. No obstante, es este grupo etáreo el que en el 2006 disminuyó de manera más significativa el riesgo de morir. Según el análisis por sexo se observa sobremortalidad masculina, con un estrechamiento de la diferencial por sexo.
- El patrón causal de mortalidad en este grupo de edad es típico de esta etapa de la vida. Las tres primeras causas de muerte la ocupan las crónicas no transmisibles: enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares, a pesar de que persiste como cuarta causa la influenza y neumonía, única causa transmisible entre las diez primeras. Estas cuatro causas implican una importante reserva de reducción de la mortalidad en los adultos mayores pues aportan cada año más de la mitad de las defunciones que ocurren en este grupo etáreo por todas las causas y más de la mitad de las que ocurren en todas las edades.
- Se logró en el año 2006 una reducción de la mortalidad en tres de las cuatro causas analizadas, con excepción de los tumores malignos. Causas como cáncer de próstata, mama, cuello del útero, cavidad bucal y faringe han mantenido cifras elevadas.

- El tratamiento oportuno, la rehabilitación adecuada serán pilares necesarios para disminuir mortalidad, pero lograr cambiar estilos de vidas insanos, intervenir en las condiciones sociales y ambientales, la educación, el ambiente laboral, el aire, el agua, el no-tabaco, no-alcoholismo, alimentación saludable, el ejercicio, etc, seguirán diciendo la última palabra. El futuro paradigma: transformar la medicina de curativa en preventiva.
- Deberá dársele un abordaje integral al problema, con acción Intersectorial, acción multidisciplinaria, vigilancia de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles, organización de los servicios y proceso de atención médica.



• **Referencias Bibliográficas:**

1. Cuba. Censo de Población y vivienda. República de Cuba. Comité Estatal de Estadísticas de Vivienda, 1981.
2. Rice University. Catalog of the Scientific Community. Disponible en: <http://es.rice.edu/ES/humsoc/Galileo/Catalog/Files/graunt.htm>. Accedido el 3 de diciembre de 2002.
3. Organización Panamericana de la Salud. De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de mortalidad. Boletín Epidemiológico; 2002, 23(4). Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be\\_v23n4-intro\\_mortalidad.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v23n4-intro_mortalidad.htm). Accedido el 10 de agosto de 2005.
4. Taucher E. Mortalidad evitable. OPS/OMS, 1978.
5. Valdés Suárez P M. Metodología de la Investigación. Centros de Estudio Demográficos. Ciudad Habana, 1987.
6. Aranibar Paula. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. Naciones Unidas: Santiago de Chile, diciembre de 2001.
7. Algunas consideraciones sobre el proceso de envejecimiento demográfico en Cuba. (Ponencia presentada al Taller: "Población y desarrollo", CEDEM, La Habana, julio del 2002).
8. Grisales H, Caicedo B, Serna C, Uribe D. Causas de mortalidad en jóvenes y su contribución al cambio en la esperanza de vida: Cali, 1989-1999. Colombia Médica 2005;36(2): 85-93.
9. Colectivo de autores. Cuba, 10 años después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. La Habana; 2005.
10. Malagón Yuselis, Guevara Adialys. Enfoques de la Situación de Salud del Adulto Mayor. Cuba; 2004. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=6836> (15 junio de 2006)
11. Colectivo de autores. Cuba, 10 años después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. La Habana; 2005.

12. MINSAP. Dirección de Estadísticas, (2006). “Anuario Estadístico de Salud, 2005. República de Cuba”. La Habana.
13. MINSAP. Situación de salud de la población. Cuba; 2004.
14. 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.