

**Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida
Objetiva en la Tercera Edad**

Autores: Héctor D. Bayarre Veá¹, Julia Pérez Piñero², Jesús Menéndez Jiménez³

1. Especialista II Grado Bioestadística Médica. Dr. en Ciencias. Escuela Nacional de Salud Pública. ENSAP.

2. Especialista I Grado Bioestadística Médica. Escuela Nacional de Salud Pública. ENSAP.

3. Especialista I Grado en Gerontología y Geriatria. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

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

CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

RESUMEN

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha sido de marcado interés en las últimas décadas, entre otras razones porque el envejecimiento poblacional iniciado en Europa en países con transición temprana- se ha extendido a otras regiones del mundo. Cuba, país en desarrollo, no queda excluida de la problemática planteada. Los autores realizan un análisis de los procesos de transición demográfica y epidemiológica y la categoría calidad de vida, dada la relación de ésta con los procesos anteriormente considerados.

Concluyen que al incremento de la longevidad deberá añadirse una mejoría de la calidad de vida de esta población, si bien han sido señalados varios problemas para el estudio de la calidad de vida, los que pueden resumirse en: conceptuales, metodológicos e instrumentales, en los últimos años se han realizado grandes esfuerzos en este sentido; siendo la tercera edad el segmento de la población más investigado desde esta perspectiva, sobre todo a través de la dimensión salud o funcionalidad.

La mayor prevalencia, en las provincias investigadas, de la discapacidad física con respecto a la discapacidad mental, sugiere que, generalmente, la primera acontece antes que la segunda. Las diferencias marcadas en los niveles de discapacidad física, encontradas entre las provincias investigadas, evidencian que aún en países como Cuba, donde existe bastante homogeneidad en los niveles de atención a la salud, existen diferenciales demográficos, sociales y económicos. La edad apareció como factor que influye en la aparición de discapacidad física en la población geriátrica de todos los territorios investigados, seguida por el sexo femenino y otros factores.

Palabras claves: transición demográfica, transición epidemiológica, calidad de vida, tercera edad, discapacidad.

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas, entre otras razones porque el envejecimiento poblacional iniciado en Europa –en países con transición temprana- se ha extendido a otras regiones del mundo, a la vez que ha incrementado su velocidad. Paralelo a ello se han producido cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud.^{1,2}

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado.³ Sin embargo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de políticas en general y los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad.⁴

Entre las problemáticas relacionadas con los cambios en la morbilidad se encuentran las discapacidades físicas, íntimamente relacionadas con el incremento de la edad. Su aparición, en un individuo concreto, habla en favor de la pérdida de autonomía, afectando la calidad de vida objetiva de éste.

La transición demográfica, referida con anterioridad, tiene un comportamiento singular en los países en desarrollo, en los que ésta goza de mayor celeridad, de ahí que ellos arribarán al envejecimiento poblacional en un lapso de tiempo mucho menor que el que necesitaron los países desarrollados. Ello hace más grave la situación existente en éstos, pues deberán afrontar los cambios que el proceso genera con recursos muy limitados, lo que dificulta el establecimiento de políticas que coadyuven a su control o, en su defecto, a mitigar sus nocivas consecuencias sobre los individuos, la familia, la comunidad y la sociedad.

Cuba, país en desarrollo, no queda excluida de la problemática planteada, pues a pesar que en ella existe la voluntad política para afrontar el reto que la transición impone, así como los recursos humanos necesarios, como todo país en desarrollo presenta una economía limitada, al tiempo que su estructura y organización social no fue pensada para una población vieja, elementos que devienen en “handicap” para la generación de políticas que favorezcan a este segmento de la población.

Casi tres lustros dedicado a la investigación gerontológica han permitido que realicemos este trabajo, con la finalidad de reflexionar sobre los procesos de transición demográfica y epidemiológica, y sobre los problemas conexos a ellos, los que por su magnitud, gravedad, trascendencia y tendencia deben ser tenidos en cuenta para el establecimiento de políticas sociales, económicas y de salud en los países afectados, pues ello permitiría yugular o mitigar éstos, mejorando la calidad de la vida objetiva de los adultos mayores de estos territorios.

Este apartado tiene el propósito de presentar los elementos teóricos fundamentales para el abordaje de la problemática planteada en la introducción del trabajo.

El mismo está estructurado en dos epígrafes: el primero aborda los procesos de Transición Demográfica y Epidemiológica y el segundo la categoría Calidad de Vida, dada la relación de ésta con los procesos anteriormente considerados.

1.1 El envejecimiento de la población como expresión de las transiciones demográfica y epidemiológica.

1.1.1 La Teoría de la Transición Demográfica

A finales del siglo XIX y principios del XX, el interés por profundizar en las tendencias de la población, en particular la disminución de los niveles de mortalidad y sobre todo de fecundidad, motivó que, en muchos países de Europa Occidental, surgiera lo que se ha reconocido como “La Teoría de la Transición o Revolución Demográfica”.²

La Transición Demográfica se define como el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado, que explica el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables.

Las primeras aproximaciones a la teoría las realizó el demógrafo francés Adolphe Landry en 1909, quien analizó la relación de los cambios en las variables demográficas y la productividad del trabajo en Francia y otros países europeos. Este autor estructuró la teoría, bajo el nombre de “Revolución Demográfica”, en tres etapas en virtud del tipo de economía: primitiva, intermedia y moderna.^{1,2}

Más adelante, en 1929, el demógrafo norteamericano, Warren Thompson le llama “Evolución Demográfica”. Este autor considera también tres etapas, pero utiliza como variable rectora el crecimiento poblacional, en virtud de la cual clasifica éstas en: estado de crecimiento potencial, efectivo y estacionario o de disminución.²

En 1945, el inglés Frank Notestein expone la Teoría de la Transición Demográfica, la más conocida en la actualidad. En ésta se distinguen las siguientes etapas.^{1,2,4}

Etapa I: La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) se encuentra entre 35-40 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) es de 30-35 defunciones por cada mil habitantes. Como la fecundidad y la mortalidad son altas, la tasa de crecimiento de la población es muy baja, de aproximadamente 0.6 por ciento.

En esta etapa se produce la Revolución Industrial, se acelera el proceso de urbanización, mejoran el medio ambiente y la atención médica y hay una mejor organización de los servicios de salud. Una mejor distribución del ingreso crea condiciones para reducir la mortalidad.

Etapa II: Disminución de la TBM a 25 por mil, manteniéndose la TBN constante o ligeramente decreciente. Aumenta la tasa de crecimiento de la población, que pasa a considerarse alta, y se rejuvenece la estructura por edades de la población.

Etapa III: Sigue disminuyendo la TBM y comienza a reducirse la TBN, por ello se reduce la tasa de crecimiento de la población. Disminuye la mortalidad y aumenta la supervivencia. Se acelera la urbanización. Se producen cambios en la producción. Hay una transformación de los roles familiares porque la familia pequeña se vuelve más funcional como consecuencia de las nuevas estructuras económicas y sociales. Por lo anterior la tasa de crecimiento se estabiliza y luego disminuye.

En 1945, Landry incluye la teoría en su Tratado de Demografía; en 1949, Thompson amplía los conocimientos al aplicarla al caso de EE.UU y, en 1953, Notestein plantea la posibilidad de generalizar esta teoría, aplicándola a los cambios que se están produciendo en otras poblaciones del mundo.^{2, 5}

En 1989, Jean Claude Chesnais realizó un estudio sobre la validez de la Teoría de la Transición Demográfica, basándose en las series relativas a 67 países entre 1720 y 1984. No obstante, hay autores que aún rebaten el empleo de esta teoría en contextos diferentes a los que la generaron, opinando que existen diferencias causales en los países subdesarrollados con respecto a los desarrollados que no permiten realizar tal identificación.²

Recientemente, han sido reconocidas nuevas etapas de la transición demográfica:⁵

Etapa IV: Estabilidad de las TBM y TBN, por lo tanto la tasa de crecimiento de la población tiende a cero.

Etapa V: La TBM es mayor que la TBN; el crecimiento natural es negativo y el crecimiento total es cercano o inferior a cero.

Pese a que la Teoría de la Transición Demográfica ha demostrado ser sólida y generalizadora todavía no es posible afirmar que explique la Transición de los estadios poblacionales de los países en desarrollo; en su defecto, abre interrogantes sobre bajo qué condiciones está alcanzando este grupo de naciones los descensos en las tasas de natalidad y un ritmo de crecimiento total cada vez más moderado.

A pesar de las interrogantes planteadas en torno a la pertinencia de esta teoría para explicar los cambios que se han producido en la dinámica de la mortalidad y la fecundidad en los países con transición tardía, ella ha sido utilizada con tal finalidad. Su uso en estas últimas ha permitido establecer notables diferencias en los ritmos de crecimientos demográficos, en las intensidades y velocidades de los cambios, y en las determinaciones que operan en éstas con relación a los de transición temprana.¹

De esos análisis ha emergido como tesis que las sociedades que han iniciado los cambios demográficos más recientemente, atraviesan por ellos en un plazo menor que las de transición temprana. Este hecho imprime al proceso de envejecimiento de la población un agravante adicional, en tanto se trata de países menos desarrollados, con recursos muy limitados para establecer políticas que permitan un adecuado afrontamiento del mismo.

1.1.2 La Transición Epidemiológica

La inclusión en el análisis demográfico de la dinámica de la morbilidad, a través de la Transición Epidemiológica (TE) -- concepto creado en 1971 por Omran y ampliado por Lerner en 1973, derivado de la teoría de la transición demográfica --, sugiere que la transición sea tratada como un proceso continuo en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de carácter demográfico, socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico.^{1,2}

La reducción inicial en la mortalidad se concentra selectivamente en las causas de muerte de tipo infeccioso y tiende a beneficiar a los grupos de edades más jóvenes, en los que las infecciones son más frecuentes y graves. Además, la supervivencia progresiva más allá de la infancia aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas y lesiones, que incrementan así su contribución relativa a la mortalidad.^{1,6}

El descenso en la fecundidad -- de aparición posterior -- afecta la estructura por edades y repercute sobre el perfil de morbilidad pues la proporción creciente de personas de edad avanzada aumenta la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos. Por tanto, se produce una nueva dirección de cambio, en la medida que la carga principal de muertes y enfermedades se desplaza de los grupos de edades más jóvenes a los de edades más avanzadas.

Posteriormente, emerge otro cambio en este proceso, dado por el desplazamiento de la mortalidad del primer plano de las condiciones de salud y su sustitución por la morbilidad como fuerza predominante. A este respecto, el concepto de transición epidemiológica va más allá del de transición demográfica ya que no sólo intenta explicar los cambios en la mortalidad, sino también en la morbilidad. Así, en el proceso de transición, el significado de la enfermedad sufre una transformación radical. De ser primordialmente un proceso agudo que con frecuencia termina en la muerte, la enfermedad se convierte en un estado crónico en que muchas personas en su mayoría de edad avanzada sufren durante períodos largos de su vida. De este modo se hace posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente.^{1, 6}

1.1.3 La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe como un todo se encuentra transitando la fase caracterizada por una disminución de la fecundidad, que – si la comparamos con los países europeos – se ha producido en forma rápida, luego de haber experimentado cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo XX, con la tendencia de una tasa de crecimiento descendente.⁷

Como se señaló con anterioridad, el análisis de la TD en América Latina y el Caribe ha cobrado un especial interés en los últimos tiempos dada la velocidad con que este proceso se ha presentado. En tal sentido se han dedicado varios foros entre los que destaca la VI Conferencia Latinoamericana de Población, efectuada en México durante el mes de marzo de 1993, cuyo tema central fue “La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe”.⁸

En este evento se realizaron grandes aportes al relacionar la transición demográfica con la modernización y con la evolución socioeconómica de la región desde mediados del siglo pasado.

América Latina experimentó apreciables transformaciones sociales y económicas durante la segunda mitad del siglo XX, que han ocurrido de manera diferenciada en los distintos países que integran la región.

En la región, hasta mediados de la década de 1960, el fuerte decrecimiento de la mortalidad frente a tasas de fecundidad que se mantenían elevadas, produjo altas tasas de crecimiento. Al finalizar el decenio de los 70 comienza a disminuir la tasa de crecimiento de la población, debido principalmente a una baja de la fecundidad. Este fenómeno se extendió a la mayoría de los países y al interior de estos de una manera gradual y estratificada comenzando por los sectores de mayor nivel de escolarización de las áreas urbanas hacia los de menor nivel de instrucción de las zonas rurales.⁷

Entre 1980 y 1990 continúa el proceso de Transición Demográfica en todos los países, aunque se alteran algunos aspectos demográficos: composición de la familia, nupcialidad, movimientos migratorios, a consecuencia del período de crisis económica que sacude a la región. La tasa de crecimiento de la población promedio anual para ese período fue de 2.1 por ciento, este crecimiento relativamente alto (pese al decrecimiento de la mortalidad y la fecundidad) se explica por el potencial de las cohortes en edad juvenil, cuyos nacimientos ocurrieron en años precedentes de expansión de la natalidad.⁷

Como consecuencia de los cambios señalados se ha producido un incremento del envejecimiento de la población latinoamericana, por lo que este proceso iniciado en los países desarrollados, es ahora un fenómeno del siglo XXI, en tanto afecta a la mayoría de las regiones del planeta, entre las cuales América Latina y el Caribe presentan el cuadro más difícil,^{8,9} con tendencia al incremento en las próximas décadas.

Para ilustrar las ideas planteadas analicemos el cuadro siguiente, en el que se presenta la dinámica de la población senescente del mundo y por regiones en años seleccionados de los siglos XX y XXI.

Cuadro 1
Porcentaje de población de 60 años y más por regiones. 1950, 1990, 2000, 2025 y 2050

Zona o región	Años					Número Índice
	1950	1990	2002	2025	2050	
Regiones más desarrolladas	11.4	17.1	20.0	25.5	33.0	289.5
Regiones menos desarrolladas	6.3	6.9	8.0	12.0	19.0	301.6
África	5.2	4.8	5.0	6.4	10.0	192.3
Asia	6.7	7.7	10.0	14.2	18.0	268.7
Europa	12.9	18.7	15.0	27.0	27.0	209.3
América Latina y el Caribe	5.4	7.2	8.0	12.8	22.0	407.4
América del Norte	12.1	16.8	20.0	26.7	28.0	231.4
Oceanía	11.3	12.8	17.0	19.2	24.0	212.4
Todo el mundo	8.0	9.2	10.0	14.2	22.0	275.0

Fuente: Naciones Unidas 1991 ⁹ y 2002 ¹⁰

De manera general se constata el envejecimiento, como tendencia mundial, al estimarse un incremento del porcentaje de adultos mayores para el 2050 respecto al año base (1950) de un 275.0 por ciento. Sin embargo, no existe un comportamiento homogéneo en las distintas regiones. Entre todas las regiones destaca América Latina y el Caribe, para la que se prevé un aumento de los adultos mayores de alrededor del 407.0 por ciento, respecto al año base. Aunque cabe aclarar que este proceso no sólo es heterogéneo inter – regiones, sino también intra - regiones.

Algunos demógrafos afirman la presencia, dentro de un mismo país, de dos transiciones demográficas: aquella que experimentan las clases altas y medias, más escolarizadas y con mayores recursos económicos, que ya finalizan la llamada transición; y aquella que experimentan las clases bajas, aún en las primeras fases de la transición, y que acceden a ella de forma exógena, o sea, por difusión de los adelantos médicos, técnicos o por difusión de los patrones reproductivos de las clases altas y medias.

No obstante, estudiosos de la región han logrado clasificar los países de ésta en cuatro grupos, de acuerdo al estadio en que se encuentran con respecto a la transición demográfica.

En la etapa I, de Transición incipiente, clasifica Bolivia y Haití. En la etapa II, de Transición moderada, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. En la etapa III, en plena Transición, aparece la mayoría de los países de América Latina, como México, Costa Rica, Venezuela, Surinam, Colombia, Trinidad y Tobago, Perú, Brasil y Guyana; mientras que la etapa IV, de Transición avanzada presenta dos grupos de países: los que han tenido baja mortalidad y baja natalidad desde hace tiempo. En éste se incluyen Argentina, Uruguay y Cuba y; los que han logrado recientemente disminuciones importantes de fecundidad y mortalidad, pero por su relativamente joven población, aún tienen tasas de crecimiento altas, como Bahamas, Barbados, Chile, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico.^{2, 5}

1.1.4 La Transición Demográfica en Cuba

Cuba es uno de los países latinoamericanos que más tempranamente completaron su transición demográfica. La peculiaridad más importante de la dinámica de la población cubana es que su tasa de crecimiento natural nunca ha llegado al 3 por ciento. No hay consenso entre los especialistas del tema en los límites de las etapas de la transición demográfica en Cuba. A continuación se exponen algunos enfoques presentados al respecto.^{1, 2, 4, 5}

Etapa I La historia de la población cubana comienza a conocerse en la comunidad primitiva, a la que sorprende el encuentro con la cultura española y la colonización, que provoca una elevada mortalidad. En este punto se produce una separación ocupacional por sexos, que reduce la fecundidad.

En toda la etapa colonial existe escasez de médicos y hospitales. Se suceden epidemias, entre ellas las más importantes por su impacto en la mortalidad son: una de fiebre amarilla (1649), que produjo la más alta mortalidad; entre 1761 y 1764 ocurren otras importantes epidemias de fiebre amarilla; en 1833 aparece el cólera por primera vez en La Habana causando 8253 muertes; entre 1850 y 1852 hay otra epidemia de cólera que causa una elevada mortalidad y se extiende por varios territorios de la Isla; entre 1860 y 1863 la viruela azota la población causando un número importante de defunciones.

Durante los años de la guerra de independencia ocurren epidemias de varias enfermedades infecciosas que ocasionan una mortalidad elevada, lo que unido a la introducción de nuevas enfermedades, por inmigrantes chinos y yucatecos, aumentan la mortalidad y ocasionan un retroceso en el control de las epidemias que había comenzado a manifestarse hacia la segunda mitad del siglo XIX.

La introducción de los últimos adelantos médicos de la época no se produce a través de la metrópolis, pues España no tenía un gran desarrollo socioeconómico, sino a través de Francia, por medio de médicos cubanos formados en este país.

La guerra de 1895 – 1898 constituyó la más grande hecatombe epidemiológica de la historia de Cuba, pues produjo la más alta mortalidad registrada por enfermedades infectocontagiosas. Sólo de fiebre amarilla se estima que murieron 16 308 personas en los cuatro años que duró la guerra, a ello se adiciona un número importante de muertes por disentería, enteritis, fiebre tifoidea, paludismo y viruela.

La Guerra de Independencia de 1895 finaliza con la salida de España y la entrega de Cuba a Estados Unidos, que ocupa militarmente el país desde 1898 hasta 1902. Desde el punto de vista de la mortalidad, se produce un descenso, porque en este período se inicia una reconstrucción general y una enérgica y bien dirigida campaña sanitaria. La comisión americana aprobó la idea de Carlos J. Finlay al establecer que el mosquito transmite la fiebre amarilla. Con ello se inicia una importante campaña contra el mosquito. A ello se suma la construcción de carreteras, alcantarillados, mejora del abastecimiento de agua y una fuerte inversión económica (azúcar, tabaco, ron, minería, ferrocarril).

La rápida y temprana urbanización, derivada de los patrones de asentamiento urbano heredados de la época colonial incide en el control de epidemias. A la vez, aumenta el presupuesto de salud, dando lugar a la aparición de nuevas clínicas, aunque la mayoría mutualistas y particulares, y hospitales, entre los que se incluyen hospitales especializados en tuberculosis, lepra y maternos.

En 1909 se construye el acueducto, se logra la potabilización de las aguas, la notificación, control e inmunización de enfermedades infecciosas. Se crea una comisión permanente de vacunación.

En la segunda década del siglo XIX, continúa los descensos de la mortalidad por las condiciones higiénicas sanitarias que se habían creado. Se observan logros en la educación, fundamentalmente urbana. La fecundidad disminuye ligeramente.

Etapa II. Esta etapa, según Hernández Castellón comienza a mediados de la tercera década del siglo XX, en tanto García Quiñones la ubica en la cuarta.^{1, 4}

Los avances más importantes ocurridos en esta etapa son la aparición de los antibióticos y de nuevos métodos de prevención terapéutica que disminuyen los gastos de salud

En esta hay una reducción importante de la tasa bruta de mortalidad. A su vez, disminuye la mortalidad por enfermedades transmisibles, pero aún persisten desigualdades sociales y territoriales.

Etapa III. Para Hernández Castellón ⁴ esta etapa de la TD cubana comienza a partir de 1959, en tanto que García Quiñones ¹ la ubica a mediados de la década de los setenta.

Esta etapa tiene la peculiaridad de que la tasa bruta de natalidad aumenta desde 1960 a 1965 y luego disminuye drásticamente. Pérez de la Riva, al referirse a estos años plantea que “El auge de nacimientos en la primera mitad de los años 60 fue seguido por uno de los avances de la transición demográfica más acelerados y homogéneos de la historia demográfica contemporánea”. ⁵

Entre 1970 y 1980 la Tasa Global de Fecundidad y la Tasa de Mortalidad Infantil se reducen a la mitad. La reducción fue más fuerte que la ocurrida en países con programas específicos de planificación familiar. ⁵

Indicadores económicos y sociales que inciden en el descenso de la fecundidad:

- Cobertura de la educación, que se acerca al 100 %.
- Expansión de los servicios de salud.
- Mejora de indicadores económicos en la década de 1970
 - impulso agrícola e industrial
 - construcción de infraestructuras
 - ampliación de servicios básicos

Todo ello disminuye el desempleo y aumenta el empleo femenino.

- Redistribución territorial de la economía y los servicios.
- Cambios en el rol de la mujer dentro de la familia y de la sociedad.

Etapa IV: Desde fines de la década de 1980, se observa la estabilización de la TBN. Desde la etapa anterior la TBM no sirve para medir la mortalidad pues fluctúa.

En la primera mitad de la década de 1990, y debido a las dificultades económicas del país la tasa bruta de natalidad se reduce a un nivel mínimo, para recuperarse ligeramente y continuar fluctuando durante toda la segunda mitad de la década. Se espera que esta sea la tendencia de los próximos años, es decir, una tasa bruta de natalidad fluctuante, muy baja.

A su vez, como consecuencia de la mayor supervivencia de las personas y de la estructura de la población con una tendencia acelerada al envejecimiento, la tasa bruta de mortalidad se va a ir incrementando ligeramente (aún cuando la mortalidad se reduce), por lo que las tasas brutas de natalidad y mortalidad se podrán equiparar en un futuro no muy lejano.

Los siguientes datos revelan la evolución del monto de adultos mayores en el último siglo. En 1899 sólo existían 72 000 adultos mayores, mientras que ya para 1950 residían en el país 427 000. Este aumento se debió fundamentalmente a la disminución de la mortalidad, a la que se adicionó una importante corriente inmigratoria, que arribó al país en las tres primeras décadas del siglo.

El número de adultos mayores continuó su incremento en el resto del siglo XX. En 1990, en Cuba residían 1 200 000 personas de este grupo, y en el año 2000 la cifra estimada ascendió a 1 601 993, el 14.3 por ciento de la población total, resultado que obedece fundamentalmente a la reducción de los niveles de fecundidad, presente a lo

largo de la segunda mitad del siglo de referencia, con excepción de la década de 1960, a lo que se añade la mejoría manifiesta en los niveles de mortalidad.¹¹

Sin embargo, el envejecimiento no se presenta de igual modo en todas las provincias del país. Las provincias occidentales, con excepción de Pinar del Río, y las centrales presentan mayor envejecimiento, en tanto en las orientales este proceso es menor, lo que se encuentra estrechamente relacionado con los niveles de fecundidad y mortalidad de los territorios. Las provincias Villa Clara con 17.1 por ciento de adultos mayores, Ciudad de La Habana con 16.9 y Sancti Spíritus con 15.8 son las más envejecidas, mientras que Guantánamo con 11.1 por ciento es la menos envejecida. (Cuadro 2)

El siguiente cuadro muestra los resultados de varios indicadores utilizados en la medición del proceso de envejecimiento, para Cuba y sus provincias.

Cuadro 2
Envejecimiento de la población cubana según indicadores de envejecimiento y provincias. Cuba, 2000

Provincia	Indicador			
	Porcentaje V	Razón V/J	Razón V/A	Población Total
Pinar del Río	13.1	0.598	0.202	96651
La Habana	15.1	0.709	0.237	106776
Ciudad de La Habana	16.9	0.860	0.266	369456
Matanzas	14.8	0.718	0.230	98133
Villa Clara	17.1	0.867	0.272	143333
Cienfuegos	14.6	0.697	0.226	57866
Sancti Spíritus	15.8	0.803	0.244	72894
Ciego de Ávila	14.0	0.647	0.216	57303
Camagüey	13.7	0.653	0.209	107937
Las Tunas	12.3	0.553	0.187	64984
Holguín	13.2	0.625	0.201	136406
Granma	12.0	0.525	0.184	99786
Santiago de Cuba	12.2	0.539	0.187	126500
Guantánamo	11.1	0.440	0.175	57143
Isla de la Juventud	8.5	0.381	0.123	6825
Cuba	14.3	0.673	0.221	1601993

Fuente: Anuario Demográfico de Cuba. 2001¹²

V: población de 60 y más años; J: población de 0-14 años; A: población de 15-59 años

.En relación con la razón V/J, se observa que si bien ninguna de las provincias llega a la unidad, hay tres que presentan valores por encima de 0.8, ellas son Villa Clara (0.867), Ciudad de La Habana (0.860) y Sancti Spíritus (0.803), y otras dos superan el 0.7. Ello expresa que de mantenerse los bajos niveles de fecundidad en estas, en un corto plazo se registrarán resultados inversos, es decir, superiores a la unidad, con lo que en varias provincias del territorio nacional residirán más adultos mayores que niños. Este hecho, de consumarse, ratificaría los vaticinios que destacan a Cuba como el país más envejecido de América Latina para el año 2025.⁹

Por otro lado, la razón V/A para el país es de 0.221, es decir, por cada 100 adultos hay alrededor de 22 ancianos. Los resultados se encuentran entre 0.123 para la Isla de la Juventud, y 0.272 para Villa Clara. Este resultado significa que aún para las provincias más envejecidas existe un número importante de población económicamente activa. Sin embargo, vale recordar que una proporción importante de la población adulta de la actualidad ingresará en el grupo de adultos mayores en un tiempo relativamente corto, pues forma parte de las cohortes de nacimientos de los años sesenta, período en que ocurrió la explosión demográfica de la posguerra revolucionaria, lo cual no es reflejado por este indicador.

1.1.5 Algunos efectos de la Transición Demográfica en etapas avanzadas

Las etapas avanzadas de la TD se caracterizan por el envejecimiento de la población, es decir, por el aumento de la proporción de ancianos, los cuales crecen a una tasa anual de un 3 por ciento, mientras la población total lo hace alrededor del 1 por ciento. Ello debe ser tenido en cuenta para la planificación del desarrollo económico y social de un país, pues exige considerables inversiones, fundamentalmente en: apoyo social y financiero; en atención de la salud; y en actualización de la capacitación y educación para maximizar una vida productiva y satisfactoria de los adultos mayores.

En estas etapas, desde el punto de vista epidemiológico, hay un predominio de enfermedades crónicas y degenerativas, que acompañarán al paciente por el resto de sus vidas. También aparecen las discapacidades física y mental, que se incrementan con la edad. Las dos terceras partes de las muertes ocurren en el segmento de población de 60 años y más.^{5, 6}

Las variaciones en los patrones de morbilidad y mortalidad, llevan a una transición del sistema de salud, que deberá realizar cambios en sus acciones y en el tipo de prestación de los servicios médicos. Para ello deberá incrementar los costos del sistema.^{2, 5}

La política sanitaria a ejecutar reposará sobre la prevención, con vistas a conservar las capacidades físicas y mentales, así como el equilibrio emocional y psicosocial, garantizando al adulto mayor una mejor calidad de vida.

El incremento del número de personas en edades post laborales, acogidas a una jubilación, paralelo a la reducción de la fuerza laboral activa, demanda una reestructuración del sistema de seguridad social.⁵

Además, se deberán realizar transformaciones en las ciudades, que permitan eliminar las barreras arquitectónicas, así como crear distintas instituciones que mejoren el bienestar de los adultos mayores.

1.2 Calidad de Vida

1.2.1 Principales dificultades para la investigación de la calidad de vida.

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países: hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de éstas. Con tal fin, se ha desarrollado en las últimas décadas el término calidad de vida, que ha sido utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos,

economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada quien ha enfocado el término de manera diferente, en consonancia con su profesión.¹³

La mayoría de los autores coinciden en afirmar que el término calidad de vida aparece a mediados de la década del 70 del recién concluido siglo XX, con una gran expansión hacia los años 80. Aunque su existencia, encubierta en conceptos como bienestar, salud y felicidad, data de las civilizaciones griegas, romana, egipcia y hebrea.^{13, 14}

La evolución temporal del concepto se ha caracterizado por su continua ampliación, transitando desde la variante condiciones de vida hasta la experienciación (percepción, valoración) de estas condiciones, es decir, el término se ha movido tras un continuo objetivo – subjetivo, que ha traído como consecuencia la elevada complejidad de éste.¹⁵

A los estudios sobre el constructo calidad de vida se les han señalado de manera genérica tres tipos de problemas: conceptuales, metodológicos e instrumentales. En relación con el primero, Moreno y Ximénez (1996), y Grau (1997, 1998) han señalado su “indistinción conceptual”, atribuida a la naturaleza compleja del término; en torno a esta problemática se plantea que el mismo suele confundirse con otras acepciones como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad.^{13, 16} “De ahí que resulte una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata”.¹³

El segundo problema, de carácter metodológico, se asocia por una parte con la naturaleza bipolar (objetivo – subjetiva) de la calidad de vida. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico), en tanto que el subjetivo se corresponde con definiciones globales basadas en el bienestar y en sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad.^{13, 15}

La cuestión de la objetividad se refiere también a quién es el evaluador: un observador externo o el propio sujeto. Esto es particularmente importante en la evaluación de la calidad de vida en relación con la salud.

En los últimos años las evaluaciones han privilegiado el componente subjetivo, de naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo; dado que muchos han considerado este componente como el más importante. Así, se ha planteado que las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad.¹³

Otro problema metodológico de actualidad es si la calidad de vida debe definirse como una medida global que se evalúa en su totalidad, o si se define en función de determinadas dimensiones relevantes en un contexto determinado.

El tercer tipo de problema se relaciona con los instrumentos para la evaluación de la calidad de vida, dado por la naturaleza bipolar, ya señalada, y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, que le otorgan a ésta diversos matices en función de la alternativa a ejecutar.¹³ Los problemas conceptuales ya referidos originan problemas instrumentales, pues cabe esperar una medición imprecisa, de un concepto borroso y ambiguo. De ahí que, a pesar del desarrollo alcanzado en la producción de instrumentos, globales y específicos, para la evaluación de la calidad de vida, la mayoría de éstos adolecen de falta de la fiabilidad y la validez necesarias para ser utilizados.

1.2.2 El desarrollo de instrumentos para la evaluación de la calidad de vida

Los problemas instrumentales, que han sido señalados, han traído consigo el desarrollo de un importante número de instrumentos para evaluar la calidad de vida de los pacientes, acorde con la operacionalización del concepto adoptada para cada caso particular.

La literatura exhibe disímiles instrumentos, clasificados de acuerdo a diferentes ejes taxonómicos. Grau Abalo ¹³ plantea que los instrumentos empleados para evaluar calidad de vida pueden agruparse en:

- Escalas o índices de problemas específicos: actividad, validismo u otros. En este grupo aparecen entre los más conocidos los Índices de Karnofsky y las escalas o índices de Katz y Lawton.
- Pruebas o escalas de evaluación psicológica: el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Cuestionario General de Salud, la Escala de Ajuste Psicológico a la Enfermedad y el Inventario Breve de Síntomas.
- Instrumentos especialmente diseñados para evaluar calidad de vida: el Índice de Spitzer y el Índice Funcional de Vida en Cáncer.

Estos últimos, según Lara – Muñoz, ¹⁷ se pueden clasificar atendiendo a: sus objetivos, número de dimensiones, forma de aplicación y de acuerdo a la forma de la respuesta.

Además, los instrumentos pueden ser genéricos (para cualquier problema de salud) como el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, o específicos (para un problema como la insuficiencia renal crónica o el cáncer de mama). También pueden clasificarse en virtud del número de dimensiones (multidimensionales o unidimensionales); de acuerdo con la forma de aplicación (autoadministrados o por entrevistador); o de acuerdo a su forma de respuesta.

1.2.3 La evaluación de la calidad de vida en la Tercera Edad

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las AVD.^{15,18}

La evaluación de la calidad de vida en el anciano debe ser ajustada a su esperanza de vida, de lo contrario se convertiría en un incremento de la esperanza de la incapacidad; mientras la tarea central de la ciencia actual es justamente retrasar la aparición de la incapacidad en el anciano.

En la Tercera Edad este concepto debe estudiar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida.

El abordaje de la calidad de vida en esta etapa se ha centrado básicamente en: la autonomía, el estado funcional, la evaluación geriátrica y el bienestar subjetivo.¹⁵

Las dificultades para evaluar la salud en la población geriátrica, debido a la alta prevalencia de deficiencias, ha provocado que la autonomía y el estado funcional se conviertan en importantes indicadores de salud para estas edades; aunque no han dejado de tropezar con dificultades en su operacionalización. Su estudio se ha realizado a través de las AVD.¹⁵

Los instrumentos más utilizados para la evaluación de las actividades de la vida diaria han sido el índice de Katz (1963) y el índice de Lawton (1969). También se han empleado el Olders American Resources and Service (OARS), la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalía de la OMS (CIDDM), la

Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria y el Índice de Barthel.

Sin embargo, los instrumentos mencionados con anterioridad han sido desarrollados sólo para evaluar el estado de salud del anciano, a partir de indicadores como la autonomía y la capacidad funcional. Lo que si bien es válido, abarca sólo una arista de un concepto tan amplio como el de calidad de vida.

La necesidad de incorporar la evaluación del bienestar subjetivo en el adulto mayor, señalada por diferentes autores, dio paso al desarrollo reciente de dos instrumentos cubanos: la Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad - MGH, ¹⁸ y más recientemente, la Escala para la Evaluación del Bienestar Subjetivo en adultos mayores, ²⁰ al comprobarse en varias investigaciones que en ancianos que conservan la salud, la satisfacción por la vida es la dimensión más afectada. ^{11,19}

Las escalas mencionadas, aún en desarrollo, han sido sometidas a varias validaciones exhaustivas, que han evidenciado hasta el momento una aceptable fiabilidad y validez; licitando su empleo en la evaluación de la categoría de referencia en el contexto cubano. ^{15,18}

El MGH evalúa, a través de 46 ítems, las dimensiones salud (que incluye las categorías funcionalidad física, psíquica y social), satisfacción por la vida (que contiene las categorías familia, estados afectivos predominantes, expectativa de futuro, apoyo social y satisfacción por el presente) y las condiciones socioeconómicas de vida (que abarca las categorías situación monetaria y condiciones de la vivienda). ^{14, 15} La Escala para la Evaluación del Bienestar Subjetivo en adultos mayores incluye 57 ítems en dos dimensiones: satisfacción con la vida (cognitiva) y afectos positivos y negativos (afectiva). La primera contiene las categorías satisfacción consigo mismo, con la familia y con la sociedad; en tanto que la segunda incluye en una la alegría, el interés y la felicidad y en la otra la apatía, la tristeza y la ansiedad. ²⁰

1.2.3 Niveles de discapacidad física en los adultos mayores cubanos

La evaluación de la Calidad de Vida en la Tercera Edad en el ámbito internacional se ha desarrollado, básicamente desde una perspectiva objetiva, a través de la medición de su complemento (negativo), la falta de autonomía o discapacidad física. Ello trajo consigo que, en el contexto cubano, a pesar de trabajarse en la construcción de instrumentos para evaluar esta categoría desde la perspectiva percibida (subjetiva), paralelamente, un grupo de investigadores, liderados por Bayarre, ha estudiado la discapacidad física desde el nivel de área de salud hasta el nivel de provincia. Ello ha permitido estimar el nivel de la discapacidad física en cinco provincias del país – Ciudad de La Habana, Camaguey, Las Tunas, Granma y Holguín; de igual modo se han podido conocer los factores que en cada contexto influyen en la aparición de ésta. ²¹

Así, los niveles de discapacidad física encontrados varían desde 13,9 por ciento hasta 36,6 por ciento, correspondiendo los valores extremos a las provincias Holguín y Granma respectivamente; con excepción de Holguín, que presenta una cifra baja de este tipo de discapacidad, las restantes provincias presentan valores superiores al 30 por ciento. ²¹

La edad emergió como marcador de riesgo de discapacidad física en los adultos mayores de las cinco provincias investigadas; en tanto que el sexo femenino constituyó un factor de riesgo de discapacidad física para las provincias Ciudad de La Habana, Las Tunas y Granma. La insatisfacción con las actividades cotidianas constituyó un factor de riesgo de discapacidad física para los gerontes de las provincias Camaguey, Las Tunas y Holguín. Los sentimientos de soledad incrementan el riesgo de discapacidad física en los ancianos de las provincias Ciudad de La Habana, Camaguey y Granma. ²¹

La pérdida de rol social y la inadaptación a la jubilación constituyeron factores de riesgo de discapacidad para la población senescente de las provincias Ciudad de La

Habana y Granma. La desocupación constituyó factor de riesgo de discapacidad física en la población estudiada de Camagüey y Las Tunas. La baja escolaridad constituyó un factor de riesgo de discapacidad física para las provincias Ciudad de La Habana y Las Tunas.²¹

La ausencia de confidente y las secuelas posfractura de cadera constituyeron factores de riesgo de discapacidad física para los ancianos de Camagüey; mientras que la sensación de inactividad fue reportada como factor de riesgo en la investigación de Las Tunas.²¹

Como consideraciones del trabajo pueden plantearse las siguientes:

- ❖ El incremento de la longevidad no debe constituir la única meta de la ciencia contemporánea, a ello deberá añadirse una mejoría de la calidad de vida de la población longeva, es decir el reto actual no está sólo en agregar más años a la vida, sino en aportar más vida a los últimos años; para lo cual sería pertinente la realización de investigaciones, cuyos resultados devendrían en evidencia científica útil para establecer políticas sanitarias que garanticen un incremento de la salud de este grupo poblacional.
- ❖ Si bien han sido señalados varios problemas para el estudio de la calidad de vida, los que de forma general pueden resumirse en: conceptuales, metodológicos e instrumentales, en los últimos años se han realizado grandes esfuerzos en esta línea temática; siendo la tercera edad el segmento de la población más investigado desde esta perspectiva, sobre todo a través de la dimensión salud o funcionalidad. La mayor prevalencia, en las provincias investigadas, de la discapacidad física con respecto a la discapacidad mental, sugiere que, generalmente, la primera acontece antes que la segunda.
- ❖ Las diferencias marcadas en los niveles de discapacidad física, encontradas entre las provincias investigadas, evidencia que aún en países como Cuba, donde existe bastante homogeneidad en los niveles de atención a la salud, existen diferenciales demográficos, sociales, económicos entre los contextos, que deben ser tenidos en cuenta en las políticas de salud, con vistas a disminuir la brecha del indicador entre las provincias, al aplicar el principio de equidad.

- ❖ La edad apareció como factor que influye en la aparición de discapacidad física en la población geriátrica de todos los territorios investigados, seguida por el sexo femenino, los sentimientos de soledad y la insatisfacción con actividades cotidianas que constituyen factores de riesgo en tres de las provincias estudiadas. La desocupación, la inadaptación a la jubilación, la pérdida del rol social y la baja escolaridad influyen en la aparición de discapacidad en dos provincias, mientras que la ausencia de confidentes, la sensación de inactividad y la secuela posfractura de cadera constituyen riesgo para los ancianos de una provincia.

Referencias Bibliográficas:

1. García Quiñones R. La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico. [Tesis doctoral]. México: El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano; 1995.
2. Barros Díaz OZ. Escenarios demográficos de la población de Cuba. Período 2000 – 2050. La Habana:CEDEM; 2002.
3. Bayarre HD. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en el Anciano. Municipio Playa. [Trabajo para optar por el título de Máster en Salud Pública] 1998. Facultad de Salud Pública: La Habana.
4. Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. *En: Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050.* La Habana: CEDEM; 2000. p. 374 – 418
5. Rodríguez Cabrera A. La Teoría de la Transición Demográfica. La Habana: ENSAP; 2002
6. Herrera Domínguez H. Prevalencia y factores de riesgo Enfermedad de Alzheimer y Síndrome Demencial. Marianao. 1999. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Bioestadística]. 1999. Facultad de Salud Pública: La Habana.
7. Chackiel J, Martínez J. Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950. Plenaria III. Ciudad de México: Palacio de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM., 23 al 26 de marzo de 1993

8. Dueñas Loza M. El envejecimiento en transición: la situación de las mujeres de edad en la región de América Latina. En: La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York:Naciones Unidas; 2001. p. 77 – 101
9. Hernández Castellón R. El envejecimiento de la población en Cuba. Ciudad de La Habana: Centro de Estudios Demográficos; 1997: 1 – 40.
10. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Volumen I. Washington, OPS; 2002 Publicación Científica No. 587.
11. Anuario Estadístico. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2001.
12. Anuario Demográfico de Cuba. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas. 2001.
13. Grau Abalo JA. Calidad de Vida y Salud: Problemas actuales en su investigación. Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Cali, Colombia; 1998.
14. Moreno B, Ximénez C. Evaluación de la Calidad de Vida. En: Buela – Casal G, Caballo VE, Sierra JC (Eds). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid:Siglo XXI, 1996, 1045 – 70.
15. Alvarez Pérez MS, Quintero Danauy G, Bayarre Veá H. Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la Tercera Edad. [Trabajo presentado en el I Forum Ramal Nacional de Ciencia y Técnica]. La Habana; 1998
16. Fleming, KC. Dementia: Diagnosis and Evaluation: Mayo Clinics; 1995.
17. Lara – Muñoz MC, Ponce de León S, de La Fuente JR. Conceptualización y medición de calidad de vida en pacientes con cáncer. Inv. Clín, 1995; 47(4):315 – 7.

18. Jock Hung G, Álvarez Pérez MS, Bayarre Veá H. Construcción de un instrumento para medir Bienestar subjetivo en adultos mayores. [Trabajo Premiado en el Concurso Premio Anual de la Salud]. Granma; 2001.
19. Casabona Fernández E. Calidad de vida percibida en diabéticos atendidos en el Centro de Atención al Diabético de Ciudad de La Habana, 1999 [Tesis para optar por el título de Master en Psicología de la Salud] 2000. Facultad de Salud Pública: Ciudad de La Habana.
20. Fernández R. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Madrid: Martínez Roca; 1992.
21. Bayarre Veá H, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito T, Morejón Carralero A y otros. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana, Camaguey, Las Tunas, Granma y Holguín. Trabajo para optar por el Premio Anual de la Salud. Ciudad de La Habana; 2005.

Bibliografía Consultada:

1. Frenk J y colaboradores. La Transición Epidemiológica en América Latina. Bol. Of. Sanit. Panamericana 1996; 111 (6).
2. Suárez R. Geriatria. ¿Nueva especialidad? Rev Cubana Med Gen Intrg 1993; 9: 6 – 8.
3. Saforcada E. Calidad de vida desde una perspectiva psicosocial. En: El factor humano en la Salud Pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva.. Argentina: Editorial Buenos Aires; 2001.
4. Organización Panamericana de la Salud. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994. Publicación Científica No. 546.
5. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un grupo de científicos de la OMS sobre epidemiología del envejecimiento. Ginebra: OMS, 1984. Informe Técnico 706.
6. Brayne C, Calloway P. The association of education and socioeconomic status with minimal state examination and the clinical diagnosis of dementia in elderly people. Age and Ageing 1990; 19:91-6.
7. Clasificación Internacional de Deficiencias, Incapacidad y Minusvalidez. Ginebra: OMS, 1986.
8. Katz SA: Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instruments activities of daily living. J Am Geriatric Soc 1983; 31:721-77.
9. Alzheimer A. Über einer eigenartige erkrankung der hirnrinde. Allg. Z. Psychiat. 1907; 64:146-8.

10. Objetivos Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana: MINSAP; 1992.
11. Bracero Marrero T. Funcionamiento y discapacidad en ancianos de nueve municipios, 1999 – 2000 [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriátrica] 2001, CITED: La Habana.
12. Arvelo Jiménez N. Prevalencia y factores de riesgo de baja calidad de vida en ancianos del municipio Marianao. [Trabajo para optar por el Título de Especialista en Bioestadística] 1997, Facultad de Salud Pública: La Habana.
13. Fernández Martínez E. Calidad de Vida percibida en ancianos del Policlínico “4 de Abril”. Primer semestre 1998. [Trabajo para optar por el Título de Master en Psicología de la Salud] 1998. Facultad de Salud Pública: La Habana.
14. Hernández Castellón R. El proceso de la revolución demográfica en Cuba. Ciudad de La Habana: CEDEM, 1984.
15. Scobie J, Graham-Brown S editores. State of the world's older people 2002. London: HelpAge International, 2002.
16. Carr D, Pemmarazu A, Rice DP editores. Improving data on America's aging population. Washington DC: National Academy Press, 1996.
17. Lamb VL. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. Soc Sci Med 1996; 42 (3): 363 – 77.
18. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 1998. Las nuevas generaciones. Nueva York: FNUAP; 1998.

19. Gilford DM, editor. *The Aging Population in the Twenty – First Century. Statistics for Health Policy.* Washington: National Academy Press; 1988.
20. Albizu – Campos Espiñeira JC, Camp M. *Población y Desarrollo. Características socio – demográficas de la población cubana.* En: Cabrera Trimiño GJ, Hurtado A. *Hacia un desarrollo sostenible. CEDEM – ISCOD: Proyecto de formación de formadores.* CEDEM. La Habana; 2002.
21. Albizu – Campos Espiñeira JC, Herrera León L. *Cuba. Mortalidad, Reproducción y Envejecimiento de la población.* En: *Rev. Electrónica Zacatecana sobre Población y Sociedad.* Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas No. 16. <http://sociales.Reduaz.mx/revista>; 2002.
22. Tello Velázquez Y, Bayarre Veá H, Hernández Pérez Y, Herrera Domínguez H. *Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo".* 1999. *Rev. Cubana Salud Pública* 2001; 27(1): 19 – 25.
23. Delgado García G. *Conferencias de Historia de la Administración de Salud Pública en Cuba.* En: *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* No. 81. La Habana: ECIMED; 1996.
24. Andrew Achenbaum W. *Ageing and changing: International Historical Perspective on Ageing.* En: Johnson ML. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing.* p 20-29. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
25. Kalache A, Barreto SM, Keller I, Andrew Achenbaum W. *Global Ageing: The demographic revolution in all cultures and societies.* p 30-46. En: Johnson ML. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing.* Cambridge: Cambridge University Press; 2005.

26. Jeune B, Christensen K. Biodermography and epidemiology of longevity. p 85-94. En: Johnson ML. The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
27. Victor C. The epidemiology of ageing. p 95-105. En: Johnson ML. The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
28. Daatland SO. Quality of life and ageing. p 371-377. En: Johnson ML. The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
29. Aber S, Ginn J. Gender dimensions of the age shift. p 527-537. En: Johnson ML. The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
30. Estes CL. Ageing and inequality: A feminist perspective. p 552-559. En: Johnson ML. The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.